

La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste

Detection and management of partner violence by the general practitioner

N. Kacenenbogen¹ et A.-M. Offermans^{1,2}

¹D.M.G.-ULB, ²Société Scientifique de Médecine Générale

RESUME

Peu de médecins généralistes ont conscience qu'un grand nombre de leurs patients qu'ils suivent chroniquement, sont en fait victimes de violence de la part de leur conjoint ; ces personnes consultent en effet cinq fois plus souvent leur médecin traitant que le reste de la population et ce pour motifs divers. Il existe un ensemble d'attitudes professionnelles validées permettant au praticien de première ligne de détecter précocement les personnes victimes de violences conjugales. Il existe également un large consensus quant aux attitudes professionnelles conseillées dans l'accompagnement de ces victimes par le médecin de famille. Cet article propose de présenter ces démarches proactives visant à diminuer le risque de séquelles graves somatiques et psychiques, voire le décès des victimes et de manière plus générale, à améliorer la qualité des soins de ces patients.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 415-25

ABSTRACT

Not to many generalist practitioners are aware of their patients whom they have been following for a long time, are in fact subjected to the partner's violence ; these patients consult their GP five times more than the rest of the population for different reasons. There exist a number of valid professional attitudes which permit the GP to detect early the victims of intimate violence. There is equally large consensus regarding attitudes accompanying these victims by the family doctor. This article proposes to present these proactive steps which could diminish the serious physical and psychological effects and even the death risk and in general be able to improve the care quality of these patients.

Rev Med Brux 2010 ; 31 : 415-25

Key words : intimate partner violence, detection, management, generalist practitioner

INTRODUCTION : LE CONTEXTE

La violence conjugale (VC) est un fait incontestable en Belgique comme dans d'autres pays, ce que confirme la dernière enquête nationale qui révèle que 1 femme sur 20 (âgées de 18 à 75 ans) a vécu des situations de violences conjugales " très graves " au cours des 12 derniers mois ; près de 2 hommes sur 100 se retrouvent dans ces mêmes situations¹. Le généraliste rencontre ce phénomène, lui qui régulièrement est mis à contribution par des personnes ayant subi des sévices, qui viennent chercher des soins, du réconfort et parfois un constat de lésions pour éventuellement porter plainte. De

même, tout praticien de première ligne a déjà tenté d'aider sur le long cours, quelques-uns de ses patients, des femmes le plus souvent, dans l'espoir que leur situation s'améliore mais généralement avec beaucoup de difficultés. Par contre, peu de médecins de famille ont conscience qu'un grand nombre de leurs patients qu'ils suivent chroniquement pour des troubles somatiques, psychologiques, gynécologiques ou obstétricaux notamment, sont en fait victimes de violence de la part de leur conjoint ; ces personnes consultent cinq fois plus souvent leur médecin généraliste que le reste de la population et ce pour des motifs divers². Dans la majorité des cas, les violences ne sont pas révélées par le patient et les travaux

confirment que ces violences ne sont décelées par les médecins que dans 5 à 12 % des cas³. En réalité, comme pour les autres troubles d'origine psychosociale, les patients espèrent que le généraliste pose lui-même les questions amenant au diagnostic⁴. Nous présentons ici un ensemble d'attitudes professionnelles permettant au praticien de première ligne de détecter précocement et d'accompagner les personnes victimes de violences conjugales et cela comme les récentes Recommandations de Bonne Pratique (RBP) nous le proposent⁵. Les buts de cette démarche proactive visent à diminuer le risque de séquelles graves somatiques et psychiques, voire le décès des victimes et de manière plus générale d'améliorer la qualité des soins de ces patients comme s'accordent à le conseiller les organisations de santé internationales.

LE GENERALISTE BIEN PLACE POUR LA DETECTION PRECOCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Par définition⁶, le généraliste est en contact avec la majorité de la population sur de longues périodes de vie et cela dès le début de leur problèmes de santé ; correctement informé, il est donc capable de dépister des situations suspectes de violences conjugales avant que les conséquences ne soient graves, voire définitives. Outre cette potentielle prévention secondaire et pour les mêmes raisons, un généraliste devrait pouvoir reconnaître les circonstances à risque avant même l'apparition du premier "épisode aigu de violence" (figure 1) ; cette prévention primaire est possible notamment avec les patients et les couples les plus jeunes. En cela, le rôle du médecin de famille est complémentaire à celui des autres intervenants en la matière ; les services de garde et d'urgences accueillent ces patients lorsqu'ils sont sérieusement blessés ou choqués, la police reçoit généralement les victimes lorsqu'elles décident de porter plainte et donc le plus souvent après une longue escalade de violence, enfin les réseaux de santé mentale apportent à ces

personnes leur assistance en deuxième ligne et rarement au tout début des difficultés.

Notons aussi que lorsque les patients victimes ont conscience de l'existence de services d'aide dans ce domaine, ils sont davantage enclins à remettre en question leur situation et à initier un changement opportun⁷. Ce fait révèle un autre rôle primordial du généraliste dans l'accompagnement des victimes en amont de tous les autres intervenants, celui d'informer ces personnes sur les possibles ressources spécialisées.

Pourtant il existe des obstacles à cette action du généraliste qui ont été rapportés par différents auteurs^{8,9}. Un premier groupe d'obstacles est lié au médecin et à sa relation avec le patient, en voici quelques exemples :

- sous-évaluation de la prévalence et de la gravité du problème ;
- difficulté de détection précoce due à la non-spécificité des symptômes ;
- méconnaissance des attitudes adéquates tant pour la détection que pour l'orientation des patients ;
- inconfort du généraliste vis-à-vis de ces questions, vu leur caractère privé ;
- impression de manque de temps ;
- non-observance des patients victimes quant aux rendez-vous fixés ou suivis des consignes ;
- éventuelles barrières linguistiques et/ou culturelles.

Le silence et l'ambivalence du patient sont les autres obstacles de la prise en charge efficiente de ces personnes ; leurs origines sont multifactorielles, comme par exemple le sentiment de honte et de culpabilité, le déni, les réticences liées aux enfants, la crainte des représailles, le manque de soutien, la méconnaissance de ses droits, les réticences par rapport au monde judiciaire et même l'espoir que le conjoint violent puisse changer, etc.¹⁰. A ce propos, certains travaux sont arrivés au constat suivant : en moyenne, une femme subira 35 actes de violence avant de révéler sa situation¹¹. Enfin, c'est l'ambivalence de la personne victime qui génère sa faible fiabilité au niveau du respect des rendez-vous ou de l'observance des traitements par exemple, et qui décourage couramment les intervenants de première ligne.

