

Violences intrafamiliales : la communication comme pierre angulaire d'un changement

Domestic violence : communication as the key to change

Kacenelenbogen N.¹, Offermans A.-M.² et Schreiden L.³

¹Médecin généraliste, ²Sociologue, ³Psychologue, Département de Médecine générale, Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

Dans les situations de violences intrafamiliales, le type de relation développé avec le/la patient(e) sera la pierre angulaire de la construction d'un changement durable. Cet article présente synthétiquement deux démarches (leur cadre conceptuel et leurs outils de référence) qui montrent des résultats probants dans l'aide au changement dans des domaines réputés difficiles, comme les dépendances. Nous abordons ainsi l'Entretien motivationnel et le Modèle transthéorique du Changement. Nous esquissons une intégration de ces deux démarches adaptées au cas précis des violences familiales et plus particulièrement des violences conjugales. Des points de repère en termes d'attitude et d'outils de communication sont proposés et ce, à chaque stade identifié et décrit. Le tout est illustré par une analyse de cas commentée.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 386-93

ABSTRACT

When dealing with domestic violence, the type of relationship developed with the patient will be key for building lasting change. This article summarises two approaches (their conceptual framework and their reference tools) that show convincing results in fostering change in areas known to be complex, such as dependencies. We thus discuss Motivational Interviewing and Transtheoretical Model of Change. We outline an integration of these two approaches, specifically adapted to situations of domestic violence and more particularly of intimate partner violence. Reference points with regard to attitude and communication tools are proposed, identified and described at each stage. This article and the proposed approaches are illustrated by a commented case analysis.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 386-93

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

INTRODUCTION

Lorsque le praticien est confronté à des révélations de violences au sein de la famille, il n'a à sa disposition aucun médicament à administrer pour espérer voir évoluer la situation. La seule clef qui ouvre une porte vers un changement réside dans la communication qu'il va établir avec son/sa patient(e). Au vu de l'importance de l'enjeu portant sur la détection précoce, il est logique de se pencher sur les outils qui rendent cette communication plus efficace.

Nous allons successivement envisager l'entretien motivationnel (EM) et le cycle du changement ou

Modèle Transthéorique du Changement de comportement (MTC). Le premier est une méthode clinique spécifique dont l'objectif est d'augmenter la motivation personnelle au changement ; le modèle transthéorique est, quant à lui, un modèle conceptuel qui aide à comprendre comment et pourquoi les changements surviennent. Les entretiens qui incluent notamment ces deux stratégies ont montré leur efficacité, ce dont nous faisons état dans le Guide de Pratique Clinique (GPC¹) élaboré en 2018 et validé par le CEBAM.

Le tout sera illustré par l'exposé d'un cas clinique dans lequel les outils en question sont intégrés et mis en œuvre.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM)

L'EM² propose de développer un style relationnel sensiblement différent de celui acquis jusqu'il y a peu au cours des études préparant aux métiers de professionnel de santé. Beaucoup arrivant à la fin de leur cursus ont été entraînés à trouver et fournir vite la bonne réponse. Cela constitue un terreau dans lequel se déploie un modèle d'intervention du genre " Expert versus Patient supposé compliant ". Nous le savons, ce modèle touche rapidement sa limite lorsque l'amélioration ou la guérison présuppose un changement d'attitude et de comportement de la part du patient ou autrement dit, lorsque le comportement de la personne contribue à la pathologie ou à la situation pathogène. Dans ce cas, la seule réponse possible en position d'expert ressemble forcément à : " Vous devriez faire ceci -ou arrêter de faire cela- et tout va aller mieux ". Et le professionnel de la santé est mal ou pas préparé à ce que ce conseil, pourtant si évident, porte aussi peu de fruits. Pire, ce genre de proposition (appelée aussi " réflexe correcteur ") suscite le plus souvent des résistances variées. Dans ce contexte relationnel, le mystère s'épaissit pour le praticien : les raisons qui poussent la personne à persévérer ou à retourner vers un comportement qui la rend malade lui échappent. Une forme de désengagement et de démotivation guette alors la relation avec ce patient. L'incompréhension peut céder la place à une explication bloquante : " Ce patient est dans le déni, je ne peux rien faire pour lui " ou généralisante : " C'est impossible de travailler avec ce genre de cas... ".

Tout ceci est lourd de conséquences quand on sait que l'absence de confiance dans les capacités de changement du patient est prédictrice d'une stagnation de la situation^{3,4}. De même, laisser le patient développer un discours ponctué de résistances (" *Oui mais..., C'est impossible parce que..., Je ne pourrais jamais...* ") est aussi associé à une non évolution du patient⁵. Miller et Rollnick, les initiateurs de l'EM, ont encore montré que les consultations qui se déroulent dans un style opposant ou conflictuel se révèlent inefficaces pour guider les patients vers un changement durable de style de vie^{6,7}.

