

Mon patient est-il concerné par les violences intrafamiliales ? Comment détecter précocement ?

Is my patient affected by domestic violence ? How can I detect violence related health effects early on ?

Thomas P.-L.¹, Roland M.¹ et Offermans A.-M.²

¹Médecin généraliste, ²Sociologue, Département de Médecine générale, Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

La fréquence des violences intrafamiliales est difficile à évaluer avec suffisamment de précision en raison de la sensibilité du sujet au sein de la société et des résistances des personnes concernées à en parler. Même si cette fréquence est donc certainement plus élevée que celle qui est déclarée ou constatée durant les consultations chez les médecins généralistes qui sont le plus souvent les premiers professionnels impliqués par la problématique, les diverses recommandations en la matière ne conseillent pas un dépistage systématique. Une raison supplémentaire est l'insuffisance d'outils (questionnaires) suffisamment validés, avec une bonne sensibilité et spécificité. Pratiquement, il convient que les médecins de famille soient bien au courant de l'existence et de la fréquence du phénomène, qu'ils aient bénéficié d'une sensibilisation/formation en ce domaine et qu'ils soient attentifs aux facteurs de risque, aux tableaux cliniques et aux " red flags ", car même si ceux-ci sont peu spécifiques, leur association doit conduire à une détection précoce pour alerter et inclure les violences dans le diagnostic différentiel du patient qui consulte souvent pour d'autres raisons.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 378-85

ABSTRACT

The frequency of domestic violence is difficult to assess with sufficient precision because it is a societal taboo and those personally affected resist speaking about it. Although its prevalence is certainly higher than what is reported or observed during consultations with general practitioners who are most often the first professionals involved in the problem, the various recommendations in this area do not advise systematic screening. Additional reason is the inadequacy of sufficiently validated tools (questionnaires), which provide enough sensitivity and specificity. In practice, family physicians should be well aware of the existence and frequency of the phenomenon, have received specific training, and be alert to risk factors, clinical symptoms and red flags. Even if all signals are not specific, their association must be considered as a warning to practitioners and lead to early detection. Hence it is important to include violence in the differential diagnosis of the patient who often consults for other reasons.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 378-85

Key words : intimate partner violence, domestic violence, child, children, childhood, youth, screening, diagnosis, primary care physicians

INTRODUCTION

Les violences intrafamiliales sont devenues un des sujets majeurs en matière de santé publique : les paroles se libèrent, la culture sociétale évolue en matière de relations entre les genres, les conséquences sur la santé des adultes et des enfants qui y sont confrontés sont de mieux en mieux étudiées. Les publications abordant ce domaine pluriel sont donc nombreuses, surtout ces dernières d'années. Les

impacts sur la santé des personnes, sur la parentalité, sur les coûts induits y sont clairement décrits, de même que l'intérêt d'une détection précoce et d'une prise en charge appropriée tel que le recommande le Guide de Pratique Clinique réalisé tout récemment par notre équipe de recherche en collaboration avec la SSMG et validé par le CEBAM¹. La prolongation et l'affinement de formations *ad hoc* à destination des professionnels de santé, en ce compris les médecins généralistes sont également développés dans ces études.

L'article précédent² décrit l'épidémiologie des violences, le cycle récurrent de celles-ci de même que leurs conséquences à divers niveaux. Celui-ci abordera le pourquoi et le comment de leur détection et quels types de situations doivent inciter le médecin généraliste à avoir une démarche proactive pour un diagnostic précoce.

POURQUOI DETECTER PRECOCEMENT LES VIOLENCES CONJUGALES ?

Une prévalence élevée

L'OMS³ estime qu'au niveau mondial, 30 % des femmes ont été exposées à des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie de couple. Par ailleurs, 38 % des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime. Au niveau européen, ce seraient 25,4 % des femmes qui sont confrontées à des violences physiques et sexuelles de la part de leur partenaire durant leur vie.

Selon l'enquête réalisée en 2010 auprès de la population belge⁴, 1 femme sur 20 âgée 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 situations.

Rappelons que les violences conjugales sont un poison qui touche la société dans son entièreté sans tenir compte de l'âge, du sexe, du niveau social, de la nationalité ou de la religion. En France, en 2017, 130 femmes ont été tuées par leur partenaire ou leur ex-partenaire et 21 hommes ont aussi perdu la vie de façon similaire⁵. Les violences n'épargnent pas les enfants. Ces derniers, quand ils n'en sont pas victimes directes, en sont au minimum des témoins impactés. En 2016 il y a eu, en France, 25 enfants tués dans le cadre de violences au sein du couple et 38 enfants témoins qui étaient présents lors de l'homicide de l'un des parents⁶.