COMMENT DEPISTER PRECOCEMENT LA VIOLENCE CONJUGALE EN 1^{ERE} LIGNE⁵

Actuellement, on est en mesure de recommander à tout généraliste de repérer et de décoder certains signes afin de diagnostiquer précocement la violence dans un couple (grade 1C). Ces signes sont de quatre ordres : les facteurs de risque, les symptômes présentés par la victime, les indices comportementaux constatés chez le patient victime et enfin les indices ou symptômes observés dans l'entourage de la victime.

Repérer les patients à risques

Souvenons-nous d'abord qu'il n'y a pas lieu de

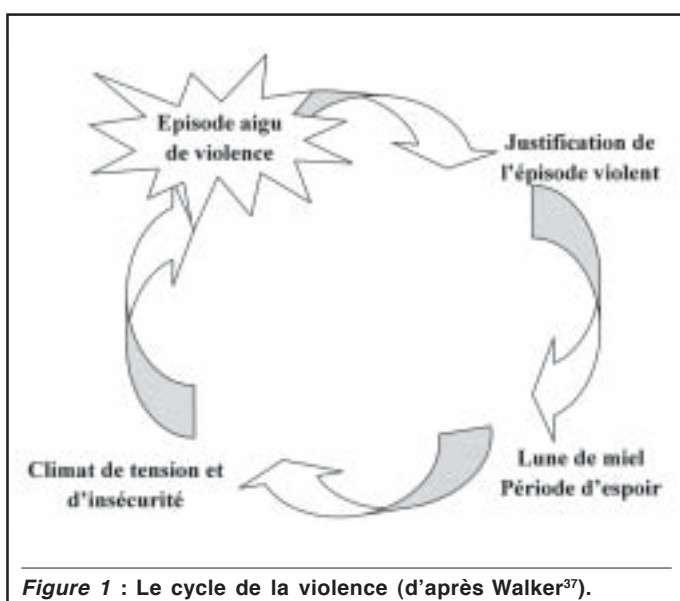


Figure 1 : Le cycle de la violence (d'après Walker³⁷).

stigmatiser certains groupes sociaux ou culturels, tant ce phénomène est ubiquitaire¹². Il ne faudrait pas oublier non plus que les hommes parlent peu des violences qu'ils subissent, et lorsque c'est le cas, ils attendent que la situation soit très grave. De plus, les couples lesbiens ne sont pas épargnés par ce phénomène. Par ailleurs, il y a peu de données permettant d'affirmer que la personne victime présente d'office une personnalité distinctive ou des troubles particuliers qui augmentent la probabilité à devenir victime de violences de la part de son conjoint. Ainsi tout en gardant l'esprit non occulté par nos idées reçues, pointons cependant certaines circonstances devant nous rendre plus attentif encore :

- les femmes victimes de leur conjoint ont souvent dans leurs antécédents un vécu de violence intrafamiliale au cours de leur enfance (grade 1-C)^{13,14} ;
- le jeune âge des patients en couple ou dans une relation amoureuse ;
- l'abus de consommation d'alcool, à la fois démultipliant le risque de passage à l'acte et à la fois un symptôme de dysfonctionnement personnel et familial ;
- les troubles de la personnalité de l'un ou l'autre des partenaires ;
- la présence dans la cellule familiale d'enfants en bas âge ou de personnes handicapées ;
- les difficultés financières ;
- la représentation traditionnelle des rôles dans le couple ;
- la période de séparation du couple.

La dernière enquête nationale¹ est intéressante de ce point de vue, dans la mesure où elle propose une modélisation des facteurs de risque. Elle met en évidence trois facteurs de risque qui méritent une vigilance supplémentaire :

- la présence de violences à l'extérieur du foyer ;
- la qualité de relation du couple ;
- le fait de ne pas avoir suffisamment de contact avec sa famille proche, ses amis, ses collègues, etc.

Le cas particulier de la grossesse

Une partie de la population particulièrement à risque, est effectivement le groupe de femmes enceintes. En Belgique, les études réalisées en maternité évaluent entre 3,4 %¹⁵ et 11 %¹⁶ la prévalence des violences au cours de la grossesse et pendant les 12 mois qui l'ont précédée. Ces travaux belges de même que d'autres études d'Outre-Atlantique nous rapportent que les femmes enceintes les plus à risque sont^{17,18} :

- les femmes enceintes isolées, peu soutenues par leur famille ou mères célibataires ;
- les femmes présentant des troubles affectifs ;
- les futures mères ayant un faible niveau socio-économique ou scolaire ;
- les femmes enceintes consommatrices de drogues.

Connaître les symptômes fréquents des patients victimes

Les problèmes de santé de ces patients sont extrêmement nombreux.

Les lésions traumatiques

Les lésions traumatiques sont les conséquences liées à des agressions physiques graves et celles dont les généralistes ont le plus conscience en ces circonstances. Rappelons que les blessures sont souvent multiples, d'âges différents, situées sur les parties visibles du corps telles le visage, le crâne, le cou et les points de préhension (poignets, avant-bras, bras, chevilles, etc.) ou dissimulées par les vêtements au niveau du thorax, du dos, de la partie proximale des membres, de l'abdomen ou des parties génitales. Les lésions se manifestent de manière variée en fonction du type d'agression et de leurs effets ; abrasions cutanées, ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, foulures ou fractures secondaires aux coups portés à main nue ou avec des objets et aux manœuvres d'étouffement, mais aussi dus aux chutes ou réactions de protection de la victime comme au niveau des mains et des avant-bras.

Soulignons que les victimes enceintes, reçoivent les coups préférentiellement au niveau du ventre ; si ces actes sont potentiellement graves pour l'évolution de la grossesse, ils n'engendrent que peu d'ecchymose et sont de ce fait rarement visibles à la simple inspection.

