

# Violences intrafamiliales : les outils d'aide à la pratique depuis l'évaluation à la prise en charge

*Domestic violence : tools for health practitioners from evaluation to care pathways*

**Offermans A.-M.<sup>1</sup>, Roland M.<sup>2</sup> et Kacenenbogen N.<sup>2</sup>**

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

## RESUME

*Au vu des taux de prévalence élevés et de la gravité des problèmes de santé encourus en cas de violences intrafamiliales, disposer d'outils d'aide à la pratique apparaît comme une nécessité en regard de l'approche clinique recommandée par les derniers " guidelines ". Elaborés au départ de focus-groups, ces outils concernent tant l'évaluation que les différentes étapes de la prise en charge. Certains sont des supports adressés directement aux praticiens, d'autres sont conçus comme aide au dialogue avec le patient et visent la psychoéducation sur la chronicité des violences et les impacts sur la santé des enfants exposés. Leur évaluation dans le cadre de formation en médecine générale et en maternité est très positive.*

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 394-410*

## ABSTRACT

*Given the high prevalence rates and the seriousness of the health problems incurred in cases of domestic violence, having tools to support the practice appears to be a necessity with regard to the clinical approach recommended by the latest " guidelines ". Developed from focus groups, these tools concern both the evaluation and the different stages of care. Some are materials addressed directly to practitioners, others are designed as an aid to dialogue with the patient and aim at psychoeducation on the chronicity of violence and the health impacts of exposed children. Their evaluation in the context of training in general medicine and maternity is very positive.*

*Rev Med Brux 2019 ; 40 : 394-410*

*Key words : intimate partner violence, domestic violence, child, children, childhood, youth, counselling, primary care physicians*

## INTRODUCTION

Dans la première ligne de soins, le généraliste est bien placé, parce que plus consulté en cas de violences (2 à 3 fois plus)<sup>1-3</sup> et qu'il suit ces familles sur le long cours. Il est parfois le seul interlocuteur dans ce parcours délétère pour la santé. Les dernières recommandations (" *guidelines* ")<sup>4-6</sup> sur la problématique préconisent de manière quasi unanime une démarche de prise en charge dont certaines modalités sont basées sur des données de plus en plus probantes. Toutefois, selon les professionnels de santé eux-mêmes, ils ne disposent que peu d'outils pour accompagner leurs patient(e)s et éprouvent des difficultés de suivi

et de traitement. Si l'on ajoute à cela le manque de temps et de moyens de ces professionnels, leur surcharge de travail, la coordination souvent perçue comme " *time-consuming* ", une formation insuffisante etc., la construction d'outils d'aide à la pratique quotidienne se révèle d'autant plus nécessaire.

L'article précédent<sup>7</sup> montre que le cycle du changement permet de dessiner une ligne du temps ponctuée d'étapes du point de vue du patient concerné par les violences. Avec le style relationnel et les techniques de communication de l'entretien motivationnel, il s'agit de rejoindre le patient au stade où il se trouve pour ensuite faciliter la progression sur le

continuum qui va de la subordination au système des violences à un nouvel équilibre plus satisfaisant, sain et sécurisant.

Pour soutenir cette démarche, nous proposons dans cet article une série d'outils d'aide à la pratique. Ils se présentent comme auxiliaires des six types d'intervention indispensables auprès du patient que sont l'évaluation, l'information, la gestion des risques, la documentation, l'orientation et le suivi. Notons que ces actes du praticien sont généralement nécessaires à différents stades du cycle de changement. Toutes ces interventions sont développées dans le Guide de Pratique clinique (GPC) validé par le CEBAM en mars 2018<sup>8</sup>. Nous les reprenons une à une ci-après en présentant les outils d'aide à la pratique qui y correspondent. Ces outils, quant à eux, sont issus du " Référentiel sur les violences au sein du couple " élaboré dans le cadre de *focus-groups* sur la problématique des enfants exposés<sup>9</sup>. Soulignons aussi que le terme " intervention " ne doit pas nous faire oublier que " l'approche centrée sur le patient est recommandée dans la prise en charge de la problématique : l'écoute active, le soutien et le non-jugement guident l'intervention (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>8</sup> ".

Nous terminerons l'article avec quelques repères éthiques quant à la position du généraliste quand il est le médecin de toute la famille.

## LES INTERVENTIONS AUPRES DU PATIENT

### Evaluer

Comme pour toute autre pathologie, l'évaluation est une étape importante dans le diagnostic. Elle nous permet de déterminer les modalités d'aide et de protection adéquates, mais aussi l'urgence -ce qui ne peut être différé- avec laquelle celles-ci doivent être mises en place.

Comme le recommande le GPC, " la sécurité doit être une préoccupation continue chez le professionnel de santé (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>8</sup>. En effet, dans les situations de violences, les patient(e)s peuvent, consciemment ou non, minimiser le danger. Ils/elles ont souvent l'impression d'être la cause des comportements violents de leur partenaire "<sup>8</sup> et de là perdent de vue leur responsabilité quant à leur sécurité et à celle de leur enfant.

Un premier outil d'aide à la pratique élaboré pour le référentiel à destination des professionnels concerne **l'évaluation des risques** (figure 1<sup>9</sup>). Constitué au départ de protocoles de prise en charge de personnes victimes<sup>10</sup>, cet outil prend en compte les indicateurs suivants : la sécurité immédiate, l'escalade et les antécédents de violences, les projets de séparation, les menaces de la part de l'auteur et d'autres facteurs de risque comme les problèmes d'addiction ou la recherche d'aide extérieure.

Cette grille d'évaluation peut être utilisée telle quelle en consultation ou servir de points de repère lors des entretiens avec comme objectif annoncé au patient sa protection et celle de ses enfants. Elle nous permet de caractériser la nature du danger encouru par la personne victime et les autres membres de la famille et à en estimer la gravité -plus il y a d'indicateurs cochés, plus le risque léthal est élevé. Elle vise, chez le patient, à augmenter sa prise de conscience de la gravité de la situation, élément moteur dans l'évolution vers un changement.

MG : " *Pensez-vous que vous seriez physiquement en danger si vous quittiez votre domicile pour vivre chez votre amie, du moins dans un premier temps ?* ".  
Patiente : " *Non, je ne le crois pas... Crier, harceler, oui... me mettre en réel danger... non, il n'oserait pas... En journée, je suis au travail, toujours entourée et le soir, je serais en compagnie de cette amie... Je pense que dans un premier temps, comme vous dites, je vais aller vers cette solution...* "<sup>7</sup>.

En parallèle, l'évaluation tiendra compte des besoins spécifiques des personnes concernées, à savoir des facteurs de vulnérabilité comme par exemple la dépendance économique, sociale, administrative, les facteurs de stress (problème de santé, deuil...) ainsi que des obstacles aux ressources intra- et extra-familiales telles le soutien de la famille (grands-parents, fratrie...) et des proches, les amis, les collègues, le réseau de professionnels...

En présence d'enfant(s), il s'agit également d'apprécier le degré de sensibilité des parents aux besoins de l'enfant ainsi que leur capacité à y répondre. Nous porterons " une attention toute particulière aux éléments suivants :

- La dépression, la dépression du *postpartum*, les autres pathologies psychiatriques ;
- Le degré de conscience chez le parent de l'impact des violences sur l'enfant ;
- La capacité à développer des conditions assurant une protection à l'intérieur et/ou à l'extérieur de la famille ;
- La capacité à évoluer, à se remettre en question et à demander de l'aide "<sup>9</sup>.