Des coûts élevés

Les coûts sont énormes pour la société, estimés par exemple pour la Belgique à 2,68 milliards d'euros, qu'il s'agisse d'aide sociale, de frais de justice, d'hébergement ou encore des services de santé (examens, hospitalisations et consommation de psychotropes)⁷.

" Une intervention efficace, même de manière marginale, peut apparaître tout à fait productive et rentable au vu de l'importance de la charge financière secondaire à la prise en charge des violences⁸. L'étude économique de NICE⁸ montre, par exemple, un ratio d'incrément coût/bénéfice de £ 2.450 alors que le QALY additionnel est de £ 20.000 "¹.

L'amélioration du pronostic

Détecter précocement, et ceci est sans doute le

plus important, permet d'éviter la chronicité et surtout la dynamique d'aggravation avec escalade vers des formes de violences de plus en plus graves. La violence est en effet un processus évolutif dont l'identification dès les premiers stades permet aux personnes victimes de conserver plus de ressources, plus de résilience, plus de possibilités d'orientations adéquates et donc d'initier des interventions moins dramatiques aboutissant néanmoins à une diminution de la morbidité et de la mortalité. En effet, la détection précoce favorisera une résolution du problème avec des moyens " plus simples " : un suivi par le médecin généraliste, une guidance psychosociale... Au plus tôt les personnes concernées sont identifiées, au plus ce sont des " patients comme les autres ".

" Madame L., une femme de 34 ans ayant connu dans sa vie un compagnon avec des comportements violents, rencontre enfin l'amour de sa vie. Ça fait deux jours qu'ils sont ensemble et ils ont déjà plein de projets, y compris le projet commun d'avoir un bébé. Mais après seulement deux jours, son nouveau petit ami se montre possessif, se décrivant lui-même comme un homme jaloux. Madame L. se rappelle que lors d'une précédente consultation, je lui avais parlé de la violence comme conséquence possible d'une relation empreinte de jalousie. Elle décide de mettre un terme à leur début d'idylle. Lors de cette rupture, l'homme la gifle. Madame L. me rapporte cette histoire fière d'elle : " Si après deux jours, il me gifle, je n'imagine pas si on avait eu un enfant ensemble, je ne regrette pas de l'avoir quitté ".

A contrario, un délai dans le diagnostic peut conduire à des erreurs d'approche, des démarches cliniques inadaptées, des mises au point inutiles et coûteuses ou des traitements ne prenant pas en compte la globalité du problème sous-jacent⁸, basés par exemple, uniquement sur des psychotropes. Dans la mesure où les personnes concernées veulent éviter de voir leur situation médicalisée⁹, il importe que leur symptomatologie soit effectivement confrontée au diagnostic de violence.

DANS QUELLES CIRCONSTANCES LE MEDECIN GENERALISTE DOIT-IL ADOPTER UNE DEMARCHE PROACTIVE DE DETECTION PRECOCE ?

Les personnes victimes de violences consultent leur médecin de famille 2 à 3 fois plus que les autres, pour des motifs divers¹⁰⁻¹². Et pourtant, elles ne sont identifiées que dans 10 à 12 % des cas¹³. Néanmoins, le dépistage systématique, même s'il ne présente pas d'effet délétère, n'est pas conseillé (Recommandation Grade 1C)¹ dans la mesure où il n'y a pas suffisamment de données probantes pour l'implémenter dans les pratiques^{14,15}.

Dès lors, vu la loi du silence qui caractérise habituellement les situations de violence au sein du couple et de la famille, sans démarche proactive de la part du médecin généraliste, lorsqu'elles seront

révélées, la situation sera déjà grave pour les femmes, voire très grave pour les hommes³. Dans certaines situations, il convient de penser à la violence, de l'évoquer d'emblée dans les hypothèses diagnostiques, sans pour autant stigmatiser certains groupes sociaux ou culturels tant cette problématique est partout répandue et sans qu'une personnalité distinctive ou des troubles particuliers puissent être identifiés qui permettraient le renforcement d'une première suspicion.

Des facteurs de risque

Ce sont certaines situations, certaines circonstances de vie, auxquelles il convient d'être attentif parce qu'elles constituent des facteurs de risque qui d'ailleurs se multiplient en s'associant (Recommandation Grade 1C)¹.