Les troubles gynécologiques et/ou obstétricaux

Ce qui est déjà moins connu des cliniciens, c'est la corrélation entre la violence pendant la grossesse et le risque majoré de fausses couches, de non-observance du suivi prénatal, de naissances prématurées, de petits poids à la naissance, de traumatisme du fœtus et de mortalité d'enfant à la naissance¹⁹. Ces patientes ont également plus souvent des grossesses non désirées, des maladies sexuellement transmissibles et des plaintes non spécifiques d'ordre gynécologique ou sexuel ; ainsi les dyspareunies et les douleurs pelviennes non en rapport avec les règles doivent faire envisager la violence conjugale dans la liste des diagnostics différentiels^{20,21}.

Les plaintes somatoformes ou psychosomatiques

Ces plaintes sont probablement les motifs de consultations les plus précocement exprimés par les patients victimes de violences conjugales auprès de leur généraliste. Ainsi on retrouve les céphalées persistantes et mal contrôlées, les douleurs chroniques du rachis (cervicalgies, dorso-lombalgies, etc.), les symptômes abdominaux récurrents tels rencontrés dans le syndrome du côlon irritable, les symptômes digestifs fonctionnels de longue durée (dyspepsie, reflux, troubles du transit etc.), mais également l'asthénie au long cours, les vertiges, les palpitations

et les précordialgies. Il est probable que des diagnostics comme la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique étiquetteront fréquemment ces personnes.

Les troubles psychopathologiques

Les troubles psychopathologiques sont coutumiers chez ces patients ; toutes les formes d'anxiété et de dépression, les troubles du sommeil et du comportement alimentaire, mais aussi les dépendances aux médicaments ou à toute autre substance psychotrope licite ou non, doivent également attirer notre attention.

Autres indices relevés chez le patient victime

Ainsi en dehors des périodes de violence aiguë, le patient victime se présentera au généraliste comme tant d'autres patients mal dans leur peau, somatisant, voire déprimés. Cependant différents signes feront suspecter plus spécifiquement la violence conjugale :

- des motifs de consultations particulièrement vagues, multiples et surtout contradictoires ;
- des consultations très fréquentes, des rendez-vous manqués, des retards par rapport aux horaires prévus et des délais importants entre le début du problème de santé et la venue en consultation ;
- la présence constante du conjoint en consultation, auprès duquel le patient cherche constamment l'approbation ;
- une prise de parole difficile ;
- des expressions reflétant un sentiment d'insécurité.

Les indices observés dans l'entourage du patient victime

L'auteur de violences

L'auteur de violences sera en général connu du généraliste, non seulement comme patient mais aussi comme celui qui accompagnera fréquemment la personne victime dans une volonté de la contrôler, en répondant à sa place aux questions posées par le médecin, en minimisant ses plaintes, en la critiquant, en suggérant même sa conduite ou celle du généraliste. Lorsque le patient victime vient seul en consultation, il ne sera pas rare que l'auteur téléphone constamment révélant ainsi cette volonté de toujours surveiller son partenaire.

L'enfant

L'enfant sera parfois le premier indice visible de violences conjugales ; devant tout jeune présentant des plaintes psychosomatiques, des troubles psychologiques, comportementaux, des difficultés de développement ou des problèmes dans son cursus scolaire, le médecin de famille devra dans ses diagnostics différentiels intégrer la possibilité d'un "enfant symptôme" de violences conjugales. En effet, les enfants sont souvent témoins des scènes de violences ; selon l'enquête nationale, ils l'ont été dans plus de 40 % des cas et ce au cours des 12 derniers

mois. C'est aussi lors des situations de violences graves (48,8 %) ou très graves (43 %)* que les enfants sont les plus présents. Par ailleurs des études nord-américaines, rapportent que les enfants témoins de violence entre leurs parents manifestent souvent les mêmes troubles comportementaux et psychologiques que les enfants maltraités eux-mêmes²². On sait également que, dans 10 % des cas, les enfants témoins deviennent effectivement victime de maltraitance.

LE PATIENT VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES : CAS PARTICULIER DU PATIENT EN MAL-ETRE

La détection précoce en première ligne des violences conjugales suppose que le généraliste diagnostique ces faits avant que ne surviennent les épisodes de violence grave avec son cortège de lésions traumatiques d'une part, et d'autre part, les dégâts liés aux conséquences psychopathologiques lourdes pour le patient victime ou pour ses enfants. Il en découle que le médecin de famille doit intégrer l'idée assez nouvelle pour lui, que derrière les symptômes psychosomatiques discernés chez ses nombreux patients "en mal-être" ou déprimés, se cachent bien plus souvent qu'il ne le pense, des personnes victimes de leur conjoint qui n'osent pas se confier, ou qui n'ont pas conscience que leur situation soit devenue inacceptable.

Ces faits sont matière à réflexion :

- L'enquête de santé auprès des belges, réalisée en 2008 et très récemment publiée²³ nous montre, que 26 % des personnes de 15 ans et plus, présentent des difficultés psychologiques. Par ailleurs et comme toujours, les femmes sont plus atteintes par ce type d'affection ; ainsi pour la catégorie des 25-34 ans, 30 % des femmes souffrent de mal-être contre 25 % des hommes.
- Cette même enquête précise que 88 % de ces patients en souffrance psychologique consultent des professionnels de la santé. Or le médecin le plus consulté, reste le généraliste avec en moyenne 4,5 contacts par personne et par an. En fait 78 % de la population a eu au moins un contact annuel avec son médecin de famille.
- Au cours de cette même année 2008, 12 % des adultes ont consulté un neurologue ou un psychiatre et cela très souvent (39 %) à la demande du généraliste.
- Les résultats de la dernière enquête nationale sur les expériences de violences subies dans les différentes sphères de vie vont également dans ce sens. Le médecin apparaît souvent comme le

* Selon l'indicateur, la catégorie "très grave" inclut :

- la personne qui a subi un acte de violence verbale systématiquement ou qui a subi plus de trois violences psychologiques, ou encore une combinaison de deux actes au moins déclarés "quelquefois" ;
- la personne qui a subi au minimum un acte de violence physique déclaré "souvent" ou qui a subi au minimum deux actes de violence physique dont au moins un déclaré "quelquefois" ;
- et enfin la personne qui a subi au minimum un acte de violence sexuelle.

premier recours " professionnel " dans un parcours de violences, tout en sachant que d'autres professionnels sont consultés, comme les psychologues ; ainsi 26,4 % des femmes victimes ont fait des démarches auprès d'un médecin ou d'une infirmière alors que seulement 6,2 % (8,6 % des femmes et 3,4 % des hommes) des victimes de violences conjugales ont eu recours à un avocat ou à la police au cours des 12 derniers mois.

