

Les violences conjugales

Rôle du médecin généraliste

- Février 2004 -

Sophie Lacroix, médecin généraliste
Anne-Marie Offermans, sociologue

Groupe de recherche SSMG

Geneviève Bruwier, médecin généraliste
Philippe D'Hauwe, médecin généraliste, psychothérapeute, sexothérapeute
Sophie Lacroix, médecin généraliste
Anne-Marie Offermans, sociologue
Alberto Parada, médecin généraliste
Dominique Paulus, médecin généraliste
Eveleyne Rey, médecin généraliste
Michel Vanhalewyn, médecin généraliste

Groupe de recherche WVVH

Léo Pas, médecin généraliste
Rita Caris, alias Reynders, collaborateur scientifique
Lutgard De Deken, médecin généraliste

*Projet subventionné par le
Ministère Fédéral de la Santé Publique, des Affaires Sociales
et de l'Environnement*

Les experts francophones contactés sont

- Philippe Boxho, professeur à l'Institut de Médecine Légale, ULg
- Le Conseil National de l'Ordre des médecins représenté par Mr D. Holsters, président, Dr Joset, vice-président francophone, Dr Uyttendaele, vice-président néerlandophone, Marie-Noëlle Verhaegen, conseiller juridique au service d'études
- Fernand Geubelle, professeur honoraire de pédiatrie à l'ULg, pédiatre SOS-Enfants Liège
- Annick Goossens et Maryline Horemans de l'Institut pour l'Egalité des Hommes et des Femmes
- Marie-France Hirigoyen, médecin psychiatre et victimologue (Paris)
- Nathalie Kumps, avocate et chargée de recherche, ULB
- Jean-Michel Longneaux, professeur et docteur en philosophie, chargé de cours aux FUNDP, conseiller éthique de Fédérations des Institutions Hospitalières de Wallonie (FIH-W)
- Salomon Nasielski, psychologue, psychothérapeute, Analyste Transactionnel Didacticien
- Luc Schreiden, psychologue, psychothérapeute, conseiller en prévention - aspects psycho-sociaux
- Joëlle Van Blaere, coordinatrice du service d'assistance policière aux victimes – Police locale de Liège
- François-Joseph Warlet, juge de Paix

Les personnes suivantes ont relu ce guide et/ou ont apporté leur contribution en matière d'écriture :

- Cécile Bolly, médecin généraliste et psychothérapeute
- Baudouin Denis, médecin généraliste
- Michel Vanhalewyn, médecin généraliste

Les médecins généralistes suivants ont testé ce guide sur le terrain :

- Philippe D'Hauwe, médecin généraliste, psychothérapeute et sexothérapeute à Thy-le-Château
- Alberto Parada, médecin généraliste à Basse-Bodeux
- Eveleyne Rey, médecin généraliste aux Awirs

Avant-propos

La question des violences conjugales est complexe, aux confins de la médecine générale, de la psychologie, de thématiques sociales, de visions communautaires, de la médecine légale et du droit. Ce guide propose dès lors des bases utiles à la compréhension des violences conjugales ainsi que des repères quant au rôle du médecin généraliste. Cette double approche vise, dans le cadre d'un travail en réseau, l'élaboration de réponses adaptées aux particularités de terrain. Il offre également un aperçu synthétique des ressources auxquelles le médecin peut faire appel.

La réalisation de ce document est issue d'un appel à projets émanant du Ministère Fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Il profite d'une expérience acquise lors d'une recherche-action subsidiée par le Ministère Wallon des Affaires Sociales et de la Santé et résultant d'une collaboration menée en région liégeoise entre le Collectif contre les Violences Familiales et l'Exclusion, l'InterGroupe des Maisons Médicales et la Société Scientifique de Médecine Générale. Cette recherche-action consistait en une sensibilisation et une formation des médecins généralistes à la thématique des violences conjugales.

Le présent guide fut soumis pour avis à divers médecins généralistes, notamment dans le cadre de Groupes Locaux d'Evaluation Médicale. A diverses étapes, il a bénéficié de l'apport de divers experts par le biais d'interviews et de relectures. Par ailleurs, dans sa version néerlandophone, il a fait l'objet d'une adaptation¹ par la Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH) pour rencontrer au mieux les sensibilités et les réalités de terrain de la région flamande.

Le texte aborde successivement les personnes victimes de violences, les auteurs de ces violences et les enfants témoins ou victimes de ces situations. La réalité n'est cependant pas aussi rigide : au fil du temps, les relations interpersonnelles modulent les implications de chaque membre de la famille. Néanmoins, peu importe le sexe, l'implication ou l'âge, le rôle du généraliste consiste principalement en un accompagnement de ces personnes.

Par accompagnement, entendons une approche médicale globale imprégnée de respect et de droit à l'autonomie. Principes de base en médecine, ces notions prennent tout leur sens auprès de personnes profondément blessées, désorientées et nécessitant de multiples soutiens. Accompagner, c'est cheminer auprès du patient au rythme de ses émotions, révélations et demandes d'aide. Accompagner, c'est éviter de se substituer au patient afin qu'il développe ses propres initiatives.

La gravité de certaines situations mettra peut-être ce principe à mal. En effet, face au risque (suicide ou homicide), le code de déontologie et le code pénal guideront les pas du médecin et ceux des patients.

¹ Cette adaptation réside essentiellement en l'ajout d'un ensemble de chapitres intitulés « Consensus interdisciplinaires relatifs à la prise en charge des violences intrafamiliales » et d'annexes détaillées sur des thèmes envisagés dans le guide.

Avertissement de lecture

Certaines formulations de ce guide sont influencées par deux types de réalités incontournables : d'une part, les données statistiques qui montrent que les femmes sont plus fréquemment victimes de violences conjugales que les hommes et d'autre part, la littérature existante qui se penche de façon quasi-exclusive sur la situation des femmes victimes de ces violences. C'est pourquoi beaucoup d'exemples, issus de la littérature, sont formulés au féminin. Il eut en effet été trop fastidieux de mentionner à chaque fois les pronoms il/elle et de jongler avec les accords grammaticaux conséquents.

Cela ne signifie pas pour autant que nous ignorons que les hommes sont aussi victimes de violences conjugales. D'ailleurs, lors de la rédaction du texte, il nous a semblé que les principes de base de l'accompagnement, issus de la littérature concernant les femmes, étaient d'application pour l'accompagnement d'hommes victimes de ces mêmes violences. Nous avons dès lors décidé de reformuler ces principes de base en parlant de personne victime. Ce mot met donc l'accent sur le fait qu'au-delà de la différence en matière de sexe, le médecin a, face à lui, une personne.

L'adjectif « victime » a pour but de définir la personne qui subit les violences et ne doit pas être interprété comme un rôle psychologique auquel la personne tiendrait. Cette dernière interprétation aurait pour conséquence de camper, à tort, les deux protagonistes dans la vision manichéenne imputant la totale responsabilité de la prise de pouvoir à la personne ayant recours aux violences.

Table des matières

AVANT-PROPOS	3
AVERTISSEMENT DE LECTURE	4
1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	7
1.1. FREQUENCE	7
1.2. CONSEQUENCES ET COUT FINANCIER.....	7
2.2. LES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES.....	9
Violences psychologiques	9
Violences verbales	9
Violences économiques	9
Violences physiques.....	9
Violences sexuelles	9
3. POINTS DE REPERE POUR LA PRATIQUE MEDICALE	10
3.1. CARACTERISTIQUES GENERALES.....	10
3.2. UN PROCESSUS DE LONGUE DUREE ET DE CARACTERE REPETITIF	10
3.3. LE SILENCE ET L'AMBIVALENCE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : UN PARADOXE ?..	12
3.4. QUELQUES IDEES-REÇUES A DECONSTRUIRE.....	14
3.5. PIEGES ET ENJEUX RELATIONNELS.....	15
4. DIAGNOSTIC ET DEPISTAGE PRECOCE	16
4.1. ENJEUX DU DIAGNOSTIC.....	16
4.2. NON-SPECIFICITE DES SYMPTOMES.....	16
4.3. REGLES A RESPECTER DANS LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE.....	17
4.4. CONSTATS CLINIQUES.....	18
4.4.1. <i>Facteurs de risque</i>	18
4.4.2. <i>Symptômes présentés par la personne victime</i>	18
4.4.2.1. Lésions traumatiques	18
4.4.2.2. Plaintes gynécologiques et obstétriques.....	19
4.4.2.3. Plaintes somatiques chroniques et psychosomatiques.....	19
4.4.2.4. Manifestations psychologiques et psychiatriques	19
4.4.3. <i>Comportements particuliers observés chez la femme victime de violences</i>	20
4.4.4. <i>Comportements particuliers observés chez l'homme auteur de violences</i>	20
4.4.5. <i>Signes et symptômes présentés par l'enfant</i>	20
4.5. ISSUES DE LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE.....	21
5. L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES	22
5.1. SOIGNER.....	22
5.2. ACCUEILLIR UNE REVELATION DE VIOLENCES.....	23
5.2.1. <i>Enjeu</i>	23
5.2.2. <i>Savoir-être et savoir-faire</i>	23
5.3. EVALUER LA SITUATION ET SA DANGEROUSITE POTENTIELLE	25
5.3.1. <i>Enjeux</i>	25
5.3.2. <i>Détermination des formes de violence subies et bilan de santé</i>	25
5.3.3. <i>Evaluation des ressources à disposition, du degré d'autonomie et d'isolement</i>	26
5.3.4. <i>Evaluation de la dangerosité potentielle de la situation</i>	26
5.4. PROPOSITIONS D'INTERVENTION.....	27
5.4.1. <i>Généralités</i>	27
5.4.2. <i>Etablir un scénario de protection</i>	28
5.4.2. <i>Constater dans le dossier médical et rédiger le certificat</i>	29
6. L'ACCOMPAGNEMENT D'UN AUTEUR DE VIOLENCES : PARTICULARITES	32
7. L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS TEMOINS OU VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES : PARTICULARITES	34
8. ÊTRE LE MEDECIN TRAITANT DES DEUX PARTENAIRES	36

9. SUIVI ET TRAVAIL EN RESEAU INTERDISCIPLINAIRE.....	38
9.1. ENJEUX.....	38
9.2. COMMUNICATION D'INFORMATIONS.....	38
9.3. PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	38
9.4. AIDE JURIDIQUE	39
10. CADRE DEONTOLOGIQUE ET JURIDIQUE.....	40
10.1. CONSIDERATIONS GENERALES.....	40
10.1.1. <i>Les références normatives</i>	40
10.1.2. <i>L'information reçue et recueillie</i>	42
10.1.3. <i>La référence aux valeurs sociétales et le secret professionnel</i>	42
10.2. QUESTION SPECIALE : LE SECRET PARTAGE.....	43
11. TABLEAU DES RESSOURCES	44
PREMIER VOLET : PRESENTATION DES SERVICES PAR TYPE D'AIDE.....	45
DEUXIEME VOLET : PRESENTATION DETAILLEE DES SERVICES PAR ORDRE ALPHABETIQUE.....	46
12. BIBLIOGRAPHIE.....	55

1. Données épidémiologiques

1.1. Fréquence

Les violences conjugales ne constituent pas un phénomène rare. L'ensemble des études internationales¹ atteste que si l'homme et la femme sont tous deux concernés par ces violences, celles-ci touchent plus spécifiquement les femmes. La moyenne des chiffres rapportés dans la littérature fait état de plus ou moins un cas de violence déclarée à l'encontre d'un homme pour cinq cas à l'encontre d'une femme².

A cet égard, la situation de la population féminine apparaît comme nettement plus préoccupante puisque, selon les enquêtes, 25 à 30 % des femmes européennes et nord-américaines interrogées affirment avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie³. En Belgique, la seule recherche⁴ disponible met en évidence non seulement la fréquence, mais aussi la gravité des faits : en 1998, dans la tranche d'âge 20-49 ans, **une femme sur sept** (13,4 %) et **un homme sur quarante** (2,3 %) ont subi, à un moment donné de leur vie, des violences physiques ou sexuelles graves² de la part de leur partenaire.

Si ces résultats sont pour le moins impressionnants, il est sans doute nécessaire de souligner, comme l'a notamment fait l'étude menée en France, l'importance de toutes les autres formes de violences associées à ces violences physiques et sexuelles, c'est-à-dire les violences verbales, psychologiques et économiques. Cette étude⁵, la dernière en date, portant sur des femmes de 20 à 59 ans vivant en couple, indique qu'en 2000, **une femme sur dix** (9 %) a subi, lors des 12 derniers mois, de graves violences psychologiques, physiques ou sexuelles. Toujours selon cette même source, les formes graves touchent tous les milieux socio-économiques quels que soient le statut social, l'âge, le niveau de scolarité, la profession, l'origine ou la religion⁶.

D'autres études⁷ soulignent la fréquence de l'implication des enfants dans cette problématique. Lorsqu'il y a des enfants dans un couple vivant des situations de violences conjugales, ils sont :

- *témoins* des scènes de violences dans 40 à 68 % des cas, et ce d'autant plus souvent que la violence est grave et dure depuis longtemps.
- *victimes* eux-mêmes également de violences dans 10 % des cas.

1.2. Conséquences et coût financier

Selon l'OMS⁸, il s'agit d'un réel problème de santé publique, de plus en plus inquiétant tant d'un point de vue humain que financier.

² Etranglement, étouffement, immersion, brûlure de cigarette, brûlure sur poêle ou radiateur, coupure, être ligotée, obligation de pratiquer le sexe oral, viol anal avec objet, souffrance pendant l'acte sexuel

Les séquelles traumatiques liées aux violences conjugales sont importantes. **Elles vont de coupures et d'ecchymoses à la mort en passant par une invalidité permanente.** Des analyses d'Instituts médico-légaux montrent que 40 % à 70 % des femmes victimes de meurtre ont été tuées par leur époux ou leur compagnon, souvent dans un contexte de relation violente durable⁹.

Les violences **constituent également un risque pour la santé mentale.** Il ressort des études américaines et canadiennes menées majoritairement en milieu hospitalier que :

- plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales présentent des symptômes de dépression¹⁰,
- ces femmes font 5 fois plus de tentative de suicide¹¹,
- 47 à 58 % d'entre elles présentent un syndrome de stress post-traumatique¹²,
- 10 % abusent de drogues et de médicaments prescrits par le médecin¹³.

Les conséquences sur la **santé génésique** ne sont pas négligeables. On évalue entre 3 % et 11 % la prévalence des violences au cours de la grossesse, la grossesse étant même considérée comme un facteur déclenchant¹⁴.