- " **Le genre** : les femmes sont plus souvent victimes que les hommes de formes de violences plus graves, plus fréquentes et sur de plus longues périodes¹⁶; elles déclarent que ces formes de violences font partie d'un système de peur et de contrôle coercitif^{17,18} ;
- **Le jeune âge** : entre 16-24 ans pour une femme et 16-19 ans pour un homme¹⁶ ;
- **La grossesse et la période autour de la naissance** : même si la grossesse apparaît comme un facteur protecteur pour certaines femmes¹⁹, elle est une période à risque pour d'autres²⁰ ; d'autre part, les femmes confrontées à des violences de la part de leur partenaire pendant leur grossesse ont 3 fois plus de risque de présenter une dépression post-partum^{21,22} ; enfin les expériences de violences pendant la grossesse constituent un problème important au travers de la charge accrue induite par les problèmes de santé mentale du post-partum ;
- **Les maladies de longue durée et les handicaps** : qui doublent le risque de violences¹⁶ ;
- **Les problèmes de santé mentale**²³ ;
- **Un contexte de séparation**¹⁶ ;
- **La consommation problématique d'alcool**, avec néanmoins un niveau de preuve modéré²⁴ ;
- **Les antécédents de maltraitances ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance** qui augmenteraient le risque d'être victime ou auteur de violences dans ses futures relations intimes^{1,25,26} ".

" *Natascha, une femme de 22 ans vient à ma consultation avec son bébé de 14 semaines. Elle aimerait arrêter de fumer mais n'y arrive pas. La grossesse est plutôt un moment propice pour arrêter de fumer et dans mon expérience, c'est après l'accouchement qu'il y a plus de rechutes que de tentatives d'arrêt. Ayant en tête la prévalence des violences intrafamiliales et leur recrudescence durant la grossesse, je lui demande d'emblée comment ça va dans son couple. Natascha vient de se séparer. Sa grossesse a été un enfer mais elle a tenu bon, pensant qu'à l'accouchement, elle serait délivrée des accès de colère de son compagnon. Pendant toute sa grossesse, elle se sent stressée et elle fume. Le jour où elle accouche, elle réalise que rien ne changera, il lui fait*

toujours vivre un enfer. Elle décide de le quitter et à ce moment, arrêter de fumer devient enfin envisageable ".

Des tableaux cliniques suggestifs chez l'adulte

La connaissance et la reconnaissance des tableaux cliniques suggestifs (tableau 1 : Symptômes les plus courants et " *red flags* ") permettent en effet d'identifier et de prendre en charge, une situation de violences chez un patient qui consulte pour d'autres raisons, sans attendre que celle-ci devienne manifeste après une évolution occultée parfois très longue pendant laquelle des traumatismes importants risquent de s'installer et de se chroniciser.

Tableau 1 : Tableaux cliniques associés aux violences conjugales chez l'adulte (symptômes les plus courants et " *Red flags* ") qui peuvent se manifester sous des aspects très variés, entre autres¹.

- Symptômes de dépression, anxiété, *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), troubles du sommeil ;
- Tentatives de suicide ou idées suicidaires ou automutilation ;
- Addictions (alcool, substance psychotrope licite ou non) ;
- Troubles gastro-intestinaux chroniques et inexpliqués ;
- Troubles de la sphère gynécologique y compris les douleurs pelviennes et les dysfonctions sexuelles ;
- Symptômes génito-urinaires inexpliqués, incluant les infections urinaires à répétition ;
- Saignements gynécologiques ou infections sexuellement transmissibles ;
- Problèmes de santé liés à la reproduction tels grossesses non désirées ou avortements multiples, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, fausses couches, prématurité, petit poids à la naissance ou mort de l'enfant ;
- Douleurs chroniques d'origine inexpliquée ;
- Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées avec explications vagues et incohérentes ;
- Troubles du système nerveux central - céphalées, troubles cognitifs, perte d'audition ;
- Grossesse ;
- Consultations répétées avec un diagnostic peu défini ;
- Attitude intrusive en consultation du/de la partenaire ou d'autres membres de la famille.

Les plaintes somatoformes ou troubles psychosomatiques

Elles sont probablement les motifs de consultations les plus précocement présentés par les patients auprès de leur généraliste parce qu'ils sont les plus faciles à dire : troubles gastro-intestinaux chroniques et inexpliqués, infections génito-urinaires parfois à répétition, douleurs chroniques d'origine inexpliquées, céphalées chroniques, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, côlon irritable.

