

Société Scientifique de Médecine Générale



avec le soutien de l'AVIQ



Guide de Pratique Clinique

DÉTECTION DES VIOLENCES CONJUGALES

Auteurs : Equipe de recherche SSMG - CUMG ULB

Anne-Marie Offermans, sociologue spécialisée dans la prévention des violences familiales

Michel Vanhalewyn, médecin généraliste

Thierry Van der Schueren, médecin généraliste

Michel Roland, médecin généraliste

Benjamin Fauquert, médecin généraliste

Nadine Kacenenbogen, médecin généraliste

Mise à jour - Validée par le CEBAM en mars 2018

A l'attention des lecteurs

Les Guides de Pratique Clinique (GPC) ont une valeur de ligne directrice et de cadre de référence lors de la prise de décision diagnostique ou thérapeutique en médecine générale. Si les recommandations qui y sont formulées tiennent compte des meilleures preuves scientifiques disponibles, elles doivent faire l'objet d'une évaluation quant à leur adéquation avec la situation spécifique de chaque patient au regard de l'expérience clinique de chaque thérapeute : c'est ce trépied science-patient-médecin qui constitue l'essence-même de la médecine factuelle (alias « evidence-based medicine »). Les décisions doivent être, dans la mesure du possible, prises de manière conjointe avec le patient. En aucune façon, ces recommandations ne doivent donc être considérées comme contraignantes. Il convient de prendre en compte le contexte, les préférences et les valeurs du patient, et d'impliquer celui-ci comme partenaire de la décision. C'est pourquoi, le médecin généraliste clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des éventuelles options thérapeutiques.

Il est donc parfaitement possible que le médecin et le patient décident, de commun accord et sur base de repères clairement définis, de poser un choix différent de celui qui est proposé dans le présent GPC.

Ce principe tient lieu de préalable pour l'ensemble de ce document.

Ce GPC a été validé par le CEBAM le 16 mars 2018. La validation ne concerne que le processus de développement de la recommandation et ne se prononce pas sur le contenu.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
1.1. Objectifs.....	5
1.2. Contexte	5
1.3. Public-concerné	6
1.4. Population-cible de patients.....	6
1.5. Epidémiologie	6
2. DEFINITIONS	7
3. CONCEPTS	8
4. QUESTIONS CLINIQUES	11
5. RECOMMANDATIONS CLINIQUES	12
5.1. Quels sont les prérequis et les instruments à disposition du médecin généraliste pour détecter et confirmer un diagnostic précoce de violences conjugales ?.....	12
5.2. Dans quels types de situations le médecin généraliste doit-il avoir une démarche proactive en matière de détection des violences conjugales ?	15
5.3. Quelles sont les interventions immédiates (médicales, psychologiques ou sociales) efficaces, une fois les violences révélées ?	20
5.4. Vers quels référents orienter en fonction des particularités des familles concernées (présence ou non d'enfant, caractéristiques culturelles ou sociales, niveau de risque...) ?.....	23
6. MESSAGES-CLES	29
6.1. Détection : prérequis et démarche diagnostique	29
6.2. Détection : conditions cliniques liées aux violences conjugales.....	29
6.3. Intervention immédiate	30
6.4. Référence	30
7. CONDITIONS DE MISE EN APPLICATION	32
8. INDICATIONS D'IMPLEMENTATION	32
9. AGENDA DE RECHERCHE	32
10. PUBLICATIONS SSMG APPARENTEES	33
11. ELABORATION DU GPC	33
11.1. Auteurs.....	33
11.2. Méthodologie et recherche documentaire.....	34
11.3. Détermination du grade.....	36
11.4. Experts consultés	37
11.5. Evaluation sur le terrain	38
11.6. Implication des patients.....	38
11.7. Validation	38
11.8. Mise à jour et financement.....	38
12. BIBLIOGRAPHIE	39

LISTE DES OUTILS

Outil 1 : Tableau des ressources.....	28
Outil 2 : Algorithme décisionnel.....	31

Abréviations

ASJ	Aide Sociale aux Justiciables
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
CEBAM	Centre Belge d’Evidence-based Medicine
CGRA	Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides
CUMG	Centre Universitaire de Médecine Générale
EM	Entretien Motivationnel
EMDR	Eye Movement Desensitization Reprocessing
CCE	Conseil du Contentieux des Etrangers
CPF	Centres de Planning Familial
GPC	Guide de Pratique Clinique
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GPP	Good Practice Point
PAN	Plan d’Action National belge contre les violences intrafamiliales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l’Enfance
OQT	Ordre de quitter le territoire
QALY	Quality adjusted life years
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
SAPV	Service d’Assistance Policière aux Victimes
SSM	Services de Santé Mentale
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
RAGCP	Royal Australian College of General Practitioners
RCT	Randomized Controlled Trial
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
ULB	Université Libre de Bruxelles

I. Introduction

I.1 Objectifs

Ce Guide de Pratique Clinique (GPC) propose un cadre de référence en matière d'identification et de diagnostic précoce des violences conjugales ainsi que d'orientation des patients concernés. L'approche clinique et les aspects juridiques, déontologiques en ce compris la rédaction du certificat médical sont envisagés dans des publications annexes.

Il consiste en une mise à jour de la recommandation SSMG-Domus Médica 2009¹ réalisée, à la demande de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ), dans le cadre du Plan d'Action National belge contre les violences intrafamiliales (PAN).

I.2 Contexte

Les violences conjugales relèvent d'une problématique complexe généralement sous-estimée comportant des dimensions éthiques et sociétales importantes. Elles nécessitent une approche adéquate de la part de l'ensemble des prestataires de soins et en particulier du médecin généraliste dont le raisonnement clinique tient compte de l'environnement familial du patient².

Cette approche vise en premier la détection de cette problématique, au vu de sa prévalence élevée au sein de la population générale, de sa morbi-mortalité importante chez les personnes concernées, adultes³ et enfants⁴, ainsi que de ses répercussions avérées sur la parentalité⁵. La chronicité des violences conjugales associée à leur aggravation dans le temps, de même que la « loi du silence » les caractérisant sont d'autres éléments à prendre en considération.