Une estimation du coût des violences conjugales, avec sa répartition budgétaire, a été effectuée en Angleterre pour l'année 1996¹⁵ :

Police	10.5 %	
Justice Civile	19.5 %	
Logement	4.7 %	
Refuge	8.0 %	
Services Sociaux	46.0 %	
Santé	11.3 %	(hospitalisations et médicaments exclus)
Total	100 %	= 5 millions £ ~ 6 millions d'euros

2. Définitions

2.1. Généralités

Selon l'OMS, il s'agit de "tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie"¹⁶. Sont également envisagés dans cette définition "la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou en privé"¹⁷.

L'acte violent doit être considéré en fonction du seuil de tolérance et donc du degré de souffrance de chacun. Ainsi, un fait, perçu par un tiers comme banal, mais occasionnant une grande souffrance, ne doit pas être banalisé. De même, une personne assurant ne pas souffrir d'actes socialement considérés comme violents nécessite un accompagnement.

2.2. Les différentes formes de violences¹⁸

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

Violences psychologiques

Comportements ou propos méprisants qui dénigrent, de manière répétée, les opinions, les valeurs, les actions de l'autre et qui portent ainsi atteinte à son intégrité psychique ou mentale (son estime de soi, son identité personnelle) : remarques dévalorisantes, abus de pouvoir, contrôle et critique permanents, humiliation, moquerie, isolement (ne plus lui parler, ignorer sa présence), menaces, chantages, intimidation, abus de confiance, ...

Violences verbales

Modes de communication violents du fait du débit de parole, du ton de la voix, ... : crier, faire des injonctions, manifester constamment son impatience, couper la parole de façon incessante, ...

Violences économiques

Moyens utilisés pour maintenir l'autre dans un état de dépendance économique : entraves au travail extérieur (interdiction, injonction de démission ou de changement de type de travail), à l'accès à l'argent du couple (distribution parcimonieuse de l'argent pour le ménage, opposition à l'accès au compte bancaire), vérification de toutes les dépenses, ...

Violences physiques

Atteintes physiques au corps de l'autre entraînant parfois des blessures graves, voire la mort. Sont également considérées comme telles les atteintes aux êtres et aux choses ayant une valeur affective pour la personne.

Violences sexuelles

Contraintes à la sexualité et/ou violences verbales, psychologiques ou physiques pendant un rapport sexuel.

3. Points de repère pour la pratique médicale

3.1. Caractéristiques générales

- *Visibilité faible* : ces violences entre adultes sont cachées et l'intervention de tiers est réduite. Elles se déroulent habituellement au sein du foyer, peu de personnes en sont témoins.
- *Évolutivité* : généralement, elles s'établissent insidieusement en un processus de longue durée et de caractère répétitif. Ce point est longuement explicité plus loin.
- *Intensité relationnelle* : les partenaires sont unis par une relation affective, des attentes et des sentiments réciproques intenses, aussi éventuellement par des enfants... Un lien psychoaffectif fort soude les partenaires
- *Asymétrie* : au fil de la construction, par les deux partenaires, de la relation de couple, une prise de pouvoir asymétrique s'installe progressivement. La personne dominante exerce son autorité de façon unilatérale sur la personne dominée; cette dernière et les autres membres de la famille sont niés et restreints dans leur autonomie. Cette situation est le plus souvent rigidifiée bien qu'il existe des couples où les violences émergent de façon symétrique.
- *méconnaissance et sous-estimation*, notions qui sont largement développées par la suite : la personne victime sous-estime généralement la gravité ou n'identifie pas nécessairement la situation de violences comme telle. L'entourage ne les voit pas ou n'y croit pas. Il cherche spontanément à excuser, en donnant des explications logiques aux violences, et va même parfois jusqu'à soupçonner la personne victime de les avoir provoquées. Cette tendance est d'autant plus marquée que le partenaire violent entretient une image sociale extérieure valorisante, voire prévenante vis-à-vis de la personne victime.
- *déni* : l'auteur nie fréquemment les violences commises ou sa responsabilité en regard de ces dernières. Pour les violences psychologiques, ce sera souvent un refus pur et simple de l'étiquette "violence"; pour les violences physiques, il s'agira plutôt de justifications visant à démontrer que "ce n'est pas sa faute".

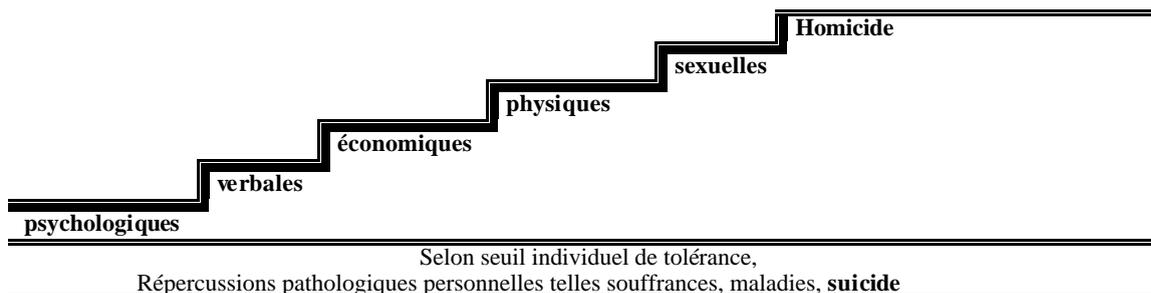
L'ensemble de ces caractéristiques font entrevoir toute la difficulté d'un diagnostic précoce...

3.2. Un processus de longue durée et de caractère répétitif^{19 20 21}

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

➤ **L'escalade dans le recours aux diverses formes de violences**

Généralement, les violences apparaissent et s'installent progressivement entre partenaires. Dans la majorité des cas, la violence s'aggrave avec le temps. L'escalade peut être rapide ou prendre des mois, voire des années.



On peut donc réellement parler d'une histoire de la violence : les paroles et actes rapportés par les patients ne sont pas des faits uniques, d'autres faits les précèdent et leur succèderont. Le premier signal est fréquemment un malaise vécu par l'un face à certaines attitudes de l'autre. Il n'est pas encore question de violence à proprement parler, mais tout se met en place pour alimenter une relation dans laquelle l'un se montre de plus en plus exigeant, tandis que l'autre accepte toujours plus dans le souci de préserver la bonne entente. Souvent, les violences conjugales passent une première phase marquée de petites humiliations, d'une soif de contrôle croissante et d'une diminution de contacts avec des tiers : l'un acquiert de plus en plus de pouvoir sur l'autre. Ainsi se développe un rapport de force inégal propice à l'émergence d'autres formes de violences plus manifestes.

➤ La linéarité de l'évolution des violences psychologiques

Il s'agit de violences froides, insidieuses. Les marques d'hostilité n'apparaissent pas uniquement dans les moments d'énervement ou de tension; elles sont là de façon permanente, à petites touches, tous les jours ou presque. Il n'existe pas de pauses qui permettraient à la personne victime de récupérer. Il n'y a pas vraiment d'affrontement, mais pas non plus de réconciliation possible.

➤ Le cycle des violences physiques

Sur une trame linéaire et constante de violences psychologiques, les violences physiques s'installent selon un processus cyclique en 3 étapes, répétitif et stéréotypé³ :

- A. *Montée de la tension* : au quotidien, l'homme tente de dominer les faits et gestes de ses proches (compagne et enfants), maintenant ainsi un contrôle permanent sur ceux-ci. Par ailleurs, ignorant un grand nombre de ses besoins, il laisse à son épouse l'initiative et la responsabilité de les satisfaire. Dans de telles dispositions, il ne peut accepter les situations de désaccord et de divergence. Sa femme est dès lors attentive à lui faire plaisir et veille à réduire toute source de contrariétés possible. Le fait qu'elle réussisse plus ou moins bien à le tempérer renforce sa croyance en sa propre capacité de le contrôler. Les tensions et insatisfactions s'accumulent, la femme est en proie à une peur croissante, elle pressent l'éclatement possible, probable et rapproché. Enfin,

³ Est ici proposé une adaptation du cycle de violences mis en évidence par Léonore Walker (WALKER L. E., The battered woman, Springer Publishing Company, 2000, 327 p.) sur base d' interviews auprès de 400 femmes victimes de violences psychiques et physiques.

épuisée par cette situation et craignant de déclencher une explosion de violence, elle s'éloigne de son compagnon. Ce dernier ne supportant la distance se montre de plus en plus menaçant. La tension est à son comble, l'épisode de violences devient inévitable.

- B. Episode de violences (verbales, physiques, sexuelles) : cet épisode correspond à une décharge de tensions. Amenant une libération des tensions et donc un apaisement, cet incident violent renforce positivement le fait d'y avoir recours et contribue à perpétuer le cycle. Il arrive que la femme choisisse elle-même le moment et le lieu pour le provoquer afin de mieux se protéger. C'est souvent à cette occasion que l'aide de tiers est demandée ou autorisée. C'est un moment d'ouverture à saisir.
- C. Phase d'amour et de pardon : cette dernière phase n'est pas forcément présente. Lorsqu'elle se met en place, on y voit l'auteur des violences se montrer très attentionné, reproduire des actes de séduction et d'amour, et faire des promesses augurant des jours meilleurs. Sa compagne, sensible à cette démarche, et souhaitant, comme son compagnon, remettre la relation sur pied, croit à la possibilité d'un changement. Durant cette phase, l'homme justifie son comportement et convainc sa conjointe d'être en partie à l'origine des violences, lui faisant ainsi porter la responsabilité de la crise. Souvent, cette dernière éprouve alors des sentiments de honte et de culpabilité, en conséquence de quoi, elle minimise la gravité des faits devant des tiers auxquels elle s'était confiée en période de crise. Les portes qui s'étaient éventuellement ouvertes sur une aide extérieure sont souvent refermées et les discussions qui devaient déboucher sur une aide sont interrompues. Le couple vit dans l'illusion du couple parfait jusqu'au jour où...

La répétition de ces cycles ne se fait pas en boucle, mais en spirale. Les violences s'installent ainsi de plus en plus dans la vie quotidienne du couple, elles s'entrecroisent dans un crescendo de moyens permettant à l'un de mieux asseoir son pouvoir sur l'autre. Dans de nombreux cas, elles augmentent en fréquence et en intensité, parfois avec de longues pauses, parfois de manière imprévisible. Les personnes qui en sont victimes développent diverses stratégies afin d'éviter d'autres escalades (adaptation à l'humeur du partenaire, indulgence, ...). Elles ne peuvent généralement pas enrayer le phénomène tout simplement parce qu'elles n'en sont pas la cause. **Les partenaires deviennent dépendants de ce cercle vicieux** et des moments de plus en plus rares d'accalmie et de réconciliation.

3.3. Le silence et l'ambivalence des femmes victimes de violences conjugales : un paradoxe ?²²

Après un épisode de violences, **deux femmes sur trois ne consultent pas²³**. Par ailleurs, globalement, ces femmes recourent davantage aux consultations de médecine générale, aux consultations psychiatriques (quatre à cinq fois plus que la moyenne²⁴) et aux services d'urgence. Pourquoi ces femmes ne parlent-elles pas de ces violences et maintiennent ainsi le système violent ?

Le silence...

Non-reconnaissance de la situation de violences et de sa gravité

Certaines doutent de ce qu'elles vivent **tant les agressions sont subtiles, particulièrement lors de violences psychologiques**. Certaines ont déjà connu différents types de violences dans leur famille d'origine (parents, frères et sœurs). L'histoire qui se répète vient en quelque sorte donner du sens aux croyances qu'elles ont acquises et leur confirmer qu'elles ne valent rien, qu'elles doivent se soumettre et donc garder le silence. D'autres ne perçoivent pas les actes violents comme tels parce qu'ils leur semblent **involontaires** ou perpétrés sous l'emprise de la boisson, ou encore lorsqu'**elles pensent les avoir provoqués**. D'autres encore croient que ces actes sont posés "par amour", dans un but constructif afin qu'elles en apprennent quelque chose. L'attitude de l'auteur de même que celle de l'entourage (famille, amis...) entravent grandement la prise de conscience des violences et de leur gravité, et participe, chez la personne victime, au processus de déni conscient ou inconscient.

Honte, hyper-responsabilisation et culpabilité

Ces femmes ont honte d'elles-mêmes. Souvent, elles se sentent et parfois même pensent être la cause des violences. Notamment, elles imaginent être de mauvaises épouses et ne pas mériter l'aide d'autrui. **La plupart se culpabilisent** de rester dans une situation qu'elles savent nocive pour elles : elles appréhendent grandement le jugement de tiers à qui elles en parleraient.

Réticences liées au couple et aux enfants

Souvent, ces femmes **ne veulent pas être « la cause » de l'éclatement familial**, un sentiment de loyauté les tient vis-à-vis du partenaire et des enfants. Par ailleurs, lors des accalmies, le compagnon peut être la seule source d'amour et d'affection. Il peut aussi représenter l'unique support matériel et financier pour la famille.

Crainte des réactions des professionnels de santé et de leurs conséquences

Elles craignent particulièrement que le médecin en parle au conjoint ou qu'il dénonce les faits aux services de police, et ce par **peur de représailles** de la part du conjoint, notamment à l'égard des enfants. Nombre d'entre elles n'envisagent pas comme solution de faire appel à la justice.

Attente d'une initiative du médecin

Certaines femmes se taisent, mais espèrent et attendent que le professionnel de santé s'interroge et leur en fasse part.

L' ambivalence...

Se positionner dans de telles situations nécessite de prendre du recul afin de comprendre ce qui est en jeu. Lorsque ces femmes sont ou se sentent complètement prises dans la situation, elles ne parviennent pas à voir d'alternatives et n'arrivent pas à « choisir ». S'ensuivent des comportements pouvant être perçus par les professionnels comme des hésitations parfois irritantes et fatigantes.

Différents éléments amènent les femmes à prendre conscience des réalités quotidiennes : l'aggravation des violences, les violences envers les enfants, et le fait que, contrairement à

leurs propres attentes et aux promesses du compagnon, ce dernier ne change pas. L'idée d'un départ germe alors. Mais d'autres enjeux entrent alors en ligne de compte : quitter la situation équivaut à tester son autonomie, à faire face à d'autres difficultés (par rapport à l'argent, à la solitude, la monoparentalité,...) et à rompre une relation affective intense.

Très souvent, il leur est difficile de croire en leurs possibilités d'autonomie. Nombre de femmes rompent dès lors de manière évolutive, sur plusieurs mois ou années : elles partent et reviennent, ce sont les **départs-tests**. Ce type de rupture est un moyen d'acquiescer de la confiance en soi, de découvrir les ressources existantes, de diminuer le seuil des peurs et d'apprendre qu'il est possible de vivre sans la présence du conjoint. Sortir d'une relation violente relève donc de tout un processus et ne se résume pas à un événement ponctuel.