L'évaluation, réalisée avec le(a) patient(e) victime doit être réitérée au fil des consultations au vu de l'évolution éventuelle des violences et surtout en cas d'aggravation de celles-ci.

### Informé

En plus d'apporter les soins en réponse aux besoins identifiés, informer reste primordial (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>8</sup>. Comme mentionné dans l'article précédent<sup>7</sup>, il s'agit de le faire en respectant le climat de partenariat, c'est-à-dire avec l'accord du patient. Revues systématiques à l'appui<sup>11-14</sup>, parler des différentes formes de violences, du cycle et de son engrenage et de leur caractère inacceptable est tout-à-fait " productif ", plus particulièrement encore

# Outil 4:

## Grille d'évaluation des risques

### INDICATEURS

#### 1. Sécurité immédiate

- Le/la patient(e) déclare avoir peur pour sa vie et celles de ses enfants

#### 2. Escalade des violences

- Un contrôle est exercé par le/la partenaire sur tout ou partie des activités quotidiennes
- La fréquence et la gravité des violences physiques s'intensifient au fil du temps
- Le/la patient(e) déclare subir des violences sexuelles de la part de sa/son partenaire
- Les épisodes de violence se produisent également en dehors du domicile
- Le/la partenaire a également des comportements violents à l'égard des autres, notamment des enfants

#### 3. Antécédents

- Le/la patient(e) a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves
- Des actes de violence se sont produits pendant la grossesse
- Le/la patient(e) a déjà tenté de se suicider ou a souffert de dépression

#### 4. Projet ou contexte de séparation

- Le/la patient(e) projette de quitter sa/son partenaire ou de divorcer dans un avenir proche
- Le/la partenaire dit qu'il/elle ne peut pas vivre sans elle/lui et affirme qu'il/elle le suivra et le harcèlera même après la séparation

#### 5. Menaces de la part de l'auteur de violences

- Le/la partenaire l'a menacé(e) avec une arme ou un objet dangereux ou a tenté de l'étrangler
- Le/la partenaire menace de la/le tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider
- Le/la partenaire a menacé les ami(e)s et parent(e)s de la/du patient(e)

#### 6. Autres

- Le/la partenaire abuse d'alcool ou de drogues, notamment de celles qui aiguïssent la violence et l'agressivité (cocaïne, amphétamines)
- Le/la partenaire sait que la/le patient(e) a cherché ou demandé une aide extérieure

Plus il y a d'indicateurs cochés, plus le risque léthal est élevé.

Adapté d'après Campbell, *Danger Assessment*, 2003

en période périnatale. Une réduction significative des violences physiques, surtout mineures, et des violences psychologiques est alors constatée, de même qu'un meilleur état physique, une diminution des douleurs et des limitations liées à des problèmes physiques. Moins de problèmes psychologiques et de dépressions du *postpartum* sont également rapportés<sup>15</sup>.

Trois fiches sur la chronicité des violences ont été conçues en termes de psychoéducation : **cycle de la violence et vécu de l'enfant** (figure 2<sup>9</sup>), **formes de violences** (figure 3<sup>9</sup>) et **escalade des violences** (figure 4<sup>9</sup>). Ces fiches-supports au dialogue aident le patient à se centrer sur lui et lui donne l'occasion de se reconnaître dans les explications avancées par le praticien (voir à ce sujet le premier article " Violences intrafamiliales, portes d'entrée pour la pratique clinique "<sup>16</sup>). Soulignons l'importance de parler en termes de comportements violents inacceptables plutôt de partenaire violent(e).

*" J'ai abordé le cycle de la violence avec plusieurs patientes. Et à chaque fois, il y a eu un retour très positif, même si elles ne s'y reconnaissaient pas dans un premier temps... Avec ce cycle, j'ai l'impression qu'elles se sentent mieux comprises. Et lorsqu'elles s'y reconnaissaient, là il y avait un soulagement de ne pas se sentir coupable de ce qui se passe, mais de voir que c'était une dynamique relationnelle plutôt que quelque chose qu'elles suscitaient chez l'autre "<sup>9</sup>.*

En outre, " faire des liens avec les symptômes ou plaintes que le(a) patient(e) victime décrit à son propos ou chez son enfant ou encore informer de l'impact négatif des violences sur la santé des personnes concernées sont autant de leviers pour augmenter la prise de conscience "<sup>9</sup> de la sévérité de la situation (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>8</sup>. Des **fiches présentant ces différents impacts sur la santé** (figure 5<sup>9</sup>) ont été élaborées tout particulièrement dans le cadre de consultations avec des femmes victimes enceintes ou ayant des enfants en bas âge (jusqu'à 4 ans). En effet, les parents considèrent très souvent que les enfants ne comprennent que très peu de la situation, voire qu'ils n'ont rien vu ni entendu. " Or, ces enfants sont témoins dans plus de 40 % des cas de violences conjugales ; c'est aussi lors des situations de violences graves (48,8 %) ou très graves (43 %) que les enfants sont les plus présents et 10 % d'entre eux en deviennent des victimes directes "<sup>17</sup>.

Informé sur les services d'aide disponibles reste à ce stade fondamental puisque l'on sait que quand les personnes victimes ont conscience de l'existence de services d'aide dans ce domaine, elles sont davantage enclines à remettre en question leur situation et à initier un changement opportun<sup>18</sup> (voir ci-après " Orienter ").

## Gérer les risques

Dans le prolongement de l'évaluation des risques

réalisée avec le(a) patient(e) victime, il s'agit ensuite de prévoir des mesures de protection (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>8</sup>. Le bénéfice sera de favoriser un sentiment de responsabilité en regard de sa sécurité et de celle de ses enfants. Selon les dernières revues systématiques<sup>12,14</sup>, cette action a un impact positif de plus en plus affirmé sur la réduction des violences et sur la qualité de vie.

Un outil d'aide à la pratique reprend des **mesures d'urgence et des plans de sécurité** (figure 6<sup>9</sup>) que la personne soit encore en relation ou non avec son/sa partenaire. Ces plans de sécurité incluent " des actions spécifiques à accomplir quand le risque de violences est le plus élevé "<sup>9</sup>. Ils sont à co-construire avec le patient en tenant compte de sa situation particulière.

MG : " *Comment allez-vous procéder en pratique pour éviter les problèmes avec votre compagnon ? "*  
Patiente : " *J'y avais déjà pensé... Un jour en semaine, alors qu'il travaille, je fais le maximum de valises et de caisses et je m'en vais avec tout ce qui est important comme documents... "*<sup>17</sup>

Des services d'aide peuvent également être consultés pour l'élaboration de ces mesures de protection (voir ci-après " Orienter ").

Sortir de la violence dans le couple relève d'un processus qui s'inscrit dans la durée et le chemin se caractérise par une série d'allers et retours. Souvent dans l'espoir que les choses s'arrangent avec le temps, les patient(e)s vont être confronté(e)s à de nouveaux épisodes de violences. Ajoutons à cela, que si une séparation est en perspective, c'est à ce moment que les risques sont le plus élevés. Les violences peuvent également perdurer au-delà de la relation de couple, notamment lorsqu'il y a garde alternée des enfants.