" *J'ai reçu un patient de 42 ans qui me consulte pour des lombalgies. Il avait passé plusieurs examens d'imagerie médicale qui ne mettaient en évidence franchement aucune pathologie. Un rhumatologue lui avait prescrit des séances de kinésithérapie qu'il ne suivait pas. Il me demandait une énième imagerie de sa colonne vertébrale. Très vite, je suis tombé sur une histoire de vie complexe avec sa femme qui l'humiliait devant ses amis ou lors des repas de famille. Sa femme avait honte de vivre avec un homme chômeur, incapable*

de cuisiner ou de réaliser la moindre tâche ménagère. Sa femme refusait tout contact physique. Au début, ils faisaient chambre à part puis, estimant qu'il se la " coulait douce ", elle l'obligeait à dormir dans sa voiture. Ce qui expliquait peut-être les courbatures ".

Les troubles psychopathologiques

On retrouve les symptômes de dépression, d'anxiété, de PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*), d'idées ou tentatives de suicide, d'automutilation, de troubles du sommeil, d'addictions (alcool, médicaments, drogues licites ou illicites) ; " en Belgique, selon l'étude se basant sur les données de l'enquête de Santé de 2013²⁷, les patients avec un vécu de violences déclarent avoir pris, au cours des deux dernières semaines, trois fois plus de psychotropes (tranquillisants, anti-dépresseurs, sédatifs et anxiolytiques) "¹.

Le mal-être

Une plainte d'ailleurs particulièrement fréquente que l'on retrouve dans l'enquête de Santé de 2013²⁸ : 35 % des femmes et 28 % des hommes déclarent la perte de sommeil consécutive à des soucis, la sensation d'être constamment tendu(e) ou stressé(e) et le sentiment d'être malheureux(se) et déprimé(e).

Les troubles gynécologiques et obstétricaux

Il existe une corrélation, peu connue des cliniciens, entre la violence pendant la grossesse et le risque majoré de fausses couches, de suivi prénatal aléatoire ou tardif, de naissances prématurées, de petits poids à la naissance ou de mortalité périnatale, ainsi que de tableaux cliniques très imprécis ; " ces patientes ont également plus souvent des grossesses non désirées, des avortements multiples, des infections sexuellement transmissibles et des plaintes non spécifiques d'ordre gynécologique y compris les douleurs pelviennes et les dysfonctions sexuelles non en rapport avec les règles ; de plus, les femmes enceintes, reçoivent les coups préférentiellement au niveau du ventre et, si ces actes sont potentiellement graves pour l'évolution de la grossesse, ils n'engendrent que peu d'ecchymoses et sont de ce fait rarement visibles à la simple auscultation "²⁹.

Les lésions traumatiques

Comme repérage tardif et signe de violences graves, gardons à l'esprit les lésions traumatiques surtout si elles sont répétées, avec explications vagues ou incohérentes et survenues en l'absence de témoins (Voir à ce sujet le premier article " Violences intrafamiliales : portes d'entrée pour la pratique clinique "².

Les " Red flags "

Ils sont multiples et multiformes et leur valeur prédictive augmente en fonction de leur association :
- l'attitude intrusive en consultation du partenaire ou

d'un membre de la famille, en répondant à sa place aux questions posées, en minimisant ses plaintes, en le critiquant, en suggérant même sa conduite ou celle du généraliste ;

- des consultations très fréquentes, des rendez-vous manqués, des retards aux consultations, des délais importants entre le début du problème de santé et la venue en consultation ;
- la présence constante du/de la conjoint(e) en consultation, auprès duquel le/la patient(e) cherche constamment l'approbation ;
- une prise de parole difficile ;
- des expressions reflétant un sentiment d'insécurité²⁹.

Les symptômes chez les enfants et adolescents

Certaines problématiques (tableau 2) doivent inciter le médecin de famille à intégrer dans son diagnostic différentiel la possibilité d'un " enfant symptôme " de violences conjugales : troubles du sommeil, anxiété, stress, dépression, PTSD, consommation de drogues, affections psychosomatiques, problèmes de comportement (agressivité, violences verbales) ou problèmes scolaires.

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 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. Dans 10 % des cas, les enfants témoins deviennent effectivement victimes de maltraitance "⁴.

" Sarah est une jeune fille de 14 ans que je connais depuis qu'elle a 8 ans. Depuis quelques mois, elle est en plein décrochage scolaire et elle s'est mise à fumer du tabac et du cannabis. Je reçois un appel de sa mère lundi matin qui souhaite une consultation au plus vite. Sarah a fait une tentative de suicide médicamenteuse dimanche soir. Elle est actuellement aux urgences mais la famille de Sarah ne souhaite pas qu'elle aille en hôpital psychiatrique. Ils signent une décharge et promettent aux médecins que leur fille ira consulter son médecin traitant dans les plus brefs délais. Je reçois Sarah seule. Je lui explique le cadre de confidentialité dû au secret médical. Après lui avoir dit que j'étais inquiet pour elle, j'investigue à son rythme les violences intrafamiliales. Elle est un peu étonnée. Elle n'en a jamais parlé à personne. Au fur et à mesure qu'elle raconte son histoire, elle commence à entrevoir l'origine de son mal-être ".