Les violences conjugales majorent les motifs de contact avec les professionnels de santé, de même que le nombre de consultations⁶. Un large éventail de soins, des hospitalisations plus fréquentes et une consommation plus importante de médicaments sont observés chez les femmes avec un vécu de violence comparativement à celles n'ayant pas été confrontées à ces situations⁷. En Belgique, selon l'étude se basant sur les données de l'enquête de Santé de 2013⁸, ces patients déclarent avoir pris, au cours des deux dernières semaines, trois fois plus de psychotropes à savoir des tranquillisants, des antidépresseurs, des sédatifs et des anxiolytiques (OR 3.20 CI 95% 1.96-7.03 p0.004).

Le coût financier et social lié à cette problématique est en fait considérable ; en Belgique, sur base de l'extrapolation de l'étude réalisée en Angleterre, il est évalué à près de 2,68 milliards d'euros⁹ incluant les dépenses liées à l'aide sociale, la justice, l'hébergement et les services de santé. Une intervention efficace, même de manière marginale, peut apparaître tout à fait productive et rentable au vu de l'importance de la charge financière secondaire à la prise en charge des violences¹⁰. L'étude économique de NICE¹¹ montre par exemple un ratio d'incrément coût/bénéfice de £2.450 alors que le QALY additionnel est de £20.000.

Tenant compte de l'organisation des soins de santé, les généralistes sont les intervenants les mieux placés dans la détection de ces violences, ce qui représente une opportunité de diagnostic précoce. En évitant les situations enkystées et/ou d'un haut degré de gravité, les chances d'un meilleur pronostic sont augmentées pour les familles concernées. Ce diagnostic précoce permet d'autres interventions que la mise à l'abri de la famille ou l'exclusion d'emblée de l'auteur de violences.

Au contraire, l'absence de détection des violences conjugales – notamment par manque de formation - peut mener à des erreurs de diagnostic et des démarches cliniques inadaptées telles des mises au point inutiles et coûteuses ou des traitements ne prenant pas en compte la globalité du problème sous-jacent¹² et basés, par exemple, uniquement sur des psychotropes. Les personnes concernées veulent éviter de voir leur situation médicalisée¹³ ; mais ceci ne peut être respecté qu'à la condition que la symptomatologie soit assimilée au diagnostic effectif de violence.

I.3 Public concerné

Ce GPC s'adresse principalement aux médecins généralistes. Il est également destiné à tout médecin de première ligne impliqué dans la détection précoce et l'accompagnement des familles concernées par cette problématique tel les gynécologues, les pédiatres, les pédo-psychiatres, les psychiatres... D'autres professionnels de santé intervenant dans cette problématique (psychologues, sage-femmes, assistants sociaux...) peuvent y trouver des éléments utiles à leur pratique, mais ils ne sont pas considérés spécifiquement comme publics utilisateurs dans la mesure où ils n'ont été associés ni au développement, ni à la validation de ce GPC.

I.4 Population-cible de patients

Le GPC concerne les violences conjugales, c'est-à-dire les violences à l'égard des femmes et des hommes en couple hétéro ou homosexuel en ce compris les relations amoureuses précoces (dès l'âge de 10 ans) ainsi que l'exposition des enfants et des adolescents à ces violences. Il inclut les dynamiques relationnelles caractérisées par une emprise et un processus de domination d'un des partenaires du couple. Bien que certaines dynamiques de couple ne présentent pas ces caractéristiques asymétriques et qu'elles pourraient ne pas impliquer les mêmes réponses que celles proposées dans ce présent GPC, elles relèvent néanmoins de la détection au vu des conséquences sur la santé de l'enfant.

Ce GPC ne développe pas la problématique des auteurs de violences, bien qu'il esquisse des pistes d'intervention à leur égard par le biais de l'accompagnement des familles concernées. Il n'envisage pas non plus les thèmes suivants : les violences en situation de conflit armé, la maltraitance à l'égard des personnes âgées et des enfants. Ces deux dernières font déjà l'objet de recommandations spécifiques publiées respectivement en 2013 et en 2014¹⁴. L'approche des violences sexuelles et des mutilations génitales féminines est en cours d'élaboration.

I.5 Epidémiologie

Les violences conjugales sont largement répandues. Selon l'étude de l'OMS¹⁵, 25,4 % des femmes européennes sont confrontées à des violences physiques et sexuelles de la part de leur partenaire durant leur vie (95% CI% 20.9 à 30.0). Toujours, selon cette même étude, ces violences sont déjà présentes dans les relations amoureuses précoces ; leur prévalence est de 29,4% chez les filles âgées entre 15 et 19 ans (95% CI% 26.8 à 32.1). Elles sont une cause importante de mortalité. A l'échelle mondiale, au moins 38% de tous les meurtres de femmes ont été commis par un partenaire intime.

Si ces violences apparaissent comme une problématique clairement genrée, avec comme victimes majoritaires les jeunes filles et les femmes, les hommes sont également concernés. En Belgique, selon l'enquête réalisée en 2010 auprès de la population belge, 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 situations¹⁶.

Comme les autres études européennes, cette enquête démontre que :

- les femmes sont plus souvent victimes que les hommes, de formes de violences plus graves, plus fréquentes et sur de plus longues périodes
- les hommes évoquent moins facilement que les femmes leurs expériences en matière de violences entre partenaires (64,8% pour les femmes contre 39,2% pour les hommes)
- les enfants sont exposés à ces violences au sein du couple. Ils ont été témoins dans plus de 40% des cas de violences conjugales déclarées au cours des 12 derniers mois. C'est aussi lors des situations de violences graves (48,8%) ou très graves (43%) que les enfants sont les plus présents

Les taux de violences conjugales rapportés par les études réalisées dans les soins de santé sont généralement plus élevés. Dans les salles d'attente des médecins généralistes, 1 femme sur trois vivant en couple serait touchée par cette problématique au cours de sa vie¹⁷. Dans les services de maternité, on note, en Belgique, des pourcentages allant de 3,4¹⁸ % et 11 %¹⁹ de femmes victimes de violences au cours de la grossesse et durant les 12 mois qui l'ont précédée.