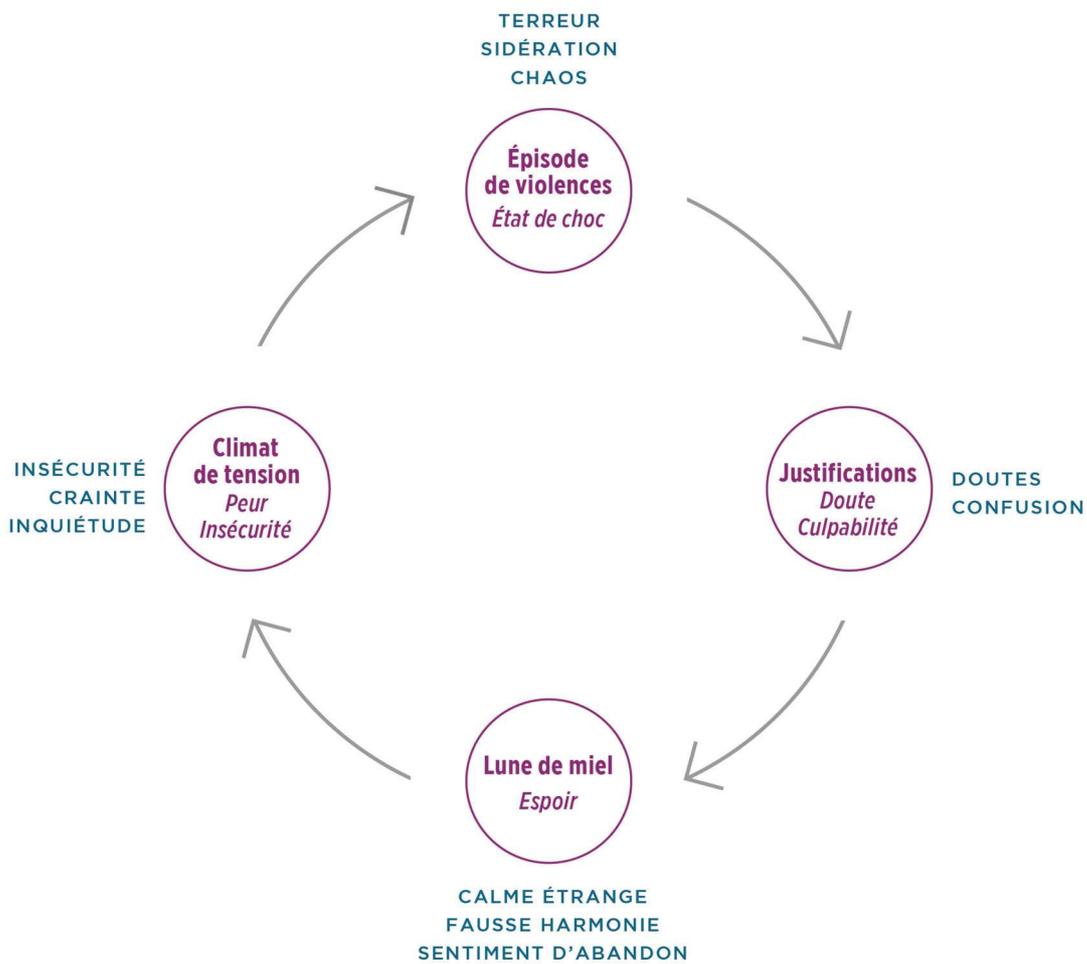
Rappelons que la confidentialité doit être garantie à l'exception des cas où le danger est considéré comme grave et imminent et que la sécurité de la personne victime ne peut être assurée, même avec votre aide ou l'aide de tiers (amis, proches...) tel que le stipule l'article 458bis du Code pénal.

*Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 371/1 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1<sup>er</sup> et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger*

Figure 2 : Fiche d'aide au dialogue – Cycle de la violence et vécu de l'enfant.

# > Fiche 1 <

## Cycle de la violence et vécu de l'enfant



**Légende :**  
Vécu du couple  
Vécu de l'enfant

## > Fiche 2 <

### Formes de violences

#### Verbale et Psychologique

Insultes, obscénités, injures à caractère sexuel ou encore sarcasmes sur la personne elle-même ou sur les enfants.

Attitudes ou propos méprisants, réflexions insidieuses sur son physique, ses vêtements, ses fréquentations..., chantages affectifs, humiliations, culpabilisations, intimidations, réactions d'indifférence, menaces de lui enlever les enfants, de la tuer..., harcèlements autour du droit de visite, dévalorisations dans son rôle de parent.

#### Economique et Administrative

Contrôle des ressources financières et matérielles allant jusqu'à la privation, au détournement de salaires, de biens, d'allocations familiales, contrainte au travail au-delà de son endurance, opposition à la recherche d'emploi ou au retour à l'emploi après un congé parental, refus d'accès au système de santé, interdiction des dépenses liées à l'enfant.

Confiscation de documents (carte d'identité, permis de conduire, permis de séjour...).

### Les formes de Violences

Isolement, limitation de sa participation aux activités, surveillance de ses allées/venues, contrôle de ses contacts téléphoniques ou sur les réseaux sociaux, humiliation en public, interdiction de fréquenter les soins périnataux.

#### Sociale et Familiale

Bousculades, gifles, coups de pieds ou de poings dans le ventre, brûlures, morsures, jets d'objets au visage, utilisation d'arme blanche, à feu, strangulation, séquestration.

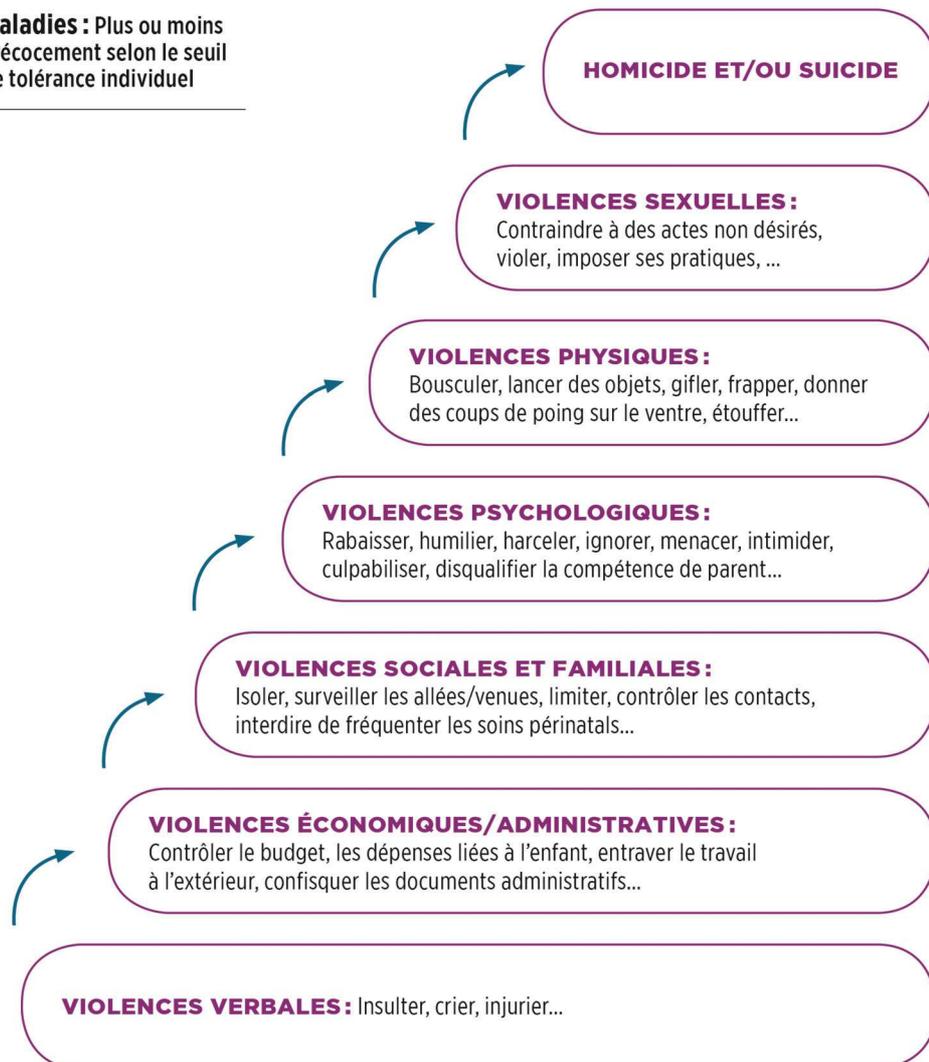
Obligation de rapport sexuel en utilisant des pressions, du chantage, viol, blessures sur les parties sexuelles ou génitales, pratiques imposées (photos ou vidéos, lors de rapport sexuel, avec plusieurs partenaires).

