

La prévalence des violences entre partenaires. Pourquoi la détection par le médecin généraliste ?

Prevalence of the intimate partner violence. Why the detection by the generalist practitioner ?

A.-M. Offermans¹ et N. Kacenenbogen²

¹ Sociologue, Collaboratrice scientifique SSMG/ULB, ²Département de Médecine Générale-ULB

RESUME

La problématique des violences entre partenaires est souvent peu détectée de prime abord par le généraliste. C'est à partir des déclarations évidentes de son patient ou de symptômes de santé avérés qu'il va généralement envisager la réalité des violences, mais à ce moment, le niveau de gravité risque déjà d'être très élevé. Apporter des éléments de compréhension en termes de définition et de chronicité du phénomène s'avère donc nécessaire. En connaître la prévalence, les processus d'escalade et les conséquences sur la santé aussi bien des personnes victimes que de leurs enfants sont les pré-requis à une détection plus précoce de ces situations. En outre, déconstruire les idées reçues dans ce domaine aidera le médecin à envisager l'éventualité de violences lorsqu'il pose son diagnostic. C'est ce que se propose de faire cet article en se basant entre autres sur la récente Recommandation de Bonne Pratique en la matière et sur les résultats de la nouvelle enquête nationale belge.

Rev Med Brux 2010 ; 31 :

ABSTRACT

The problem of violence between partners at its very beginning is often rarely detected by the generalist practitioner (GP). It is only after the patient's declaration or clear symptoms that the GP is able to detect the situation which gravity is then very high. Therefore, bringing together some elements of knowledge is essential for the GP to understand this phenomenon. To know the prevalence, the consequences on health of the victims and their children are prerequisites for detecting this situation earliest. Moreover, overgeneralization in this domain will help the GP, diagnose intimate violence easier. This is what this article will propose, basing its guidelines on recent literature in Belgium and on results of the new Belgian national survey.

Rev Med Brux 2010 ; 31 :

Key words : intimate partner violence, domestic violence, family violence, spouse abuse, sex offenses, epidemiology, detection, screening, primary care, generalist practitioner, physicians family

INTRODUCTION

En Belgique, la problématique des violences entre partenaires préoccupe les autorités publiques depuis les années 90. D'abord marquée du sceau de l'action sporadique, la politique belge se dote en 2001 d'un Plan d'Action National (P.A.N.)¹, auquel toutes les sphères de l'Etat concernées ont été invitées à coopérer. C'est dans ce contexte que le Ministère (SPF) de la Santé Publique se donne comme objectif de sensibiliser les professionnels de la santé. Il finance

différents projets de recherche dont les plus récents sont une Recommandation de Bonne Pratique (RBP)² sur base d'une revue systématique de la littérature³, un outil de référence en matière de rédaction du certificat médical⁴ et des programmes de formation.

Nous proposons dans cet article de mettre en perspective ces différents travaux en médecine générale avec les résultats de plusieurs enquêtes belges dont principalement la dernière enquête nationale sur les expériences de violences subies dans

différentes sphères de vie. Notre but est d'aider à comprendre les mécanismes de la violence dans le couple et l'importance épidémiologique de ce phénomène. Il s'agira également d'envisager les raisons pour lesquelles les médecins généralistes ont un rôle essentiel tant dans la détection que dans la gestion de ces problématiques graves et répétées.

DEFINITIONS

Comme dans la RBP, nous nous référons à la typologie de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et à sa définition. Les violences entre partenaires relèvent de "tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie ; y sont incluses également la menace de tels actes, la contrainte, la privation arbitraire de liberté tant dans la vie publique que privée"⁵. En plus de l'atteinte à l'intégrité physique et morale de la personne, cette première définition souligne l'importance de l'univers conjugal avec l'engagement psychoaffectif profond qui y correspond, autrement dit, un univers dans lequel le partenaire est invité à réduire sa méfiance pour s'ouvrir à l'autre. Les comportements de violences ont donc lieu dans une relation où l'on s'attendrait à ce qu'elle soit sécurisante pour permettre le bien-être. Le P.A.N. met quant à lui l'accent sur l'aspect récurrent de ces violences et sur les conséquences que celles-ci peuvent avoir, non seulement pour la personne victime, mais aussi pour ses proches et notamment les enfants.

Nous parlerons ici de violences interpersonnelles entre adultes dans le cadre d'une famille nucléaire avec ou sans enfant, avec ou sans lien légal, les deux partenaires pouvant vivre ensemble ou habiter dans des lieux distincts. Sont également incluses les violences entre ex-partenaires. Enfin, ces violences concernent tant les couples hétéro- qu'homosexuels et les formes différentes qu'elles peuvent prendre sont les suivantes :

- les violences verbales telles les insultes, les injures, les cris ;
- les violences psychologiques ou " harcèlement moral " : l'humiliation, le dénigrement de l'autre, le contrôle de la relation (de ce que l'autre fait, des " allers-venues "), les menaces, l'intimidation et l'isolement ;
- les violences économiques où le contrôle porte sur l'accès aux ressources, aux données bancaires et financières, à l'activité professionnelle ;
- les violences physiques comme séquestrer, bousculer, lancer un objet, gifler, donner des coups, menacer avec une arme ainsi que tout autre acte pouvant entraîner des blessures ou la mort ;
- les violences sexuelles lorsqu'il y a contrainte à des actes ou des pratiques sexuelles ressenties dégradantes ou humiliantes, les tentatives de viol ou les viols.

Il ne s'agit donc pas du simple conflit dans un couple, mais d'un processus généralement long de

prise de pouvoir d'un conjoint sur l'autre par le biais de la violence sous toutes ces formes et dont nous verrons qu'elle engendre un véritable problème de santé publique tant par sa prévalence que par la gravité de ses conséquences.