L'EM propose donc un nouvel éclairage sur ces comportements en apparence illogiques et leur possible évolution. Le blocage est ici perçu comme signal de l'ambivalence de la personne et l'ambivalence perçue comme une pièce incontournable du processus de changement. L'ambivalence résulte du rapport de force entre l'énergie (et les raisons) en faveur d'un changement et l'énergie (et les raisons) pour maintenir le comportement problématique. Cela veut dire que la personne a des raisons de prolonger une attitude pourtant pathogène. Elle perçoit que son interruption aurait des effets encore plus dommageables que son maintien. Mais pas que... des raisons que nous ignorons totalement peuvent peser lourdement sur les choix. Influencer le processus de changement passe obligatoirement par leur prise en considération.

C'est là que les points cardinaux " EM " prennent tout leur sens ; nous parlerons ainsi de **partenariat**, de **non-jugement**, d'**évocation** et d'**altruisme**. En effet, comment construire les pistes d'un changement sans la collaboration active de la personne qui elle, détient les clés ou verrous de son existence au quotidien ? Comment entendre des arguments chargés de sentiments de culpabilité voire de honte sans faire preuve, a priori, de non-jugement ? De fait, si les propos du médecin sont emprunts de reproches, le processus sera stoppé net dans son évolution. Par ailleurs, comment mettre des mots autrement qu'en les laissant émerger dans une parole libre, c'est-à-dire en les évoquant ?

L'empathie se révèle ici comme une compétence transversale à ces quatre attitudes^{8,9}. Elle peut se comprendre comme l'aptitude à rejoindre la personne là où elle se trouve, même si cela ne ressemble pas à ce que nous pensons qui devrait être. Divers travaux ont montré l'utilité de l'empathie qui surpasse même, dans certains domaines comme l'alcoolologie, l'impact du type de traitement choisi. Une petite phrase de Rogers nous semble particulièrement appropriée dans le contexte qui nous occupe : " Une personne qui sent qu'on ne l'accepte pas ne peut pas changer "⁹.

Avec le prérequis de ces attitudes orientées vers le patient, l'EM propose de manier 5 savoir-faire : poser des questions ouvertes, valoriser, refléter, résumer, fournir informations et conseils avec autorisation.

- **Questions ouvertes** : poser des questions qui invitent un développement plutôt qu'une réponse brève ou quantifiée (" oui – non – 2 fois par semaine... ") ;
- **Valoriser** : souligner positivement les ressources et les actes (efforts) même minimes de la personne ;
- **Refléter** : reprendre un élément du discours en émettant une hypothèse sur ce que veut dire la personne ;
- **Résumer** : recueillir ce que la personne a dit et lui présenter " comme dans un panier " ;
- **Informier** : demander si " c'est ok " de fournir une information ou un conseil et ensuite s'enquérir de ce que la personne fait de l'information ou du conseil.

Tout ceci dans le but de favoriser l'apparition du discours-changement chez le patient (par exemple : " *En vous parlant, je me rends compte que je pourrais...* ") qui, lui, est reconnu pour être prédicteur d'un réel changement⁵. Or, " il est possible d'influencer de façon substantielle la quantité de discours-changement exprimée par le patient "¹⁰. Il est sans doute utile de préciser qu'il ne s'agit pas de manipulation parce que c'est la motivation de la personne qui est ainsi révélée et non celle du professionnel.

Même si cette approche est ici fortement résumée et que son utilisation requiert une forme d'entraînement, l'Entretien Motivationnel est recommandé en médecine générale par le GPC dans la

prise en charge de la personne ayant vécu des violences familiales avec un grade 2B¹.

LE CYCLE DU CHANGEMENT (MTC)

Le cycle du changement décrit par Prochaska et DiClemente^{11,12} est conçu au départ des théories du changement de comportement et utilisé dans des contextes comme l'arrêt du tabac, de l'alcool, mais aussi dans le domaine des violences familiales^{13,14}. Il nous permet d'évaluer la disposition de la personne concernée à changer et de lui proposer des interventions appropriées. Le modèle se base sur l'observation selon laquelle les personnes qui procèdent avec succès à des changements dans leur vie progressent sur un continuum d'étapes prévisibles, comme si ces étapes se succédaient naturellement les unes aux autres. Cela dit, des retours à un stade antérieur font partie intégrante du processus. Ces mouvements, que l'on peut appeler rechutes, sont autant d'occasions d'un apprentissage ou d'une consolidation nécessaire à l'avancement sur le continuum. Voici une présentation de ce cycle (figure) adaptée aux situations de violences conjugales décrites dans le modèle interactif et évolutif de domination conjugale¹⁵.

Patient non demandeur (préconscience)

Ce stade est caractérisé, chez le patient, par l'absence d'énergie orientée vers le changement ainsi que par une forme de fatalisme. On y observe le déni ou la minimisation des faits de violence ou du fait qu'ils constituent un problème. La proposition " *Je me dis que ce n'est pas si grave... ou... que c'est comme cela dans tous les couples* " est, comme le souligne l'enquête belge¹⁶, la plus fréquente (60 %) quelle que soit la gravité des violences subies même si elle diminue linéairement en fonction de l'indicateur de gravité.