#### Physique et Sexuelle

## > Fiche 3 <

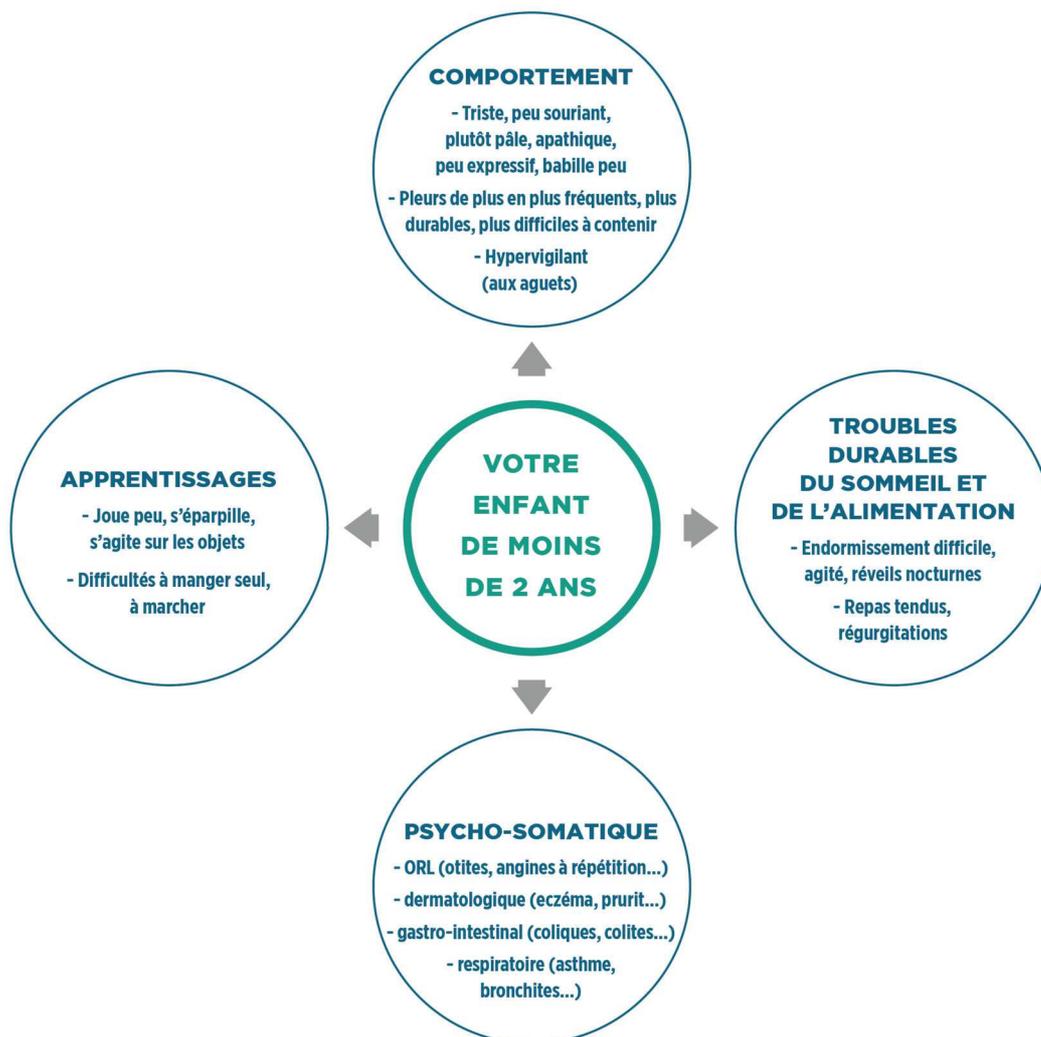
### Escalade des violences

**Maladies :** Plus ou moins précocement selon le seuil de tolérance individuel



# > Fiche 5 <

## Impacts sur la santé de l'enfant de moins de 2 ans



Adapté d'après Danel P & al. La santé des enfants exposés aux violences conjugales, Le monde du silence, 2015

# Outil 5:

## Gestion des risques

### Mesures d'urgences

- Prévoir la sécurité immédiate au cabinet médical et durant les transferts vers d'autres destinations
- Exhorter la personne victime à trouver un endroit sécurisé (famille, amis, refuge)
- Si la personne choisit de ne pas retourner chez elle, apporter l'aide nécessaire pour se procurer un logement en sécurité
- Ré-envisager les ressources et les documents écrits utiles (plan de sécurité, numéros de téléphone utiles).  
Il n'y a pas lieu de proposer une intervention centrée sur le couple : l'expérience prouve que l'auteur peut user de représailles lorsque le couple se retrouve seul
- Fournir les références adéquates dans le domaine des violences conjugales
- Inclure les lignes téléphoniques de crise disponibles

### Plan de sécurité à établir si la personne est encore en relation avec son/sa partenaire

- Identifier les facteurs de protection/facteurs déclenchant les violences
- Déterminer les conduites à mettre en place en cas de violences
- Identifier les personnes (famille/proche) qui peuvent apporter de l'aide et du soutien
- Informer les enfants des conduites à tenir lors d'incidents de violences (personne chez qui se réfugier...)
- Fournir des n° de téléphone importants en cas d'urgence (lister les lieux d'accueil neutres disponibles)
- Identifier la (ou les) personne(s) de confiance chez qui il est possible de laisser un sac de départ avec (copie) de la carte d'identité, des documents personnels, des certificats médicaux, de l'argent et des vêtements

### Mesures de protection à envisager si la personne n'est plus en relation avec son/sa partenaire

- Sécuriser le logis et si nécessaire, modifier les habitudes de vie et les numéros de téléphone
- Privilégier les endroits publics pour rencontrer le/la partenaire
- Envisager comment s'en aller en cas de nouvelle confrontation avec celui-ci/celle-ci
- Informer les voisins et les collègues de travail quant au moment et à la manière d'avertir la police
- Expliquer aux enfants ce qu'ils devront faire si le parent auteur les contacte ou revient de manière inattendue

Adapté d'après Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. *Modèle de Travail - Approche clinique des violences conjugales*, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2010.

sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

C'est bien d'une faculté d'informer l'autorité judiciaire dont il s'agit et non d'une obligation légale. La prudence reste de mise : ce type de divulgation est à envisager au cas par cas avec la réflexion éthique qui s'impose. Le médecin contactera directement le Procureur du Roi et lui communiquera l'information qu'il juge lui-même nécessaire et choisira par quelle voie il la communique<sup>19</sup> (voir à ce sujet la publication " Les violences conjugales : Cadre juridique et déontologique aspects relatifs au dossier et au certificat médical "<sup>19</sup>).