LES MECANISMES DE LA VIOLENCE

Le cycle de violence est un concept éclairant développé dans la littérature. Il n'explique pas le pourquoi de la violence, mais comment celle-ci s'instaure pour ensuite s'intensifier. Il montre aussi pourquoi il est difficile de sortir de ces situations. Mis en évidence par une étude⁶ des récits de vie de 400 femmes victimes hébergées en maison d'accueil, ce cycle est décrit comme une dynamique relationnelle dans laquelle les deux partenaires sont impliqués et qui comporte quatre moments clés (figure 1) :

- Une période caractérisée par des tensions dans le couple qui s'accroissent progressivement, créant un climat de peur et d'insécurité au sein de la cellule familiale.
- L'épisode de violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles qui place la personne victime et sa famille en état de choc assorti d'un sentiment de colère ou de tristesse. C'est souvent lors d'une de ces " crises " que ces violences sont révélées au monde extérieur et notamment au médecin généraliste. C'est en effet à cette occasion que l'aide de tiers est fréquemment demandée ou autorisée.
- La " justification " de l'auteur qui tente d'expliquer ses actes en reportant la responsabilité sur son/sa partenaire. Il tente de rendre " acceptable " la portée de ses comportements et d'éviter ainsi d'en assumer les conséquences. Cette stratégie de justification peut prendre des colorations différentes : " C'est de ta faute ", " Tu m'as provoqué ", " J'ai eu une enfance malheureuse ", ... A terme, elle vise à banaliser ou normaliser les violences auquel l'auteur a recours.
- La " lune de miel " ou la phase d'amour et de pardon pendant laquelle l'auteur de violences se montre particulièrement attentionné. C'est une période d'espoir ou d'illusions qui permet au couple de se maintenir. L'avenir y est envisagé sous des jours meilleurs.

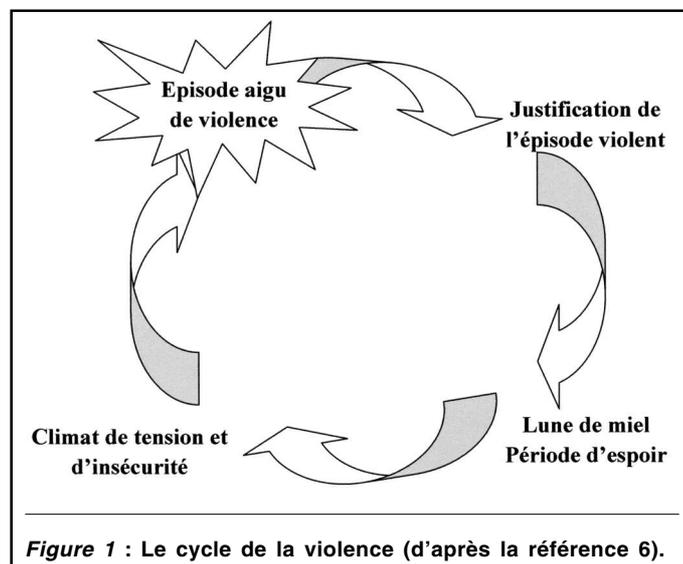


Figure 1 : Le cycle de la violence (d'après la référence 6).

Malheureusement, le cycle se reproduit de manière chronique. Les partenaires deviennent comme dépendants de ce cercle vicieux, les moments d'accalmie et de réconciliation étant de plus en plus rares.

Le cycle de la violence est à mettre en parallèle avec le modèle interactif et évolutif de domination conjugale (PDC)⁷ qui révèle que, face aux différentes stratégies de domination de l'auteur de violences, le conjoint victime va développer différents mécanismes de protection en vue de préserver du pouvoir sur sa vie. Cela peut prendre la forme du déni pur et simple de la situation en passant par la soumission, jusqu'à une position dite de "résistance" où la personne victime est consciente de la relation dominant/dominé et de la nécessité de mobiliser son énergie pour se sortir de l'emprise de son/sa conjoint. On pourrait résumer en disant que ces couples de dominant-

dominé "apprennent" à vivre ensemble en passant par des phases chaotiques, émaillées d'épisodes de violence visible, mais pouvant aboutir à une dynamique de type fonctionnel permanent où le conjoint victime est tellement sous l'emprise de son partenaire qu'il n'y a plus de crise détectable de l'extérieur (figure 2).

Enfin, il est important de garder à l'esprit le caractère évolutif de ces violences. La violence physique n'est pas présente d'emblée. Au début de la relation de couple, les faits sont généralement subtils, isolés les uns des autres, donc plus difficiles à identifier comme tels. Ils ne sont que les étapes préparatoires d'un processus qui conduira aux violences physiques si les autres formes de violence ne suffisent plus aux yeux de l'auteur (voir *infra* : L'escalade des violences). Dans ces histoires, la violence et l'amour s'entremêlent de manière difficilement compréhensible pour l'observateur extérieur.