Déni ou minimisation des violences sont souvent

accompagnés d'un déplacement du problème, par exemple sous forme d'auto-accusations : " *Si seulement le souper avait été prêt à temps, ça ne serait pas arrivé...* " ou de justifications : " *Il a eu une enfance très difficile...* ". En termes de comportements, on observe alors des tentatives d'adaptation, une subordination au système, des stratégies d'apaisement des tensions, comme se soumettre à la fréquence des désirs sexuels du partenaire.

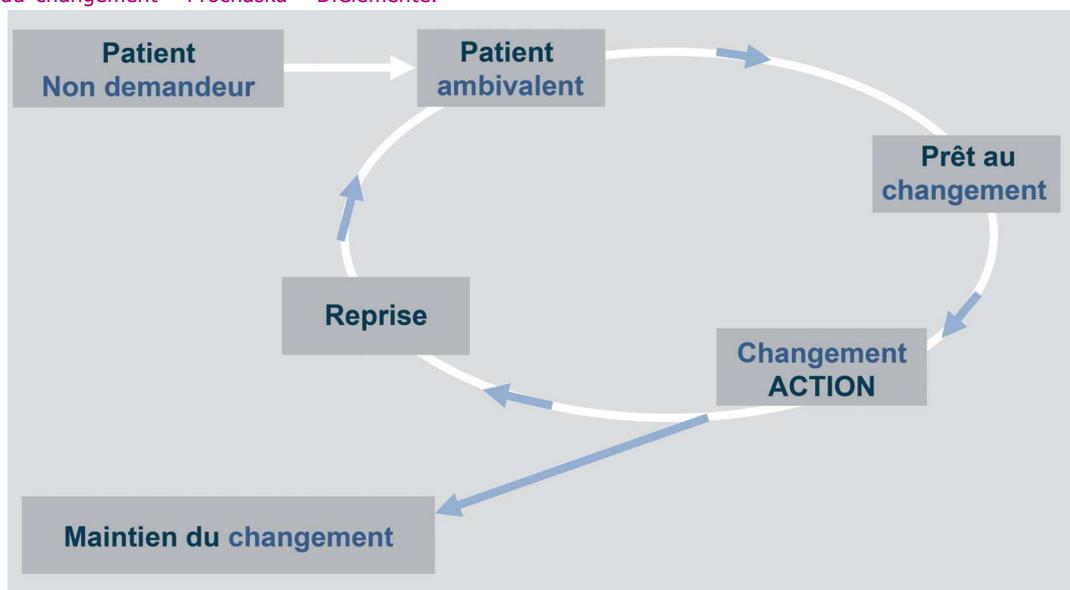
Pour utiliser le langage du cadre conceptuel de l'EM, nous dirions qu'à ce premier échelon, l'ambivalence est présente mais peu visible tant les arguments en faveur du maintien sont dominants.

La sortie de cette période se fait par la prise de conscience de la réalité des faits et de l'évidence d'un problème dans la relation. Cette prise de conscience n'est pas toujours facile surtout lorsque la relation amoureuse a été idéalisée. Des illusions doivent tomber...

Patient ambivalent (prise de conscience du problème et des possibilités de changement)

Même si la personne n'est pas encore psychologiquement prête à changer, elle ouvre sa conscience, souvent douloureusement, à la nature des faits et au caractère problématique de la relation. L'inquiétude pour l'avenir ou la colère commencent à monter. Cela provoque une tension psychologique, une accumulation d'énergie derrière ce qui se dresse encore comme une barrière au changement : " *Je ne suis pas encore prête à changer... ou... je n'en suis pas capable* ". Les solutions sont encore empruntées de méconnaissances ou d'illusions : " *Je lui ai pris rendez-vous chez la psychologue...* " ou " *J'ai pris rendez-vous chez un thérapeute de couple, mais je dois encore lui en parler...* ". L'espoir est placé dans le projet que l'autre change. Une autre option envisagée est d'user de violences à son tour pour faire face dans une forme de contre-pouvoir¹⁶.

Figure : Cycle du changement - Prochaska - DiClemente.



C'est à ce niveau que l'ambivalence est la plus visible : les forces en faveur d'un changement et celles en faveur du maintien sont en lutte et tendent à s'annuler. Cela peut s'avérer déstabilisant pour le médecin qui, enthousiasmé par les avancées de la personne concernée, en arrive à se demander : " *Pourquoi ne le quitte-t-elle donc pas ?!!* ". La tentation la plus grande est sans doute ici de se centrer sur des actions très concrètes.

Mais la tension mobilisatrice doit s'accumuler pendant un temps qui peut paraître trop long. Ainsi, on constate que la prise de conscience de la nécessité d'entreprendre des démarches pour soi-même apparaît plus fortement lorsque la personne est victime de violences graves. Si 2,4 % des répondants subissant des violences modérées déclarent " *pour m'en sortir, il faudrait que je fasse des démarches pour moi-même* ", ils sont près de 11 % lorsqu'ils sont confrontés à des violences graves¹⁶.