Quitter son partenaire est une décision difficile. Les femmes ont besoin de faire le deuil du rêve d'amour brisé. Par ailleurs, ce n'est pas toujours en soi une garantie de sécurité. Il arrive que les violences continuent, voire s'amplifient après leurs départs²⁵. En fait, selon les statistiques²⁶, c'est au moment où elles décident de mettre fin à la relation violente que les femmes se trouvent dans la situation la plus risquée pour leur intégrité et leur vie..

3.4. Quelques idées-reçues à déconstruire

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

Quelques grands classiques des idées-reçues :

« Les violences conjugales n'existent que dans les classes les plus pauvres ou culturellement et socialement défavorisées »

Cette affirmation est statistiquement fautive²⁷ (ces violences touchent de façon transversale les différentes couches sociales) et risque d'occulter le soupçon diagnostique chez les femmes de classes socialement et économiquement favorisées.

« Les partenaires violents sont des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou victimes de mauvais traitements durant leur enfance »

Selon les études²⁸, 15 à 25 % des auteurs de violences présentent des caractéristiques ou des symptômes psychopathologiques comme seules explications aux actes posés ; la majorité d'entre eux sont donc sains d'esprit.

Par ailleurs, les antécédents de maltraitance constituent davantage un facteur de risque de recours aux violences qu'un lien causal direct.

« C'est la consommation d'alcool qui déclenche le recours aux violences »

En réalité, bien que l'alcool soit associé aux violences, il n'en est pas la cause, mais le détonateur²⁹. Ici aussi les implications en termes d'offre thérapeutique sont essentielles. En effet, même si les origines de la consommation problématique d'alcool et du recours aux violences peuvent avoir des racines communes autorisant un accompagnement thérapeutique intégrant ces deux problématiques, la relation entre ces deux types de comportements n'est pas linéaire. Une offre thérapeutique visant uniquement à limiter la consommation d'alcool ne suffira pas nécessairement à faire cesser les violences.

"Les violences sont provoquées par une perte de contrôle momentanée"

Il apparaît tout au contraire que les auteurs de violences ont le plus souvent un contrôle ou un désir de contrôle absolu sur tout ce qui les entoure et sur eux-mêmes.

« Les femmes subissant les violences « aiment » être frappées sans quoi elles quitteraient leur domicile »

Le chapitre consacré au silence et à l'ambivalence de ces femmes est suffisamment éloquant sur ce sujet...

« La femme l'a bien mérité, elle l'a cherché »

Tout adulte est responsable de ses conduites d'agression. La responsabilité des actes violents ne peut être attribuée à la personne victime même si ses comportements ont participé au déclenchement des violences. Personne ne mérite de subir de tels traitements.

3.5. Pièges et enjeux relationnels

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

Le "sauveur" : ému par la situation de violences, convaincu que la solution pour la personne victime est de partir et persuadé qu'elle est incapable de s'y décider, le médecin risque fort d'entreprendre des démarches et de prendre des décisions à la place de la personne victime, sans se préoccuper de savoir si elle est prête à poser un tel acte. Celle-ci risque alors, soit de partir sans y être préparée, soit de "caler", de ne pas suivre la voie tracée et de ne plus consulter. Double résultat : une source de frustration pour le professionnel et un danger potentiel pour la personne victime. En effet, cette dernière sait que le praticien s'est donné du mal pour lui venir en aide. De ce fait, lors d'une prochaine crise, par culpabilité vis-à-vis de lui, elle n'osera pas toujours réaborder le sujet.

Le "scandalisé" : en écoutant l'histoire du patient, le médecin sent monter son agressivité personnelle face au conjoint et réagit fortement. Le patient risque alors de réagir à contre-pied : il va décider de ne plus poursuivre ou prendra carrément la défense de son partenaire.

Le "frileux" : le médecin peut penser qu'il n'est pas capable d'aider la personne victime ou ne pas se sentir habilité à intervenir dans pareille situation. Mal à l'aise, il concentrera toute son attention sur les blessures physiques et évitera d'aborder les violences. Ce faisant, il se rend complice, malgré lui, de l'enkystement de la situation. La personne victime peut en déduire que le médecin ne peut l'aider en aucune façon.

Le « dubitatif » : le médecin (surtout s'il est médecin du couple), constatant les comportements des deux partenaires, et connaissant deux versions des faits, ne sait qui croire et le laisse entendre. La personne victime ne se sentira pas reconnue dans sa souffrance, ce qui risque de renforcer son sentiment de culpabilité.

4. Diagnostic et dépistage précoce

4.1. Enjeux du diagnostic

Interroger le patient est un témoignage d'intérêt et participe à la prise de conscience des situations, particulièrement chez les personnes victimes de violences. Il ressort d'une étude réalisée en service d'urgences que 75 % des personnes victimes souhaitent être interrogées à ce sujet par leur médecin dans le cadre confidentiel de la consultation³⁰.

L'absence de dépistage n'est pas seulement un manquement, elle présente une série d'« effets secondaires » tant pour le patient que pour le médecin. Ainsi, en l'absence de diagnostic et en proie à l'incompréhension, le médecin peut se sentir dépassé voire excédé par ces « familles épuisantes » et par les comportements et plaintes multiples des personnes victimes de ces violences³¹.

4.2. Non-spécificité des symptômes

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

Cette absence de spécificité entraîne un triple risque :

- ne pas diagnostiquer les violences conjugales (faux négatifs) : selon les études épidémiologiques, les violences conjugales ne sont décelées par les praticiens que dans 5 à 12 % des cas³².
- s'arrêter à un diagnostic sans rechercher ce qu'il cache, par exemple :
 - Etiqueter la patiente de "psychosomatique" : de fait, la femme est dans un état tel qu'elle ne peut «ré-agir». Une fois la violence intériorisée et refoulée, le corps risque d'exprimer ce qui est interdit d'expression, sous forme de plaintes somatiques. Il importe de ne pas entretenir ce processus et de chercher la cause
 - Etiqueter la patiente de "dépressive" : un état dépressif réactionnel surviendra tôt ou tard. Traitée pour dépression, il sera alors facile au partenaire de la désigner comme « ayant un problème » et de lui imputer la responsabilité de ce qui arrive.
 - Etiqueter la patiente d' "agressive" : certaines réagissent par de l'agressivité voire passent à l'acte violent. Même si ces femmes sont responsables de la violence de leurs réactions (d'autres comportements non-violents sont à promouvoir), il est important d'interpréter leurs réactions dans le cadre de l'histoire du couple et parfois de celle de leur famille d'origine. Le comportement agressif de la femme pourrait être considéré à tort par un observateur extérieur comme un élément justifiant la difficulté, pour l'homme, de vivre avec une telle compagne et de contenir sa violence.
- médicaliser le problème puisque ces personnes n'évoquent pas spontanément leur situation³³. C'est tout particulièrement le cas dans le domaine de la santé mentale où

les femmes victimes de violences reçoivent 4 à 5 fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale³⁴

4.3. Règles à respecter dans la démarche diagnostique

Respecter le rythme du patient

Le dépistage peut nécessiter plus d'une rencontre. Plusieurs consultations sont parfois indispensables pour que la personne victime prenne conscience de la situation dans laquelle elle se trouve. Ensuite, malgré une approche respectueuse, il est possible qu'elle ne se sente pas prête à en parler. Il est alors important de respecter son choix, de rester disponible et vigilant, mais aussi d'insister sur l'intérêt de pouvoir en parler pour être aidé et de faire référence à l'importance d'un soutien psychologique.

Informé de la confidentialité

Très vite, la confidentialité de l'entretien doit être clairement énoncée au patient.

Des questions à poser en tête-à-tête...

Aborder le sujet des violences conjugales en présence du conjoint, des enfants ou des proches est à proscrire. A leurs côtés, le patient peut ne rien révéler. Mais le risque majeur, lié au fait que l'auteur des violences ait connaissance de la révélation, est celui des représailles, qui peuvent aller jusqu'à mettre la vie du patient en danger. Si l'auteur est présent, il est nécessaire de trouver un prétexte pour voir la personne victime seule (proposer un rendez-vous ultérieur afin de voir l'évolution des plaies ou de l'état psychique, et signifier à l'auteur des violences que sa présence n'est pas nécessaire).

La façon d'interroger : questions directes ou indirectes ?

La plupart des lignes directrices cliniques favorisent l'emploi de questions directes, mais certains travaux proposent au médecin de choisir une approche plutôt qu'une autre selon la solidité des éléments de preuve et la connaissance qu'il a du patient. D'un point de vue juridique, afin de ne pas induire les réponses, les questions indirectes ouvertes sont préférables. Par ailleurs, les questions directes, au risque de provoquer peur et retrait, ont l'avantage de confronter le patient à son vécu, à ce qu'il ne perçoit pas nécessairement comme violent.

Exemples de questions indirectes :

« Comment vous sentez-vous ? » « Pourquoi dormez-vous mal ? » « Qu'est-ce qui vous rend triste ? » « Vos blessures m'inquiètent... » « Y a-t-il des tensions dans votre vie familiale ou de couple ? »

Exemples de questions plus directes :

« D'après vos blessures, j'ai l'impression que quelqu'un vous a frappée. » « Il n'est pas rare qu'il y ait des tensions dans les familles, parfois même de l'agressivité ou de la violence, et souvent, nous, médecins, passons à côté de ces faits, voilà pourquoi, à présent, je pose systématiquement cette question à toutes mes patientes enceintes ».

« Vous semblez mal à l'aise de me répondre. Vous n'êtes pas obligée de le faire. J'aimerais que vous me racontiez ce qui s'est passé. » « Vous semblez ne pas oser parler de votre conjoint, mais vous avez le droit de parler de vous, de vos émotions, de ce que vous vivez avec lui. Je ne jugerai pas votre conjoint. »

Le choix des mots

Certains mots tels précisément celui de « violences » sont à proscrire. Faisant référence à ces comportements, le médecin reformulera en terme de « comportements irrespectueux » ou « humiliants » et invitera le patient à se questionner (« Trouvez-vous cela normal ? »).

4.4. Constats cliniques

4.4.1 Facteurs de risque

C'est la conjugaison de certains facteurs individuels, familiaux et environnementaux³⁵ qui augmente le risque d'exposition ou de recours aux violences. Il ne s'agit pas ici d'établir un lien causal direct entre ces facteurs et les violences, mais bien d'éveiller une vigilance lors de l'observation de ces facteurs.

Individuels

Jeune âge (classe d'âge 20 à 25 ans³⁶)
Consommation abusive d'alcool
Troubles de la personnalité (perversion...)
Antécédents de violences familiales vécues dans l'enfance

Familiaux, environnementaux

Séparation, conflit conjugal
Grossesse
Enfants en bas âge
Une personne handicapée dans la famille
Faible revenu
Chômage, perte d'emploi, échec au travail
Valeurs sociales propices aux violences
Représentations traditionnelles quant aux rôles des deux sexes

4.4.2. Symptômes présentés par la personne victime

4.4.2.1. Lésions traumatiques

Leur nature n'a rien de spécifique (contusions, brûlures, coupures, abrasions, lacérations, entorses, luxations, fractures) mais certains **signes suggestifs** doivent faire penser à des violences conjugales :

- localisation **axiale** fréquente : tête (oedème et hématomes péri-orbitaires, hémorragies sous-conjonctivales, lacérations ou contusions au niveau labial), cou (nuque et gorge) (marques de tentatives d'étranglement), thorax, poitrine, abdomen et organes génitaux.
- présence **simultanée** de lésions sur différentes parties du corps
- lésions multiples à **différents stades** de guérison, évoquant des traumatismes survenus à différents moments
- lésion **discordante** avec le récit fourni (trop vague, ou trop détaillé) ou avec refus d'en expliquer l'origine

En cas de suspicion de violence, il y a des lésions traumatiques graves et moins évidentes à **rechercher systématiquement** :

- hématome sous-dural
- lésions intra-abdominales
- fractures dentaires, du massif facial ou de la mandibule
- traumatisme tympanique (baisse de l'acuité auditive) ou ophtalmique (baisse de l'acuité visuelle)

4.4.2.2. Plaintes gynécologiques et obstétriques

- lésions à la poitrine, à l'abdomen et au niveau génital (anal et vaginal)
- infections sexuellement transmissibles
- infections récurrentes de l'appareil génito-urinaire
- trouble du cycle menstruel
- dyspareunie, anorgasmie
- hémorragie avant l'accouchement
- fausse couche
- grossesse non désirée

Les rapports sexuels forcés exposent les femmes aux infections sexuellement transmissibles et à une grossesse non-désirée. Une **demande d'interruption de grossesse**, des retards ou présences sporadiques aux visites prénatales doivent aussi attirer l'attention.

4.4.2.3. Plaintes somatiques chroniques et psychosomatiques

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

4.4.2.4. Manifestations psychologiques et psychiatriques

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

4.4.3. Comportements particuliers observés chez la femme victime de violences

- consultations anormalement fréquentes
- retard au rendez-vous, rendez-vous manqués
- délais important entre le moment où les lésions sont apparues et la consultation (lésions en voie de cicatrisation par exemple)
- plaintes multiples
- elle demande des soins pour son partenaire (troubles du comportement, alcoolisme ou usages abusifs d'autres drogues, troubles psychiatriques).
- elle regarde son partenaire avant de parler et sollicite constamment son approbation
- elle demande de ne pas être jointe à la maison
- elle ne prend pas ou difficilement la parole
- elle refuse de se dévêtir pour un examen médical
- ses attitudes traduisent un sentiment d'insécurité

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

Certains de ses comportements par rapport sa compagne sont indicatifs s'ils se répètent ou si d'autres indices sont également présents.