Le nombre de déclarations aux services policiers reste relativement faible. En Belgique, on dénombre, en 2016, 39.668 plaintes pour des faits de violence entre partenaires et 2.882 plaintes pour des faits de viol²⁰, ce qui est largement inférieur à leur fréquence réelle d'après les différentes publications.

2. Définitions

Violences conjugales

Les violences conjugales sont définies comme tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques, sexuelles, économiques ou sociales aux personnes qui en font partie (définition OMS)²¹. Ces violences peuvent prendre différentes formes, à savoir :

- verbales telles les insultes, les injures, les cris
- psychologiques comme l'humiliation, le harcèlement par téléphone, Internet ou sur le lieu de travail, le dénigrement de l'autre, le contrôle de la relation (de ce que l'autre fait, des "allers-venues", des moyens de contraception), les menaces, l'intimidation et l'isolement
- économiques où le contrôle porte sur l'accès aux ressources, aux données bancaires et financières, à l'activité professionnelle
- physiques tels bousculer, lancer un objet, gifler, donner des coups, tirer les cheveux, étouffer, séquestrer, et toute autre agression physique y compris l'utilisation d'armes et même finalement parfois l'homicide
- sexuelles lorsqu'il y a contrainte à des actes ou des pratiques sexuelles ressenties dégradantes ou humiliantes, les tentatives de viol ou les viols

Elles peuvent aussi inclure :

- le mariage forcé, c'est-à-dire un mariage qui est conclu sans le libre consentement des deux époux ou lorsque que le consentement d'au moins un des époux a été obtenu par la violence ou la menace²²
- les violences liées à l'honneur qui font référence à un continuum dans les formes de violences (allant de la légère pression psychologique au crime d'honneur en passant par la violence physique) où la prévention ou la réparation d'une atteinte à l'honneur sexuel et familial – dont le monde extérieur est ou risque d'être mis au courant – constitue le motif principal. Il peut s'agir de l'honneur d'un individu, de la famille ou de la communauté²³

Personne avec un vécu de violences conjugales - personne concernée

Personne (adulte et adolescent (10-19 ans)) victime ou ayant été victime de violences de la part de son ou sa partenaire.

Auteur de violences

Un(e) partenaire - actuel(le) ou précédent(e) - marié, vivant en union libre, cohabitant ou se fréquentant dans le cadre d'une relation hétéro ou homosexuelle ayant des comportements coercitifs et/ou contrôlants (notions reprises dans la définition du PAN²⁴).

Le comportement coercitif est, au sein du couple, un acte, ou un modèle d'actes comprenant des agressions, des menaces, des humiliations, des actes d'intimidation ou d'autres violences en vue de nuire, punir ou effrayer le partenaire.

Le comportement contrôlant consiste en un ensemble d'actes visant à subordonner ou rendre dépendant le partenaire en ce compris l'isoler dans le but de l'exploiter à des fins personnelles. Cela peut également impliquer de le priver de toute possibilité d'autonomie, de l'empêcher de partir ou de gérer son quotidien.

Enfant ou adolescent (0-19 ans) exposé aux violences conjugales

Est celui qui grandit dans un foyer où il est ou a été confronté à la violence au sein du couple. Il peut vivre dans la peur, être témoin oculaire, auditif ainsi que s'inquiéter des conséquences de la violence sans l'avoir vue ni entendue (constat de blessures, récit du parent, intervention policière...). Dans certains cas, il peut être lui-même victime de maltraitances.

3. Concepts

Cycle de la violence

Les violences au sein du couple surviennent rarement seules, elles ont tendance à se répéter et à devenir chroniques. Un cycle a d'ailleurs été mis en évidence au départ de récits de vie de personnes concernées. Il est décrit comme une dynamique relationnelle dans laquelle les deux partenaires sont impliqués et qui comporte quatre moments-clés :

- une période caractérisée par *des tensions dans le couple* (hyper-contrôle, lourds silences, bouderie, ...) qui s'accroissent progressivement, créant un climat de peur et d'insécurité au sein de la cellule familiale. La personne victime tente de satisfaire au mieux les desideratas de son/sa partenaire
- *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
- 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. De son côté, la personne victime développe souvent des sentiments complémentaires de culpabilité
- 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 système familial de perdurer

Cette dynamique des violences ne prend pas en compte des facteurs culturels et d'autres facteurs relationnels à l'intérieur du couple.

Le cycle de la violence constitue un des modèles explicatifs face aux ambivalences dans la demande d'aide. Il peut être utilisé comme un support au dialogue avec la personne concernée en vue d'augmenter la prise de conscience de la situation et de son risque de passage à la chronicité.

Dépistage

Le dépistage consiste à rechercher chez une personne en bonne santé apparente les signes d'un problème de santé à un stade pré-clinique (asymptomatique). On distingue le dépistage individuel en fonction des risques personnels ou opportuniste (case-finding) lors d'un contact de soins et le dépistage systématique de masse non ciblé (screening) pour toute une population définie.

EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing)

L'EMDR est un type d'intervention à visée psychothérapeutique qui utilise la stimulation sensorielle. Elle est généralement appliquée par le biais des mouvements oculaires en vue d'induire une résolution des symptômes liés à des événements traumatiques du passé tels l'abus sexuel, le viol et de manière plus large le syndrome de stress post-traumatique.

Entretien motivationnel (EM)

L'EM est une méthode de communication directive centrée sur la personne visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence²⁵. Il se conçoit également comme un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement²⁶.