En résumé, un quart de la population belge adulte est en mal-être psychologique et la littérature nous apprend que dans ce groupe de personne, se retrouvent bon nombre de victimes de violence conjugale.

Mais le médecin de famille est-il apte à repérer les patients dont les plaintes ont pour origine des difficultés de vie plutôt qu'une cause organique, quand on sait que seulement 3,4 % des nouveaux motifs de contact *officiels* avec le généraliste pour les femmes et 1,6 % pour les hommes, sont d'ordre psychologique (ISP 2008) ?

Des résultats déjà anciens démontraient que le généraliste détecte adéquatement l'anxiété et la dépression globalement dans un peu moins de la moitié des cas ; les auteurs remarquent que le taux de réussite diagnostique augmente avec l'expérience et le suivi de formations adéquates²⁴. Plus récemment, une étude néo-zélandaise a montré que le généraliste détectait, lors d'une première consultation, 63 % des troubles psychologiques avérés et dans près de 34 %, il rapportait un diagnostic précis correct. Ces taux de réussite passaient respectivement à 80 % et 60 % après cinq consultations ou plus²⁵. On pourrait être déçu par les performances diagnostiques relatives et par le fait aussi que le généraliste diffère ses évaluations psychopathologiques ; pourtant ces résultats reflètent de quelle manière l'omnipraticien opère sur le terrain²⁶ :

- En médecine de première ligne, la position diagnostique reste le plus souvent au niveau de signes cardinaux ou de groupes de symptômes, quelquefois au niveau de tableaux de maladie, rarement au niveau de diagnostic complet.
- Un patient en première ligne présente en moyenne plus de deux motifs de consultation et donc le généraliste doit intégrer ces nombreuses sollicitations dans le temps d'un même acte médical. La réponse simultanée à la multiplicité des demandes nécessite une gestion hiérarchisée des problèmes qui tient compte à la fois des priorités du patient et de celles de la médecine.
- Enfin le médecin de famille travaille dans la durée, se permettant ainsi, en dehors des situations urgentes, de postposer sciemment ses diagnostics et décisions thérapeutiques.

Comme nous le verrons plus loin, une démarche ciblée et suivie dans le temps, semble justement appropriée pour la reconnaissance et la prise en charge des violences conjugales en première ligne.

LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE (RECOMMANDATION GRADE 1C)⁵

L'identification de facteurs de risque ou de symptômes et autres signes repérés chez le patient lui-même ou dans son entourage, créera un faisceau de présomption des violences conjugales que le médecin devra confirmer ou exclure.

Nous pourrions résumer ce qui suit par un message implicite à faire passer : *" La violence familiale existe et le généraliste est prêt à en parler "*.

En cas de grossesse, nécessité d'une détection systématique

Après d'une patiente enceinte, vu l'importance statistique de ce facteur de risque, le médecin doit systématiquement être proactif dans la détection d'éventuelles violences dans le couple.

Une manière d'aborder ce thème est la suivante :

- Débuter par une question ouverte : *" ... Et comment cela se passe-t-il dans votre couple ?... Je vous pose la question, car en période de grossesse il y a très souvent une augmentation des tensions dans la famille avec plus de disputes voire même des violences physiques... "*

Ce type d'intervention incluant des conseils de sécurité a démontré son efficacité dans la réduction des incidents violents²⁷. De plus, cette attitude minimise les risques pour le fœtus et l'enfant à naître. Il est également conseillé de poser ces questions en cas de présence d'enfants en bas âge dans la famille.

Soulignons, par ailleurs, que le généraliste voit souvent la patiente au moment de la prise de décision d'avoir un enfant, avant même l'arrêt de la contraception lorsque tout une série de conseils de prévention sont abordés (tabac, alcool, acide folique, vérification de l'immunité etc.). Rien n'empêche à ce moment, de parler avec la future mère, des possibles difficultés relationnelles en cette période cruciale. La patiente ainsi éclairée et comprenant que son médecin est ouvert à ce type de problématique, on peut espérer qu'elle viendra se confier plus facilement voire plus précocement en cas de nécessité.

Autres circonstances dans lesquelles le généraliste envisage la violence conjugale

Le médecin généraliste devra envisager la violence conjugale dans ses diagnostics différentiels devant les signes suivants :

- mal-être, ou troubles psychologiques avérés ;
- plaintes vagues et inexplicables ;
- traumatismes répétés ;
- fréquentes consultations ;
- tension dans le couple ;
- notion de comportements violents à l'extérieur du foyer ;
- sentiment d'isolement par rapport à sa famille

- proche, ses amis, ses collègues ;
- difficultés d'adaptation chez un enfant.

Nous pouvons ici proposer une approche progressive allant de questions ouvertes très générales sur la vie à la maison jusqu'à nommer des actes concrets de violences :

- En interrogeant d'abord sur les plaintes initiales exprimées par des questions ouvertes : *“ Pourquoi dormez-vous mal d'après vous ? Qu'est ce qui vous fatigue, vous rend triste... ? Vos symptômes sont souvent liés au stress, qu'en pensez-vous ?...”*.
- Ensuite on s'enquière sur la relation du couple par des questions ouvertes et indirectes : *“ Comment cela se passe-t-il en ce moment à la maison ? Y a-t-il des tensions particulières en ce moment dans votre entourage... ? ”*.
- Si des difficultés relationnelles se confirment, on continuera par des questions plus précises : *“ Votre état (vos blessures) m'inquiètent... Comment vous sentez-vous à la maison ? Vous sentez-vous en insécurité chez vous ? A la maison avez-vous déjà été blessé(e) par quelqu'un de votre entourage... ?* Ces deux dernières questions suffisent à poser le diagnostic de violences conjugales²⁸.
- Enfin, en cas de réponses affirmatives, on tente de se renseigner plus franchement encore : *“ Etes-vous injurié(e),... humilié(e),... menacé(e),... bousculé(e),... frappé(e), contraint(e)... ? ”*.
- A chaque étape, on assurera la personne qu'il est de son droit, de ne pas répondre à ces questions, ou de ne pas dire *qui* est concerné.
- On insiste également sur le caractère strictement confidentiel de la consultation.