Tableau 2 : Symptômes associés aux violences conjugales chez l'enfant et l'adolescent (0-19 ans) qui doivent également éveiller la vigilance¹.

- Troubles du sommeil, anxiété, stress, dépression, PTSD ;
- Problèmes de comportement (agressivité, violences verbales), problèmes scolaires ;
- Problèmes psychosomatiques ;
- Consommation de drogues ;
- Idées suicidaires.

LES PREREQUIS A LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Plusieurs conditions structurelles doivent être réunies pour créer des conditions initiales et un environnement favorable pour aborder la mise en évidence et la révélation d'éventuelles violences conjugales :

- " Disposer dans les salles d'attente ou autres endroits appropriés (sur le bureau ou encore mieux dans les toilettes) des affiches ou du matériel didactique informant sur les violences conjugales (Recommandation Grade 1C)¹, ce qui constitue le signal que le généraliste est conscient du problème et qu'il est prêt à en parler³⁰ ;
- Être sensibilisé, voire formé à la problématique des violences conjugales et plus particulièrement à l'abord du sujet en consultation (Recommandation Grade 1C)¹. Deux études randomisées contrôlées de haute qualité^{31,32} relatives à des programmes de formation à multiples facettes à destination de médecins généralistes attestent d'une amélioration significative de l'identification des femmes victimes "¹. La meilleure orientation vers des structures *ad hoc* est suggérée dans une revue systématique récente³³ ;
- " Construire un réseau de collaboration¹³ : connaître les services, les protocoles et procédures en vigueur en la matière et prévoir des modalités d'orientation vers les services *ad hoc* en vue d'assurer la continuité des soins (Recommandation Grade 1B). La collaboration avec le réseau augmente le nombre de patientes orientées vers les services *ad hoc*, a un impact sur la réduction des violences subies et améliore l'aide apportée aux personnes concernées "¹ (voir à ce sujet l'article " Les outils d'aide à la pratique depuis l'évaluation à la prise en charge "³⁴).

Par ailleurs, il est essentiel de conduire le dialogue avec tact, de manière empathique et sans jugement de valeur. Confidentialité et sécurité doivent impérativement et totalement être assurées au sein du colloque singulier que constitue la rencontre duelle entre le médecin et son patient : celui-ci doit être seul, c'est-à-dire sans son partenaire, ni enfant, ni membre de la famille (Recommandation Grade 1C)¹. Le médecin ne doit exercer aucune pression, laisser libre cours à une parole libre et accepter que, même en cas de forte suspicion de violences, le patient n'est peut-être pas prêt à révéler sa situation. Dans tous les cas, la révélation doit être un acte volontaire qui survient parfois après une longue période de silence ou d'occultation, période nécessaire pour créer, installer et développer la confiance réciproque.

" *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...* ".

LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE PROPREMENT DITE

Il est bien admis que le dépistage systématique

n'est pas indiqué. C'est donc un dépistage opportuniste qui doit être mené en fonction de l'identification de certains tableaux cliniques et " *red flags* " décrits ci-dessus, surtout lorsqu'ils sont associés.

" Deux revues systématiques de haute qualité^{14,35} montrent que la longueur et le type d'outils utilisés (WAST, HITS, PVS, CAS2), le type de questions posées (fréquence des violences versus question oui/non) etc. induisent des différences dans l'identification des violences tant au niveau du nombre de femmes dépistées qu'en termes de formes de violences répertoriées et de groupes de population concernés. Les importantes variations observées entre les études recensées ne permettent pas de se prononcer en faveur de tel ou tel instrument. Le niveau de preuve est modéré ce qui induit une démarche diagnostique au départ de questions pertinentes favorisant la révélation de violences actuelles ou passées "¹.

La démarche proposée est celle " en entonnoir " qui ramasse d'abord, comme dans toute consultation, des symptômes et des plaintes, qui identifie des tableaux cliniques et d'éventuels " *red flags* " et qui aboutit à un moment où le problème de violences est inclus dans le diagnostic différentiel comme une hypothèse parmi d'autres. Une question ouverte du type " *Et au fond, comment ça va dans votre couple ?* " est alors posée lorsqu'on sent qu'elle peut l'être naturellement.