L'EM n'est pas simplement un ensemble de techniques, mais bien la mise en œuvre de principes très importants qui en définissent l'esprit :

- le partenariat : l'EM est à envisager comme la collaboration entre deux experts, le professionnel, expert dans son domaine, et la personne experte de sa propre situation
- le non-jugement qui consiste à reconnaître la valeur inconditionnelle de chaque être humain et son potentiel, son autonomie inaliénable (...), manifester une empathie approfondie pour le point de vue de l'autre et valoriser ses capacités et ses efforts²⁷, comme cela est proposé dans l'approche de Carl Rogers
- l'altruisme : l'intérêt qui prévaut doit rester celui de la personne accompagnée
- l'évocation : l'intervenant qui pratique l'EM considère que la personne a en elle les ressources pour changer et qu'il est là pour l'aider à les faire émerger

Escalade de la violence

Avec le temps, les violences peuvent s'intensifier. Les agressions physiques ne sont souvent pas présentes 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 qui conduiront chez un certain nombre de personnes concernées aux violences physiques, aboutissement d'un processus destructeur.

Evaluation des risques

Une évaluation des risques est initiée lors de la révélation des violences conjugales. L'objectif est de caractériser la nature du danger encouru par la personne avec un vécu de violences et par son/ses enfant(s) ainsi que d'en estimer sa gravité. Cette évaluation, réalisée avec la personne concernée est réitérée au fil des consultations. Elle permet de déterminer l'urgence (ce qui ne peut être différé) ainsi que les modalités d'aide et de protection adéquates.

Guidance psychosociale

Pour les personnes avec un vécu de violences conjugales, la guidance psychosociale inclut :

- une aide psychologique en vue d'engager un processus de dévictimisation et d'autonomisation (empowerment)
- l'élaboration de mesures de sécurité
- des conseils sur les plans juridique, administratif et financier
- un accès aux services d'aide appropriés

Les interventions peuvent différer en fonction des risques encourus. Elles sont assurées par des psychologues ou des travailleurs sociaux.

LGBT

Est un terme générique qui désigne collectivement les personnes lesbiennes, bisexuelles, gays et transgenres.

Maison d'accueil

Une maison d'accueil offre un hébergement limité dans le temps à toute personne confrontée à diverses difficultés de vie. Certaines maisons d'accueil sont spécialisées en violences conjugales et hébergent uniquement des femmes seules ou avec enfant(s) ; seules, quelques-unes possèdent une adresse tenue secrète en vue d'assurer la sécurité des personnes concernées.

Migrants

Les migrants se répartissent en plusieurs sous-catégories correspondant aux quatre étapes de leur parcours d'asile (on ne parle donc pas des étrangers qui ont un visa touristique de 3 mois et qui ont dès lors des papiers) :

1. A leur arrivée en Belgique, après leur voyage de migration après avoir quitté, souvent fui, leur pays d'origine, avant qu'ils n'aient eu le temps de constituer leur dossier de demande d'asile; cette phase peut être très courte si le migrant connaît ses droits (24 heures).
2. L'enregistrement de la demande est fait; ils sont encore sans-papier mais sont dans la légalité, ils existent légalement et ont donc droit à l'assistance médicale et à l'aide sociale.
3. Après le rejet de leur demande d'asile, pendant les (parfois nombreux) recours au Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA), au Conseil du Contentieux des Etrangers (CCE), à l'Office des étrangers; à ce moment, ils restent dans la légalité et ont toujours une existence officielle avec le droit aux soins.
4. Après le rejet de tous les recours, ayant reçu un Ordre de quitter le territoire (OQT), s'ils restent quand même en Belgique, ils deviennent illégaux sans-papiers, perdent toute existence reconnue et n'ont plus droit aux soins ni à l'aide sociale.

Les migrants dont la demande d'asile a été acceptée sont alors légalement inclus dans la société sous le statut de réfugiés.

Modèle de changement de comportement

Le modèle « Stages of change » de Prochaska et DiClemente²⁸ est conçu au départ des théories du changement de comportement et classiquement utilisé pour l'aide à l'arrêt du tabac, de l'alcool ou d'autres addictions. Transposé aux situations de violences entre partenaire, il permet au médecin d'évaluer la disposition de la personne concernée à changer (notamment de situation) et de lui proposer des interventions appropriées. Chez la personne avec un vécu de violences conjugales, on peut reconnaître différentes phases qui ne sont pas nécessairement séquentielles :

1. Dénier ou minimisation du problème de violences lorsque la personne ne déclare aucune intention de faire évoluer son environnement ou sa relation.

2. Reconnaissance du problème et ambivalence par rapport aux possibilités de changement : même si elle n'est pas encore engagée à changer, elle pèse le pour et le contre de la situation et se montre inquiète des conséquences sur son environnement ou sur le changement de celui-ci.
3. Préparation/décision : la personne est manifestement consciente de la situation de violences et entrevoit une action dans les mois à venir (délai rapproché).
4. Action : la personne réalise les changements pour lesquels elle s'était préparée.
5. Maintien des changements comme faisant partie intégrante de son quotidien.
6. Retour à une phase antérieure/Rechute quand la personne remet en cause les changements mis en œuvre.

Plan de sécurité

Un plan de sécurité identifie les facteurs déclenchant les violences et inclut des actions spécifiques à faire quand le risque de danger est le plus élevé, soit que la personne vive encore avec son/sa partenaire, soit qu'elle prépare sa séparation ou encore après avoir quitté le domicile. Il est élaboré en concertation avec la personne avec un vécu de violences conjugales et doit être revu régulièrement.

Première ligne

Premiers prestataires de soins que le patient décide de consulter, médecins ou autres ; on est ici du côté de la demande de soins. Les prestataires de première ligne appartiennent d'habitude au niveau des soins primaires (correspondant à une offre de soins organisée).

Révélation

La révélation est définie comme le moment où un adulte ou un enfant informe un professionnel de santé de première ligne de sa situation de violences.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales ont généralement une composante cognitive (aider la personne à développer sa capacité d'identifier et de modifier ses pensées négatives irréalistes) ainsi qu'une composante comportementale (expérimenter le changement de comportement en remplaçant de façon concrète des réactions problématiques par des conduites souhaitées). Certaines TCC se centrent plus particulièrement sur les traumatismes.