- il répond à la place de sa compagne
- il insiste pour toujours être présent
- il critique ses actes et utilise des phrases disqualifiantes à son propos
- il manifeste des gestes de mépris (par exemple, il soupire ou lève les yeux au ciel lorsqu'elle se plaint)
- il lui dicte sa conduite ou suggère celle du médecin (par exemple, « *On vient pour que vous prescriviez un calmant à ma compagne* »)
- il la contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes
- s'il ne peut être présent, il téléphone plusieurs fois sur le GSM pendant l'entretien
- il manifeste une jalousie irrationnelle à son égard
- il minimise ou nie ses problèmes de santé ainsi que la gravité de ces blessures
- il exprime des idées très arrêtées sur les rôles des hommes et des femmes
- ayant des comportements violents dans l'intimité, il peut être hyper-prévenant et excessivement attentionné en public, et très aimable avec le médecin

4.4.5. Signes et symptômes présentés par l'enfant

Outre les lésions traumatiques (accidentelles ou intentionnelles), les principaux signes cliniques sont :

- **troubles psychologiques** : troubles du sommeil, de l'alimentation, anxiété, angoisse, dépression, syndrome de stress post-traumatique

- **troubles du comportement et de la conduite** : agressivité, violence, fugues, délinquance, chute des performances, désintérêt ou surinvestissement scolaire, idées et/ou tentatives de suicide, toxicomanie
- **troubles psycho-somatiques** : troubles sphinctériens, retard staturo-pondéral, troubles de l'audition, troubles du langage, maux de ventre, céphalées, troubles respiratoires

4.5. Issues de la démarche diagnostique

Le patient fait part de violences en banalisant les faits

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

Le patient ne les reconnaît pas...

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

Le médecin suspecte fortement les violences conjugales...

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

Dans tous les cas, le fait de parler de la possibilité de travailler avec une tierce personne spécialisée dans cette problématique (psychologue, psychothérapeute ou psychiatre) peut augmenter la confiance et faciliter la demande d'aide.

5. L'accompagnement d'une personne victime de violences conjugales

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

5.1. Soigner

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

Les lésions physiques

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

Les troubles psychiques

Il est important de distinguer ces troubles de l'histoire des violences afin d'évaluer, le cas échéant, la relation existant entre les deux et la réponse à apporter séparément à chaque problème.

Les **médicaments psychotropes** (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) peuvent être utiles, mais uniquement comme soutien à la mise en œuvre d'un processus de changement. Les anxiolytiques et hypnotiques seront prescrits pour la période la plus courte possible et assortis de l'information classique sur les risques de dépendance et d'accoutumance.

Leur prescription peut aussi avoir des effets néfastes dans le chef de la personne victime:

- elle peut contribuer à masquer les signes sur lesquels s'appuie le diagnostic et à maintenir la personne dans une certaine tolérance ne l'aidant pas à prendre conscience du caractère inacceptable de la situation
- elle peut être une confirmation que son attitude de déni ou de résignation est adéquate (le médecin devient, à son propre insu, complice de l'entretien de la situation, voire de son aggravation)
- elle peut entraver sa capacité à réagir et à se protéger lors de l'agression
- elle ouvre la porte à une automédication abusive et au risque de suicide
- elle peut induire à ses yeux ainsi qu'à ceux de son partenaire, l'idée ou la confirmation que c'est elle qui doit se soigner.

De manière complémentaire aux médicaments, le **soutien psychothérapeutique** gagne souvent à être proposé. Il est abordé plus loin dans le chapitre consacré au travail en réseau interdisciplinaire.

5.2. Accueillir une révélation de violences

5.2.1. Enjeu

Avant de se tourner vers un professionnel, les personnes victimes de violences conjugales ont déjà souvent épuisé toutes leurs ressources personnelles ainsi que celles de leur entourage³⁷. La révélation est un moment-clé, une sorte d'ultime démarche : véritable tremplin vers un processus de changement ou initiative infructueuse qui alimente l'enkystement de la situation.

5.2.2. Savoir-être et savoir-faire

Ces savoirs constituent véritablement **un pré-requis à l'accompagnement de personnes impliquées dans une situation de violence conjugale.**

Reformuler les faits exprimés et énoncer sa préoccupation pour la sécurité et le bien-être

Cette verbalisation équivaut à se positionner en regard de la situation violente. Il s'agit en quelque sorte d'adopter une certaine neutralité bienveillante. Etre neutre, ce n'est certainement pas « ne rien dire ». Se taire au sujet de certaines choses, c'est être complice.

Reconnaître la personne victime

L'écouter et prendre sa souffrance en considération. La croire et le lui dire : ce qui importe, c'est ce qu'elle vit et ressent

Informier

- du lien entre les violences conjugales et les symptômes observés chez elle et ses proches, notamment les enfants : c'est un lien qu'elle ne fait peut-être pas spontanément
- des conséquences actuelles et potentielles sur sa santé et sur celle de ses enfants
- du processus de l'escalade de la violence et du cycle des violences physiques
- du fait qu'elle ne pourra pas changer son conjoint et que lui seul peut décider de changer
- de la confidentialité de l'entretien
- des ressources existantes (voir le chapitre spécifique à ce sujet)
- de l'interdit de la loi : les violences physiques et sexuelles sont des actes juridiquement répréhensibles

Distinguer les actes posés de la personne qui les pose et faire part de cette vision des choses

La plupart des individus ne sont pas violents de manière continue, mais ils manifestent de la violence dans tel contexte ou telle interaction particulière. L'acte peut être jugé (« *Ce que vous subissez de la part de votre compagnon est inacceptable* »), mais non la personne qui le pose. Il faut exprimer clairement sa solidarité face à cette situation inacceptable en prenant position contre les actes violents, en les dénonçant, **sans blâmer ni la personne victime, ni son conjoint.**

Parler de responsabilité

Il s'agit de responsabiliser les personnes par rapport aux actes posés. Tout adulte impliqué dans une situation de violences conjugales est responsable de ses conduites d'agression. Ainsi, la responsabilité des actes violents ne peut être attribuée à la personne qui subit ces violences même si ses comportements peuvent participer au déclenchement de ces violences. Chaque fois que l'occasion se présente, renforcer l'idée que personne ne mérite d'être agressé, que personne n'a le droit de le faire et que personne n'est responsable des actes violents de son conjoint.

Valoriser ses potentialités d'autonomie et l'aider à reprendre les commandes de sa vie

- ne pas aller plus vite qu'elle (pris par le stress et l' « urgence » de répondre, le risque est de reproduire le fonctionnement du compagnon, à savoir penser et faire à la place du patient)
- ré-énoncer les faits avec respect (les termes tels que « battu » ou « maltraité » risquent d'augmenter son sentiment de honte, de la conforter dans sa victimisation et d'entraver un processus d'affirmation de soi)
- l'inciter à faire elle-même les démarches qu'elle souhaite et la soutenir dans ses initiatives
- lui assurer qu'aucune intervention n'aura lieu sans son accord (voir chapitre consacré au cadre déontologique et juridique)

→ Eviter

- de minimiser, contester ou banaliser ses propos
- de dire qu'il faut ou qu'il suffit de partir pour en finir
- de lui recommander de rester avec son partenaire pour le bien des enfants
- de faire des pressions pour qu'elle porte plainte ou non
- d'appeler la police sans son consentement
- de prendre contact avec elle ou de lui envoyer de l'information (par exemple, par la poste) sans entente préalable sur une façon sécurisée de le faire

Clarifier son rôle

Faire part de ses compétences et disponibilités en vue d'un accompagnement ayant pour but de l'aider à réagir. Le médecin qui ne peut assumer l'entièreté ou l'un ou l'autre aspect de l'accompagnement se doit d'énoncer cette limite à ses compétences ou disponibilités, et de proposer que le relais soit pris par des personnes ou associations spécialisées. Il garde néanmoins un rôle de soutien dans les démarches à entreprendre.

→ Eviter

- de donner rendez-vous au partenaire, seul, afin de le confronter aux dires de son conjoint
- d'intervenir auprès des deux partenaires au cours de la même consultation

Veiller à ne pas rester seul, avoir derrière soi un point d'appui tenu lui aussi par le secret professionnel

Divers contacts avec des collègues spécialisés ou non sont possibles : demande d'avis, discussions en dodécagroupes, intervisions ou groupes Balint, supervisions.... Ces échanges permettent au médecin de prendre distance d'une relation thérapeutique parfois asphyxiante et de saisir les souhaits réels des patients plutôt que de les confondre avec les siens.

L'aider à formuler une demande de soutien qui soit sienne (une révélation ne signifie pas forcément une demande d'aide).

Les multiples plaintes énoncées peuvent être utilisées pour conscientiser à la nécessité d'une aide.

S'il y a formulation d'une demande de soutien en vue de modifier sa situation, **fixer clairement des objectifs avec la personne victime**. Ces objectifs changeront en fonction de l'évolution de la situation.

Si aucune demande de soutien n'est formulée et qu'au fil du temps rien ne bouge, que le patient continue à souffrir tout en ne mettant rien en place, il est utile que le médecin énonce ses limites ou son questionnement par rapport à la situation.

5.3. Evaluer la situation et sa dangerosité potentielle

5.3.1. Enjeux

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

5.3.2. Détermination des formes de violence subies et bilan de santé

A l'intersection de ces deux démarches diagnostiques, l'anamnèse cherchera tout particulièrement à apprécier l'impact des violences sur la santé physique et psychique. Situer le début des violences dans le temps et préciser le rythme d'une éventuelle aggravation de celles-ci est important. Exemples de questions à poser :

- Violence psychologique : "Vous insulte-t-il ?" "Vous menace-t-il ?" "Fait-il du chantage ?" "Vous ridiculise-t-il en public ?" "Est-qu'il vous fait souvent passer pour rien ?" ...
- Violence verbale : "Quand vous parlez ensemble, comment cela se passe-t-il ?" "Crie-t-il souvent sur vous ?" ...
- Violence économique : "Au niveau financier, comment cela se passe-t-il ?" "Vous a-t-il forcée à arrêter votre travail ou à en changer ?" ...
- Violence physique : "Que se passe-t-il quand vous vous disputez ?" "Est-ce que votre partenaire vous fait mal ?" "Comment vous fait-il mal ?" ...
- Violence sexuelle : "Vous force-t-il parfois à faire l'amour ou à avoir certaines pratiques sexuelles dont vous ne voulez pas ?" ...
- S'il y a des enfants : "Est-ce que vos enfants sont là lorsqu'il vous manque de respect ou vous fait mal ?" "Votre conjoint menace-t-il de s'en prendre à eux ?" "Les a-t-il déjà blessés ?" ...

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

Cette évaluation consiste à estimer :

- L'emprise du conjoint : "Insiste-t-il pour assister aux consultations ?" "Vous empêche-t-il de consulter un médecin ?" "Devez-vous lui cacher que vous consultez ?" "Est-il extrêmement jaloux ou possessif ?"
- L'existence de personnes-ressources : " Votre famille ou vos amis connaissent-ils votre situation ?" "Est-ce qu'ils vous aident ?" "Quand vous étiez petite, avez-vous déjà vécu des situations difficiles à la maison ? Si oui Lesquelles ? " "Y-a-t-il dans votre entourage quelqu'un de confiance à qui vous puissiez vous confier ou chez qui vous pourriez vous réfugier si nécessaire ?" "Avez-vous déjà contacté un travailleur social, la police, un avocat, un autre médecin ou une association ?" "Quelqu'un vous a-t-il conseillé de les contacter ?"
- La situation financière du patient : "Avez-vous suffisamment d'argent à votre disposition ?" "Qui est propriétaire de votre logement ?"
- D'autres situations de vulnérabilité ou de précarité : handicap, personne immigrée avec ou sans permis de séjour, problèmes de langue,...

5.3.4. Evaluation de la dangerosité potentielle de la situation

Idéalement, et pour des raisons de sécurité immédiate, cette évaluation doit être faite avant de mettre fin à l'entretien de révélation. En cas de manque de temps, un rendez-vous doit être fixé ou l'orientation vers un collègue proposée. Les questions proposées dans le cadre de l'évaluation de la sécurité (du patient et des enfants) et du risque léthal (par tentatives de suicide, suicide ou homicide) peuvent bouleverser et peuvent donc être reformulées en les adaptant au mieux à la situation afin d'éviter toute violence causée par les questions elles-mêmes.

Sécurité immédiate : "Avez-vous peur de rentrer chez vous, vous sentez-vous en danger ?" " Pensez-vous qu'il vaut mieux rentrer chez vous pour le moment ?" "Votre conjoint est-il ici, va-t-il venir vous chercher ou devez vous être rentrée pour une certaine heure afin d'éviter le recours à la violence ?" Dans ce cas, il est important d'**accélérer l'évaluation** tout en s'assurant de lui fournir les numéros de téléphone utiles. " Est-ce que vous souhaitez que je fasse quelque chose ? " Si oui : "Que souhaiteriez-vous que je fasse ?"

Risque suicidaire : "Avez-vous déjà été désespérée au point de ne plus vouloir continuer à vivre ?" "Avez-vous déjà pensé à la manière de le faire ?". Si le patient mentionne un moyen concret pour se suicider, il s'agit de voir s'il dispose de ces moyens à domicile (médicaments, armes, voiture,...).

Risque léthal : la présence de = 3 des 13 facteurs suivants indique un risque léthal élevé et nécessite une réflexion éthique éventuellement éclairée par l'avis de confrère(s) et/ou d'experts en la matière.

- Il y a des armes, notamment à feu, à la maison ; il les a déjà employées ou a menacé d'y recourir
- Il menace de la tuer et/ou de tuer les enfants et/ou de se suicider

- Il est violent, ou menace de l'être, envers les enfants, des ami(e)s ou parents, des animaux domestiques ou casse des objets appartenant à son conjoint
- La fréquence et la gravité des épisodes de violence s'intensifient au fil du temps
- Il lui a fait subir des violences sexuelles
- Il a fait acte de violence pendant la grossesse
- La personne victime déclare avoir peur pour sa vie
- Elle a déjà signalé des lésions graves et/ou très graves
- Elle projette de quitter son partenaire ou de divorcer dans un avenir proche
- Les épisodes de violence se produisent également en dehors du domicile
- Il abuse de drogues, notamment d'alcool, de cocaïne ou d'amphétamines
- Il a su que son conjoint avait cherché une aide extérieure
- Il dit qu'il ne peut pas vivre sans elle et affirme qu'il la suivra et la harcèlera même après la séparation

Sécurité des enfants "Les enfants assistent-ils aux scènes ?" "Ont-ils déjà été blessés ?" "Votre partenaire menace-t-il de les blesser, tuer ou kidnapper ?" "Les frappe-t-il ?" "Que ferez-vous des enfants si vous partez ?" "Avez-vous un endroit pour les placer en attendant que la situation se stabilise ?"

5.4. Propositions d'intervention

5.4.1. Généralités

Dans tous les cas :

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

Si la personne victime ne se sent pas en danger, alors que l'évaluation fait percevoir le contraire, il faut aussi lui faire part de l'évaluation et des inquiétudes qu'elle suscite et lui rappeler qu'il est de sa responsabilité de se protéger et de protéger ses enfants. Le renvoi de ce type de propos favorisera également une prise de conscience de ce qu'elle vit.

Si elle a peur pour sa sécurité, il ne faut jamais sous-évaluer son impression : elle connaît son conjoint mieux que quiconque et sait de quoi il est capable.