Remarques importantes

- Il est essentiel de conduire ce dialogue avec tact, de manière empathique et sans jugement de valeur.
- En cas de suspicion de violences dans le couple, on ne posera ces questions qu'en absence du partenaire ou d'autres membres de la famille.
- Si le patient dément les faits de violence à son encounter, même si le médecin est certain du diagnostic, il faut respecter cette réaction en *roulant avec la résistance de la personne*. Voici un exemple de réaction possible : *“ Tant mieux si on ne vous maltraite pas... En tout cas si vous avez envie de parler de quoi que ce soit, n'hésitez pas car les problèmes de santé liés aux difficultés relationnelles c'est aussi le rôle du généraliste... ”*. Ce faisant, la victime viendra se confier au médecin lorsqu'elle se sentira prête. A des moments qu'il jugera opportuns, le généraliste pourra réitérer ce type d'intervention.
- Le généraliste pourrait se sentir mal à l'aise en posant ces questions. Or les études révèlent que les victimes de violences conjugales apprécient que le médecin aborde ces questions²⁹ et les trois-quarts d'entre elles souhaitent que le médecin s'enquière de ces situations³⁰.
- Eluder cette problématique lors de la détection de certains symptômes (douleurs chroniques, plaintes vagues et multiples etc.) peut mener à des erreurs

de diagnostic et de traitement, de même qu'à une multiplication d'examen médicaux inutiles, voire iatrogènes³¹.

- Le fait de disposer dans la salle d'attente, dans le bureau ou mieux encore, dans les toilettes, des affiches ou du matériel pédagogique informant sur les violences conjugales, constitue un signal que le généraliste est conscient du problème ; cela aidera le patient concerné à se confier.

LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LE MEDECIN GENERALISTE⁵

La détection des violences entre partenaires par le généraliste, implique que celui-ci puisse accompagner les patients concernés de manière efficiente. A l'heure actuelle, il n'existe pas encore suffisamment d'éléments probants pour établir quel type de démarche, de la part du médecin de famille, aurait un impact positif sur ces situations ; cependant, les nombreuses directives relevées dans la littérature sont fondées sur le consensus et formulent des recommandations quasiment similaires.

Un modèle de démarche pour la prise en charge

- Lors de l'identification d'une personne victime de violences, examiner la gravité des lésions. Organiser et prodiguer les soins nécessaires.

Remarque : En ce qui concerne le traitement des conséquences psychologiques de la victime, le médecin peut être amené à proposer des psychotropes ; ceux-ci se prescriront dans le cadre d'un message clair (traitement de symptômes et non de la cause).

- S'informer de l'évolution des violences subies. Offrir son aide avec un message clair du type :

“ Ce n'est pas normal de vivre cela, je peux vous aider ”.

- Analyser la situation avec la personne victime sur les risques qu'elle encourt.

Cette étape augmente la prise de conscience du patient sur sa situation. Quatre éléments seront envisagés (tableaux 1 et 2).

- la gravité de la situation (fréquences, évolution, etc.) ;
- la dangerosité (danger immédiat ? quels risques ? pour qui ?) ;
- les ressources d'aide dans l'entourage du patient ;
- l'établissement d'un plan de sécurité (anticipation du danger).

Remarques :

a) Importance des termes employés : on analyse des *comportements violents répréhensibles* et non des *personnes violentes*.

b) Nécessité de responsabiliser le patient victime :

Toute personne est responsable de ses conduites agressives, y compris lorsqu'elles sont posées en réaction à une situation violente. Toute personne victime est responsable de sa propre sécurité et celle de ses enfants le cas échéant.

- Informé sur les aides disponibles (tableau 3).

- Suivre activement les accords conclus avec le patient victime.
- Accorder une attention particulière aux enfants témoins de violences conjugales en offrant de la même manière l'aide nécessaire.
- Consigner soigneusement dans son dossier médical ses observations objectives et les déclarations subjectives de la personne victime (tableau 4).
- Respecter ses limites en tant que généraliste en collaborant avec d'autres intervenants (tableau 3).
- Rédiger un certificat médical en se rapportant à l'outil de référence présenté comme dans une publication annexe aux Recommandations de Bonne Pratique³².

Remarque :

Le certificat sera rédigé uniquement à la demande du patient et remis à lui uniquement en main propre (pas aux autorités ni policières, ni judiciaires). Ce document peut être conservé dans le dossier médical du patient.

Tableau 2 : Grille d'évaluation de la dangerosité des situations de violences conjugales et familiales (adapté de Campbell JC³⁶).

La présence de trois de ces facteurs ou plus indique un risque léthal élevé :

- La fréquence et la gravité des épisodes de violence s'intensifient au fil du temps.
- Il y a des armes, notamment à feu, facilement accessible à la maison.
- Le patient déclare avoir peur pour sa vie.
- Le patient a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves.
- Le patient projette de quitter son partenaire ou de divorcer dans un avenir proche.
- Les épisodes de violence contre le patient se produisent également en dehors du domicile.
- Son (sa) conjoint(e) est également violent à l'égard des autres, notamment des enfants.
- Son conjoint a également fait acte de violence pendant la grossesse.
- Il a fait subir des violences sexuelles à la femme.
- Son (sa) conjoint(e) menace de le (la) tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider.

Tableau 1 : Evaluer la situation et établir un plan de sécurité.

Gravité de la situation	Quand cela a-t-il débuté ? A quelle fréquence surviennent les actes violents ? Avec quelle intensité ? Quelles sont les conséquences de ces actes violents ?
Dangerosité	Y a-t-il un risque immédiat pour la sécurité physique ? Y a-t-il un risque de suicide ? Y a-t-il un risque pour la santé mentale ? Y a-t-il un risque d'homicide ? (menaces, présence d'arme au domicile, violence sexuelle, intention exprimée, etc.) Y a-t-il un risque pour d'autres membres de la famille ? (enfants) Y a-t-il des facteurs de risque aggravants ? (grossesse, séparation)
Ressources	Quelle est l'emprise du partenaire ? Y a-t-il des personnes dans l'entourage pouvant aider la victime ? Quelle situation financière ? Constat de vulnérabilité/précarité ?
Plan de sécurité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaître les facteurs déclenchant les actes violents 2. Prévoir des " portes de sortie " 3. Prévoir des comportements protecteurs 4. Numéros de téléphone importants, toujours à portée de main 5. Quelle(s) personne(s) de confiance chez qui laisser un sac de " départ " et des copies de documents importants (identité, passeport, etc.) 6. Informer les enfants de ce qu'il faut faire en cas de violence (code de communication avec la famille, proches ou voisins...)