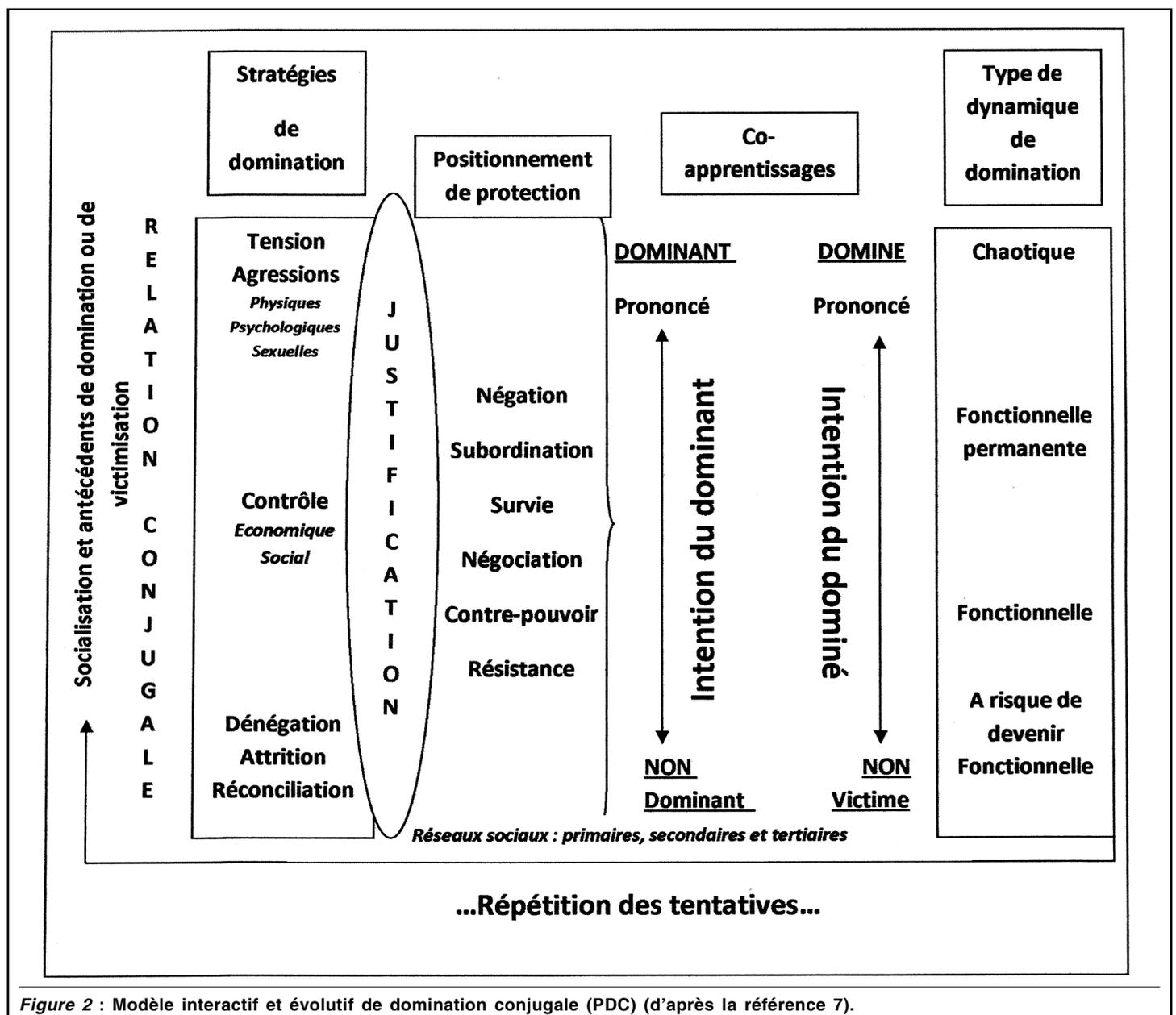


Figure 2 : Modèle interactif et évolutif de domination conjugale (PDC) (d'après la référence 7).

L'EPIDEMIOLOGIE DES SITUATIONS DE VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES

La violence entre partenaires est un phénomène étonnamment répandu, mais bien dissimulé. Les prévalences enregistrées dans les enquêtes émanant de différents pays sont très variables. Ces variations peuvent d'abord se comprendre par la perception et le seuil de tolérance des violences qui varient en fonction des familles, des lois et coutumes en vigueur. Des actes considérés comme délictueux dans certains pays sont tolérés dans d'autres. Ensuite, on observe une forte disparité des modes d'approche de ce phénomène, les études ne s'appuyant pas sur la même définition des violences et utilisant des méthodes d'investigation différentes. Ces différences portent non seulement sur le libellé et le nombre de questions, leur localisation dans le questionnaire, la diversité de la population-cible (âge, état matrimonial), la méthode de passation de l'enquête (face à face, auto-administration, téléphone), mais aussi sur le regroupement des variables dans la construction des taux ou indicateurs.

Qu'en est-il au niveau belge ?

Différents travaux sont disponibles et nous constatons que notre pays ne fait pas exception. Bien que les comparaisons restent délicates en raison des facteurs évoqués ci-dessus, les principaux résultats rejoignent les tendances observées au niveau international. Une nouvelle enquête commanditée par l'Institut pour l'Egalité des Femmes et des Hommes⁸ vient d'être réalisée, auprès d'un échantillon représentatif de 2.000 personnes âgées de 18 à 75 ans, sur les expériences de violences subies dans différentes sphères de vie, avec une attention particulière pour les violences domestiques et leur dimension de genre. Celle-ci nous servira de fil conducteur de nos développements ultérieurs.

1. Si l'on prend comme référence la période après 18 ans (tableau 1), c'est au sein de la cellule familiale qu'ont lieu, pour les femmes, les faits de violences déclarés comme les plus graves. Ces faits relèvent de situations de violence répétées. L'auteur y est identifié comme étant son partenaire (30,8 %) ou comme un parent de la victime (27,4 %). Les hommes, quant à eux, subissent le plus souvent ces mêmes faits, généralement isolés, à l'extérieur

Tableau 1 : Violences subies après l'âge de 18 ans. Rapport à l'auteur identifié pour le fait le plus grave (n = 828), en % (d'après référence 8).

	Femmes	Hommes	Ensemble
Partenaire	30,8 %	5,7 %	17,5 %
Parent	27,4 %	16,2 %	21,5 %
Proche	11,3 %	15,8%	13,6 %
Travail	17,2 %	21,9 %	19,7 %
Inconnu	13,3 %	40,4 %	27,7 %

du foyer, dans les lieux publics (avec des inconnus (40,4 %) ou dans le cadre de relations professionnelles (21,9 %).

Ces données rejoignent les conclusions du recensement effectué par quelque 150 à 180 médecins vigies au cours des années 2002 à 2004 ; ces travaux menés sous l'égide de l'Institut de Santé Publique (ISP) ont montré que sur les 963 cas de violences intrafamiliales recensés, 4 victimes sur 5 étaient des femmes, 90 % des auteurs étaient masculins et 60 % des victimes étaient âgées de 25 à 54 ans⁹.

2. Si l'on considère à présent comme période de référence les douze derniers mois (tableau 2), 12,5 % des répondants déclarent avoir subi au minimum un acte de violence de la part de leur partenaire ou de leur ancien partenaire. L'enquête attire notre attention sur l'importance des violences verbales ou psychologiques qui sont moins visibles et moins identifiées par les personnes victimes. Elles sont pourtant beaucoup plus fréquentes que les violences physiques. On constate également un lien statistique entre la prévalence de la violence et le sexe du répondant : les femmes sont plus victimes de violences psychologiques, physiques et sexuelles que les hommes. Même si elles sont significatives, ces différences montrent qu'un nombre non négligeable d'hommes est également victime de ces formes de violences.

Ajoutons que ces violences relèvent davantage de la relation avec l'ex-partenaire. Ainsi, les personnes ayant gardé des contacts avec leur ancien partenaire déclarent deux fois plus de violences psychologiques ou verbales de la part de celui-ci (en comparaison avec les violences déclarées au sein du couple). Les violences physiques sont également plus nombreuses dans ce cas. Comment comprendre cet état de fait ? D'une part, il est plus facile de dénoncer des faits commis par un ancien partenaire que par son partenaire actuel. D'autre

Tableau 2 : Prévalence des différentes formes de violence dans le couple, y compris l'ex-partenaire, au cours des 12 derniers mois, selon le sexe de la victime, en % (d'après référence 8).

	Femmes	Hommes	Total
Pas de violence	85,3 %	89,5 %	87,5 %
Violence psychologique ou verbale	11,9 %	9,7 %	10,7 %
Violence physique (accompagnée ou non de violence psychologique)	1,9 %	0,8 %	1,3 %
Violence sexuelle (accompagnée ou non de violence psychologique ou physique)	0,9 %	0,0 %	0,4 %

P = 0,002

part, on observe que lors d'une rupture, une dynamique de dénigrement de l'ancien partenaire, dans laquelle le nouveau partenaire peut jouer un rôle prépondérant, se met parfois en place.