4. Questions cliniques

1. Quels sont les prérequis et les instruments à disposition du médecin généraliste pour détecter et confirmer un diagnostic précoce de violences conjugales ?
2. Dans quels types de situations le médecin généraliste doit-il avoir une démarche proactive en matière de détection des violences conjugales ?
3. Quelles sont les interventions immédiates (médicales, psychologiques ou sociales) efficaces, une fois les violences révélées ?
4. Vers quels référents orienter en fonction des particularités des familles concernées (présence ou non d'enfant, caractéristiques culturelles ou sociales, niveau de risque...) ?

5. Recommandations cliniques

5.1 Quels sont les prérequis et les instruments à disposition du médecin généraliste pour détecter et confirmer un diagnostic précoce de violences conjugales ?

Recommandations

Prérequis

Créer un environnement favorable à la révélation des violences conjugales :

- disposer, dans les salles d'attente ou autres endroits appropriés, des affiches ou du matériel didactique informant sur les violences conjugales – **GRADE 1C**
- veiller à ce que ces supports soient disponibles dans différents formats et dans les langues couramment parlées – **GPP**
- prendre les mesures nécessaires afin que les personnes concernées puissent être reçues dans la confidentialité – **GPP**
- connaître les services, les protocoles et procédures en vigueur en matière de violences conjugales – **GPP**
- prévoir des modalités d'orientation vers les services ad hoc en vue d'assurer la continuité des soins – **GRADE 1B**
- être sensibilisé, voire formé à la problématique des violences conjugales et plus particulièrement à l'abord du sujet en consultation – **GRADE 1C**
- s'assurer des temps d'échanges entre professionnels et de supervision de cas – **GPP**

Démarche diagnostique

Interroger au départ de questions pertinentes favorisant la révélation de violences actuelles ou passées. Cette démarche de questionnement devrait se faire en privé, sans personne d'autre, dans un environnement sécurisant et d'une manière appropriée. Les personnes concernées entendent généralement positivement le questionnement sur le sujet – **GRADE 1C**

Explication

L'environnement joue un rôle important dans la révélation des violences au sein du couple.

Un premier et second prérequis à la démarche diagnostique de violences conjugales visent la présence de supports d'information dans les cabinets médicaux (bureau de consultation, zones d'accueil, toilettes). Ces supports constituent un signal de l'attention portée à la problématique par le praticien. Ils seront mis à disposition dans des formats et versions les plus divers (affiche, carte de visite, vidéo) et mentionneront les principaux contacts téléphoniques dans le domaine tels le numéro gratuit 0800 30 030 accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Ils pourraient aussi inclure des informations concernant des publics avec des difficultés d'accès aux ressources existantes tels les migrants illégaux, les LGBT, les personnes à mobilité réduite.

Le troisième prérequis concerne la configuration des lieux de consultation. Celle-ci devrait garantir la confidentialité des personnes concernées en agençant, par exemple, l'accueil des consultations de telle manière qu'elles ne soient pas entendues par autrui.

Le quatrième et le cinquième ont trait au réseau de collaboration. Il s'agit de se construire un réseau qui comprendra les différents types de services d'aide aux victimes (adultes, enfants) ainsi qu'aux auteurs de violences conjugales (Voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources). Connaître leurs modes d'intervention et définir des modalités d'orientation sont nécessaires à l'abord du sujet en consultation. Les modalités d'orientation devraient prendre en compte l'âge, l'accès aux services existants et les réticences à consulter ceux-ci.

Le sixième envisage la sensibilisation/formation continuée du praticien. Participer à des séances de sensibilisation/formation sur comment détecter et communiquer de manière appropriée augmente l'identification des violences subies, voire l'orientation des personnes concernées.

Le dernier prérequis aborde la nécessité d'échanger sur les cas identifiés en vue de soutenir les bonnes pratiques en la matière. Les échanges entre professionnels et les supervisions de cas - permettent également d'envisager les difficultés rencontrées au vu de la charge émotionnelle inhérente à ce type de situations.

L'utilisation d'instruments de dépistage n'est pas recommandée dans la littérature²⁹. La démarche diagnostique consiste à interroger à partir de questions ouvertes sur la vie à la maison jusqu'à nommer des actes concrets de violences sous ses différentes formes, à savoir, par exemple :

« Y a-t-il des tensions particulières dans votre couple ou votre entourage ? Quand il y a des désaccords, des disputes, comment cela se règle-t-il ? »

« Avez-vous déjà été menacé(e), bousculé(e), frappé(e) ? »

« Avez-vous encore le droit de voir votre famille, vos ami(e)s ? »

« Avez-vous peur ou avez-vous déjà eu peur de votre partenaire ? »

Les portes d'entrée de ce questionnement progressif - en entonnoir - sont diverses et varient en fonction du contexte. Un minimum de conditions doivent être respectées : la confidentialité et la sécurité de la personne interrogée. L'absence du partenaire et de toute autre personne susceptible d'en parler à l'auteur est primordiale au vu du risque d'intensification des violences après la révélation. Le questionnement progressif, même lorsque la violence n'est pas reconnue, favorise la révélation lors de consultations ultérieures et ouvre la porte à une aide éventuelle. La révélation est avant tout un acte volontaire.

Le dépistage - même systématique - est bien accepté par les personnes concernées. Il apparaît, dans le cadre d'études qualitatives que, pour les patientes interrogées³⁰, il s'agit d'un moyen d'augmenter leurs connaissances de la problématique, de lever la stigmatisation, de gagner en estime de soi et d'obtenir du soutien. Certains facteurs favoriseraient l'acceptabilité de ce dépistage : lorsque la raison du dépistage est avancée, qu'il est réalisé par un professionnel de confiance dans un environnement sécurisé et confidentiel, sans aucune pression à révéler la situation. Certains désagréments sont toutefois cités par un petit nombre de patientes comme le manque de temps, la rupture de la relation de confiance, l'intrusion dans la vie privée, la crainte de représailles, la peur d'être interpellée par les services d'aide ou de protection de la jeunesse.