Si le médecin a peur d'être trop intrusif ou s'il veut poser des questions plus précises, il peut aussi demander l'assentiment au patient : " *Si vous me le permettez, j'aimerais vous poser quelques questions un peu délicates ? Vous y voyez un inconvénient ?* ".

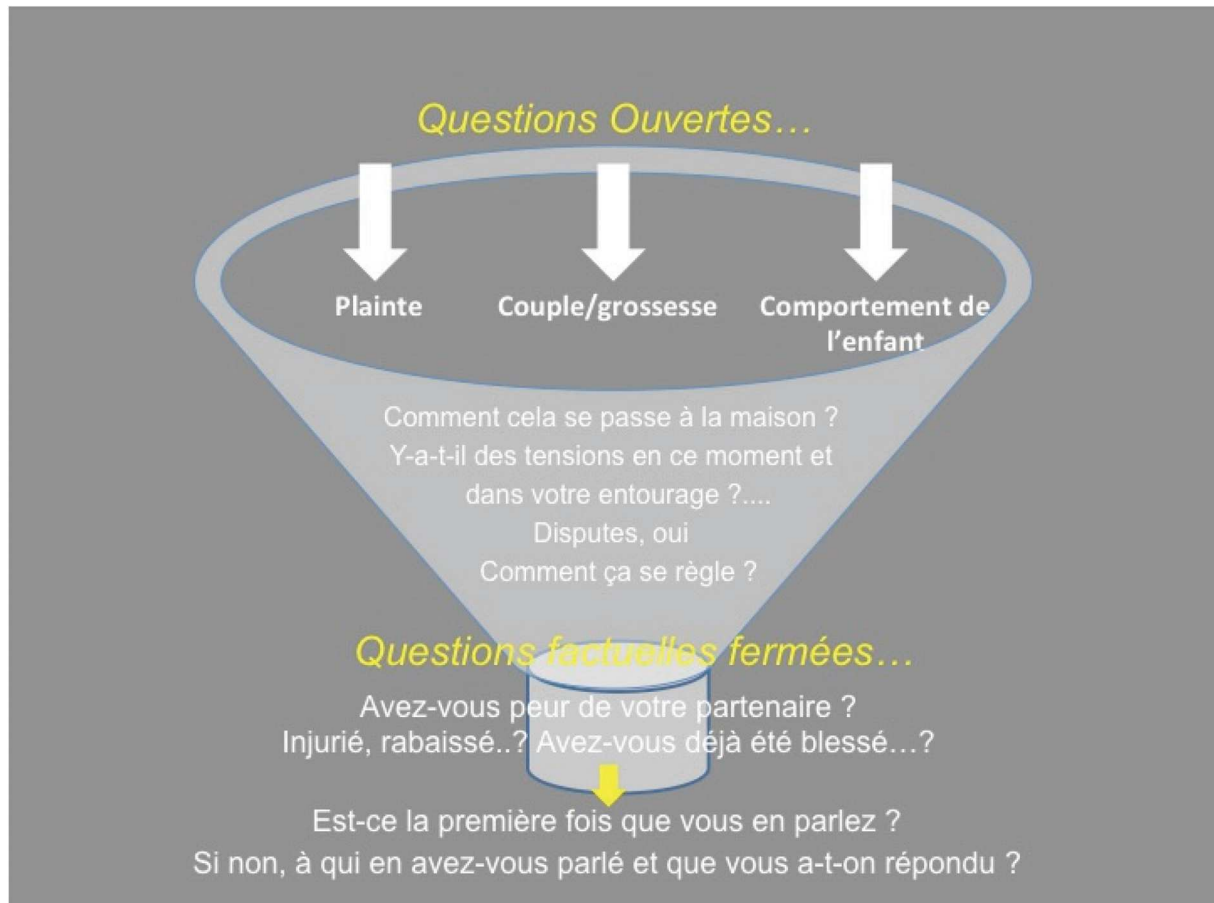
Si le patient n'exprime aucun problème ou s'il préfère ne pas être questionné, l'anamnèse doit s'arrêter à ce stade. Si en revanche, il rapporte des tensions dans le couple ou a fortiori d'emblée des violences, il importe de continuer par des questions un peu plus fermées telles : " *Avez-vous déjà eu peur de votre partenaire ?* ".

Si la réponse est négative, c'est que problèmes de couple il y a, mais qu'ils ne sont pas de l'ordre d'un rapport de force dominant/dominé. Si, au contraire, le patient manifeste une peur ou une crainte par rapport à son partenaire, il importe d'encore plus préciser les questions : " *Pourriez-vous me dire comment se passent vos disputes ?* " ou " *lors de disputes, est-ce que vous en êtes déjà venus aux mains ?* ".