Tableau 3 : Construire son réseau. http://www.belgium.be/fr/famille/couple/problemes_familiaux/ donne accès au guide social.

TYPE D'AIDE	SERVICE
Ecoute téléphonique violence conjugale	0800 30 030
Psy	→ Centre de Santé Mentale → Centre de Planning Familial
Juridique	→ Service d'Aide aux Justiciables → Service d'Assistance aux Victimes - police → Service d'Accueil des victimes - parquet
Hébergement	→ Maison d'accueil et d'hébergement
Auteurs	→ Service d'aide aux auteurs (PRAXIS)
Mineurs	→ Service d'Aide à la Jeunesse → SOS enfants
Service d'appui pour professionnels (Région bruxelloise)	→ Eole-LIENS - tél. 02 223 75 52

Adapter le cycle du changement à la situation de violence conjugale

Le plus souvent, la réalisation de ce type de prise en charge, ne s'opérera que sur un laps de temps relativement long, sur des mois, voire des années.

Nous sommes en présence ici d'un cas particulier de prévention en matière de santé ce qui nécessite certains rappels :

- Le *style de vie* d'un patient, influe sur sa santé et son espérance de vie. Tout médecin et en particulier le généraliste, *est tenu d'informer ses patients* sur ces matières (tabac, alcool, sédentarité, violence domestique, etc.).
- Modifier son style de vie, suppose que le patient opère un ou plusieurs changements de comportement, ce qui est particulièrement difficile.

Tableau 4 : Rapport dans le dossier médical.

Anamnèse	Début des violences, fréquence, type, intensification, antécédents, conséquences sur le patient (et autres membres de la famille).
Examen clinique	Liste exhaustive des lésions et séquelles ; description précise avec schémas et photographies. En cas de violences sexuelles : le SAS (Set d'Agression Sexuel).
Hypothèses diagnostiques	Notes ou annotations personnelles en cas de doute, de suspicion ou si le patient nie : - " Ce que dit le patient ne concorde pas avec les lésions observées ". - " Le patient dit ne pas vivre une situation de violences familiales et conjugales ". - Initiatives de la part du médecin.
Précautions	La confirmation de violence par la victime ne doit pas être consignée dans le dossier du patient auteur. L'information rapportée par l'auteur ne doit pas être notée dans le dossier médical de la victime.
Certificat médical	Peut être conservé dans le dossier. Ne peut être remis qu'au patient.

Le médecin *est tenu d'informer sur les aides possibles, et de guider de façon optimale, éventuellement d'accompagner le patient dans cette démarche de changement.*

- Ayant informé et guidé adéquatement son patient en matière de prévention, le médecin n'est *pas responsable*, si le patient ne tente pas ou ne réussit pas à modifier la situation problématique.

Deux outils complémentaires sont bien adaptés pour l'accompagnement d'un patient dont la situation et/ou l'état de santé bénéficierait d'un changement de comportement, voire d'environnement ; il s'agit de la technique de l'entretien motivationnel³³ s'articulant autour du concept du cycle du changement³⁴.

L'entretien motivationnel est basé sur quatre principes :

- Ecoute du patient avec empathie.
- Résoudre l'ambivalence du patient qui a déjà conscience qu'il doit *changer* en développant la divergence entre les avantages et inconvénients de *changer ou de ne pas changer* (par exemple *entreprendre ou non des démarches* pour assurer sa sécurité, pour retrouver du travail, etc.).
- Ne pas vouloir convaincre le patient, rouler avec les résistances.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle du patient.

Par ailleurs reconnaître le **stade du patient** par rapport à un comportement ou un style de vie potentiellement nocif, augmente l'efficacité de l'intervention du médecin. En effet, un patient en déni *n'entendra pas d'emblée* les conseils de sécurité, alors qu'un patient prêt à agir sera au contraire avide d'information ; une communication adaptée aidera la

personne à trouver par elle-même les meilleures décisions (figure 2).

Le généraliste est le médecin de toute la famille : victime et auteur³²

En cas de détection de violences conjugales, le généraliste peut se sentir mal à l'aise en reconsidérant autrement les uns et les autres membres de la famille concernée. Le but des propos qui suivent, est d'être le point de départ d'une réflexion pour le médecin de famille tant au niveau éthique que déontologique.

- Si pour une quelconque raison, le généraliste ne se sent plus à l'aise dans une situation, il a le droit d'orienter les patients vers d'autres intervenants adéquats.
- Même si l'auteur de violences est aussi notre patient, il n'existe aucun conflit d'intérêt pour accompagner le conjoint victime, à anticiper un plan de sécurité ou à gérer la violence suspectée ou confirmée.
- Chaque patient (auteur ou victime) doit être considéré par son généraliste de manière indépendante. Chaque patient a droit à la confidentialité et la probité de son médecin. Chaque patient a droit à la qualité des soins.
- En cas de violence suspectée ou confirmée, la victime doit être entendue seule, en l'absence de son partenaire
- La règle c'est la confidentialité. Ne pas parler à l'auteur des confidences de la victime. Ne pas parler à la victime des confidences de l'auteur. La divulgation de ces confidences, même à la demande de ceux qui les font, ne devrait pas se faire par le médecin. Certaines exceptions au secret existent, par exemple, en cas de danger grave et imminent pour autrui et notamment concernant les enfants. Il ne faut pas hésiter à activer le réseau adéquat, demander un avis à l'Ordre des Médecins ou contacter un autre confrère en respectant l'anonymat des patients afin de prendre la meilleure décision.