3. Toujours au cours des 12 derniers mois, un indicateur a été calculé en vue de faire émerger la gravité des situations vécues. Il combine à la fois la gravité liée à la nature intrinsèque de l'acte de violence, sa fréquence et le cumul de divers types d'actes violents. C'est dans la catégorie " très grave " que se situe la différence la plus marquée entre les femmes et les hommes. Comme en témoigne le tableau 3, la prévalence observée est la suivante : 1 femme sur 20 âgée de 18 à 75 ans a vécu des situations de violences conjugales " très graves " au cours des 12 derniers mois ; près de 2 hommes sur 100 se retrouvent dans ces mêmes situations. Cette différence tend à s'estomper lorsqu'il s'agit de violences graves (tableau 3).

Tableau 3 : Indicateur synthétique de la violence dans le couple, y compris l'ex-partenaire, au cours des 12 derniers mois, selon le sexe de la victime, en % (d'après la référence 8).

	Femmes	Hommes	Total
Pas de violence	85,3 %	89,5 %	87,5 %
Violence modérée	4,7 %	5,3 %	5,0 %
Violence grave	5,0 %	3,4 %	4,2 %
Violence très grave	5,0 %	1,7 %	3,3 %

P = 0,001

Selon l'indicateur, la catégorie « très grave » inclut :

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

L'étude permet de confirmer un corollaire prévisible : plus les violences conjugales sont graves, plus les conséquences sur la santé sont importantes. Ceci est d'autant plus marqué chez les femmes : sur les 12 derniers mois, 15,7 % des femmes victimes de violences déclarent avoir été blessées physiquement alors que ce n'est le cas que pour 1,1 % d'hommes. Les femmes attribuent aussi davantage de conséquences psychologiques aux violences subies. Ainsi, suite à celles-ci, sur les 12 derniers mois, 40,7 % se sentent moins confiantes, 25,7 % se disent honteuses, ou encore 23,9 % sont devenues plus agressives alors qu'ils sont respectivement de 16,1 %, 7,0 % et 9,2 % pour les hommes. Ce phénomène est d'autant plus présent que les violences sont graves. A ces tendances, la littérature internationale ajoute encore les conséquences suivantes : la crainte pour sa vie, les soins et les

hospitalisations de même que l'arrêt des activités quotidiennes ou professionnelles sont nettement plus fréquents chez les femmes.

Enfin, l'enquête souligne l'importante corrélation entre la gravité des violences et la qualité relationnelle du couple. Les analyses réalisées au départ d'un instrument de mesure développé à cet effet (*Dyadic Adjustment Scale*, DAS-16) ont démontré que plus les violences conjugales sont graves, moins la qualité de la relation est bonne. Le tableau 4 montre clairement que toutes les facettes contribuant à la qualité de relation dans un couple régressent à mesure que la violence empire. C'est surtout le manque de cohésion et d'expression affective qui va de pair avec les violences. Ces éléments devraient éveiller la vigilance du médecin de même que la présence de comportements violents à l'extérieur du foyer et le fait que la personne victime estime ne pas avoir suffisamment de contacts avec sa famille proche, ses amis, ses collègues, etc. (tableau 4)

4. Si l'on tente une comparaison au niveau européen, en fonction des données disponibles¹⁰ (tableau 5), nous pouvons retenir que, dans l'intimité de la vie conjugale, les taux annuels de violence se situent vraisemblablement pour les violences physiques à l'égard des femmes entre 1,4 % et 4,6 % et ceux des violences sexuelles graves oscillent autour de 1 %.

5. Les violences entre partenaires sont particulièrement cachées. Globalement, le silence entoure une part non négligeable de ces violences : en Belgique, 43,5 % des répondants n'en ont jamais parlé à quiconque. Ce chiffre nous donne une indication, certes approximative, de la part de violence qui reste dans l'ombre et illustre le décalage existant entre les statistiques policières et la réalité de terrain. Si l'on analyse les choses plus en détail, une série de facteurs aident à rompre ou au contraire renforcent ce silence. On remarquera tout d'abord que les femmes se confient plus que les hommes à ce sujet (64,8 % contre 39,2 %). Ensuite, les plus jeunes des deux sexes (18-24 ans) en parlent davantage, avec un pourcentage de 82,9 %, alors que la moyenne se situe aux alentours des 57 %.

Par contre, ce sont les violences perpétrées au sein du couple vivant sous un même toit qui sont davantage dissimulées au monde extérieur (tableau 6) et ce, que le couple soit marié ou non. Le silence est plus facilement levé si le couple ne cohabite pas et surtout si les violences sont le fait d'un ancien partenaire.

Enfin, l'enquête montre que lorsque la personne parle de ces violences, ce sera de manière informelle en privilégiant la famille, les proches, les amis et les collègues de travail. Le dépôt de plainte est très minoritaire : sur l'ensemble de la vie (après 18 ans), seulement 13,9 % des femmes victimes et 9,8 % des hommes ont fait cette démarche, quel que soit l'auteur des actes de violence.

Tableau 4 : DAS-16 et violences subies au cours des 12 derniers mois (d'après la référence 8).