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, en lui garantissant le secret médical et la confidentialité la plus absolue.

Il n'existe pas de modèle standard pour mener une consultation de ce type, chacune devant se modeler en fonction du contexte, de la culture des personnes concernées, de la gravité de la situation,

Figure : Questionnement en entonnoir.



des répercussions sur les enfants et l'entourage... Mais l'approche du questionnement en entonnoir (figure) permet de s'y adapter ponctuellement et en voici un exemple :

- Interrogation sur les plaintes initiales par des questions ouvertes : " Pourquoi dormez-vous mal d'après vous ? Qu'est-ce qui vous fatigue, vous rend triste... ? Vos symptômes semblent souvent liés au stress, qu'en pensez-vous ? " ;
- Demande de précisions au travers de questions encore ouvertes, mais abordant indirectement la problématique des violences : " Comment cela se passe-t-il en ce moment à la maison ? Y a-t-il des tensions particulières actuellement dans votre entourage ... ? " ;
- Questionnement encore plus précis focalisé clairement et concrètement sur d'éventuelles violences domestiques ; si les difficultés relationnelles se confirment, les questions s'affinent encore : " Votre état (vos blessures) m'inquiètent... Comment vous sentez-vous à la maison ? " ;
- Prolongement de l'anamnèse par des questions fermées factuelles, de plus en plus concrètes et ciblées : " Vous sentez-vous en insécurité chez vous ? A la maison avez-vous déjà été blessé(e) par quelqu'un de votre entourage... ? Avez-vous déjà subi des injures, des humiliations, des menaces, reçu des coups... ? "29.

En cas de grossesse

A la différence des situations tout-venant, un

dépistage systématique est indiqué chez les femmes enceintes en raison du facteur de risque que constitue la grossesse, donc de la plus haute prévalence des violences conjugales pendant cette période. Un *screening* généralisé est dès lors largement préconisé dans les services de périnatalité en raison de son meilleur rendement¹⁴.

La proactivité du médecin s'impose donc, par exemple par des questions d'abord ouvertes du genre " Et comment cela se passe dans votre couple ? Je vous le demande car, pendant la grossesse, il y a très souvent une augmentation des tensions dans la famille avec plus de disputes, voire même des violences physiques ", avant de continuer éventuellement en cas de suspicion de manière plus précise par des questions plus ciblées ou fermées.

Par ailleurs, comme l'atteste l'Enquête de Santé 2013³⁶, c'est souvent le généraliste qui voit 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...). " 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, pourra plus facilement et plus précocement venir se confier en cas de nécessité "29.

L'ACCEPTABILITE DU DEPISTAGE

Même le dépistage systématique, alors qu'il n'est pas recommandé, est bien accepté par les personnes concernées, surtout s'il est effectué par le médecin généraliste³⁷. Il apparaît, " dans le cadre d'études qualitatives que, pour les patientes interrogées⁸, il s'agit d'un moyen d'augmenter leurs connaissances de la problématique, de lever la stigmatisation, de gagner en estime de soi et d'obtenir du soutien ".

De plus, les patients espèrent que ce soit le généraliste qui pose lui-même les questions qui mènent au diagnostic³⁸. Et ce dépistage est encore mieux accepté si le médecin, dans un environnement sécurisant et confidentiel, en donne la raison sans aucune pression à révéler la situation : " *Les personnes qui présentent les mêmes symptômes que les vôtres sont souvent des gens qui ont vécu ou été témoins de choses assez difficiles, est-ce que vous m'autorisez à vous poser quelques questions ?* ".

A l'inverse, les effets négatifs de la détection sont minimes³⁷. " Quelques femmes mentionnent par exemple certains désagréments comme le manque de temps, la rupture de la relation de confiance et la peur d'être interpellée par les services de protection de l'enfance. A ces désagréments s'ajoutent, d'après la revue systématique de l'*US Preventive Services Task Force (USPSTF)*³⁹ dans un petit nombre de cas un inconfort, une intrusion dans la vie privée, un stress émotionnel et une crainte de représailles "¹.