Soulignons que dans toute situation où nous avons des incertitudes, il est toujours utile " d'activer le réseau, de demander l'avis du Président de l'Ordre ou d'autres confrères en respectant l'anonymat des patients afin de prendre la meilleure décision "<sup>20</sup>.

## Documenter

" La documentation de la situation est essentielle et constitue l'un des éléments qui conditionnera la possibilité des poursuites et plus tard, l'importance des peines éventuelles "<sup>8</sup>.

" Il s'agira de consigner de manière exhaustive et minutieuse dans **le dossier médical** ses observations objectives et les déclarations subjectives de la personne victime (tableau 1<sup>9</sup>). A la demande de la personne victime, un certificat pourra être rédigé et, le cas échéant, conservé dans le dossier "<sup>9</sup>. La rédaction du certificat ne doit pas obligatoirement être concomitante à celle des constatations inscrites au dossier médical.

Un aide-mémoire à la rédaction de ce certificat validé par l'Ordre des Médecins (figure 7<sup>9</sup>) rappelle les éléments importants dont :

- L'identification de la personne victime, du médecin, la date et l'heure de l'examen, la signature du médecin sur chaque page ;
- La durée de l'Incapacité totale de Travail (ITT) : elle démontre la gravité de la violence en cas de plainte et se rapporte à la capacité du patient à effectuer ses activités courantes. L'évaluation des répercussions des violences sur le fonctionnement personnel du patient sera donc réalisée même si le patient ne travaille pas professionnellement (femmes au foyer, personnes au chômage ou sans emploi, retraités, enfants) ;
- La mention " sous réserve de complications et d'évolution ou avis d'experts (psychiatre, gynécologue, pédiatre...) "<sup>9</sup>.

" Le certificat ne peut pas mentionner :

- L'identité de l'auteur des violences, même si elle est précisée par la personne victime ;
- Les responsabilités de quiconque dans le mécanisme lésionnel ;
- Les déclarations de la personne victime concernant des tiers "<sup>19</sup>.

Il sera remis en main propre et une copie sera conservée dans le dossier médical. " Si le patient ne compte pas en faire usage immédiatement et le garde chez lui, il est important d'envisager en consultation les risques qu'il pourrait encourir si le certificat était découvert par l'auteur des violences "<sup>19</sup>.

## Orienter

" Informer des services adaptés et orienter est une étape importante de la prise en charge (Recommandation GRADE 1B)<sup>8</sup>. Les situations de violences conjugales sont complexes et s'inscrivent, nous l'avons dit, dans la durée. Souvent, les personnes concernées se retrouvent isolées de leur famille et de leur entourage. Elles manquent aussi de coéquipier parental. Dans certains cas, nous sommes le seul interlocuteur qui gravite encore autour de ces familles "<sup>8</sup>.

Selon la majorité des études de la revue systématique NICE<sup>11</sup>, l'orientation vers un réseau d'intervenants est associée à une réduction des conflits familiaux, à une diminution de la victimisation secondaire ou de la menace de violences, à une réponse plus adaptée et à une plus grande sécurité pour les personnes victimes ainsi qu'à une augmentation de l'orientation vers des services *ad hoc*.

De plus, l'efficacité de certaines prises en charge est aujourd'hui démontrée et ce jusqu'à des niveaux de preuve modérés. Un soutien psychologique associé à une guidance sociale apparaît comme l'intervention la plus propice à une évolution favorable de la situation<sup>11,14,21</sup> chez les personnes avec un vécu de violences. Les résultats les plus concluants sont obtenus

**Tableau 1 : Eléments du dossier médical.**

<b>Anamnèse</b>	Début des violences, fréquence, type, intensification, antécédents, conséquences pour la personne victime et les autres membres de la famille
<b>Examen clinique</b>	Liste exhaustive des lésions et séquelles Description précise avec schémas et photographies En cas de violences sexuelles : le SAS (Set Agression Sexuelle)
<b>Hypothèses diagnostiques</b>	Notes ou annotations personnelles en cas de doute, de suspicion ou de déni de la personne - " Elle dit ne pas vivre une situation de violences au sein du couple " - " Ce qu'elle dit ne concorde pas avec les lésions observées " Initiatives de la part du praticien
<b>Plan de soins</b>	Liste des examens et des démarches complémentaires proposées

Figure 7 : Outil du professionnel de santé – Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical\*.

# Outil 6 :

## Aide-mémoire à la rédaction du certificat médical, élaboré par la SSMG et validé par l'Ordre des médecins

<p><b>Je soussigné, Dr</b> (nom et prénom)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>à (lieu) ..... N° INAMI .....</p> <p>Certifie avoir examiné le ..... à ..... h .....</p> <p>à (lieu) .....</p>	<p><b>Nom</b> (nom et prénom du patient)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance .....</p> <p>Résidant à .....</p> <p>Code postal .....</p> <p>Rue ..... N° .....</p>
--	--

**Ce patient déclare :**  
(Description par le patient des faits avec la date et l'heure à laquelle ils se sont produits)

.....

.....

**Ses plaintes actuelles sont :**  
(Description précise des symptômes, douleurs et autres plaintes)

.....

.....

**Examen physique :**  
(Description exhaustive des lésions constatées : nature (griffure, ecchymose, hématome, plaie, autres...), aspect (forme, taille, couleur et âge) et localisation)

.....

.....

**Etat psychique au moment du constat :**

.....

.....

**Photos ou schémas joints :** (Toute page annexée au certificat doit être numérotée, datée, signée et mise en lien avec le constat)

.....

.....

**Examens complémentaires à prévoir :**

.....

.....

**Les lésions peuvent-elles être compatibles avec les déclarations du patient ? :**

.....

.....

**Orientation :** (par exemple, vers un service d'aide aux victimes)

.....

.....

**Traitements proposés :**

.....

.....

**Suite au traumatisme, une ITT\* est prescrite**

du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus

.....

\* Il s'agit ici de prendre en compte la capacité du patient à effectuer ses activités courantes et d'évaluer les répercussions des violences sur le fonctionnement **personnel du patient**. Cette évaluation sera donc réalisée même si le patient ne travaille pas professionnellement

**Constat remis au patient à sa demande ou à son représentant légal.**

**Certificat rédigé sous réserve de complications et d'évolution ou avis d'experts (psychiatre, gynécologue, pédiatre...).**  
Certifié sincère le ..... à .....

**Signature :**

**Cachet :**

D'après Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Les Violences Conjugales - cadre juridique et déontologique : aspects relatifs au dossier et au certificat médical, Société Scientifique de Médecine Générale, Bruxelles, 2010.



auprès de femmes enceintes. Celles-ci connaissent alors une baisse significative des épisodes de violence pendant la grossesse et le *postpartum*. Une réduction des naissances prématurées et une augmentation de l'âge gestationnel moyen à la naissance sont aussi constatées<sup>15</sup>.