Préparation du changement

Le niveau d'énergie psychique est suffisant pour que la personne planifie un changement dans le mois à venir. A cette phase, la conscience de la problématique dans ses différents aspects et de sa gravité est beaucoup plus claire. Cependant, un changement tel que mettre fin à une relation violente doit se préparer sérieusement sous peine d'un retour rapide au stade antérieur. C'est sans doute la raison pour laquelle Proshaska et DiClemente en font une étape à part entière. Concrètement, on va observer la planification d'un certain nombre d'actions. En termes EM, c'est à ce stade que l'on entendra spontanément le discours-changement en cours de consultation : " *Je me suis organisée pour les enfants, je vais...* ".

L'ambivalence semble en voie de résolution, mais cette fois en faveur d'un changement. Les obstacles sont envisagés, mais le changement redouté devient souhaité.

Action

Cette phase correspond à la mise en application du changement. Cela se traduit par la mise en œuvre des actions pour lesquelles la personne s'était préparée. Les formes en sont variées : participation à un groupe d'entraide pour personnes victimes de violences conjugales, démarrage d'une démarche thérapeutique ou démarrage d'un tel travail de la part du partenaire suite à une décision de justice, entrée dans un nouveau job qui assure une indépendance financière ou un déménagement...

Les observations dans le domaine des violences familiales montrent qu'il faut souvent plusieurs tentatives de mise en œuvre avant de parvenir à une stabilisation du changement, c'est-à-dire une sortie durable de la situation de violences.

Nouvel équilibre ou maintien

Cette étape se caractérise par la consolidation du nouveau système qui se met en place. Il ne s'agit pas simplement de " tenir le coup ", mais de trouver un nouvel équilibre. Cela se produit lorsque la personne concernée développe des réponses nouvelles à des besoins fondamentaux de sécurité, mais aussi de reconnaissance, d'amour, d'estime de soi... Ce qui représente une mobilisation considérable. Comme dans une sortie de dépendance, l'abstinence ne suffit pas, une nouvelle vie est à réinventer. Ici aussi, une " rechute " n'est pas impossible.

Pour le médecin généraliste, la compréhension de ce mécanisme de mobilisation tendant vers la mise en œuvre d'un changement permet d'ajuster les interventions afin de les rendre plus productives ou tout simplement pour éviter d'user précocement des " cartouches " précieuses. Par exemple, avec ces outils et concepts, il est plus facilement compréhensible d'observer des résistances face à l'évocation de changements concrets lorsque la personne se trouve encore au premier stade (préconscience) : l'aider à lever les méconnaissances sera plus fructueux.

Par le biais d'un cas vécu en pratique générale (bien que transformé pour respecter la confidentialité), nous proposons d'illustrer des interventions adaptées à chaque stade en intégrant attitudes et outils de l'EM aux stades du MTC.

ILLUSTRATION : UNE ETUDE DE CAS

Patient non demandeur (préconscience)

Carine, la quarantaine, est cadre commerciale dans une société multinationale. Je la vois de temps en temps pour des problèmes de santé banals et rares (viroses, allergies...) ou pour de simples conseils de santé en lien avec ses nombreux voyages professionnels (vaccinations, pharmacie de voyage, contraception).

Un jour, elle m'annonce que pour la première fois, elle décide de vivre avec quelqu'un : un homme, commercial lui aussi, mais sur la Belgique. Pour elle, c'est une très belle nouvelle, elle est très heureuse. En corollaire, elle décide de changer de poste au sein de son entreprise, pour se " sédentariser " et vivre pleinement sa nouvelle relation amoureuse. Quelques mois plus tard, je commence à la revoir plus régulièrement : maux de tête, vertiges, sensations de faiblesse. Ce soir-là, Carine consulte pour un ballonnement intestinal qu'elle ressent presque tous les soirs en rentrant chez elle...

MG : " *La succession de tous ces symptômes me préoccupe... Et au fait, comment cela se passe avec votre nouvel amoureux ?* "

Patient : " *Il ne va pas bien, il est très nerveux... Il faut dire qu'il a toujours été anxieux...* "

MG : " *Il semble que cela soit compliqué pour lui...* "

Patiente : " *Oui et du coup on se dispute... Il me crie dessus quand il est fatigué... Ces soirs-là, pour lui, je suis nulle, moche, bonne à rien... Mais bon, dans un couple, ce n'est jamais parfait.* "

MG : " *C'est malgré tout compliqué pour vous aussi semble-t-il... "*

Patiente : " *Peut-être que c'est moi... Je n'ai jamais vécu avec quelqu'un d'autre, sauf avec mes parents, enfant... (rires)... Vous savez, son père était violent. Du coup, il est vite déstabilisé, en plus il travaille beaucoup, il rentre souvent fatigué... Il faut que j'en tienne compte. C'est quelqu'un de bien, pour une fois que quelqu'un m'aime vraiment... "*