Si elle est dans une situation à haut risque et projette de quitter son partenaire, il est important de reconnaître combien cette décision est difficile pour elle. Lui conseiller de partir

avec les enfants sans le dire à son partenaire et de contacter un avocat, si possible avant de quitter le domicile conjugal.

Si elle n'est pas en danger physique mais qu'elle est "à bout", l'évaluation des idées suicidaires est particulièrement importante.

5.4.2. Etablir un scénario de protection

Un scénario de protection est un plan que la personne victime élabore afin de se préparer à faire face à une situation de violences physiques qu'elle appréhende. Il doit être conçu comme un réel outil d'intervention et non comme une roue de secours à la soi-disant incapacité de la personne victime de quitter son domicile. L'efficacité de ce scénario tient à ce que la situation dangereuse a été anticipée et que différentes possibilités ont déjà été envisagées.

Ce scénario se construit en collaboration avec la personne afin de coller au mieux à la réalité. En effet, elle est la mieux placée pour le penser en fonction de sa situation, de ses priorités, de ses potentialités physiques et psychiques, de ses choix et des stratégies de protection qu'elle a déjà mise en place. Pour elle, sa conception participe à la prise de conscience de son vécu quotidien.

Malmenés quant à leur confiance en eux, ces patients sont très sensibles au fait que quelqu'un, en l'occurrence ici le médecin, ait confiance en eux et en leurs possibilités de faire évoluer la situation dans une direction qui leur convient. Le fait que le médecin leur fasse part de sa conviction quant à leurs capacités à acquérir mieux-être et autonomie est également porteur pour eux.

Eléments pour construire le scénario de protection :

- L'inviter à identifier les facteurs déclenchant les violences et les conduites à mettre en place à ce moment (prendre certaines précautions, s'enfuir lorsque l'éclatement est imminent,...)
- L'inviter à réfléchir aux « portes de sortie » possibles (ex : pouvoir physiquement s'échapper en cas de violences physiques en réaménageant les pièces)
- Prendre note des numéros de téléphone importants (police, taxi,...), les placer dans un endroit facile à trouver en cas de besoin ou, mieux, les apprendre par cœur
- Identifier les personnes de confiance en cas d'urgence
- Informer et obtenir la collaboration des enfants sur les mesures à prendre lors d'incidents violents (sortir de la pièce ou de la maison, se réfugier chez le voisin (nommer précisément à l'enfant chez qui il doit aller), appeler la police,...)
- Préparer un **sac de départ**, déposé chez une personne de confiance ou caché dans un endroit facilement accessible. Son contenu :
 - documents photocopiables (copies certifiées conformes par la commune, et permettant de remettre les originaux en place afin de n'éveiller aucun soupçon) : actes de naissance, acte de mariage, papiers de voiture, bail, actes hypothécaires, polices d'assurance, reçus des biens achetés, acte de divorce, documents sur la garde des enfants, ordonnance de non-communication, déclaration de contribution du partenaire,...

- originaux des documents personnels ou concernant les enfants : carte SIS, carnet de santé, carnet de vaccination, pièce d'identité, passeport, permis de séjour, permis de conduire, diplômes scolaires...
- médicaments et ordonnances médicales
- numéros de téléphone et adresses utiles de membres de la famille, d'ami(e)s, d'organismes,...
- vêtements et effets personnels
- matériel scolaire des enfants, jouets significatifs pour chacun des enfants
- double du jeu de clés de la maison et de la voiture
- carnet de chèques, carte de crédit, argent liquide (par exemple pour payer le taxi), cartes bancaires, preuves de revenu pour rapport d'impôt

Certains de ces documents devant impérativement être emmenés tels quels (et non sous forme de copies), leur liste devra être mémorisée afin de ne pas les oublier dans l'urgence du départ.

5.4.2. Constater dans le dossier médical et rédiger le certificat⁴

Enjeux

- De la qualité de ces documents dépend bien souvent **l'établissement de la preuve** des allégations d'une personne victime, et dès lors **l'issue de l'instruction de l'affaire**, à savoir notamment le non-lieu, le recours à la médiation pénale ou le renvoi vers une juridiction de jugement. Il y a chez les médecins généralistes des lacunes en la matière liées à un manque d'information : certificats trop vagues, incomplets, identifiant l'auteur de violence,.... Il arrive aussi que le médecin «freine le certificat » et/ou dissuade le patient de porter plainte. Même si cette initiative part d'une bonne intention, le médecin estimant que ce n'est pas la meilleure façon de rétablir un climat familial serein et paisible voire que cela risque d'envenimer les choses, il ne s'agit pas là d'une attitude adéquate.
- Les dires sont susceptibles de varier sous influences diverses au fil du temps et les traces objectives peuvent n'être que transitoires. Le dossier médical peut alors servir de **mémoire**, tant pour le médecin que pour le patient. Ainsi, lors d'une consultation ultérieure, les informations qu'il contient pourront être renvoyées au patient dans le but de l'aider à prendre conscience de la nature du processus des violences (processus de longue durée, escalade, cyclicité,...). Ce faisant, le médecin lui aussi entendra les nouveaux propos à la lumière des précédents. Le médecin peut également y puiser les informations nécessaires à la rédaction d'un certificat a posteriori.
- Des **enjeux légaux** existent aussi pour le médecin : tenir un dossier et rédiger un certificat sont des actes médicaux qui lui sont professionnellement impartis.

Le constat dans le dossier médical et la rédaction du certificat sont deux choses à bien différencier : elles ne sont pas interchangeables ni quant à leur contenu, ni quant à leur forme.

⁴ Par relectures successives, ce texte a fait l'objet d'un consensus entre les différents experts contactés dans le cadre de ce projet.

Le dossier médical

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

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

Il est recommandé au médecin de mentionner ses propres initiatives (consultation d'un confrère pour avis, conseils donnés aux patients) et l'éventuelle absence de réaction du patient pour faire évoluer la situation vers un mieux-être : *«Je constate que..., depuis des semaines je lui conseille de..., et Mr Mme refuse de... »*.

Quant aux doutes et hypothèses, chaque médecin décidera de les noter :

- dans le dossier consultable par le patient,
- ou sous forme d'annotations personnelles, non-consultables par le patient lui-même, mais bien par un autre praticien assistant le patient ou désigné par lui afin de consulter son dossier.

Le certificat médical

La demande d'un certificat médical n'est pas forcément formulée lors de la consultation de révélation ou à l'occasion de la demande de soins et sa rédaction ne doit pas obligatoirement être concomitante à celle des constatations inscrites au dossier médical.

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

Le contenu du certificat sera l'un des éléments qui conditionneront l'opportunité des poursuites et, plus tard, l'importance des peines éventuelles.

Le certificat doit obligatoirement comporter les données suivantes :

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

Le certificat ne peut pas comporter les éléments suivants :

- mention d'un lien de causalité entre les violences et les lésions (c'est le rôle de l'expertise et de l'instruction)
- mention de l'identité de l'auteur des violences même si elle est précisée par la personne victime
- mention des responsabilités de quiconque dans le mécanisme lésionnel

Il est possible (et vivement recommandé en matière de violences sexuelles) d'orienter le patient vers un confrère ayant une expertise en la matière et de consigner le certificat de ce dernier dans le dossier médical. Cependant, même si ce confrère maîtrise les procédures, le véritable médecin « expert » sera celui que le juge désignera car seules les constatations de ce dernier auront une valeur objective et, le cas échéant, contradictoire.

6. L'accompagnement d'un auteur de violences : particularités

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

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

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

Exemples de questions de dépistage :

- « *A votre avis, qu'est-ce qui cause vos insomnies ?* »
- « *Pour vous, quelles sont les raisons du départ de votre conjoint ?* »
- « *Y-a-t-il des tensions à la maison ?* » Si oui « *Lesquelles ?* »

Exemples de questions d'évaluation des violences

- « *Lorsqu'il y a des conflits de couple, pourriez-vous me décrire comment ça se passe ?* »
- « *Est-ce que ça arrive souvent ?* »
- « *Remarquez-vous une augmentation de la fréquence et de l'intensité ?* »
- « *Vous arrive-t-il de... (envisager les divers types de violence)* »
- « *Avez-vous subi de la violence ou été témoin de violence dans votre enfance ?* »
- « *Quels sont les moyens que vous avez déjà mis en oeuvre pour éviter les violences ? Comment cela s'est-il passé suite à ces tentatives ?* »

Une fois les violences nommées, il peut invoquer des éléments justificatifs, comme

- une perte de contrôle
- des problèmes d'alcool ou d'autres drogues
- des problèmes au travail, une perte d'emploi, le chômage
- des antécédents d'enfance malheureuse, de parents violents
- une souffrance telle un deuil, une dépression, un manque d'estime de soi,...

Ces justifications témoignent d'une souffrance dont il n'a pas nécessairement conscience, c'est le moment de tendre les perches et de proposer une orientation vers des ressources spécialisées en cette problématique. S'il existe d'autres problèmes tels, par exemple, un abus de drogues licites ou illicites, il faut parallèlement l'informer des autres ressources spécialisées.

Messages importants à dire et/ou à faire passer: (voir également les « pré-requis à l'accompagnement »)

- ces comportements témoignent d'une souffrance dont il n'a pas nécessairement conscience
- faire preuve d'empathie par rapport à sa souffrance

- il doit cesser d'utiliser toute forme de violence et lui seul peut **choisir** d'arrêter. A ce sujet, il est important que le médecin assimile bien cette notion de choix afin que le patient l'intègre à son tour. En effet, si ce dernier a l'impression que les actes se font inéluctablement malgré lui, il ne pourra jamais rien mettre en place pour que cette violence cesse
- lui présenter les ressources extérieures (en particulier les possibilités de soutien psychologique et/ou psychothérapeutique) comme une aide à la fois par rapport à sa souffrance et par rapport à une autre gestion de sa relation de couple
- chaque personne a son histoire, mais quel qu'en soit le degré, la souffrance ne justifie pas le recours au comportement violent
- les comportements de violence sont inacceptables
- ces comportements ont de graves conséquences sur sa partenaire et ses enfants
- il est seul responsable de ses comportements

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

7. L'accompagnement des enfants témoins ou victimes de violences conjugales : particularités

La situation classique en médecine générale est celle où les enfants sont accompagnés d'un parent. La consultation de médecine scolaire ne fait pas l'objet de ce chapitre.

L'enfant confronté aux violences conjugales peut exprimer divers types de comportements. Dans la littérature³⁸, une évolution classique est décrite : au départ « simple » spectateur, l'enfant s'aligne ensuite auprès d'un parent pour y développer ultérieurement une réelle coalition contre l'autre parent. Finalement, incompris, il exprimera de l'agressivité envers toute personne extérieure.

Le conflit de couple :

L'enfant est encore simple spectateur du conflit. Il ressent quand même un malaise qu'il exprime au travers de réactions d'angoisse et d'irritabilité sporadiques.

L'alignement de l'enfant :

Quand le conflit perdure, l'enfant est poussé à se ranger aux côtés d'un des parents. Afin de se préserver lui-même de la douleur et poussé par des sentiments d'empathie, il exprime le plus souvent une alliance avec le parent qu'il considère comme faible et victime du partenaire. Ce parent fait bon accueil aux tentatives de l'enfant de se rapprocher de lui pour soulager sa souffrance. Sans s'en rendre compte, il encourage une inversion des rôles (enfant parentifié, parent infantilisé) ; il cherche appui et réconfort auprès de l'enfant et attend de lui un rapport de complicité.

La coalition active de l'enfant :

L'enfant prend désormais parti pour l'un et a un comportement hostile envers l'autre. A l'occasion des conflits, il prend la défense du premier et s'oppose au second. Il exprime ouvertement ses propres sentiments de peur, de rage, de rancœur et d'hostilité. S'y ajoutent des comportements de rébellion (refus de manger, de se lever le matin, de se laver, d'éteindre la télé, de faire ses devoirs,...). De telles oppositions sont essentiellement dirigées vers un seul parent : l'enfant se rebelle avec l'intention de punir le « coupable » et d'obtenir la reconnaissance de celui ou celle qu'il pense défendre.

Hors de la sphère familiale, on note chez l'enfant une accentuation progressive de l'irritabilité, de l'anxiété et de la distraction ; la rage et l'agressivité sont quasi-absentes

L'instrumentalisation des réponses de l'enfant

Habituellement, les parents ne sont pas en état d'interpréter les réponses émotionnelles et comportementales de l'enfant comme des signaux directement reliés à la situation qui prévaut dans le couple. Ils perçoivent la rage et l'agressivité comme des signes de « méchanceté » et de désobéissance, qui sont punis de façon drastique. Le comportement de l'enfant est cette fois connoté négativement par le parent le plus proche de lui affectivement. Les tensions sont déviées vers des problèmes éducatifs.

A ce stade, l'enfant se sent trahi et il a la frustrante sensation d'être un simple instrument de lutte entre ses parents, si bien qu'il finit pas les détester tous les deux. Ses réactions de rage et d'agressivité s'expriment alors indistinctement contre les deux parents, et se manifestent aussi à l'extérieur de la famille.

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

Les questions de **dépistage** peuvent être posées au parent accompagnant. A ce sujet, il est utile de s'inspirer du chapitre précédemment consacré au dépistage (« Diagnostic et dépistage précoce » : « Règles à respecter » et « Signes et symptômes présentés par l'enfant »). Les questions seront formulées de façon à protéger l'enfant d'une violence causée par les questions elles-mêmes. Parallèlement, il s'agit de créer un climat de confiance et de sécurité pour l'enfant et de l'inviter à parler de ce qui ne va pas bien pour lui.

Si une **révélation** de violence émane, il faut poursuivre l'accompagnement de l'enfant et proposer l'aide adéquate au parent présent.

Il est conseillé d'orienter l'enfant vers un spécialiste en la matière. Néanmoins, en dialogue avec l'enfant, la situation peut être **évaluée** et certaines réflexions initiées :

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

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

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

8. Être le médecin traitant des deux partenaires

Etonnamment, alors qu'il s'agit de la situation la plus courante en médecine générale, il y a peu d'informations pertinentes à ce sujet. Voici néanmoins quelques points de repère.