Les Thérapies cognitivocomportementales (TCC) centrées sur les violences<sup>11,21,22</sup> sont également mises en avant en termes d'approche individuelle à proposer au patient tout particulièrement lorsqu'il s'agit de violences passées : elles favorisent la diminution des symptômes de PTSD (*post traumatic stress disorder*), de dépression et de mal-être de même que l'amélioration des compétences psychologiques, sociales, relationnelles et parentales. Dans certains cas, elles peuvent réduire le risque de se retrouver à nouveau victime dans le futur.

Il se dégage aussi assez clairement que les interventions sont plus efficaces si elles concernent à la fois l'enfant et le parent plutôt que l'enfant uniquement. Ce sont les suivis multimodaux (guidance psychosociale, différents types de soutien thérapeutique) qui enregistrent les données les plus probantes (niveau de preuve modéré). " Ils diminuent les symptômes liés au traumatisme et au stress pour l'enfant et la famille. Ils améliorent les comportements de l'enfant notamment en cas d'agressivité. Ils accroissent la connaissance de la problématique, réduisent le stress maternel et soutiennent les compétences parentales. Les relations interpersonnelles sont également restaurées "<sup>8</sup>.

Quant aux thérapies centrées sur la dyade mère-enfant, elles sont les plus susceptibles de modifier les comportements de l'enfant<sup>23</sup>. Les visites à domicile s'inscrivant dans la logique d'accompagnement de cette même dyade mère-enfant présentent également des résultats prometteurs<sup>12,24</sup> : " elles pourraient améliorer, pour les femmes, la sécurité et l'accès aux ressources communautaires, réduire les taux de violences, diminuer la dépression et le stress ainsi qu'augmenter le bien-être des enfants, le tout avec, pour l'instant, une faible signification statistique. Cependant, aux Pays-Bas<sup>25</sup>, les femmes à risque de violences bénéficiant du programme " *Voorzorg* " (visite à domicile par une infirmière en pré- et postnatal) rapportent significativement moins de violences physiques de la part de leur partenaire durant la grossesse et 2 ans après la naissance de leur enfant "<sup>8</sup>.

Pour ce qui est des thérapies de couple, les études identifiées dans la littérature<sup>11</sup> " rapportent peu de données significatives quant à la réduction des violences et l'amélioration des compétences relationnelles et la satisfaction d'être en couple "<sup>8</sup>.

L'accompagnement de ces familles tel que le recommande le GPC<sup>8</sup> (tableau 2) confirme la nécessité de se construire au préalable un réseau d'intervenants. Un **tableau des ressources** (tableau 3) reprenant

**Tableau 2 : Orientations recommandées dans le Guide de Pratique Clinique (GPC) " Détection des violences conjugales ".**

- **Pour une demande de soutien complémentaire** (Recommandation GRADE 1B), orienter vers des services ou équipes multidisciplinaires comme l'Aide Sociale aux Justiciables (ASJ), les services ambulatoires des maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales, les Services de Santé Mentale (SSM), les Centres de Planning Familial (CPF). Une autre ressource disponible est la ligne d'écoute 'Violences conjugales' au numéro gratuit 0800 30 030, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- **Pour un soutien immédiat** - personne à haut risque (Recommandation GRADE 1B), référer vers les structures d'aide suivantes tout en incluant les enfants et adolescents concernés par la démarche :
  - les maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales qui, en plus de l'hébergement, assurent une aide psychosociale et juridique
  - les Services d'Assistance Policière aux Victimes (SAPV) où une assistante sociale référente accompagne le dépôt de plainte auprès des services policiers
- **Pour un suivi sur le long terme** (Recommandation GRADE 1C), proposer de préférence une guidance psychosociale centrée sur l'autonomisation et la sécurité de la personne tout particulièrement chez la femme enceinte
- **En cas de problèmes de santé mentale, d'addiction ou de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) observé chez une personne avec un vécu de violences passées** (Recommandation GRADE 1B), adresser à des prestataires spécialisés dans ces problématiques (psychiatre, psychothérapeute) ou les équipes mobiles (projets 107, équipes mobiles de la Communauté française. Les interventions peuvent inclure une psychothérapie (par exemple, de type thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma, EMDR), un traitement médicamenteux et un soutien approprié tels que le prévoient les recommandations internationales de bonne pratique en la matière
- **En présence d'enfants ou d'adolescents exposés aux violences :**
  - Privilégier une intervention multimodale (guidance psychosociale, différents types de soutien thérapeutique) (Recommandation GRADE 1B) dont le but est d'augmenter les capacités parentales en vue d'assurer la sécurité et le développement de soins appropriés à l'égard de l'enfant. Cette intervention peut inclure des séances en individuel, en dyade enfant-parent, en groupe, éventuellement combinées. Des visites à domicile telles qu'organisées par l'ONE ou par des sages-femmes peuvent également être envisagées (Recommandation GRADE 1C)
  - En cas d'incertitude au sujet du diagnostic ou de l'orientation, prendre contact avec les structures spécialisées telles les équipes SOS-Enfants et le cas échéant, le SAJ ou les autorités judiciaires s'il y a danger grave et imminent
  - Et en plus, pour les adolescents confrontés à la violence dans leur relation amoureuse, les centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) et autres structures spécialisées peuvent être utilement consultés
- **Pour les personnes ayant des difficultés d'accès aux services existants (LGBT, migrants, personnes à mobilité réduite)** (Recommandation GGP - Good Practice Point), les aider à prendre contact avec les organismes les plus adaptés

une brève description des services proposés ainsi que leurs coordonnées constitue un dernier outil à destination du médecin généraliste.

**Tableau 3 :** Tableau des ressources.

TYPE D'AIDE	SERVICES	DEFINITION ET COORDONNEES
<b>Ecoute</b>	<b>ECOUTE Violence conjugale SOS Viol</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0800 30 030 - numéro d'appel gratuit, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7</li> <li>• 0800 98 100 - numéro d'appel gratuit, accessible du lundi au vendredi entre 8h/9h (lundi) et 18h/17h (lundi)</li> </ul>
<b>Psychologique</b>	<b>Service de Santé Mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lieu d'accueil où des professionnels, au sein d'une équipe pluridisciplinaire sont à l'écoute et aident à la réflexion en vue de solutions adaptées</li> <li>• www.lbfsm.be (Ligue bruxelloise)</li> <li>• www.cresam.be (Centre de référence en santé mentale)</li> </ul>
	<b>Centre de Planning Familial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre un accueil, une écoute, une aide dans tous les domaines de la vie relationnelle, affective et sexuelle</li> <li>• www.loveattitude.be</li> </ul>
	<b>Coordination Réseau santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement des adultes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques (équipe mobile, prise en charge intégrée en réseau et partenaires intersectoriels)</li> <li>• www.psy107.be</li> </ul>
<b>Juridique</b>	<b>Aide Sociale aux Justiciables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournit des informations pratiques sur les aides existantes et les démarches à effectuer. Assure une aide psychologique et sociale aux auteurs, victimes et à leurs proches</li> <li>• www.maisonsdejustice.be</li> </ul>
	<b>Service d'accueil des Victimes auprès du Parquet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propose une information sur l'évolution du dossier ainsi qu'une assistance aux différents stades de la procédure judiciaire</li> <li>• www.maisonsdejustice.be</li> </ul>
<b>Dépôt de plainte</b>	<b>Zone de police - Assistance policière aux victimes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par zone de police, un(e) policier(ère) en matière de violences conjugales et par commissariat, un bureau d'assistance policière aux victimes</li> </ul>
<b>Hébergement</b>	<b>Maison d'accueil et d'hébergement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil téléphonique, consultations ponctuelles ou de suivi, hébergement en situation de crise avec adresse confidentielle, accompagnement spécifique des enfants</li> <li>• Voir répertoires ci-dessous</li> </ul>
<b>Auteurs de violence</b>	<b>Praxis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propose un accompagnement individuel ou en groupe aux auteurs de violences conjugales et intra- familiales sous contrainte judiciaire ou sur base volontaire</li> <li>• Voir répertoires ci-dessous</li> </ul>
<b>LBGT</b>	<b>Associations spécialisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="http://pro.guidesocial.be/associations/homosexualite-lgbt-1623.html">http://pro.guidesocial.be/associations/homosexualite-lgbt-1623.html</a></li> </ul>
<b>Migrants</b>	<b>CIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide sociojuridique aux personnes migrantes victimes de violences conjugales</li> <li>• mail.cire@cire.be</li> </ul>
<b>Mineurs</b>	<b>Service SOS-enfants de l'ONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement de l'enfant dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social – organisation de consultations pré/postnatales, visites à domicile</li> <li>• www.one.be</li> </ul>
	<b>Service de l'Aide à la Jeunesse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre une aide aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familles et leurs proches</li> <li>• www.aidealajeunesse.cfwb.be</li> </ul>
	<b>Coordination Réseau santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement des enfants présentant des vulnérabilités psychologiques, et de leur entourage (équipe mobile, réseau et liaisons intersectorielles)</li> <li>• www.psy0-18.be</li> </ul>
	<b>Centre Psycho-médico- social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lieu d'accueil, d'écoute et de dialogue où le jeune et/ou sa famille peuvent aborder les questions qui les préoccupent en matière de vie familiale et sociale, de santé</li> <li>• www.enseignement.be</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<b>GARANCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propose des formations participatives sur le thème des violences liées au genre</li> <li>• www.garance.be</li> </ul>