MG : " *C'est donc compliqué pour lui, mais pour vous aussi... Nous pourrions en parler, qu'en pensez-vous ? "*

Patiente : " *Merci Docteur, mais vous savez, pas de quoi s'énerver... Je suis une grande fille, il n'y a aucun problème finalement... "*

MG : " *Je comprends. Votre examen physique est normal, aucun signal d'alarme concernant votre santé physique. Je pense vraiment que ces symptômes sont à mettre en lien avec ce que vous vivez à la maison. Vous revenez quand vous voulez pour en parler, mais sans obligation bien sûr... Je vous suis... Voici un médicament qui pourra vous soulager. "*

Patiente : " *Merci Docteur, parler avec vous c'est le plus important... "*

Cris, engueulades répétées, dénigrement... la violence conjugale fait partie des diagnostics différentiels avec des conséquences somatoformes. Mais la patiente minimise les choses et élude le problème. A ce stade, les questions et les messages qui visent à briser le premier cercle de croyances limitantes sont les mieux adaptés. Le but est de provoquer une ambivalence plus perceptible, plus consciente. En langage imagé, on pourrait dire " instiller du doute dans la forteresse " tout en conservant l'alliance thérapeutique.

Les trois messages-clés utilisés ici pour cela sont :

- Votre état de santé me préoccupe ;
- Les symptômes que vous me décrivez sont souvent en lien avec une situation tendue à la maison ;
- Quand vous le voudrez, vous pourrez m'en dire plus. Je suis là pour ça.

Nous repérons, en outre, plusieurs attitudes et outils décrits dans le cadre de l'EM :

- Une attitude de partenariat : on parle aussi de bouger avec la personne et non contre elle ou encore de respecter la résistance, ce qui permet d'éviter la dysharmonie avec le patient et donc de préserver un lien indispensable pour espérer une suite. Par exemple, je respecte le souhait de la patiente de ne pas en dire plus et lui indique qu'on pourra en parler plus tard ;
- Des questions ouvertes " *Comment ça se passe ?... Qu'en pensez-vous ?* " (voir aussi à ce sujet l'article " Mon patient est-il concerné par les violences intrafamiliales ? Comment détecter précocement ? "17) accompagnées d'une écoute qui

interrompt le moins possible ;

- Des reflets : " *C'est malgré tout compliqué pour vous aussi semble-t-il... "*

Rappelons que, de manière générale, la sécurité reste en ligne de mire et que le tout se passe en assurant la confidentialité.

Patient ambivalent (prise de conscience)

Carine revient trois semaines plus tard, son ballonnement abdominal vespéral s'empire. Le médicament soulage, mais dès qu'elle le stoppe, le symptôme revient. De plus, elle dort mal : elle se réveille vers 3 h du matin sans pouvoir se rendormir. Carine s'inquiète... L'examen physique est strictement normal ; il n'y a pas de perte de poids, au contraire, elle mange plus car elle se sent stressée et manger la calme un peu dit-elle, du moins momentanément. Au travail, elle se sent épuisée. Il faut dire que les insomnies ne l'aident pas...

MG : " *Et à la maison, vous me disiez la fois passée, que c'était parfois difficile avec votre compagnon. Comment ça va ? "*

Patiente : " *Ça devient vraiment dur, on se dispute de plus en plus souvent... J'avoue que je me dis que je dois réagir, au moins l'aider à comprendre qu'il doit changer de comportement avec moi... Avec tout le monde il est super gentil et à la maison, qu'est-ce que je déguste parfois comme cris... Ce n'est pas normal. D'ailleurs, il ne le sait pas encore, mais j'ai pris rendez-vous avec un psy pour lui, il doit comprendre lui-même qu'il doit changer, malgré son enfance difficile. Ce n'est pas sur moi qu'il doit se venger ! "*

MG : " *Vous tentez de trouver des solutions pour qu'il change de comportement... "*

Patiente : " *Bien sûr... Au début, j'étais certaine que c'était à cause moi ces éternels conflits, mais mes amis me disent que non, en fait... Je ne sais plus finalement, je ne suis sans doute pas faite pour vivre en couple. "*

MG : " *Vous vous disputez donc toujours... Comment se passent vos disputes au fond ?... Du moins si vous avez envie d'en parler... "*

Patiente : " *Quand il rentre tard du travail et qu'il est très fatigué, alors rien n'est bon pour lui, il me dit que je suis nulle, que je ne lui sers à rien, que la maison est en désordre, que je fais mal à manger etc. et ces soirs-là, alors je sais qu'il n'arrêtera pas de crier de plus en plus fort, jusque tard dans la nuit, il fait tout pour m'empêcher de dormir et si par hasard, je m'endors, il me réveille en me bousculant dans le lit... En plus, il arrive maintenant qu'il m'engueule devant mes amis... C'est horrible ! "*