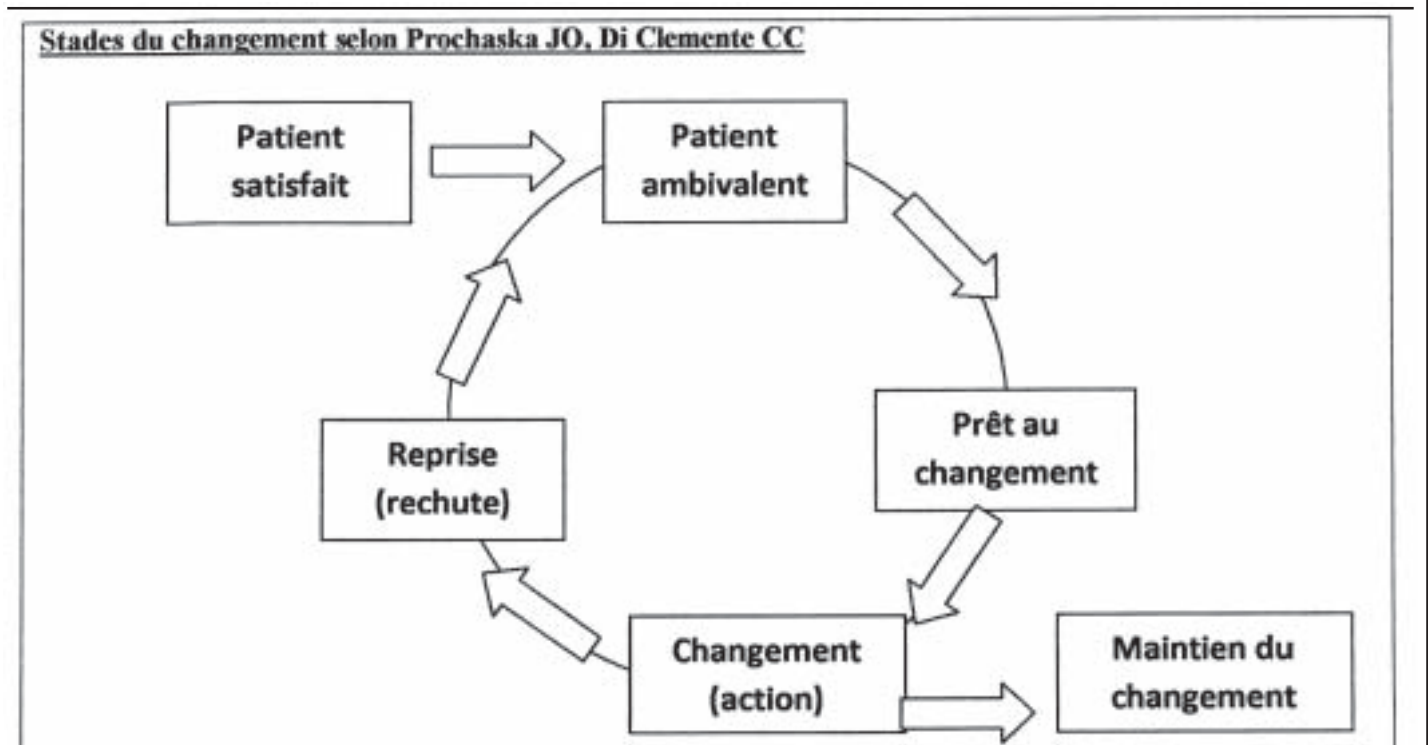
CONCLUSIONS

Vu le taux de prévalence élevé et la gravité des problèmes encourus en cas de violences, les infirmiers et médecins quelle que soit leur spécialité devraient pouvoir identifier précocement les victimes de leur partenaire et leur apporter une aide adéquate ou encore les diriger vers les services compétents. Au sein de cet organigramme, les généralistes sont, de plus, les intervenants parmi les mieux placés dans la détection précoce de la violence conjugale, augmentant ainsi les chances d'un meilleur pronostic pour les familles concernées.

En outre, un généraliste sensibilisé ou formé sur ce sujet pourra réévaluer plus aisément certaines situations de patients somatisants chroniques, avec lesquels il éprouverait des difficultés de suivi et de traitement.

Dans le cadre du Plan d'Action Nationale contre

Figure 2 : Communication médecin - patient victime.



<u>Stade du patient</u>	<u>Action du médecin</u>
<p><u>SATISFAIT :</u></p> <p>Est en déni, évite d'en parler, nie ou minimise, s'auto-accuse, défend son partenaire, estime que c'est sans espoir</p>	<p><i>To ASK & to ADVISE</i></p> <p>→ Susciter le doute : « Ce n'est pas normal »</p> <p>→ Il y a des solutions ; quand il voudra ...</p> <p><i>To ASSESS</i> → Evaluer la sécurité</p>
<p><u>AMBIVALENT :</u></p> <p>Se pose des questions. Est en demande, peut écouter les informations. Entrevoit les solutions (pas avant 6 mois). Anxiété, peurs, doutes. Dans un état d'esprit : « aller-retour »</p>	<p><i>TO ADVISE & ASSESS willingness</i></p> <p>→ Offrir un message clair : « Comment puis-je vous aider ? »</p> <p>→ Augmenter la confiance en soi du patient</p> <p>→ Anticiper les situations à venir</p> <p>→ Faire la balance entre barrières ? et avantages ?</p> <p>→ Présenter les aides possibles, ressources et référents</p> <p><i>TO ASSESS</i> → Evaluer la sécurité ? Entrevoir le(s) plan(s) de sécurité</p>
<p><u>PRET A L'ACTION :</u></p> <p>Elabore un plan d'action. Pense aux derniers obstacles, et leurs solutions. Encore quelques doutes ...</p>	<p><i>To ASSIST willingness</i></p> <p>→ Offrir son aide : « Qu'attendez-vous de moi ? »</p> <p>→ Offrir de l'info (ressources, référents)</p> <p><i>TO ASSESS</i> → Revoir le plan de sécurité</p>
<p><u>ACTION :</u></p> <p>Dans l'action : départ, trouver un job, ses droits ?, groupe de parole, psy</p>	<p><i>To ARRANGE Follow up</i></p> <p>→ Prévoir des RV pour offrir du soutien</p> <p>→ Activer le réseau. Référer</p> <p>→ Symptômes du « retour » ?</p> <p><i>To Assess</i> → En sécurité ?</p>
<p><u>MAINTIEN DU CHANGEMENT</u></p>	<p><i>FOLLOW UP</i> → Maintenir le contact</p> <p>→ A chaque contact : s'enquérir de la situation</p> <p>→ Valoriser</p> <p>→ Signe de retour possible ?</p> <p>→ En sécurité ?</p>