Des répertoires reprenant les différents services d'aide sont téléchargeables pour :

- la Région Wallonne : [www.ecouteviolenconjugales.be/login.php](http://www.ecouteviolenconjugales.be/login.php).
- la Région Bruxelles-Capitale : [www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/violence/outils-et-brochures/attachment/ repertoire\\_complet-version-du-4-octobre-2010-4/](http://www.egalitedeschancesbruxelles.irisnet.be/fr/violence/outils-et-brochures/attachment/ repertoire_complet-version-du-4-octobre-2010-4/).

" Il est important de se rappeler ici les lignes directrices du secret partagé, de nature à garantir la qualité de ces échanges (Recommandation GRADE 1B)<sup>8</sup> :

- Informer le patient du projet de partage d'informations à d'autres intervenants, ses objectifs, ses avantages et ses limites et obtenir son accord ;
- Partager les informations confidentielles uniquement avec des intervenants que l'état ou la profession oblige également au secret professionnel et qui ont en charge la même mission auprès de ce patient ;
- Transmettre uniquement les informations nécessaires à la prise en charge <sup>8</sup>.

### Assurer la continuité des soins

" Assurer un suivi de qualité dans la durée, d'un point de vue tant somatique que psychologique, est nécessaire dans l'accompagnement des situations de violences <sup>8</sup>. Il y a lieu d'envisager, voire d'organiser des rendez-vous de suivi (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>8</sup> toujours en veillant à la sécurité du patient (par exemple, en disposant de plusieurs possibilités de contacts notamment en cas d'urgence...).

Dans le cadre de ce suivi, il s'agira de :

- " Evaluer la disposition (motivation) de la personne à faire évoluer sa situation et à la guider vers une démarche de changement (cf. article précédent « La communication : la pierre angulaire d'un changement <sup>7</sup>). Comme nous l'avons dit, bon nombre de personnes concernées se montrent ambivalentes dans leurs démarches, notamment judiciaires (dépôt de plaintes). Le parcours se caractérise par une série d'allers et retours ;
- " Ré-envisager, chaque fois que les circonstances le permettent ou le nécessitent, les mesures de protection pour la personne elle-même et pour ses enfants <sup>8</sup> ;
- " Réfléchir avec la personne victime à la constitution ou la restauration d'un réseau d'entraide et de soutien (famille, ami(e)s, professionnels...) et sur la manière de l'activer <sup>9</sup>.

La fiche " **cercles de personnes – ressources** " (figure 8<sup>9</sup>) peut être utilisée comme support au dialogue avec le patient en vue de mobiliser les ressources susceptibles de jouer un rôle protecteur et lorsqu'il y a des enfants, de veiller à la qualité de la relation avec ceux-ci ainsi que de soutenir la parentalité.

## LE GENERALISTE, MEDECIN DE TOUTE LA FAMILLE

En cas de détection ou de révélation de violences conjugales, le généraliste peut se sentir mal à l'aise en portant dorénavant un regard différent sur certains membres de la famille concernée. Nous vous livrons ici quelques repères utiles à une réflexion éthique :

- " Même si l'auteur de violences est aussi notre patient, il n'existe aucun conflit d'intérêt pour accompagner le/la conjoint(e) victime, à anticiper un plan de sécurité ou à prendre en charge la situation de violences suspectée ou confirmée ;

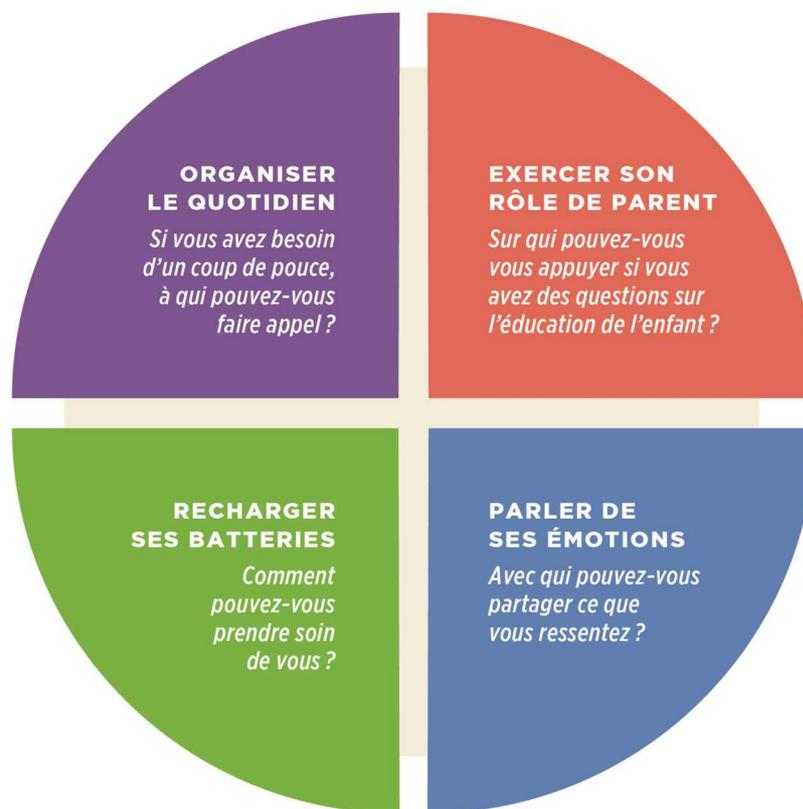
- Chaque patient (auteur ou victime) doit être considéré par son généraliste de manière indépendante. Chaque patient a droit à la confidentialité et la probité de son médecin. Chaque patient a droit à la qualité des soins <sup>19</sup>. Cependant, si pour une quelconque raison, le généraliste ne se sent plus adéquat dans une situation, il a le droit d'orienter les patients vers d'autres intervenants<sup>5,20,26-29</sup> ;
- " En cas de violence suspectée ou confirmée, la personne victime doit être entendue seule, en l'absence de son/sa partenaire ;
- La règle, c'est la confidentialité. Ne pas parler à l'auteur des confidences de la personne victime et inversement <sup>20</sup>. La divulgation des confidences vers le partenaire, même à la demande de l'un ou l'autre, ne doit pas se faire par le médecin d'autant si la sécurité des personnes n'est pas assurée ;
- " L'approche individualisée des soins est de mise. La personne victime devrait bénéficier d'un suivi thérapeutique (guidance psychosociale, psychothérapie...) séparé d'une éventuelle prise en charge de l'auteur. Les thérapies de couple n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans le cadre des violences conjugales <sup>8</sup>; elles seraient à éviter selon la dernière revue systématique de Pentj<sup>5,30</sup> ;
- En cas de révélation des violences par l'auteur, il y aurait lieu d'adopter, toujours selon cette dernière revue systématique<sup>30</sup>, une démarche de prise en charge quasi-similaire à celle de la personne victime, soit :
  - l'évaluation de la dangerosité de la situation, des différents impacts des violences sur la santé de la famille en recherchant tout particulièrement chez l'auteur, les comorbidités pouvant interférer sur la prise en charge telles les addictions et les psychopathologies ;
  - la gestion des risques en envisageant, par exemple, la séparation temporaire du couple avec parfois la nécessité de contacter les autorités compétentes en cas de danger grave et imminent (art. 458bis) ;
  - l'information sur la chronicité des violences et les impacts sur la santé tout particulièrement sur celle des enfants ;
  - l'orientation vers l'aide spécialisée aux auteurs de violences conjugales et/ou vers un spécialiste de la santé mentale (Recommandation GGP - *Good Practice Point*)<sup>5</sup> ;
  - un suivi régulier incluant l'évaluation de sa disposition (motivation) à mettre un terme aux comportements violents.