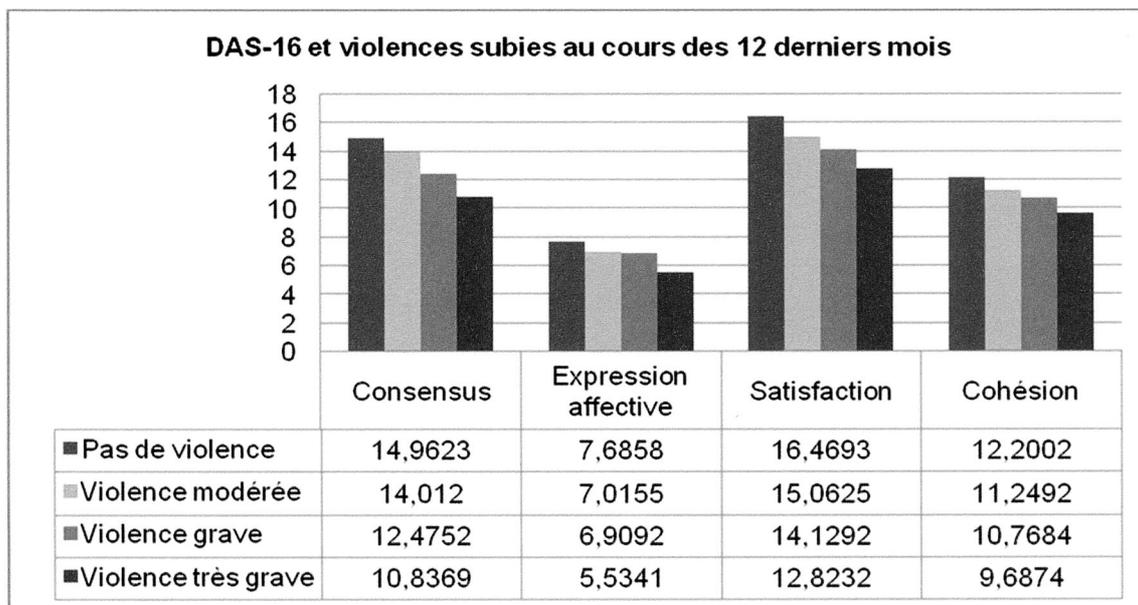


Tableau 5 : Prévalence de la violence physique et sexuelle à l'égard des femmes dans le couple, y compris l'ex-partenaire, au cours des 12 derniers mois, dans divers pays européens, en % (d'après la référence 10).

Pays	Année de l'enquête	Violences physiques	Violences sexuelles
France	2000	2,7 %	1,1 %
Suède	2001	4,6 %	0,7 %
Irlande	2005	1,4 %	0,7 %
Italie	2006	1,7 %	1,0 %
Belgique	2009	1,9 %	0,9 %

Tableau 6 : Confiance selon la situation conjugale, en % (d'après la référence 8).

	Situation conjugale					Total
	A une relation et vit avec sa (son) partenaire	A une relation mais ne vit pas avec sa (son) partenaire	Est en couple et a eu des contacts avec son ancienn(e) partenaire	Séparé(e) au cours des 12 derniers mois	N'est pas en couple et a eu des contacts avec son ancienn(e) partenaire	
Confidences	46,90 %	56,00 %	62,10 %	71,40 %	94,70 %	57,00 %

P = 0,022.

QUELQUES IDEES REÇUES A DECONSTRUIRE

Outre le fait d'évaluer les prévalences, les travaux statistiques nous permettent aussi de repenser tout une série d'opinions partagées par la majorité d'entre nous, qui pourtant ne reflètent pas la réalité, ou du moins en occulte de larges pans. Ce sont ces fameuses idées reçues qui ne font pas écho à la réalité et sont un piège à la détection précoce. En voici quelques grands classiques :

- " Les violences conjugales existent principalement dans les familles les plus démunies socialement ou culturellement "

Cette affirmation est statistiquement fautive. Ce phénomène touche l'ensemble des classes sociales, même si certaines particularités existent :

- Il semble même que les milieux les plus instruits soient davantage concernés par la violence à domicile tant physique que psychologique¹¹.
- Le chômage est un facteur aggravant¹².

- *“ Les conjoints violents présentent des troubles de la personnalité ou ont été des enfants maltraités ”*
 - Les études cliniques¹³ identifient trois types d’auteurs de violences conjugales : les “ conjoints exerçant de la violence familiale uniquement ”, les “ conjoints dysphoriques-borderline ” et les conjoints généralement violents-antisociaux. Si l’on retrouve chez certains de ces auteurs des traits narcissiques voire antisociaux, beaucoup présentent des symptômes plus courants comme l’angoisse d’abandon. La majorité des auteurs de violences conjugales (approximativement 60 %) n’ont pas de comportements violents en dehors du foyer¹⁴.
 - Les antécédents de maltraitance constituent davantage un facteur de risque au recours à la violence qu’un lien causal direct. Par ailleurs, il semble acquis que la présence de la violence dans la famille d’origine constitue la tendance partagée par davantage de femmes victimes de violences au sein du couple¹⁵.
- *“ L’usage abusif d’alcool est le plus souvent la cause de ces situations ”*
 - Comme le font apparaître les méta-analyses sur ce sujet¹⁵, la fréquence de consommation d’alcool ne montre aucune liaison statistiquement significative avec l’expérience de la violence au cours de la vie adulte. Cette absence de lien statistique se confirme tant chez les femmes que chez les hommes pris séparément. L’alcoolisme de l’auteur n’est donc pas une cause, ni une excuse à la violence. Il augmente le risque de passage à l’acte en levant les inhibitions mais une prise en charge 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. Le recours à la violence n’est souvent pas une perte de contrôle mais au contraire une tentative de contrôler l’autre.
- *“ La victime provoque probablement l’auteur ”*
 - La provocation est une stratégie de justification et de banalisation de la violence. 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 participent à la dynamique du couple. Par ailleurs, rappelons, et ce sera important lors de la prise de charge de situations de violence, que c’est la personne victime qui est responsable de sa sécurité.
- *“ Si ces personnes victimes ne quittent pas leur conjoint, c’est qu’elles apprécient leur existence ”*
Les raisons pour lesquelles ces personnes ne partent pas sont nombreuses et bien connues. En voici quelques-unes :
 - Le déni de la situation et de sa gravité, attitude la plus fréquente et ce quelle que soit la gravité des violences subies. Comme nous le montre l’enquête nationale, 60 % des répondants adoptent cette attitude, attitude qui diminue linéairement au fur et à mesure que les violences subies s’intensifient (32,3 %).
 - Le sentiment de honte ou de culpabilité. Les personnes victimes se sentent responsables de la situation et appréhendent grandement le jugement d’autrui.
 - Les réticences liées au couple et aux enfants. Ces personnes veulent préserver le couple et les enfants. Un sentiment de loyauté les tient vis-à-vis du partenaire et des enfants.
 - Le manque de ressources ou la crainte de ne pas pouvoir affronter les difficultés liées à la séparation (argent, solitude, monoparentalité). En effet, le partenaire violent peut aussi représenter l’unique support matériel et financier pour la famille.
 - L’ambivalence : elle peut souvent être perçue par les professionnels comme des hésitations parfois irritantes et fatigantes. Lors des périodes d’accalmies, la personne victime nourrit l’espoir que l’autre change, espoir auquel s’ajoute la difficulté de faire le deuil de la relation. On parle dans la littérature de départs-tests où chaque 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.
 - L’attente que le médecin aborde le sujet en consultation. Il ressort d’une étude réalisée en service d’urgences que 75 % des personnes victimes souhaitent être interrogées à ce sujet par le médecin dans le cadre confidentiel de la consultation¹⁶.
 - A l’inverse, pour d’autres, c’est la crainte des réactions du praticien et de leurs conséquences. Ainsi, elles craignent 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.
- *“ Partir, c’est souvent la seule solution valable pour que la victime s’en sorte ”*
 - En réalité partir sans réflexion ni préparation n’est pas une garantie de sécurité. Au contraire, les études démontrent que la séparation constitue une situation de vulnérabilité à la violence ; elle augmente le risque de recours aux violences ainsi que leur gravité. C’est le cas en Belgique où 17 % des répondants à l’enquête nationale (tant les femmes que les hommes) déclarent vivre des situations de violences “ très graves ” avec leurs ex-partenaires. Ainsi la peur des représailles n’est pas sans fondement. Sortir d’une relation violente nécessite au minimum et obligatoirement d’anticiper un plan de sécurité.