Diagnostic

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

Accueillir une révélation de violences

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

Evaluation

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

Etablir un scénario de protection

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

Constater dans le dossier médical

- Il ne faut pas indiquer dans le dossier médical du partenaire auteur des violences la possibilité ou la confirmation des violences suite à l'évaluation auprès de la personne victime. (cfr Loi quant aux droits du patient à propos de la consultation du dossier médical et de la demande de copie de celui-ci ci : « ... *et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation* »).
- De même, l'information obtenue par le partenaire auteur des violences ne doit pas être inscrite dans le dossier médical de la personne victime. (cfr Loi énoncée ci-dessus)

9. Suivi et travail en réseau interdisciplinaire

9.1. Enjeux

- Offrir une aide adéquate : ces patients nécessitent ou demandent un accompagnement médical, social, psychologique et/ou juridique pour lequel le travail en réseau prend tout son sens.
- Clarifier la spécificité du rôle médical. Ainsi, le médecin peut rappeler que les violences physiques et sexuelles sont légalement réprimées, mais il n'est ni policier, ni juge, ni avocat et se doit de le préciser. Il a certes un rôle social, mais il ne doit pas complètement assister ses patients. Il a une place privilégiée pour recueillir les émotions individuelles et observer la dynamique de couple, mais il n'est ni psychologue, psychothérapeute ou psychiatre, ni médiateur conjugal.
- Prendre une juste distance afin de ne pas participer à l'enkystement de la situation conjugale.
- Déléguer des tâches dont le ressort n'est pas de la médecine générale afin de mieux respirer et de se concentrer sur les tâches qui incombent réellement et uniquement au généraliste.

Le travail en réseau implique de passer la main tout en maintenant la relation. Il est primordial que le médecin reste l'intervenant-pivot, pilier de triangulation entre les divers professionnels et qu'il veille à ce que le chemin proposé ailleurs soit réellement investi. Pour le patient, le couple ou la famille, le généraliste peut représenter celui qui continue à maintenir une stabilité dans les bouleversements.

Divers services, spécifiques ou non aux violences conjugales, doivent être présentés. Une connaissance minimale de ces ressources est requise afin d'orienter au mieux, en adéquation avec la situation vécue, de répondre aux questions des patients quant à la teneur de l'aide proposée et de clarifier le rôle de l'intervenant-relais.

9.2. Communication d'informations³⁹

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

9.3. Prise en charge psychologique

L'accompagnement psychologique d'une personne victime est souvent très aidant et représente la plupart du temps un complément intéressant aux prescriptions médicamenteuses et aux autres interventions concrètes. Il gagne à être proposé avec une vision systémique de la situation difficile, pour aider le patient qui le souhaite à prendre position au quotidien et à faire évoluer la situation vers un mieux-être.

Elle a pour objectifs de permettre à la personne victime d'évoquer progressivement sa relation traumatique avec son partenaire, de se dégager de son sentiment de culpabilité, et de mettre en valeur ses propres ressources afin de transformer sa situation. Dans certains cas, les problèmes d'addiction à l'alcool ou à d'autres substances sont si importants qu'ils devront être traités en premier lieu⁴⁰.

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

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

9.4. Aide juridique

Le recours à une aide juridique est essentiel à deux moments-clés :

- avant de porter plainte : les atteintes à l'intégrité physique sont réprimées par le code pénal. L'avis d'un avocat ou d'un juriste d'un service spécialisé est à ce niveau intéressant. La personne victime peut obtenir des renseignements sur les tenants et aboutissants de la procédure judiciaire ainsi que sur l'attitude de la police et de la justice à l'égard de la problématique des violences conjugales.
- avant de quitter le domicile conjugal : l'avocat ou le juriste d'un service spécialisé peut conseiller la personne victime sur la procédure à suivre, tenant compte de sa situation spécifique. Des informations sur les mesures à l'égard des enfants, sur la pension alimentaire et sur la détermination des résidences séparées peuvent aussi lui être communiquées.

10. Cadre déontologique et juridique⁵

Le droit pénal rappelle expressément l'interdiction des violences au sein du couple⁶. Cela, hormis la loi du 28 janvier 2003 sur les victimes d'acte de violence conjugale, il n'y a pas véritablement de législation spécifique qui organise la protection des partenaires d'un couple comme tels.

Sans doute quelques informations et réflexions permettront-elles de sous-tendre les attitudes adéquates en cas de difficultés.

Aucune recette miracle, au demeurant, n'existe; tout est affaire d'information, de formation, de sensibilité, d'éthique,... de responsabilité bien comprise.

10.1. Considérations générales

En cas de découverte ou de suspicion de maltraitance⁷, le comportement à adopter peut s'articuler autour de trois grands axes :

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

10.1.1. Les références normatives

La connaissance par le médecin des normes légales et déontologiques qui gouvernent l'exercice de sa profession, relève pour lui du devoir professionnel et rien ne peut donc lui permettre de les ignorer et de n'en pas connaître la portée.

Citons:

L'article 458 du Code Pénal concernant le secret professionnel :

Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent à cinq cents euros.

Est particulièrement intéressant aussi l'**article 458bis du code pénal** qui traite de maltraitance à l'égard des mineurs et personnes vulnérables.

⁵ Ce texte a été rédigé par F-J Warlet, juge de paix et a fait l'objet, par relectures successives, d'un consensus entre les différents experts contactés dans le cadre du projet à l'exception des passages mentionnés entre guillemets ("...").

⁶ Loi du 24 novembre 1997 visant à combattre la violence dans le couple, **M.B.** 6 février 1998, p.3353. La notion de couple est entendue au sens large. Il s'agit de l'époux ou de la personne avec laquelle on cohabite ou a cohabité et entretient ou a entretenu un relation affective et sexuelle durable.

⁷ Ce terme général recouvre ses différents aspects, quelquefois cumulés : physiques, psychologiques, financiers,...

Certaines dispositions du **Code de Déontologie médicale**⁴¹ concernant le secret professionnel :

Art. 55 Le secret professionnel auquel le médecin est tenu est d'ordre public. Il s'impose dans quelque circonstance que ce soit aux praticiens consultés par un patient ou amenés à lui donner des soins ou des avis.

Art. 56 Le secret professionnel du médecin comprend aussi bien ce que le patient lui a dit ou confié que tout ce que le médecin pourra connaître ou découvrir à la suite d'examens ou d'investigations auxquels il procède ou fait procéder.

Art. 57 Le secret professionnel s'étend à tout ce que le médecin a vu, connu, appris, constaté, découvert ou surpris dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Et encore, notamment à l'égard des mineurs :

Art. 61 (modifié le 16.11.2002) Lorsqu'un médecin soupçonne qu'un patient incapable de se défendre en raison d'une maladie, d'un handicap, ou de son âge, est maltraité, exploité ou subit des effets graves d'une négligence, il parlera de ses constatations avec le patient si les capacités de discernement de celui-ci le permettent. Le médecin incitera le patient à prendre lui-même les initiatives nécessaires, notamment à informer ses proches parents.

Si cette discussion avec le patient s'avère impossible, le médecin traitant peut se concerter avec un confrère compétent en la matière à propos du diagnostic et de la suite à apporter à la situation.

Si le patient est en danger grave et s'il n'y a pas d'autre moyen pour le protéger, le médecin peut avertir le procureur du Roi de ses constatations.

Le médecin informera les proches du patient de ses constatations et des initiatives qu'il compte prendre pour le protéger, si cela ne nuit pas aux intérêts du patient.

L'article 422bis du Code Pénal concernant la non-assistance à personne en danger :

Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de 50 à 500 euros ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques.

Et le **Code de Déontologie médicale** toujours:

Art. 31 Librement choisi par le patient ou imposé à celui-ci en vertu d'une loi, d'un règlement administratif ou des circonstances, le médecin agit toujours avec correction et compréhension; il s'abstient, sauf circonstances thérapeutiques formelles, de toute intrusion dans les affaires de familles...

Enfin, la **loi du 22.08.2002** relative aux droits du patient, en son entier, mais dont on retiendra notamment, avec les incidences que cela peut avoir en cas de maltraitance :

Art. 7 §2 ... A la demande écrite du patient, les informations peuvent être communiquées à la personne de confiance⁸ qu'il a désignée...

⁸ Dont la loi ne donne pas autrement la définition...

Art. 14 §1 Les droits ... d'un patient majeur ... sont exercés par la personne que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même.

"Art. 15 §2 Dans l'intérêt du patient, et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel ... déroge à la décision prise par la personne [désignée]..."

10.1.2. L'information reçue et recueillie

"Le médecin doit satisfaire à une obligation de moyens". Donc, outre l'information scientifique propre à sa pratique de l'art de guérir, il convient qu'il soit non seulement à l'écoute, mais à la quête de l'information théorique et pratique qui lui permettra d'appréhender correctement les difficultés auxquelles il peut être confronté à tout moment dans le domaine spécifique de la maltraitance.

Au-delà de la connaissance, par hypothèse, acquise et maîtrisée des références normatives qui jalonnent l'exercice de sa profession, il doit s'imposer au médecin généraliste d'être en mesure d'orienter ses patients vers les services appropriés.

10.1.3. La référence aux valeurs sociétales et le secret professionnel

Le contenu même des normes, et surtout la combinaison des unes avec les autres, renferme un certain nombre de difficultés pratiques, sinon parfois des contradictions, au moment de leur mise en œuvre.

Ainsi, peut se poser la question de la prééminence de l'obligation au respect du secret professionnel par rapport à un danger grave et imminent. Comment définir celui-ci ?... D'autant que tout est question de point de vue, parfois de vécu personnel. Ce qui est important pour l'un peut paraître dérisoire pour un autre.

Assurément, le médecin généraliste ne peut faire l'économie de la réflexion sur ce que sont (et non pas sans doute -ce que devraient être) les valeurs d'une société, ou de la société dans laquelle évolue le patient⁹.

La jurisprudence d'ailleurs tend à consacrer le principe que sont exclus du secret professionnel, tous les cas où la révélation du secret reçu peut éviter la survenance imminente d'un mal important et irréparable. Autrement dit, la divulgation n'est admise que si une valeur ou un droit supérieur était lui-même violé, si cette révélation n'était point faite. Ainsi, « lorsque la sécurité publique est en jeu et qu'il y a danger imminent de mort ou de blessures graves », l'obligation du secret professionnel doit être écartée.

Cela étant, ce type de divulgation est à envisager au cas par cas. En effet, c'est le juge de fond qui, *in fine*, évaluera si le médecin a eu raison de lever le secret professionnel. De cette évaluation découlera ou non l'opportunité de poursuivre le médecin pour non-respect du secret professionnel. Il est évident dès lors que la plus grande prudence doit s'imposer.

« La dénonciation ne pourrait se faire que dans les limites du strict nécessaire, de l'utilité et de la proportionnalité entre l'intérêt à sauvegarder et la violation du secret. Il est important de rappeler ici que dans toute situation où le médecin a des incertitudes, il peut toujours

⁹ Le juge a pour mission de vérifier si, compte tenu des éléments de la cause, le refus de révéler un secret se justifie au regard de la nécessité sociale sur laquelle se fonde le principe (v. Cass. 29.10.91, Pas.1992, I, 162); v. aussi: Cass. 19.01.01, JT 2002, 9.

demander l'avis du Président de l'Ordre ou d'autres confrères sans toutefois mentionner l'identité de son patient.

Enfin, en cas de demandes ou d'interpellations de la part des autorités judiciaires, il importe de ne répondre qu'à un juge d'instruction (ou Procureur du Roi si urgence ou flagrant délit), un juge civil ou un juge pénal en conscience (ne jamais répondre à des officiers de police). Il convient également d'être particulièrement prudent, dans le cadre de ces «témoignages en justice », au regard de l'intérêt du patient. (cf avis du Conseil national du 16 mars 1991) »⁴².

10.2. Question spéciale : le secret partagé

Très souvent, et particulièrement en milieu institutionnel, une bonne et cohérente conception des soins ne peut se concevoir qu'au travers d'un travail en équipe; et cette équipe peut prendre des configurations très diverses. Exception admise au secret professionnel, certaines informations confidentielles détenues jusque là par chaque membre de l'équipe pourront, dans l'intérêt du patient, y être communiquées aux autres.

Cette communication a toutefois des limites qui sont clairement définies par ce qui est strictement indispensable, voire utile, de révéler. Aller au-delà, c'est causer préjudice au patient. Il est bon d'ailleurs de se référer notamment à cet égard aux dispositions des articles 61 du Code de déontologie, 14 et 15 de la loi du 22/08/02 relative aux droits du patient.

Exercice difficile, certes, mais admis précisément parce qu'il est pratiqué par des professionnels, dont la "formation – continue -" doit les mettre à l'abri des abus.

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

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

11. Tableau des ressources

Le premier volet du tableau présente les services **en fonction de l'aide** qu'ils proposent en matière de violences conjugales.

Il s'agit de :

- Soins médicaux
- Aide psycho-sociale
- Aide juridique
- Hébergement
- Dépôt de plainte
- Ecoute téléphonique

Le second volet reprend **par ordre alphabétique** les services en mentionnant les données suivantes :

- Une définition détaillée du service
- Le type d'aide proposée (cf premier volet du tableau des ressources)
- Le public-cible
- L'offre de services
- Les horaires d'ouverture
- Les modalités financières
- Le numéro de téléphone

Pour certains services, les numéros de téléphone sont mentionnés. Pour d'autres, un espace est laissé afin que le médecin puisse indiquer le numéro de téléphone correspondant à sa commune ou sa région. Ces derniers sont répertoriés par province et commune au sein d'un document intitulé « Femmes et enfants victimes de violences », disponible sur demande auprès de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (02/233 40 25 ou 02/233 40 34) ou consultable sur le site www.meta.fgov.be

Avant d'orienter le patient vers un des services proposés ci-dessous, il est vivement conseillé de le contacter afin d'apprécier l'aide spécialisée qu'il peut apporter ou non en regard de la problématique des violences. Ce même service pourra, si besoin, réorienter vers d'autres intervenants plus spécialisés.

Premier volet : Présentation des services par type d'aide

Soins médicaux

- Les Centres Hospitaliers46
- Les Services de Santé Mentale53

Aide psycho-sociale Consultation – Soutien – Guidance

- Les Services d'Aide Sociale aux Justiciables51
- Les Maisons d'accueil et d'hébergement spécialisées dans la problématique des violences 47-49
- Les Services de Prévention développés au niveau communal.....52
- Les Centres de Planning Familial et de consultation familiale et conjugale.....47
- Les Services de prises en charge des auteurs de violences conjugales.....52

Aide juridique Conseil-Consultation

- Les Services d'Aide Sociale aux Justiciables51
- Les Maisons de Justice – Accueil social de première ligne50
- Les Maisons d'accueil et d'hébergement spécialisées dans la problématique des violences47-49
- L'Institut Médico-Légal (uniquement à l'usage des professionnels).....47

Hébergement

- Les Maisons d'hébergement et d'accueil spécialisées dans la problématique des violences47-49
- Les Centres d'accueil et d'hébergement pour adultes49
- Les Services d'Urgence Sociale 53

Dépôt de plainte Information – Dépôt – Suivi

- Les Bureaux d'Assistance aux Victimes au sein de la Police Fédérale et Locale46
- Les Services d'Accueil aux Victimes auprès des Parquets50

Ecoute téléphonique anonyme

- Le Télé-Accueil54
- Les Maisons d'hébergement et d'accueil spécialisées dans la problématique des violences47-49

CENTRES DE PLANNING FAMILIAL ET DE CONSULTATION FAMILIALE ET CONJUGALE

Ils réunissent différents professionnels de la santé : psychologues, médecins, gynécologues, sexologues, juristes, assistant sociaux. Ils proposent un accueil, une écoute, une information, une aide à la prévention ainsi qu'un accompagnement dans le cadre de la vie relationnelle affective et sexuelle.