Bases des recommandations

La démarche diagnostique proposée dans la recommandation SSMG-Domus Médica 2009³¹ est confirmée par les guidelines NICE³² et RAGCP³³. Davantage de prérequis ont été définis et repris dans leur entièreté des recommandations NICE. Ils sont conformes aux avis énoncés dans le guideline RAGCP. Ces prérequis reposent sur des niveaux de preuve variables.

Concernant les supports d'information (affiches, folders, dépliants sur la problématique), la revue systématique sous-tendant le guideline NICE³⁴ fait état de deux études réalisées au sein des urgences avec un faible niveau de preuve. L'étude transversale³⁵ rapporte que les femmes étaient plus enclines à révéler leur situation de violences lorsqu'elles avaient remarqué le matériel d'information (carte de visite) déposé en consultation (60.9% vs. 34.3%, p=0.009).

La mise à disposition de ces supports d'information s'appuie sur un rapport d'experts³⁶ indiquant l'importance de la non-discrimination des populations vulnérables.

L'importance de la confidentialité repose sur la méta-analyse de 25 études qualitatives portant sur les attentes et les expériences de femmes victimes par rapport aux praticiens (847 participantes)³⁷.

Pour ce qui est du réseau de collaboration, la revue systématique de haute qualité sous-tendant le guidelines NICE³⁸ fait état de résultats concluants avec un niveau modéré de preuve (11 études). La collaboration avec le réseau augmente le nombre de patient(e)s orienté(e)s vers les services ad hoc, a un impact sur la réduction des violences subies et améliore l'aide apportée aux personnes concernées (Voir à ce sujet question clinique 4).

L'efficacité des programmes de formation est de plus en plus démontrée. Même si le niveau de preuve restait inconsistant dans la revue systématique de NICE³⁹ (2 études sur 4), la revue systématique de Zaher⁴⁰ rapporte de manière unanime des effets bénéfiques de la formation (9 études). Ces effets varient en fonction des modalités d'intervention de formation. Les deux études randomisées et contrôlées de haute qualité, relatives à des programmes de formation à multiples facettes (contenus théoriques sur les différents aspects de la problématique, techniques interactives, refresh), à destination de médecins généralistes attestent d'une amélioration significative de l'identification des femmes victimes (Lo Fo Wong 2006⁴¹, Pays-Bas - OR=5.92, 95% CI: 2.25-15.62, p<0.01) et Feder et al. 2011⁴², Angleterre - (adjusted IRR=3.1, 95% CI: 2.2-4.3)), voire aussi de leur orientation vers des structures ad-hoc, pour une d'entre elles (Feder et al. 2011⁴³, Angleterre - (adjusted IRR=6.4, 95% CI: 4.2-10.0)). Aucun effet indésirable n'a été signalé.

Quant aux échanges entre professionnels et supervisions de cas, le guideline NICE ne repose sur aucune publication relevante.

Plusieurs prérequis recommandés constituent les composants des programmes avec une approche globale du dépistage systématique qui s'avèrent être les plus performants, selon la revue systématique d'O'Campo⁴⁴. Ceux-ci obtiennent les meilleurs scores en termes d'augmentation de l'identification et de la révélation des violences. Ces scores sont également maintenus dans la durée. L'approche développée par ces programmes vise l'auto-efficacité du praticien et se caractérise, outre l'utilisation de protocole de dépistage, par le soutien institutionnel incluant les supports d'information aux patients, la formation initiale et continue et un accès direct/orientation vers des ressources en interne et/ou en externe.

Quant aux instruments de dépistage, la revue systématique NICE de haute qualité (7 études dont 3 études randomisées et contrôlées) atteste que la longueur et le type d'outils utilisés (WAST, HITS, PVS, CAS2), le type de questions posées (fréquence des violences versus question oui/non) induisent des différences dans l'identification des violences tant au niveau du nombre de femmes dépistées qu'en termes de formes de violences répertoriées et de groupes de population concernés. Les importantes variations observées entre les sept études ne permettent pas de se prononcer en faveur de tel ou tel instrument. Le niveau de preuve est modéré ce qui induit une démarche diagnostique au départ de questions pertinentes favorisant la révélation de violences actuelles ou passées.

D'après la revue systématique de Feder et al.⁴⁵ sur l'utilité d'un dépistage systématique auprès des femmes victimes de violence domestique (19 études), le taux d'acceptation chez les femmes concernées varie de 35% à 99 %, avec 80% en consultation de médecine générale. Cette acceptation du dépistage systématique est confirmée dans l'analyse de 13 études qualitatives réalisées auprès de la population concernée (1393 participantes).

La revue systématique de la Cochrane sur le dépistage des violences domestiques dans les soins de santé⁴⁶ ne signale pas d'effets néfastes que ce soit juste après la consultation ou sur une plus longue période de suivi de la patiente. Seuls, quelques effets indésirables tels que précisés ci-dessus sont parfois signalés.

5.2 Dans quels types de situations le médecin généraliste doit-il avoir une démarche proactive en matière de détection des violences conjugales ?