## CONCLUSION

La problématique des violences intrafamiliales, plus particulièrement entre partenaires est à ce point prévalente avec des conséquences importantes sur la santé que les derniers " *guidelines* " en recommandent la détection précoce et une prise en charge appropriée et ce, avec des données de plus en plus probantes. Or, les professionnels de santé dont les médecins généralistes s'estiment souvent démunis, voire confrontés à de nombreuses déconvenues lors de

# > Fiche 7 <

## Cercle de personnes-ressources



Adapté d'après Sadlier K. Les mots pour le dire, Tome 1/2/3, 2011

(\*) Publié avec autorisation. Violences au sein du couple : les enfants en souffrance. Référentiel à destination des professionnels de santé. Bruxelles:Fonds Houtman (ONE); 2017.

l'accompagnement des familles concernées. Des outils d'aide à la pratique ont été développés dans le cadre de focus-groups de praticiens de terrain en regard de l'approche clinique recommandée. Ils concernent l'évaluation ainsi que les différentes étapes de la prise en charge. Certains d'entre eux sont des supports adressés directement aux praticiens comme la grille d'évaluation, l'aide-mémoire à la rédaction du certificat médical ou encore le tableau des ressources dans le domaine. D'autres sont conçus comme aide au dialogue et peuvent être utilisés en consultation en vue de la psychoéducation du patient sur la chronicité des violences (formes, cycle, escalade) et leurs impacts sur la santé des enfants.

Les outils du " Référentiel sur les violences au sein du couple " sont actuellement diffusés dans le cadre de formation en médecine générale et en maternité. Leur évaluation par les professionnels de santé est concluante et encourageante. La majorité d'entre eux les considèrent comme tout à fait pertinents et utiles dans la pratique quotidienne. Reste à ce jour à envisager une étude complémentaire en vue de leur validation.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

- 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 AS1, 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;16:252-61.
- 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>.
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). (Consulté le 15/06/2016). Abuse and violence: Working with our patients in general practice. 4th ed, Melbourne, 2014. [Internet] <https://racgp.org.au>.
- US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement : Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults. *JAMA.* 2018;320(16):1678-87.
- Kacenenbogen N, Offermans AM, Schreiden L. Violences intrafamiliales : La communication : la pierre angulaire vers le changement. *Rev Med Brux.* 2019;40(4):386-93.
- 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.
- Offermans AM, Roland M, Kacenenbogen N. Violences au sein du couple : les enfants en souffrance. Référentiel à destination des professionnels de santé. Comment détecter ? Comment accompagner ? Comment orienter ? Bruxelles:Fonds Houtman - Département de Médecine Générale ULB;2017.
- Campbell JC, Webster DW, Glass N. The danger assessment. Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *J Interpers Violence.* 2009;24:653-74.
- 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.
- Van Parys AS, Verhamme A, Temmermann M, Verstraelen H. Intimate Partner Violence and Pregnancy : a systematic review of interventions. *Plos ONE.* 2014;(9):1.
- Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M *et al.* Primary care-based interventions for intimate partner violence : a systematic review. *Am J Prev Med.* 2014; 46(2):188-94.
- Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S *et al.* Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(12):CD005043.
- Kiely M, El-Mahondes AAE, El-Khorazaty MN, Gantz MG. An integrated intervention to reduce Intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010;115(2 Pt 1):273-83.
- Schils H, Roland M, Offermans AM. Violences intrafamiliales : Portes d'entrée pour la pratique clinique. *Rev Med Brux.* 2019;(40):369-77.
- 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.
- O'Campo P, Burke J, Peak GL, McDonnell KA, Gielen AC. Uncovering neighborhood influences on intimate partner violence using concept mapping. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:603-8.
- Offermans A-M, Warlet F-J. Les violences conjugales : Cadre juridique et déontologique aspects relatifs au dossier et au certificat médical. Bruxelles:SSMG;2018.
- 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.
- World Health Organization (WHO). (Consulté le 15/06/16). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. [Internet]. <https://apps.who.int>.
- Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2017;18(2):155-71.
- Howarth E, Moore Th HM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H. IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE) : an evidence synthesis. *Public health research.* 2016; 4(10).
- Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say ? *Lancet.* 2015;385(9977):1555-66.
- Mejdoubi J, Van den Heijkant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial. *PLOS ONE.* 2013;8(10).

26. Hegarty K, Forsdike-Young K, Tarzia L, Schweitzer R, Vlasis R. Identifying and responding to men who use violence in their intimate relationships. *Aust Fam Physician*. 2016;45:176-81.
27. Kimberg LS. Addressing intimate partner violence with male patients: a review and introduction of pilot guidelines. *J Gen Intern Med*. 2008;23:2071-8.
28. Cronholm PF. Intimate partner violence and men's health. *Prim Care*. 2006;33:199-209.
29. Ferris LE, Norton PG, Dunn EV, Gort EH, Degani N. Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physician. *JAMA*. 1997;278:851-7.
30. Penti B, Timmons J, Adams D. The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration : a Literature Review. *J Am Board Fam Med*. 2018;31(4):635-44.

**Correspondance :**

A.-M. OFFERMANS  
Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles (ULB)  
Département de Médecine générale  
Route de Lennik, 808 – bte 612  
1070 Bruxelles  
E-mail : Anne-Marie.Offermans@ulb.ac.be

Travail reçu le 13 juin 2019 ; accepté dans sa version définitive le 10 juillet 2019.