Type d'aide	Aide psycho-sociale Soins médicaux Aide juridique
Public cible	Femmes Hommes
Offre	Consultation-entretien
Horaires	Sans rendez-vous Ouvert généralement de 9H00 à 17H00
Modalité financière	Prix variable selon le type de consultation Dans certains cas, gratuité de la consultation sociale Négociation possible en fonction de la situation économique des personnes
Numéro de téléphone	(Voir introduction de ce chapitre "Tableau des ressources")

L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL

L'institut médico-légal n'intervient qu'à la demande de magistrats pour qualifier les responsabilités en matière pénale : examen clinique des victimes de maltraitance physique et sexuelle, autopsie,... Les médecins légistes peuvent apporter conseils aux professionnels de la santé en cas de problème de diagnostic et de déontologie.

Type d'aide	Aide juridique
Public cible	Professionnels de la santé
Offre	Appui aux professionnels de la santé en cas de problème de diagnostic et de déontologie
Horaires	24 heures sur 24, 7 jours sur 7
Modalité financière	Gratuit
Numéro de téléphone	04/341 69 81 - 04/343 01 30 (nuit et week-end)

MAISONS D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT SPECIALISEES DANS LA PROBLEMATIQUE DES VIOLENCES

Ces maisons spécialisées offrent différents services à toute personne vivant une situation de violences conjugales et familiales. Il peut s'agir d'un accueil, d'une information, de consultations individuelles, de couple ou de famille, de groupes de parole, d'un hébergement en situation de crise avec adresse confidentielle, d'une écoute téléphonique 24h/24,... L'équipe de ces maisons est composée d'intervenants psycho-sociaux.

CENTRE DE PRÉVENTION DES VIOLENCES CONJUGALES ET FAMILIALES Rue Blanche, 29 – 1060 BRUXELLES	
Type d'aide	Aide psycho-sociale Ecoute téléphonique
Public cible	Femmes Enfants accompagnés
Offre	Consultation-entretien Hébergement
Horaires	Du lundi au vendredi de 9H30 à 17H00 Permanences téléphoniques de 8H30 à 19H00
Modalité financière	Hébergement : prix variable selon les revenus ou 8 euros 68 par personne Consultation psychologique : gratuité de la première puis prix variable selon les revenus Consultation sociale : gratuité
Numéro de téléphone	02/539 27 44

KONTAKTSTÄTTE FÜR FRAUEN Neustrasse, 53 – 4700 EUPEN	
Type d'aide	Aide psycho-sociale Aide juridique
Public cible	Femmes Enfants accompagnés
Offre	Consultation-entretien Hébergement
Horaires	Le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9H00 à 12H00 (bureau de consultation) Du lundi au vendredi de 8H00 à 18H00, le samedi de 15H00 à 18H00 (refuge)
Modalité financière	<i>Hébergement : prix de la journée adulte : 11,20 euros</i> <i>Prix de la journée enfant : 5 euros</i> <i>Les consultations : pour personne avec revenus : 6</i> <i>euros, pour personne sans revenu : 2,50 euros</i>
Numéro de téléphone	087/74 42 41

ASBL « SOLIDARITÉ FEMMES ET REFUGE POUR FEMMES BATTUES » Rue De Bouvy, 9 – 7100 LA LOUVIÈRE	
Type d'aide	Aide psycho-sociale Aide juridique Ecoute téléphonique
Public cible	Femmes Enfants accompagnés
Offre	Consultation-entretien Hébergement
Horaires	24 heures sur 24, 7 jours sur 7
Modalité financière	Hébergement : 2/3 des ressources de la personne Consultation : gratuité
Numéro de téléphone	064/21 33 03

ASBL COLLECTIF CONTRE LES VIOLENCES FAMILIALES ET L'EXCLUSION – REFUGE POUR FEMMES BATTUES ET LEURS ENFANTS Rue Sœurs de Hasque, 9 – 4000 LIEGE	
Type d'aide	Aide psycho-sociale Aide juridique Ecoute téléphonique
Public cible	Femmes Enfants accompagnés
Offre	Consultation-entretien Hébergement
Horaires	Possibilité d'appel jour et nuit, permanence ouverte les mardis et jeudis de 10H00 à 17H00 (14H00 pendant les congés) ainsi que le mercredi et vendredi sur rendez-vous
Modalité financière	Hébergement : prix par nuit pour une personne isolée, 7,50 euros ; pour un adulte et un enfant, 10 euros ; pour un adulte et au moins deux enfants, 12,50 euros Consultation : gratuité
Numéro de téléphone	04/223 45 67

CENTRE D'ACCUEIL POUR FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES Rue du Chambge, 28 – 7500 TOURNAI	
Type d'aide	Aide psycho-sociale
Public cible	Femmes Enfants accompagnés
Offre	Consultation-entretien Hébergement
Horaires	Du lundi au vendredi de 8H00 à 22H00
Modalité financière	Hébergement : 1/3 ressources de la personne
Numéro de téléphone	069/22 10 24

CENTRES D'ACCUEIL ET D'HEBERGEMENT POUR ADULTES

Ces centres s'adressent à un public diversifié dont les femmes en difficulté, accompagnées ou non de leur(s) enfant(s). Ils proposent un accueil, une guidance et un hébergement temporaire.

Type d'aide	Aide psycho-sociale
Public cible	Femmes Hommes
Offre	Hébergement Consultation-entretien
Horaires	Sans rendez-vous Ouvert généralement de 9H00 à 17H00
Modalité financière	Prix par journée
Numéro de téléphone	(Voir introduction de ce chapitre "Tableau des ressources")

MAISONS DE JUSTICE - ACCUEIL SOCIAL DE PREMIERE LIGNE

Composé d'assistants sociaux, ce service propose à toute personne victime une écoute, une information et une orientation vers les instances juridiques et judiciaires compétentes.

Type d'aide	Aide juridique
Public cible	Femmes Hommes
Offre	Consultation-entretien
Horaires	Sur rendez-vous Ouvert généralement de 8H00 à 17H00
Modalité financière	Gratuit
Numéro de téléphone	Par arrondissement judiciaire : ARLON 063/42 02 80 BRUXELLES 02/535 92 21 CHARELROI 071/23 04 20 DINANT 082/21 38 00 EUPEN 087/59 46 00 HUY 085/71 04 60 LIEGE 04/232 41 11 MARCHE 084/31 00 41 MONS 065/ 39 50 20 NAMUR 081/24 09 10 NEUFCHATEAU 061/27 51 70 NIVELLES 067/88 27 60 TOURNAI 069/25 31 10 VERVIERS 087/32 44 50

MAISONS DE JUSTICE - SERVICES D'ACCUEIL AUX VICTIMES AUPRES DES PARQUETS

Ces services proposent un accueil et une information aux personnes victimes d'infractions pénales et à leur entourage : dépôt de plainte, évolution des dossiers...

Ils portent assistance et soutien dans des cas particuliers à différents stades de la procédure pénale et orientent les personnes victimes en fonction de leurs besoins vers les personnes ou services ad-hoc.

Type d'aide	Dépôt de plainte - suivi
Public cible	Femmes Enfants accompagnés Hommes
Offre	Consultation-entretien
Horaires	Sur rendez-vous Ouvert généralement de 8H30 à 17H00
Modalité financière	Gratuit
Numéro de téléphone	Par arrondissement judiciaire : ARLON 063/21 44 55 BRUXELLES 02 /508 74 05 CHARELROI 071/23 65 11 DINANT 082/21 38 12 EUPEN 087/59 65 76

	HUY	085/24 45 47
	LIEGE	04/220 02 68
	MARCHE	084/31 09 85
	MONS	065/ 39 50 20
	NAMUR	081/25 18 24
	NEUFCHATEAU	061/27 51 71
	NIVELLES	067/88 27 83
	TOURNAI	069/25 17 11 ext 847
	VERVIERS	087/32 37 83

SERVICES D'AIDE SOCIALE AUX JUSTICIABLES

"Les services d'aide sociale aux justiciables sont souvent regroupés en deux sections

- aide aux victimes d'une infraction ou d'un acte intentionnel de violences ainsi qu'à leurs proches
- aide sociale aux prévenus , aux condamnés, aux détenus libérés ainsi qu'à leur famille"

Avec la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire, ces services offrent un ensemble de services de base :

- un lieu d'accueil et d'écoute où les victimes ainsi que leurs proches peuvent faire part de leurs difficultés qu'elles rencontrent
- une information pratique juridique, sociale, etc.
- une aide et un accompagnement dans les démarches
- une aide psychologique aux différentes phases du processus d'assimilation de l'événement
- une orientation des personnes victimes qui le souhaitent vers les services qui peuvent fournir une aide complémentaire

Type d'aide	Aide juridique Aide psycho-sociale	
Public cible	Femmes Hommes	
Offre	Consultation-entretien individuel ou en groupe	
Horaires	Sur rendez-vous Ouvert généralement de 8H00 à 16H30	
Modalité financière	Gratuit	
Numéro de téléphone	ARLON	063/22 04 32 ext 40.76
	BRUXELLES	02/534 28 44
	BRUXELLES	02/537 66 10
	CHARELROI	071/3056070
	DINANT	082/22 73 78
	HERSTAL	04/264 91 82
	HUY	085/21 65 65
	LIEGE	04/222 43 18
	MONS	065/ 35 53 96
	NAMUR	081/74 08 14
	NEUFCHATEAU	061/27 51 70
	NIVELLES	067/22 03 08
	TOURNAI	069/21 10 24
	VERVIERS	087/33 60 83

SERVICE DE PRISES EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCES CONJUGALES - PRAXIS

Composé de criminologues, psychologues et licenciés en science de l'éducation, PRAXIS propose un programme de formation socio-éducative à toute personne auteur de violences conjugales et familiales. Ce programme de formation en groupe d'une durée de 45H00 réparties sur deux mois aborde 6 grands thèmes à savoir :

- les représentations du comportement violent
- la dynamique du couple et de la famille
- la consommation de psychotropes
- les émotions
- les stratégies relationnelles
- les ressources personnelles

Type d'aide	Aide psycho-sociale
Public cible	Femmes Hommes
Offre	Programme de formation socio-éducative en groupe
Horaires	Du lundi au vendredi de 9H00 à 17H00 Permanences des formateurs : mercredi de 13H00 à 17H00 jeudi de 9H00 à 17H00
Modalité financière	Conditions négociées au cas par cas ou conditions judiciaires
Numéro de téléphone	04/228 12 28 Activités organisées dans tous les arrondissements judiciaires francophones sauf Bruxelles

SERVICES DE PRÉVENTION DEVELOPPES AU NIVEAU COMMUNAL

Ces services apportent une aide à toute personne concernée par une situation de violences dans la sphère conjugale ou familiale (victimes, auteurs ou témoins). Cette aide consiste en :

- une écoute, un soutien, une information
- des médiations et thérapies conjugales et familiales
- des suivis psychologiques individuels

Type d'aide	Aide psycho-sociale
Public cible	Femmes Hommes
Offre	Consultation-entretien
Horaires	Sur rendez-vous Ouvert généralement de 9H00 à 17H00
Modalité financière	Gratuit
Numéro de téléphone	Renseignements auprès de l'Administration communale

SERVICES DE SANTE MENTALE

Ces services répondent à la demande de toute personne en difficulté soit via une prise en charge interne par un ou plusieurs membres de l'équipe, soit en collaboration avec d'autres intervenants, ou encore orientent vers d'autres structures telles l'hôpital, un service social, un service spécialisé,... Leur champ d'action couvre aussi bien le préventif, que le diagnostic, la thérapeutique et la supervision des intervenants dans leur travail quotidien.

L'équipe de base de chaque service est composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un travailleur social. Selon les besoins, d'autres intervenants intègrent l'équipe : logopèdes, psychomotriciens, ergothérapeutes, criminologues...

Type d'aide	Soins Aide psycho-sociale
Public cible	Femmes Enfants seuls ou accompagnés Hommes
Offre	Consultation-entretien
Horaires	Sur rendez-vous Ouvert généralement de 8H30 à 17H00
Modalité financière	Généralement 5 euros par consultation
Numéro de téléphone	Renseignements auprès de : - Ligue wallonne pour la santé mentale : 081/23 50 10 E-mail : lwsm@skynet.be - Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé mentale : 02/511 55 43 E-mail : lbfsm@skynet.be

SERVICES D'URGENCE SOCIALE (uniquement pour les grandes villes)

Ces services apportent une solution d'urgence aux problèmes alimentaires, sanitaires et d'hébergement (surtout après la fermeture des services sociaux). Les réponses données peuvent être une prise en charge au sein du service ou une orientation vers des ressources appropriées. L'équipe comprend un psychologue, des assistants sociaux et éducateurs.

Type d'aide	Aide psycho-sociale
Public cible	Professionnels de la santé
Offre	Appui aux professionnels de la santé
Horaires	24 heures, 7 jours sur 7
Modalité financière	Gratuit
Numéro de téléphone	Bruxelles : 02/346 66 60 Charleroi : 071/32 12 12 La Louvière : 064/2147 51

	Liège : 04/221 13 13 Mons : 065/34 00 40 Namur : 0800 12 420 Verviers : 087/35 21 21
--	---

TELE-ACCUEIL

Ce service assure une aide téléphonique basée sur l'accessibilité permanente, l'anonymat et le volontariat

Type d'aide	Ecoute téléphonique
Public cible	Femmes Hommes
Offre	Entretien
Horaires	24 heures, 7 jours sur 7
Modalité financière	Gratuit
Numéro de téléphone	107

12. Bibliographie

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

Attestations médicales incluses dans la brochure «Aidez-les à rompre le silence » éditée par le Ministère de l'Égalité des Chances

BALAKRISHNAN C. et al., Burns in men secondary to spouse abuse, J Burn Care Rehabil, 1994 - 15(5).