les Violences Intrafamiliales (PAN)³⁵, le Ministère (Service Public Fédéral de la Santé) s'est donné pour objectif de sensibiliser les professionnels de la santé. Une équipe pluridisciplinaire de chercheurs en médecine générale du nord et du sud du pays³⁶ ont mis au point, un programme de sensibilisation adapté à des rencontres professionnelles tels les GLEM, les dodécagroupes et autres séances de formation continue. Des modules de formation ont également été conçus pour les généralistes souhaitant d'être plus proactifs dans l'aide aux personnes victimes et leur famille, tout en devenant potentiellement personne ressource auprès de leurs confrères en cette matière. Tablons que l'ensemble de ces actions concertées permettront de prévenir et de traiter plus efficacement cette grave problématique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pieters J, Italiano P, Offermans AM, Hellemans S : Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle. Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, 2010
2. Institut de Démographie de l'Université Paris 1. Enveff : Les violences envers les femmes au quotidien, Rapport final. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et à la formation professionnelle, Service des droits des femmes et de l'égalité, 2001. http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com_JaspardSaurel.PDF
3. Ramsay J, Richardson J, Carter YH *et al.* : Primary care : should health professionals screen women for domestic violence ? Systematic review. *BMJ* 2002 ; 325 : 314
4. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD : Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002 ; 17 : 112-6
5. Vanhalewyn M, Offermans AM : SSMG. RBP Détection des violences conjugales. Validation par le CEBAM en 2009. Service Public Fédéral Santé, Sécurité Chaîne Alimentaire et Environnement
6. World Family Doctors. Caring for People. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale. 2002.<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
7. O'Campo P, Burke J, Peak GL *et al.* : Uncovering neighborhood influences on intimate partner violence using concept mapping 852. *J Epidemiol Community Health* 2005 ; 59 : 603-8
8. Miller Dawn JC : GP's perception of their role in the identification and management of family violence. *Family Practice Advance Access* 2007 ; 95-101
9. Taft A, Broom Dh, Legge D : General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family : qualitative study. *BMJ* 2004 ; 328 : 618-21
10. Organisation Mondiale de la Santé : Rapport Mondial sur la Violence et la Santé. Genève 2002 Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes : 100-35
11. SoRelle R : Domestic Violence Victims More Likely to Seek Emergency Care for Self-Harm. *Emergency Medicine News* 2006 ; 28 : 1,28,30
12. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport Mondial sur la Violence et la Santé. Genève 2002 Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes : 100-35
13. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K : Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med* 2003 ; 25 : 38-44
14. Schafer J, Caetano R, Cunradi CB : A Path Model of Risk Factors for Intimate Partner Violence among Couples in the United States. *J Interpers Violence* 2004 ; 19 : 127-42
15. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M : Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium : A survey study. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio* 2008 ; 137 : 37-42
16. Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S : Domestic violence during pregnancy : survey of patients and healthproviders. *Journal Women's Health* 2008 ; 17
17. Mujaharaine N, D'Arcy C : Physical abuse during pregnancy : prevalence and risk factors. *Can Med Assoc J* 1999 ; 160 : 1007-11
18. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD : Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes : A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 188 : 1341-7
19. Curry MA, Perrin N, Wall E : Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women. *Obstetrics Gynecology* 1998 ; 92 : 530-4
20. Lee J, Cline M, Zink T *et al.* : Domestic Violence. Institute for Clinical Systems Improvement Health Care guidelines 2004
21. Latthe P, Mignini L, Gray R *et al.* : Factors predisposing women to chronic pelvic pain : Systematic review 739. *BMJ* 2006 ; 332 : 749-51
22. Edleson JL : Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal Interpersonal Violence* 1999 ; 14 : 839-70
23. Institut scientifique de Santé publique : Enquête de santé par Interview Belgique 2008. Rapports. <http://www.iph.fgov.be/epidemi/epifr/CROSPFR/HISFR/TABLE08.HTM>
24. Ormel J, Koeter MW, Van den Brink *et al.* : Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 700-6
25. Afana AH, Dalgard OS, Bjertness E *et al.* : The ability of general practitioners to detect mental disorders among primary care patients in a stressful environment. *J Publ Health Med* 2002 ; 24 : 326-31
26. World Family Doctors : Caring for People. WONCA Europe. Définition européenne de la médecine générale. 2002.<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
27. Cherniak D, Grant T, Mason R *et al.* : Intimate Partner Violence Consensus Statement. *J Obst Gynaecol Can* 2005 ; 157 : 365-88
28. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) : Woman abuse : screening, identification and initial response. Toronto (ON), Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) ; 2005 : 88
29. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD : Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002 ; 17 : 112-6
30. Ramsay J, Richardson J, Carter Y, Feder G : Appraisal of evidence about screening women for domestic abuse. Report to National Screening Committee. Department of General Practice & Primary Care Barts and The London Queen Mary's School of Medicine & Dentistry, 2001

31. MacMillan HL : Prevention and treatment of violence against women, systematic review and recommendations. Canadian Task Force on Preventive Health Care Technical Reports 2001 : 1-4
32. Vanhalewyn M, Offermans AM : SSMG. Les violences conjugales. Cadre juridique et Déontologique. Aspects relatifs au Dossier et au Certificat Médical 2010. Service Publique Fédéral Santé, Sécurité Chaîne Alimentaire et Environnement
33. Rollnick S, Miller RW, Butler CC : Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation. Inter Editions, Dunod, 2009
34. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC : In search of how people change : applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992 ; 47 : 1102-14
35. Plan d'Action National contre les Violences Conjugales 2004-2007. http://webapps01.un.org/vawdatabase/uploads/Belgium%20-%20Plan%20D'Action%20National%20Contre%20Les%20Violences%20Conjugales%20_2004-2007_%20_FRA_.pdf
36. Equipe de recherche : Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Vanhalewijn M, Offermans AM, sociologue (ULg) ; Domus medica Léo Pas ; Département de Médecine Générale ULB : Roland M, Kacenelembogen N
37. Walker LE : The battered woman. Springer Publishing Company, 2000
38. Campbell JC, Webster D, McLain J *et al.* : Risk factors for femicide in abuse relationships : results from a multi-site case control study. Am J Public Health 2003 ; 93 : 1089-97

Correspondance et tirés à part :

N. KACENELEBOKEN
Avenue Molière 179
1190 Bruxelles
E-mail : Nadine.Kacenelembogen@ulb.ac.be

Travail reçu le 24 juin 2010 ; accepté dans sa version définitive le 29 juin 2010.