Recommandations

Associations de facteurs de risque – GRADE 1C

Etre attentif et prendre en compte, pendant les consultations même de tout venant, la présence et l'accumulation des facteurs de risque suivants :

- le genre féminin
- le jeune âge
- les maladies de longue durée ou les handicaps
- les problèmes de santé mentale
- le contexte de séparation
- la grossesse
- la consommation problématique d'alcool
- les antécédents de maltraitance ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance

Tableaux cliniques associés aux violences conjugales chez l'adulte – GRADE 1C

Interroger au départ de questions pertinentes (tel que décrit à la question 1) sur base des tableaux cliniques – symptômes courants ou Red flags – associés aux violences conjugales et qui peuvent se manifester sous des aspects très variés, entre autres :

- symptômes de dépression, anxiété, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), troubles du sommeil
- tentatives de suicide ou idées suicidaires ou automutilation
- addictions (alcool, substance psychotrope licite ou non)
- troubles gastro-intestinaux chroniques et inexplicables
- troubles de la sphère gynécologique y compris les douleurs pelviennes et les dysfonctions sexuelles
- symptômes génito-urinaires inexplicables, incluant les infections urinaires à répétition
- saignements gynécologiques ou infections sexuellement transmissibles
- problèmes de santé liés à la reproduction tels grossesses non désirées ou avortements multiples, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, fausses couches, prématurité, petit poids à la naissance ou mort de l'enfant
- douleurs chroniques d'origine inexplicable
- lésions traumatiques surtout si elles sont répétées avec explications vagues et incohérentes
- troubles du système nerveux central - céphalées, troubles cognitifs, perte d'audition
- grossesse
- consultations répétées avec un diagnostic peu défini
- attitude intrusive en consultation du/de la partenaire ou d'autres membres de la famille

Symptômes associés aux violences conjugales chez l'enfant et l'adolescent (0-19 ans) – GRADE 1C

Les symptômes associés à l'exposition de l'enfant/du jeune aux violences conjugales doivent également éveiller la vigilance :

- troubles du sommeil, anxiété, stress, dépression, PTSD
- problèmes de comportement (agressivité, violences verbales), problèmes scolaires
- problèmes psychosomatiques
- consommation de drogues
- idées suicidaires

Explication

La loi du silence caractérise les situations de violences au sein du couple et de la famille. Sans démarche proactive du médecin généraliste, lorsque les violences sont révélées, la situation est déjà grave pour les femmes, voire très grave pour les hommes⁴⁷. Penser à la violence dans les hypothèses diagnostiques est une condition indispensable à l'identification des personnes concernées.

▪ Associations de facteurs de risque liés aux violences conjugales

La présence et l'accumulation des facteurs de risque devraient éveiller l'attention du médecin généraliste sur l'éventualité d'une violence conjugale.

Facteurs de risque liés aux violences conjugales

Le genre : les femmes sont plus souvent victimes, que les hommes, de formes de violences plus graves, plus fréquentes et sur de plus longues périodes⁴⁸. Elles déclarent que ces formes de violences font partie d'un système de peur et de contrôle coercitif⁴⁹.

Le jeune âge : entre 16-24 ans pour une femme et 16-19 ans pour un homme⁵⁰.

La grossesse et la période autour de la naissance. Même si la grossesse apparaît comme un facteur protecteur pour certaines femmes⁵¹, elle est une période à risque pour d'autres⁵². Selon la revue systématique et méta-analyse d'Howard⁵³ basée sur des études transversales et longitudinales et concernant les troubles mentaux périnataux, la dépression est significativement corrélée de manière bidirectionnelle avec un vécu de violences conjugales : d'une part, les femmes présentant une dépression pré- ou post-natale ont 3 à 5 fois plus de risque de subir des violences de la part de leur partenaire pendant leur grossesse et jusqu'à un an après celle-ci (OR 5, 95% CI 4.0–6.2, I2 23.7% pour la dépression post-natale); d'autre part, les femmes confrontées à des violences de la part de leur partenaire pendant leur grossesse ont 3 fois plus de risque de présenter une dépression post-partum (OR 3.1, 95% CI 2.7–3.6) ; enfin les expériences de violences pendant la grossesse constituent un problème important au travers de la charge accrue induite par les problèmes de santé mentale du post-partum.

Les maladies de longue durée et les handicaps – qui doublent le risque de violences⁵⁴.

Les problèmes de santé mentale⁵⁵ - le risque de subir des violences de la part de son partenaire est plus élevé chez les femmes présentant des symptômes dépressifs (OR 2.77 (95% CI 1.96–3.92), d'anxiété (OR 4.08 (95% CI 2.39–6.97), de PTSD (OR 7.34 95% CI 4.50–11.98) que chez les femmes ne présentant aucun de ces problèmes.

Le contexte de séparation⁵⁶ où le risque de violences augmente, pour la femme, au moment même de la rupture⁵⁷.

La consommation problématique d'alcool - l'association entre violences et consommation d'alcool est clairement démontrée avec un niveau de preuve modéré. Les femmes avec une histoire de violences sont presque deux fois plus susceptibles que les autres femmes de connaître ce type de problème. Réciproquement, les femmes souffrant d'addictions signalent davantage de violences au sein de leur couple⁵⁸. L'explication de cette association bidirectionnelle demande à être précisée : l'usage de l'alcool et les violences entre partenaires pourraient être des facteurs confondants probables d'un problème de santé mentale qui constitue un facteur de vulnérabilité à ces deux problématiques.

Les antécédents de maltraitances ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance - qui augmenteraient le risque d'être victime ou auteur de violences dans ses futures relations intimes⁵⁹.

Il est important de garder une vigilance accrue à l'égard des migrants et des LGBT où des taux de prévalence de violences plus élevés sont observés parmi ces populations⁶⁰.

▪ Tableaux cliniques associés aux violences conjugales chez l'adulte

A côté de l'identification des facteurs de risque, la démarche de détection recommandée consiste à reconnaître les tableaux cliniques (symptômes et Red flags) associés aux violences conjugales et à interroger au départ de questions pertinentes telles que décrites à la question 1.

Les tableaux cliniques à considérer sont ceux qui relèvent des conséquences de la violence - à court ou à long terme - sur la santé physique, mentale, sexuelle et génésique des personnes avec un vécu de violences conjugales. Ces conséquences sont largement documentées dans la littérature.