BALAKRISHNAN C. et al., Perineal burns in males secondary to spouse abuse", Burns, 1995 - 21(1).

BADER E, PEARSON P., Les stades de la croissance dans le couple, Actualités en Analyse Transactionnelle, Vol 9, n° 34, Avril 1985

BERGMAN B., BRISMAR B., Suicide attempts by battered wives, Acta Psychiatr Scand, 1991 :83 :380-384

BOXHO Ph., Aspects médico-légaux des violences, Grandes Journées de la SSMG, Harzé, 2002

BRADLEY F., "Primary care : reported frequency of domestic violence : cross sectional survey of women attending general practice", BMJ, vol 321, 02/02/2002

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Violence et contexte, n° 24, De Boeck Université, Bruxelles, 2000

Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, "Traiter" la maltraitance infantile : une remise en question, n° 17, Boeck Université, Bruxelles, 1996

CAMPBELL J. C., Health Consequences of Intimate Partner Violence, The Lancet, 13/04/2002

CHAMBONNET J.Y., DOUILLARD V., URION J., MALLET R., La violence conjugale : prise en charge en médecine générale, La revue du praticien, 2000, 14(507):1481-85

DELLENBACH P., REMPP Ch., HAERINGER M. Th., SIMON Th., MAGNIER F., MEYER Ch., Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique, Gynécol. Obstét Fertil 2001 ; 29 :234-243

DUTTON D. G., De la violence dans le couple, Bayard Editions Psychologie, 1996

Femmes et enfants victimes de violences, Aide aux victimes - Liste d'adresses et profils des structures d'aide - Province Hainaut, Liège, Luxembourg, Namur, Ministère fédéral de l'emploi et du travail - Direction de l'égalité des chances, avril 2001

GONZO Lucia, Violence à l'égard des Femmes : la Culture des Médecins et des Intervenants Sanitaires et Sociaux, Bologne, Ville de Bologne, service des politiques sociales, santé et sécurité, 1998

HOFNER M-CI et al, Ressources locales en matière de prise en charge des patients adultes victimes de violence et de maltraitance : une méthode de présentation et de diffusion, revue médicale de la Suisse Romande, 122, 649-652, 2002. Des contacts téléphoniques ont également eu lieu avec ce service en vue d'obtenir certaines précisions méthodologiques.

JEWKES R., "Intimate Partner Violence : Causes and Prevention", The Lancet, 20/04/2002.

KUMPS N, VAN BEEK G, La politique judiciaire en matière de violence au sein du couple, KUL/ULB, rapport à l'initiative de Mme L. Onkelinx, 2002

LEBLANC B., Le médecin généraliste face aux violences conjugales, FMC Hebdo, 2000, 59:44-5

MORENO C G., "Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women", The Lancet, 27/04/2002.

MORVANT C. Le Médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude auprès des médecins généralistes, thèse de doctorat en médecine sous la direction du Docteur Jacques Lebas 09/05/2000

NASIELSKI S., Traitement de l'homme qui recourt à la violence à l'égard de sa femme, Grandes Journées de la SSMG, Harzé, 2002

NAZARE-AGA I., Les manipulateurs et l'amour, Ed. de l'Homme, Montréal

PARADA A., OFFERMANS A.-M., Violences, famille et médecine...Un phénomène répandu, mais bien dissimulé, Revue de médecine générale, n° 196, octobre 2002

PERRONE R.; NANNINI M., Violence et abus sexuels dans la famille - une approche systémique et communicationnelle, ESF éditeur, Issy-les-Moulineaux, 2000

PLAN NATIONAL D'ACTION CONTRE LA VIOLENCE A L'EGARD DES FEMMES - ETAT D'EXECUTION DU PROGRAMME CONTENU DANS LA NOTE DE L'ETAT FEDERAL, Cabinet de la Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Politique d'Egalité des Chances entre hommes et femmes, Bruxelles, juin 2002

Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale, POLITIQUE D'INTERVENTION EN MATIERE DE VIOLENCE CONJUGALE, QUEBEC, 1995.

RAVACHE-QUIRINY, Aspects médico-légaux en matière d'agression sexuelle, Rev Med Liège, 2000, 55:7:708-714

Répertoire des acteurs provinciaux et locaux en matière de violences physiques et sexuelles à l'égard des femmes, Province de Liège - Service d'Egalité des Chances, novembre 2002

RICHARDSON J. et alii, "Primary care : identifying domestic violence : cross sectional study in primary care"., BMJ, vol 321, 02/02/2002

SONKIN D. J. PhD, MARTIN D., WALKER L., The male battered, a treatment approach, Springer Publishing Company, 1985, 249 p.

VERHAEGEN M.-N., HERVEG, Le secret professionnel - Atelier 1 - professionnels de la santé, Droit en mouvement, p.. 109-136

VIOLENCES CONJUGALES, le mâle d'amour, L'observatoire, n° 34, mars/mai 2002

VUITTON D.A., de WAZIÈRES, DUPOND J.L., Psycho-immunologie : un modèle en question , Rev Méd Interne 1999 ; 20 :934-946

WALKER L. E., Abused women and survivor therapy, a practical guide for the psychotherapist, American psychological Association, Washington DC, Second printing january, 1995.

WARLET F-J, Fondements juridiques du secret professionnel, Revue Contact, 2003, 94, p. 13-15

WATTS Ch., ZIMMERMAN C., "Violence Against Women : Global Scope and Magnitude", The Lancet, 06/04/2002.

WELZER-LANG D., Arrête ! tu me fais mal ! la violence domestique: 60 questions, 59 réponses, Montréal, VLB éditeur, Le jour, éditeur (1992b).

YEHUDA R., Post-traumatic Stress Disorder, New Engl J Med, 346, n° 2, January 10, 2002

Les documents suivants ont servi de base à l'élaboration des chapitres relatifs à l'accompagnement en médecine générale des personnes victimes, auteurs de violences ainsi qu'aux enfants témoins et victimes de celles-ci.

- Association Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, Maltraitées en famille. Recommandations pour l'intervention auprès des femmes s'adressant aux services sanitaires et sociaux, Ville de Bologne, 02/1999
- Comité Priorité Violence Conjugale, Formation en violences conjugales et familiales s'adressant aux professionnels des Forces Armées Canadiennes, Montréal, 2001
- Dans la pratique médicale, dépister les situations de violences conjugales, évaluer la dangerosité des hommes, Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité, Préfecture de la Région d'Ile-de-France, 05/2001
- Guide de dépistage de la violence conjugale, Regroupement des CLSC de Montréal Métropolitain
- Guide traitant des femmes victimes de violence et du système canadien de justice pénale. Lignes directrices à l'intention des médecins, Unité de la Prévention de la violence familiale, Santé Canada, 1999

- LACROIX S., VANOVERBEKE CH. , MARNEFFE C, Abus sexuels intrafamiliaux, rôle du médecin généraliste », SSMG-Fonds Houtman (ONE), 2002
- Le dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale. Protocole de dépistage et guide d'intervention. Criviff, CLSC Saint Hubert, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1998
- La violence conjugale, Intervention infirmière auprès des femmes, Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec
- Maryland Physicians' Campaign Against Family Violence - Module One : Domestic Violence, The Medical and Chirurgical Faculty of Maryland, May 1994
- SIVIC, www.sivic.org, sur les violences conjugales à l'usage des professionnels de santé, 2000

¹ Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de la santé, Rapport du Ministre chargé de la santé réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le Professeur Roger Henrion, Février 2001, p. 18-20

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

³ RAPPORT MONDIAL SUR LA VIOLENCE ET LA SANTÉ, OMS, 2002, p. 100

⁴ BRUYNNOOGHE R., NOELANDERS S., OPDEBEECK S., Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen, Rapport ten behoeve van de Minister van Tewerkstelling en Arbeid en Gelijke-Kansenbeleid Mevrouw M. Smet, Limburgs Universitair Centrum, 1998

⁵ Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, Enquête coordonnée par l'Institut de démographie, Paris I, décembre 2000

⁶ VIVIO, La prise en charge médicale de la violence conjugale, rapport réalisé par l'Institut de l'Humanitaire dans le cadre du programme européen Daphné (2000-2003), p. 13

⁷ RODGERS K, Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe, Juristat, 14, 9 (Ottawa: statistiques Canada, centre canadien de la statistique juridiques, 1994); THOMAS, TELMON, ALLERY, PAUWELS, ROUGÉ, La violence conjugale dix ans après, Le concours médical, 2000, 122 (9)

⁸ Op cité n° 3, p. 112-115

⁹ JACOBSON NS et al., Psychological factors in the longitudinal course of battering : when do the couples split up ? When does the abuse decrease ? Violence and Victims, 1996, 11:371-392; CAMPBELL J., Assessing dangerousness : violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, Californie, Sage, 1995; WILSON M., DALY M. Spousal Homicide, Juristat Bulletin Service, 1994, 14:1-15; LECOMTE, TUCKER, FORNES, Institute of Forensic Medicine, Paris, Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburb over a 7-year period, Journal of clinical Forensic Medicine, 1998, 5 (1):15-6

¹⁰ HILBERMAN, MUNSON, Sixty battered women, Victimology : an International Journal, 1977-1978, 2(3/4) :460-71; ROUNSAVILLE, WEISSMAN, Battered women : a medical problem requiring detection, International Journal of Psychiatry Medicine, 1977-1978, 8 :192-202

¹¹ STARK, FLITCRAFT, Spouse abuse, in Violence in America : a public health approach, Rosenberg, Fenley, (Eds.), New York, Oxford University Press, 1991

¹² GARIBAY-WEST, FERNANDEZ, HILLARD, SCHOOF, Psychiatric disorders of abused women at a shelter, Psychiatric disorders of abused women at a shelter, Psychiatric Quarterly, 1990, 61 (4): 295-301; ASTIN, OGLAND-HAND, COLEMAN, "Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women : comparisons with maritally distressed women", Journal of consulting and clinical psychology, 1995, 63(2):308-12

¹³ Op cité n° 11

¹⁴ SAUREL-CUBIZOLLES, BLONDEL, LELONG, ROMITO, Violence conjugale après une naissance, Contraception Fertilité Sexualité, 1997, vol. 25, n° 2, 159-164.

¹⁵ Counting the costs. Estimating the impact of domestic violence in the London Borough of Hackney, report, 1998

¹⁶ Op cité n° 3, p. 99

-
- ¹⁷ Aide-mémoire de l'OMS, n° 239, juin 2000
- ¹⁸ WELZER-LANG D., Les hommes violents, Paris, Lierre et Coudrie, 1991, 3^{ème} partie
- ¹⁹ FRANCK P., VAN LINT P., La violence dans le couple, Journée d'Etudes "La violence au sein du couple : puis-je dénoncer ? Dois-je dénoncer ?", Mars 2003
- ²⁰ HIRIGOYEN M.-F., La violence psychologique : repérer et soigner, Grandes Journées de la SSMG, Harzé, 2002
- ²¹ WALKER L. E., The battered woman, Springer Publishing Company, 2000, 327 p.
- ²² DESSARD A., OFFERMANS A.-M., Les violences conjugales : mythes et réalités, Santé Conjuguée, Bruxelles, octobre 2002, n° 22, p. 46-52
- ²³ LINDSEY K., STEVENS H., The role of the accident and emergency department, The health professionals, 169-177
- ²⁴ STARK E., FLITCRAFT A.H., FRAZIER W., Medicine and patriarchal violence : the social construction of a "private" even, International Journal of Health services, 1979, vol. 9, p. 461-493; GOLDBERG GW., TOMLANOVICH MC., Domestic violence victims in the emergency department, JAMA 251 (24) : 3259-3264, 1984
- ²⁵ Op cité n°3, p. 107
- ²⁶ BROUÉ J., GUÈVREMONT CL., Option, Une alternative à la violence conjugale, Document d'accompagnement, Montréal, Canada, 2001, p. 15 ; CAMPBELL J., Assessing dangerousness : violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, Californie, Sage, 1995; WILSON M., DALY M. Spousal Homicide, Juristat Bulletin Service, 1994, 14:1-15
- ²⁷ Op cité n° 5
- ²⁸ Op cité n° 3 p. 110
- ²⁹ Op cité n° 3 p. 109
- ³⁰ RAMSAY J. et alii, "Primary care : should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, BMJ, 10/08/2002; NERNEY M., JONES T., FRIEDMANN PD., Barriers to screening for domestic violence, Journal of general internal medicine, Vol 17, February 2002
- ³¹ Op cité n° 6, p. 29
- ³² ELIOT L., NERNEY M., JONES T., FRIEDMANN PD., Journal of general internal medicine, Vol 17, February 2002 ; ROBERTS GL., LAWRENCE JM., OTOOLE BL., Domestic Violence in the Emergency Department, 2, Detection by doctors and nurses, Gen Hosp Psychiatry 19, 12-15, 1997 ; GOLDBERG GW., TOMLANOVICH MC., Domestic violence victims in the emergency department, JAMA 251 (24) : 3259-3264, 1984
- ³³ HENDRICKS-MATTHEWS M.K., Survivors of abuse , Health care issues, Family violence and abusive relationships, Primary care, vol. 20, 2, june 1993, 391-406
- ³⁴ Op cité n° 11
- ³⁵ Op cité n° 3, p. 110
- ³⁶ Op cité n° 5; Statistique Canada (1993). L'enquête sur la violence envers les femmes. Le quotidien, 18, novembre 1993, 1-10
- ³⁷ BRUINOOGHE (non publié)
- ³⁸ CIRILLO S., DI BLASIO P., La famille maltraitante, Diagnostic et thérapie, ESF éditions, Paris, 1992
- ³⁹ ELABORATION D'UN GUIDE DESTINÉ AUX INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE EN MATIÈRE DE VIOLENCES INTRA-FAMILIALES - Recherche commanditée par Ministère fédéral des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des soins, Rapport intermédiaire - Entretien avec Jean-Michel Longneaux - Juin 2003
- ⁴⁰ Op cité n° 6, p. 42
- ⁴¹ Code de déontologie médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2002, 51 p.
- ⁴² ELABORATION D'UN GUIDE DESTINÉ AUX INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE EN MATIÈRE DE VIOLENCES INTRA-FAMILIALES - Recherche commanditée par Ministère fédéral des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Administration des soins, Rapport intermédiaire - Entretien avec le Conseil National de l'Ordre des médecins représenté par Mr D. Holsters, président, Dr Joset, vice-président francophone, Dr Uyttendaele, vice-président néerlandophone, Marie-Noëlle Verhaegen, conseiller juridique au service d'études - Juin 2003