* Recommandations de grade 1C.

Par ailleurs, quitter son partenaire nécessite de passer du déni à la prise de conscience de la situation et de sa gravité et à la mise en œuvre de solutions. Sur ces deux derniers points, le généraliste est susceptible d'apporter une aide précieuse pour ces patients victimes.

POURQUOI DETECTER LES VIOLENCES CONJUGALES DE MANIERE PROACTIVE ?

Les conséquences sur la santé et les coûts sociétaux

Globalement, le profil de santé des personnes victimes de violences conjugales est nettement moins bon que celui des non-victimes. C'est tout particulièrement le cas lorsque les personnes ont subi des violences sexuelles. Ici encore les travaux épidémiologiques nous permettent d'évaluer l'importance des conséquences de la violence sur la santé des personnes victimes et plus particulièrement des femmes. La dernière *systematic revue* " sur la question du *screening* des violences conjugales mentionne dans ses conclusions que les violences entre partenaires augmentent significativement le risque de maladies mentales et d'abus de substances (alcool ou drogues)¹⁸. On observe chez les femmes victimes jusqu'à 50 % en plus de dépression, 5 fois plus de suicide et 10 % de plus d'abus d'alcool ou autres drogues¹⁹. Les répercussions somatiques ne sont pas en reste, telles des pathologies gynécologiques et obstétricales²⁰, des troubles gastro-intestinaux²¹, des douleurs chroniques²¹. Les conséquences sur la santé génésique ne sont pas négligeables ; en Belgique, les études réalisées en maternité évaluent entre 3,4 %²² et 11 %²³ la prévalence des violences au cours de la grossesse et pendant les 12 mois qui l'ont précédée. Le constat est sans appel : cette violence est au niveau mondial la première cause de décès et d'invalidité chez les femmes entre 16 et 44 ans. Des analyses d'Instituts médico-légaux ont déterminé que 40 % à 70 % des décès par homicide étaient liés à la violence entre partenaires²⁴. Une synthèse des conséquences sur la santé mises en avant dans la littérature internationale est reprise dans le tableau 7. Notons ici qu'elles se retrouvent également au sein des couples homosexuels^{25,26} (tableau 7). En plus des atteintes à la santé de la victime directe, les auteurs décrivent des conséquences psychologiques et comportementales chez les enfants et adolescents témoins. Selon l'enquête nationale, dans plus de 40 % des cas de violences conjugales déclarés au cours des 12 derniers mois, des enfants en furent témoins. C'est aussi lors des situations de violences graves (48,8 %) ou très graves (43 %) que les enfants sont les plus présents. D'autres études signalent que 10 % d'entre eux deviennent des victimes à leur tour²⁷.

Ces observations permettent de comprendre les répercussions de ces actes en termes de coûts sociaux ; ainsi, aux Etats-Unis, on en estime le surcoût annuel à 4 billions de dollars²⁸ en soins de santé (physiques et mentaux). Ce surcoût est à mettre en

rapport avec le surplus de prescriptions et la consommation abusive de services médicaux avec comme corollaire, une médicalisation iatrogène des patients victimes²⁹. En Europe, pour l'année 2006, les estimations des conséquences directes et indirectes des violences entre partenaires atteignent les 16,5 milliards d'euros³⁰.

L'escalade de la violence³¹

Nous avons déjà décrit le caractère à la fois chronique et répétitif des violences conjugales au travers du cycle de la violence (figure 1). En réalité, plus qu'un cycle, nous sommes en présence d'une spirale où la fin de chaque boucle accomplie génère un risque d'intensification de la violence. Au début de l'histoire du couple, ce ne seront sans doute que certaines conduites de l'un qui seront mal vécues par l'autre, avec une tendance à les excuser et sans que, pour autant, un changement soit réclamé. Ainsi s'amorce une relation où l'un va progressivement prendre le pouvoir et l'autre s'en accommodera avec souvent comme espoir de conserver le lien. Plus tard, viendront les humiliations puis le contrôle de plus en plus marqué d'un partenaire sur l'autre. Avec le temps, le rapport de force aura tendance à se cristalliser, avec un partenaire en position de " dominant " manifestant des comportements qui laissent à penser que l'autre est devenu son " objet ". Dans ce schéma, les actes de violence physique ou sexuelle seront de plus en plus agressifs avec des conséquences de plus en plus lourdes pour le/la partenaire victime, raison pour laquelle on parle à juste titre d' " escalade de la violence " (figure 3). Cette aggravation des violences est quasi inéluctable si elles ne sont pas interrompues, ce qui cautionne la nécessité d'une détection la plus précoce possible de ces situations.

LA DETECTION DES VIOLENCES CONJUGALES : POURQUOI LES MEDECINS GENERALISTES ?

Les chiffres dont nous disposons actuellement nous amènent au constat suivant : en réalité, nombre de patients sont concernés par cette problématique et c'est le médecin qui est souvent le premier recours " professionnel " dans un parcours de violences.

Les études réalisées en médecine générale rapportent des prévalences de violences allant de 21 % à 55 % des patientes interrogées si l'on envisage la durée de la vie adulte, et de 6 % à 23 % sur les 12 derniers mois³². Même si l'écart entre ces pourcentages semble important, et ce pour les raisons évoquées *supra* (chapitre sur les enquêtes nationales), il n'en demeure pas moins que le rôle et la place du médecin se révèlent primordiaux. L'enquête nationale française (ENVEFF) constate d'ailleurs que les femmes consultent *jusqu'à cinq fois plus leur médecin de famille* lorsqu'il y a eu plusieurs agressions physiques au cours de l'année écoulée et ce pour motifs divers³³. Les résultats de l'enquête nationale belge nous apportent un éclairage comparable. Comme nous l'avons déjà vu, 43,5 % des personnes interrogées n'avaient jamais

Tableau 7 : Conséquences sur la santé des violences entre partenaires (d'après référence 36).