CONCLUSION

Domaine longtemps absent en tant que problème de santé spécifique dans la pratique médicale sauf au travers de leurs complications physiques, les violences intrafamiliales ont pu avec le temps et l'évolution culturelle de beaucoup de sociétés, sortir de l'ombre dans laquelle les maintenaient autant les patient(e)s eux/elles-mêmes que la littérature scientifique. Devenant objet d'investigations et de recherches, elles ont révélé une prévalence inattendue au point que leur dépistage systématique a été envisagé. Sur base d'études très rigoureuses, essais randomisés et revues systématiques, il n'est cependant pas recommandé en tant que tel, sauf en cas de grossesse. Par contre, la recherche de ses facteurs de risque, des symptômes cliniques associés et des " *red flags* " maintenant bien identifiés, est clairement conseillée en vue d'une détection précoce des violences conjugales, augmentant ainsi les chances d'un meilleur pronostic pour les familles concernées et facilitant les prises en charge pour le praticien.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Offermans AM, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenenbogen N. Guide de Pratique Clinique : détection des violences conjugales. Bruxelles:SSMG-CUMG ULB avec le soutien de l'Agence pour une Vie de Qualité;2018.

- Schils H, Roland M, Offermans AM. Violences intrafamiliales : Portes d'entrée pour la pratique clinique. Rev med Brux. 2019;40(4):369-77.
- World Health Organization (WHO). (Consulté le 01/03/19). La violence à l'encontre des femmes. 2017. [Internet]. <https://apps.who.int>.
- Pieters J, Italiano P, Offermans AM, Hellemans S. Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle. Bruxelles:Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes;2010.
- Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes, Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. 2017.
- Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Ministère de l'Intérieur, Délégation aux victimes, Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. 2016.
- EIGE - European Institute for Gender Equality. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Publications Office of the European Union. 2014.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (Consulté le 15/06/16). Domestic violence and abuse : multi-agency working. Nice Public health guideline. 2014. [Internet]. <https://www.nice.org.uk>.
- Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med. 2006;166(1):22-37.
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract. 2007;57:396-400.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practise: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. 2008;58:484-7.
- Jones AS, Dienemann J, Schollenberger J, Kub J, O'Campo P, Gielen AC *et al*. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. Womens Health Issues. 2006;16(5):252-61.
- Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. Am J Lifestyle Med.. 2011;5(5):428-39.
- Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A *et al*. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE);2013.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD007007.
- Smith K, Coleman K, Eder S, Hall P. Homicides, firearm offences and intimate violence 2009/10: supplementary volume 2 to Crime in England and Wales 2009/10 (2nd edition). London:Home Office;2011.
- Hester M, Westmarland N. Tackling domestic violence : effective interventions and approaches. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate;2005.
- Hester M. Who does what to whom? Gender and domestic violence perpetrators in English police records. Eur J Criminol. 2013;10:623-37.

19. Bowen E, Heron J, Waylen A, Wolke D; ALSPAC Study Team. Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study. *BJOG*. 2005;112(8):1083-9.
20. Harrykissoon SD, Vaughn IR, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 ;156:325-30.
21. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.
22. Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(2):107-14.
23. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51740.
24. World Health Organization (WHO). (Consulté le 15/06/16). Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO. Geneva, 2013. [Internet]. <https://apps.who.int>.
25. Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice;2011.
26. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse and Neglect*. 2008;32:797-810.
27. Drieskens S, Demarest S. Etude sur la violence intrafamiliale et la violence conjugale basée sur l'enquête de santé 2013, Rapport rédigé pour l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Institut scientifique de santé Publique;2015.
28. ISSP-WIV (consulté le 15/06/16). Enquête de santé. Rapport 1 : Santé et bien-être. 2013. [Internet]. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2013.pdf
29. Kacenenbogen N, Offermans AM. La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste. *Rev Med Brux*. 2010;31:415-25.
30. Edwardsen EA, Morse D. Intimate partner violence resource materials: assessment of information distribution. *J Interpers Violence*. 2006;21(8):971-81.
31. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006;56(525):249-57.
32. Feder G, Agnew DR, Baird K. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme : A cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9805):1788-9.
33. Zaher E, Keogh K, Ratnapalan S. Effect of domestic violence training : systematic review of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*. 2014;60(7):618-24, e340-7.
34. Offermans AM, Roland M, Kacenenbogen N. Violences intrafamiliales : Les outils d'aide à la pratique depuis l'évaluation à la prise en charge. *Rev Med Brux*. 2019;40(4):394-410.
35. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):439-445.e4.
36. Enquête de santé. ISSP-WIV, Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux;2013.
37. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R *et al*. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
38. Elliott L1, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to Screening for Domestic Violence. *J Gen Intern Med*. 2002;17(2):112-6.
39. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. 2012;156(11):796-808.

Correspondance :

P.-L. THOMAS
 Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)
 Département de Médecine générale
 Route de Lennik, 808 – bte 612
 1070 Bruxelles
 E-mail : pol-loup@hotmail.com

Travail reçu le 5 juin 2019 ; accepté dans sa version définitive le 10 juillet 2019.