MG : " *Puis-je vous donner de l'information par rapport à ce que vous vivez chez vous ? "*

Patiente : " *Bien sûr, Docteur.* "

MG : " *Il crie sur vous, vous dénigre, vous humilie devant vos amis, vous empêche de dormir, il vous bouscule... Nous pouvons parler ici de comportements violents... "*

Patiente : " *(silence)... Oui... d'ailleurs ces derniers*

temps quand il commence, je m'enferme dans mon bureau... Je l'entends crier et même taper sur la porte, mais je reste dans mon bureau... "

MG : " Ce doit être très, très éprouvant... A quel rythme cela survient-il ? "

Patiente : " Cela a commencé plus ou moins 2 mois après le début de notre vie commune, une fois tous les 15 ou 20 jours et puis maintenant quasi 1 ou 2 fois par semaine... Je finis par avoir peur de rentrer chez moi, d'ailleurs de plus en plus souvent, je vais dormir chez l'une ou l'autre de mes amies... "

MG : " Et d'un point de vue sexuel ? Comment cela se passe-t-il ? "

Patiente : " C'est bien simple, depuis 3 mois, je n'ai plus envie de lui et je redoute les rapports... "

MG : " ...Que voulez-vous dire par " redouter "... Il vous oblige ? "

Patiente : " Pas vraiment, mais parfois pour qu'il se calme, j'accepte... Je ne dis pas non quoi... "

MG : " Ici aussi puis-je vous donner mon avis ? "

Patiente : " Mais oui... "

MG : " Vous avez donc des rapports uniquement pour tenter de diminuer son agressivité, ce ne sont plus des rapports consentis... En avez-vous conscience ? Qu'en pensez-vous ?... "

Patiente : " (silence)... Je n'avais pas pensé à ça, mais c'est vrai finalement... "

Le diagnostic de violences conjugales passe de supposé (comme je l'avais indiqué dans son dossier) à bien confirmé :

- La patiente n'est plus bien chez elle, dans sa propre maison ;
- Révélations de violences verbales, psychologiques à répétition et physiques (elle se fait bousculer dans le lit de manière récurrente) et aussi sexuelles et ce, très tôt après le début de la relation ;
- C'est donc une situation de violences déjà graves : elle commence à avoir des répercussions sur la santé.

Heureusement ici, la détection est relativement précoce et les leviers d'action sont encore nombreux. Retenons aussi des facteurs de protection :

- Elle travaille, est indépendante financièrement et possède un entourage d'amis fidèles. Ses parents sont soutenant, même si Carine les " ménage " ;
- Le risque légal est relativement faible (en tenant compte de la grille ad hoc présentée dans l'article " Violences intrafamiliales : les outils d'aide à la pratique depuis l'évaluation à la prise en charge "¹⁸) : pas d'arme, escalade de la violence plutôt lente, pas de violence sur la voie publique, pas de menace de mort, ni de suicide... ;
- Elle a trouvé par elle-même des actions de protection (s'enfermer dans son bureau, dormir chez ses amis...).

Je n'ai pas eu de mal à lui faire comprendre que le comportement de son compagnon n'est pas acceptable, pas plus que le fait qu'il ait été maltraité dans son enfance par son père soit de quelque manière une excuse. Elle a reconnu le cycle de la violence et

notamment les périodes de " lune de miel " où il se confond en excuses, promettant que ces scènes ne reviendront plus. Elle a vite accepté le fait qu'il y avait un lien entre cette situation et ses symptômes, finalement provoqués par son mal être.

A ce moment, je pose deux actions :

- Je lui propose de réfléchir à comment augmenter encore sa sécurité (voir à ce sujet les plans de sécurité présentés dans l'article " Les outils d'aide à la pratique depuis l'évaluation à la prise en charge "¹⁸). Elle donnera comme réponse qu'elle connaît ses horaires de travail et les soirs où il rentrera " fatigué " donc énervé. Elle peut alors systématiquement prévoir de ne pas rentrer chez elle ;
- Je lui propose un rendez-vous pour reparler de cette situation et d'envisager comment améliorer les choses, ce qu'elle accepte.

En termes EM, l'ambivalence devient plus perceptible : Carine commence à comprendre que cela ne peut pas durer, mais dans le même temps, elle est toujours centrée sur son compagnon " qui doit changer " au lieu de se centrer sur elle, sa santé et son bien-être. Il s'agit d'offrir son aide dans la durée, même si au cours du dialogue, des arguments en faveur du maintien se font entendre.

Deux messages-clés sont dispensés :

- " Ce que vous vivez est inacceptable, la violence est inacceptable " : même si, dans ce cas, il est amené notamment par la voie du questionnement ;
- " Votre situation a des conséquences sur votre santé ".

Ces messages, lorsqu'ils sont entendus, ont la particularité de faire évoluer l'ambivalence.