A. Impact sur la mortalité		
Général	Maternité (Reproduction)	
• plaintes somatiques chroniques	• manque de contrôle sur la décision de maternité	
• dépression, anxiété, idées suicidaires, tentative de suicide	• plus grande propension à s'engager dans des rapports non protégés	
• troubles alimentaires et gastro-intestinaux	• infections sexuellement transmissibles, infection HIV/SIDA	
• alcoolisme et abus de substances	• douleur pendant les rapports, lésions au niveau vaginal ou infections	
• troubles du sommeil, fatigue persistante	• diminution du désir sexuel, irritation au niveau génital	
• douleurs chroniques, maux de tête, mal de dos, arthrite	• grossesse non désirée ou non programmée	
• symptômes neurologiques par exemple engourdissement, fourmillement, évanouissement, attaque	• menaces pour la santé maternelle ou fœtale et risque de décès pour la mère, pour le fœtus ou pour les deux, suite à un traumatisme	
• « <i>shaken adult</i> » syndrome	• complications durant la grossesse ou à la naissance	
• étranglement, perte de connaissance		
• symptômes cardiaques, douleurs thoraciques, hypertension		
• aggravation d'une pathologie chronique préexistante ou interférence avec la capacité de la femme à gérer un diabète, de l'asthme, de l'angor ou de la douleur		
B. Conséquences des violences durant la grossesse		
Maternité (reproduction)	Grossesse	Fœtus
• retard dans les soins prénataux	• fausse couche	• petit poids à la naissance
• insuffisance de gain de poids	• hémorragie avant terme	• lésions fœtales
• infections maternelles (vaginales, cervicales, rénales, utérines)	• rupture prématurée des membranes	• décès du fœtus
• aggravation d'une maladie chronique	• travail et naissance prématurés	
• stress de la mère	• rupture du placenta	
• dépression de la mère	• complications durant le travail	
• lésions abdominales		

parlé des violences à quiconque. Seulement 6,2 % (8,6 % des femmes et 3,4 % des hommes) des victimes de violences conjugales au cours des 12 derniers mois ont eu recours à un avocat ou à la police, alors que 26,4 % des femmes victimes ont fait des démarches auprès d'un médecin ou d'une infirmière. La sphère psycho-médico-sociale (médecin, infirmière, psychologue, service d'aide) est surtout mobilisée par les femmes puisque seulement 6,8 % des hommes l'utilise. Ce sont les personnes âgées de 45 à 54 ans qui y ont eu davantage recours. Aborder le sujet en consultation va également dépendre de la gravité des situations de violences. Plus les situations de violences entre partenaires sont graves, plus on y fait appel. Pour les femmes, c'est le passage aux violences " graves " qui semble déterminant, alors que pour les hommes, le palier se situe clairement aux violences très graves. Enfin, les victimes parlent surtout en consultation des violences qu'elles subissent de la part de leur ex-

partenaire (35,4 %) plutôt que de celles vécues avec leur partenaire (13 %).

Nous pourrions résumer la situation de la manière suivante : les victimes de violence sont parmi les patients les plus assidus en 1^{ère} ligne. Cependant, et c'est le premier paradoxe, dans la majorité des cas, les violences ne sont ni révélées par le patient, ni détectés par le médecin. D'ailleurs, plusieurs travaux confirment que les violences conjugales ne sont décelées par les médecins que dans 5 à 12 % des cas³⁴. Le second paradoxe tient au fait que les patients espèrent que le médecin pose lui-même les questions amenant au diagnostic³⁵, comme c'est souvent le cas pour les troubles d'origine psychosociale.

CONCLUSIONS

La violence conjugale est un réel problème de

MALADIES : Plus ou moins précocement selon le seuil de tolérance individuel (somatique et psychique)

DECES : Homicide, suicide

VIOLENCES SEXUELLES : Contraindre à des actes non désirés, violer, humilier, ...

VIOLENCES PHYSIQUES : Bousculer, lancer des objets, gifler, frapper, donner des coups de poing, étrangler, étouffer,...

VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES : Rabaisser, humilier, harceler, isoler, ignorer, menacer

VIOLENCES ECONOMIQUES : Contrôle du budget, des données bancaires, entrave au travail extérieur

VIOLENCES VERBALES : Insulter, crier, hurler, ...

Figure 3 : L'escalade de la violence (d'après la référence 31).

santé publique. Cette violence est le plus souvent dissimulée et jusqu'ici peu reconnue ; elle n'en est pas moins à l'origine d'une consommation importante de soins et ce d'autant plus que le diagnostic correct n'a pas été posé. Bien avant la police et les services d'urgence, ce sont leur médecin de famille que les victimes consultent en premier. Il existe des démarches validées qui permettent au généraliste de détecter précocement ces violences mais aussi d'accompagner les victimes et leur famille dans un processus de changement de vie, pouvant améliorer leur santé tant somatique que psychique. Pour le médecin lui-même, apprendre à gérer ces situations de manière adéquate, permet de pallier au découragement, voire à l'épuisement qui guette tout intervenant en cette matière.

Addendum : Enquête nationale : quelques messages clés

- Les violences dans l'espace privé sont étonnamment répandues dans la population. Les violences verbales ou psychologiques y sont prépondérantes. Les formes très graves de violences représentent une part importante du phénomène.
- Qui dit violence conjugale, dit bien sûr violences entre partenaires, mais surtout entre ex-partenaires.
- Les femmes sont davantage concernées par cette problématique même si un nombre non négligeable d'hommes y sont confrontés. C'est la gravité des situations qui caractérise les violences faites aux femmes avec les conséquences plus importantes sur la santé physique et psychologique qui y sont associées.
- Les enfants sont également touchés en tant que

témoins de ces violences et ce d'autant que les situations sont graves.

- Ces violences sont peu révélées au monde extérieur, surtout celles qui se vivent au sein du couple. A ce propos, les hommes se confient encore nettement moins que les femmes et attendent davantage pour le faire.
- Trois facteurs de risque associés aux violences subies méritent une vigilance particulière : la qualité relationnelle du couple, la présence de comportements violents à l'extérieur du foyer et le fait que la personne victime estime ne pas avoir suffisamment de contacts avec sa famille proche, ses amis, ses collègues, etc.
- Le médecin est souvent le premier recours "professionnel" dans un parcours de violences. Les personnes abordent le sujet en consultation lorsque les situations de violences sont déjà graves ou même très graves. Elles osent davantage parler de la violence qu'elles subissent de la part d'un ex-partenaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Plan d'Action National contre les Violences Conjugales 2004-2007 http://webapps01.un.org/vawdatabase/uploads/Belgium%20-%20Plan%20D'Action%20National%20Contre%20Les%20Violences%20Conjugales%20_2004-2007_%20_FRA_.pdf
2. Vanhalewyn M, Offermans AM, SSMG. RBP Détection des violences conjugales. Validation par le CEBAM en 2009. Service Public Fédéral Santé, Sécurité Chaîne Alimentaire et Environnement

3. Vanhalewyn M, Offermans AM, Pas L, Cornelis E : Les violences conjugales - recommandation de bonne pratique : revue de la littérature – réponse aux questions de recherche, Service Public Fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Version française, 2008
4. Offermans AM, Vanhalewyn M, D'Hauwe P : Les violences conjugales : cadre juridique et déontologique, les aspects relatifs au dossier et certificat médical, SSMG-Domus Medica, Service Public Fédéral de la Santé, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement sous la supervision du Cebam, Version française, 2008
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA *et al.* : Rapport mondial de la violence et la santé. Organisation Mondiale de la Santé. Genève 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
6. Walker LE : The battered woman. Springer Publishing Company, 2000 : 327 p
7. Bouchard M, Tremblay D : (2008). Le processus de domination conjugale : un modèle interactif et évolutif. In : Arcand S, Damant D, Gravel S, Harper E, eds. *Violences faites aux femmes*. Montréal, Presses de l'Université du Québec, 2008 : 399-406
8. Pieters J, Italiano P, Offermans AM, Hellemans S : Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, 2010
9. Boffin N, Bossuyt N, Ducoffre G *et al.* : Violence intrafamiliale : fréquence des consultations en médecine générale et gestion par le généraliste, Institut scientifique de Santé publique (ISP) Section Épidémiologie. <http://www.iph.fgov.be/epidemiology/EPIFR/episcoop/200802fr.pdf>
10. C.A.H.R.V. : Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles and possible solutions. Testing a comparative approach on selected studies, 2006
11. Institut scientifique de Santé publique. Enquête de santé par interview, 2004 – Volet Victimization
12. Jaspard M, Brown E, Condon S *et al.* : Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population et Société*, 2001 ; 364
13. The Royal Australian College of General Practitioners : Abuse and violence, Working with our patients in general practice, 2008
14. Taft A, Shakespeare J : Managing the whole family when women are abused by intimate partners : challenges for health professionals. In : Roberts G, Hegarty K, Feder G, eds. Elsevier Press, 2006 : 145-62
15. Dinh-Zarr T, Diguiseppi C, Heitman E, Roberts I : Preventing injuries through interventions for problem drinking : A systematic review of randomized controlled trials. *Alcohol and Alcoholism* 1999 ; 34 : 609-21
16. Gil-Gonzalez D, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Latour-Perez J. (2006). Alcohol and intimate partner violence: Do we have enough information to act? 749. *European Journal of Public Health*, 16, 278-84.
17. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G : Primary care : should health professionals screen women for domestic violence ? Systematic review. *BMJ* 2002 ; 325 : 314
18. Feder G, Ramsay J, Dunne D *et al.* : How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening program ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria, NIHR HTA program, March 2009
19. Golding JM : Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders : A meta-analysis. *J Fam Violence* 1999 ; 14 : 99-132
20. Campbell JC : Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002 ; 359 : 1331-6. http://www.nnvawi.org/pdfs/alo/Campbell_1.pdf
21. Feder G, Ramsay J, Dunne G *et al.* : How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria, NIHR HTA program, March 2009
22. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M : Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium : A survey study. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Bio* 2008 ; 137 : 37-42
23. Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S : Domestic violence during pregnancy : survey of patients and healthproviders. *Journal of Women's Health* 2008 ; 17
24. Lecomte D, Tucker ML, Fornes P : Homicide in women, a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. *J Clin Forensic Med* 1998 ; 5 : 15-6
25. Greenwood GL, Relf MV, Huang B *et al.* : Battering victimization among a probability-based sample of men who have sex with men. *Am J Public Health* 2002 ; 92 : 1964-9
26. McClennen JC, Summers AB, Vaughan C : Gay men's domestic violence : dynamics, help-seeking behaviors and correlates. *Journal of Gay and Lesbian Social Services* 2002 ; 14 : 23-49
27. Greaves L, Hankivsky O, Kingston-Riechers J : Selected Estimates of the Costs of Violence Against Women. London, ON : Center for Research on Violence Against Women and Children, 1995
28. Centers for Disease Control and Prevention. Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. Atlanta, GA : Centers for Disease Control, 2003
29. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P : Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2007 ; 32 : 89-96
30. Albagly M, Baffert S, Mugnier C : Estimation du coût des violences conjugales en Europe, Projet Daphné 2006 " IPV EU_Cost » JLS/DAP/06-1/073/WY
31. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M *et al.* : Intimate partner violence : prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006 ; 30 : 447-57
32. Hegarty K : What is intimate partner abuse and how common is it ? In : Roberts G, Hegarty K, Feder G, eds. *Intimate partner abuse and health professionals : new approaches to domestic violence*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2006 : 19-40
33. Institut de Démographie de l'Université Paris 1. Enveff : Les violences envers les femmes au quotidien, Rapport final. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et à la formation professionnelle, Service des droits des femmes et de l'égalité, 2001, 240 p. http://www.cicred.org/Eng/Seminars/Details/Seminars/santefemmes/ACTES/Com_JaspardSaurel.PDF
34. Ramsay J, Richardson J, Carter YH *et al.* : Primary care : should health professionals screen women for domestic violence ? Systematic review. *BMJ* 2002 ; 325 : 314
35. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD : Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med* 2002 ; 17 : 112-6

36. Cherniak D, Grant S, Mason R, Moore B, Pellizzari R : Intimate Partner Violence Consensus Statement - SOGC Clinical Practice guidelines. J. Obstet Gynaecol Canada 2005 ; 157 : 365-88

Correspondance et tirés à part :

A.M. OFFERMANS

E-mail : am.offermans@base.be

Travail reçu le 24 juin 2010 ; accepté dans sa version définitive le 6 juillet 2010.