Relevons aussi :

- Le partenariat avec un exemple de collaboration active : lui demander de trouver une solution de protection supplémentaire ;
- L'empathie ;
- Le non-jugement de la personne ;
- Les questions ouvertes toujours accompagnées d'écoute ;
- Les reflets ;
- L'information fournie avec accord notamment sur le cycle de la violence.

Ces façons de faire aident la personne à se sentir en sécurité psychologique avec son médecin pour ainsi mettre les choses à plat. Elle peut quitter l'attitude de cacher la vérité, de (se) justifier, de se culpabiliser, tous processus qui ont tendance à figer les choses et donc empêchent une évolution des équilibres internes.

Patient prêt à changer

MG : " Nous avons prévu de parler de votre situation à la maison qui était plus que probablement en lien avec vos problèmes de santé actuels. Nous nous étions

dit que nous pouvions envisager ensemble des solutions. Où en êtes-vous à ce propos ? "

Patiente : " C'est terrible, j'ai pris conscience que j'étais comme dans un piège et je ne sais plus quoi faire pour m'en sortir. J'avais pris un rendez-vous pour lui chez un psy, pour qu'il prenne conscience de ses propres difficultés et il a hurlé quand il l'a appris... Evidemment, il a refusé d'y aller... Je ne sais plus quoi faire... "

MG : " Et pour vous-même, que pourriez-vous planifier pour changer la situation et vous sentir mieux ? "

Patiente : " Cet appartement, je l'ai loué il y a plus de 2 ans et mon compagnon s'est domicilié chez moi... Je ne vois qu'une solution : d'ici 3 mois je préviens mon propriétaire que je ne renouvelle pas le bail et je m'en vais ailleurs... Seule... Ailleurs ! "

MG : " Et en attendant ?... "

Patiente : " ... Je ne sais pas... "

MG : " Qui dans votre entourage pourrait vous aider, à qui pourriez-vous en parler ?... "

Patiente : " J'ai une amie chez qui je dors régulièrement plutôt que de vivre l'enfer chez moi... Elle me dit que je pourrais carrément partager l'appartement avec elle... Mais ce n'est pas grand chez elle... et puis j'ai besoin de mon espace, mes affaires, tout quoi... "

MG : " Vous pourriez donc ne pas renouveler votre bail et vivre chez une amie pour être plus sereine et en sécurité... "

Patiente : " Oui... Mais je ne me sentirais pas très bien si cela devait durer... D'autant que je suis certaine qu'il viendrait faire scandale jusque chez mon amie... Déjà qu'il me harcèle via mon smartphone quand je ne rentre pas le soir... Je suis obligée de fermer mon GSM... Quand je pense que je supporte ça depuis des mois ... "

MG : " Pensez-vous que vous seriez physiquement en danger si vous quittiez votre domicile pour vivre chez une amie, du moins dans un premier temps ? "

Patiente : " Non, je ne 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... "

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... "

Au vu de la prise de conscience plus évidente, c'est le bon moment d'envisager des options de changement plus concrètes. Cela s'est fait sous forme de questions ouvertes " ...que pourriez-vous planifier ?... "

Cela dit, on entend encore des pour et des contre. Ces derniers commencent souvent par " mais " : " Mais ce n'est pas grand chez elle... Oui, mais je ne me sentirais pas très bien si cela devait durer... " signes que la progression de l'ambivalence est toujours en cours. L'EM propose d'explorer ces pour et ces contre avec le patient pour en faciliter la mobilité

vers une issue adaptée à la personne. Cela débouche ici sur une préparation à l'action plus ferme. L'évolution est perceptible au cours de l'entretien.

On retrouve aussi :

- Le partenariat avec un autre exemple de collaboration active : lui demander de nommer un plan d'action précis ;
- L'empathie ;
- Le non-jugement de la personne ;
- Les questions ouvertes toujours accompagnées d'écoute.

Un outil que je n'ai pas dû utiliser ici, mais qui est bien utile quand il y a stagnation, c'est le résumé qui met en relief l'ambivalence : " Vous avez l'air partagé : d'un côté, vous me dites que... et de l'autre... C'est bien ça ? ". Cela a souvent pour effet de faire bouger les lignes.

Patient dans l'action

Carine a mis en place cette option ; son ex-compagnon, comme prévu, la harcela de plus belle, surtout via GSM, mais aussi en direct au domicile de l'amie qui l'hébergeait, allant jusqu'à sonner des dizaines de fois au parlophone. Elles durent appeler la police et Carine porta plainte pour pouvoir récupérer le reste de ses affaires restées dans son appartement. Ce fût une période très difficile et Carine accepta un suivi psychothérapeutique pour elle-même. Par ailleurs, elle consultait régulièrement pour les mêmes symptômes de type somatique. Pendant cette période, je lui ai manifesté mon soutien et nous avons suivi l'évolution de la situation. Cette lutte dura plus de 6 mois. Finalement, elle loua pour elle seule un autre appartement.

Durant cette phase, encore et toujours offrir sa disponibilité. Si des symptômes physiques ne donnent pas d'emblée la certitude de revoir le patient, il est important de prévoir un ou des rendez-vous en vue de soutenir la mise en oeuvre des actions. En termes d'attitude durant la consultation, il vaut mieux se tenir " un pas derrière " la personne plutôt qu'un pas devant.

C'est le bon moment pour :

- Activer le réseau avec son accord ;
- Référer vers le ou les professionnels *ad hoc*.

Encore et toujours veiller à la sécurité et à la documentation dans le dossier.

Nouvel équilibre et maintien

Il fallut plus de 2 ans pour que Carine accepte une autre relation amoureuse ; elle prit la peine de venir me parler de cet homme et de son comportement pour être " certaine " de ne pas retomber dans ce qu'elle a appelé un " enfer ".

Comme il s'agit d'une étape à part entière, il est nécessaire de proposer un suivi. Celui-ci permet de :

- Rendre perceptible la solidité du partenariat ;
- S'enquérir de la situation à chaque contact avec des questions ouvertes ;
- Valoriser les petits et grands changements.

Retour

La situation présentée n'illustre pas de retour en arrière, mais on pourrait l'imaginer... Dans ce cas de figure, il est essentiel de maintenir l'aide que nous proposons. Le non-jugement de la personne sera central en termes d'attitude. Epinglons dans la boîte à outils EM les savoir-faire suivants qui seront plus particulièrement appropriés :

- Poser des questions ouvertes et notamment : " Qu'est-ce que vous pouvez apprendre de ce qui se passe ? " ;
- Offrir de l'information avec accord ;
- Valoriser le fait d'en avoir parlé et de rester en contact ;
- Reprendre le processus au stade ainsi identifié.

CONCLUSION

Les personnes prises dans le cycle des violences familiales ou conjugales méritent une aide appropriée à la spécificité de leur problématique. Dans ce domaine, deux démarches doivent attirer notre attention parce qu'elles nous outillent mieux et peuvent ainsi nous rendre plus confiants dans l'abord de ces situations réputées délicates ou quelques fois même décourageantes.

Les attitudes et savoir-faire proposés par l'EM ainsi que l'éclairage apporté par le MTC semblent confirmer leur efficacité au vu des dernières études et observations. Les deux approches sont parfois confondues ; elles sont pourtant bien différentes, mais gagnent à être combinées.

La maîtrise de leurs outils demande forcément de s'y exercer. Si le présent article peut susciter un intérêt, son objectif est alors atteint. Notons qu'une sensibilisation à l'EM fait désormais partie du cursus des futurs médecins dans différentes universités du pays.

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.
2. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris:InterEditions, 2013,2019.
3. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris:InterEditions;2006:6.
4. Leake GJ, King AS. Effects of counselor expectations on alcoholic recovery. Alcohol health and research world. 1977;1(3):16-22.

5. Moyers TB, Martin T, Houck JM, Christopher PJ, Tonigan JS. From in-session behaviors to drinking outcomes : a causal chain for motivational interviewing. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009;77(6):1113-24.
6. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking : a controlled comparison of two therapists styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1993;61(3):455-61.
7. Patterson GR, Forgatch MS. Therapist behavior as a determinant for client non-compliance : a paradox for the behavior modifier. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1985;53:846-51.
8. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris:InterEditions;2006:7.
9. Rogers CR. The foundations of a person-centered approach. In Rogers CR, A way of being. Boston:Houghton Mifflin;1980:113-36.
10. Glynn LH, Moyers TB. Chasing change talk: the clinician's role in evoking client language about change. Journal of Substance Abuse Treatment. 2010;39(1):65-70.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. Psychotherapy : Theory, Research & Practice. 1982;19(3):276-88.
12. Prochaska JO, Norcross, JC, DiClemente CC. Changing for good. New York: Morrow;1994.
13. Frasier PY, Slatt L, Kowlowitz V, Glowa PT. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. Patient Education and Counseling. 2001;43:211-7.
14. Johnson NL, Johnson DM. Correlates of Readiness to Change in Victims of Intimate Partner Violence. J Aggress Maltreat Trauma. 2013;22:127-44.
15. Bouchard M, Tremblay D. Le processus de domination conjugale : un modèle interactif et évolutif. In : Arcand S, Damant D, Gravel S, Harper E, Eds. Violences faites aux femmes. Montréal:Presses de l'Université du Québec;2008:399-406.
16. 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'Egalité des Femmes et des Hommes;2010.
17. Thomas P, Roland M, Offermans AM. Mon patient est-il concerné par les violences intrafamiliales ? Comment détecter précocement ? Rev Med Brux. 2019;40(4):369-77.
18. 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.

Correspondance :

N. KACENELEBOGEN
Faculté de Médecine, Université Libre de Bruxelles (ULB)
Département de Médecine générale
Route de Lennik, 808 – bte 612
1070 Bruxelles
E-mail : Nadine.Kacenenbogen@ulb.ac.be

Travail reçu le 25 juin 2019 ; accepté dans sa version définitive le 4 juillet 2019.