Santé mentale

La revue systématique de Feder⁶¹ identifie deux méta-analyses qui montrent que les femmes victimes de violences sont davantage susceptibles de souffrir d'une dépression. 47,6% de ces femmes seraient dans le cas⁶². La revue systématique d'études longitudinales de Devries⁶³ (36163 participants) indique que chez la femme, les violences entre partenaires sont significativement corrélées avec la présence de symptômes dépressifs (pooled OR de 6 études = 1.97 (95% CI 1.56–2.48, I² = 50.4%, ρ hétérogénéité = 0.073) et réciproquement (pooled OR de 5 études = 1.93, 95% CI 1.51–2.48, I² = 0%, p = 0.481). Elles sont également associées aux tentatives de suicide. Chez l'homme, des études complémentaires sont nécessaires, mais les résultats obtenus suggèrent une association entre violences conjugales et symptômes dépressifs. En plus de ces troubles de santé mentale, 64% des femmes confrontées à la violence de leur conjoint font état de symptômes de PTSD. La gravité des symptômes observés est en lien direct avec la durée et la sévérité des violences subies.⁶⁴ En outre, les impacts négatifs sur la santé mentale des femmes entravent de manière préjudiciable leurs compétences parentales, ce qui altère le développement harmonieux, physique et psychologique, de l'enfant dont la qualité relationnelle de la dyade mère-enfant est un élément fondamental⁶⁵.

Santé sexuelle et génésique

La revue systématique sur les impacts des violences sur la santé sexuelle⁶⁶ atteste d'une forte association entre violences conjugales et comportements sexuels à risque (usage sporadique de préservatifs ou pluri-partenaires (23 des 27 études), dysfonction sexuelle plus particulièrement des douleurs pelviennes chroniques (17 des 18 études) ainsi que maladies sexuellement transmissibles (17 des 24 études). La récente revue systématique de l'OMS⁶⁷ estime que le niveau de preuve reste insuffisant et souligne la nécessité de recherches complémentaires en vue de la validation du lien avec le HIV et avec d'autres infections sexuellement transmissibles.

Les violences entre partenaires peuvent aussi entraîner des grossesses involontaires/non désirées et des avortements provoqués (13 des 16 études)⁶⁸. Ce dernier résultat est confirmé par deux méta-analyses plus récentes portant sur les violences entre partenaires et les interruptions de grossesse : les femmes victimes de violences conjugales sont deux fois plus susceptibles de se faire avorter (pooled OR= 2.16, 95% CI=1.88 à 2.49 - 31 études)⁶⁹. La grossesse serait plus souvent imposée à la femme (13% versus 2% pour les femmes non victimes), voire serait le résultat d'une agression sexuelle⁷⁰. Le partenaire serait aussi moins informé de la démarche d'avortement (pooled odds ratio 2.97, 95% CI 2.39 à 3.69).

Deux revues systématiques et une méta-analyse portant sur les violences conjugales durant la grossesse relèvent une relation statistiquement significative avec le petit poids de naissance (LBW) et la prématurité⁷¹. La dernière en date note respectivement un risque majoré de 16% pour le LBW (aOR=1,16, 95% CI=1.02 à 1.29 - 17 études) et 41% pour la prématurité (aOR=1.41, 95% CI=1.21 à 1.62).

La revue⁷² de Stanley associe aussi la violence subie pendant la grossesse :

- aux fausses couches, qui seraient dues à des traumatismes subis, une hypercortisolémie réactionnelle ou une trop faible prise de poids de la mère
- aux traumatismes subis par le fœtus
- à une augmentation du risque de mortalité périnatale due à la prématurité et au faible poids de naissance

Santé physique

Selon la méta-analyse de Palitto (11 études épidémiologiques)⁷³, 41,8% des femmes victimes signalent des blessures consécutives aux actes de violences de leur partenaire (95% CI=34.0% à 49.6%, pondération basée sur la variance inversée). Les lésions corporelles les plus typiques relevées par la revue systématique et la méta-analyse réalisées au sein de services d'urgences⁷⁴ sont les blessures à la tête, au cou, à la mâchoire ou au visage survenues en l'absence de témoin (pooled odds ratio (OR) 24 (95% CI [15, 38]- 6 études).

Les recherches en neurobiologie⁷⁵ fournissent des explications physiologiques quant aux conséquences du stress aigu et chronique tant sur la santé mentale que sur la santé physique comme les céphalées, les douleurs chroniques, les troubles gastro-intestinaux, les troubles du sommeil.

Quant aux Red flags figurant dans les tableaux cliniques, ils relèvent de constatations et comportements observés en matière de santé. Selon les études⁷⁶, les femmes victimes de violences consulteraient 2 à 3 fois plus souvent les services de santé comparativement à des femmes ne vivant pas ce type de situation. La fréquence des consultations est la plus élevée chez les femmes étant toujours en relation avec leur partenaire⁷⁷.

▪ Symptômes associés aux violences conjugales chez l'enfant (0-19 ans)

La démarche de détection du médecin généraliste tiendra également compte des symptômes présentés par l'enfant.

Des impacts sont en effet également identifiés chez l'enfant et ce quel que soit son âge. La revue systématique de Feder⁷⁸ met en évidence, au départ de 5 études dont 3 méta-analyses, une plus grande prévalence de problèmes de santé mentale, du comportement et du cursus scolaire parmi les enfants exposés aux violences.

La dernière méta-analyse sur le sujet⁷⁹ confirme les tendances observées : l'exposition aux violences conjugales augmente de manière significative les comportements d'intériorisation (58 études), tels l'anxiété, la dépression, la peur, la tristesse, l'inhibition, ainsi que d'extériorisation (53 études) tels les problèmes de comportement et de conduite (agressivité envers les autres enfants) et dans une moindre mesure, les symptômes de stress post-traumatique (6 études). La relation entre l'exposition à la violence conjugale et les symptômes d'intériorisation et d'extériorisation touchant l'enfant est évaluée comme d'importance modérée par la méthode de la moyenne pondérée (d=.48, CI 0.39 à 0.57).

Les recherches en neurobiologie⁸⁰ sur les traumatismes infantiles, en ce compris la période anté et post-natale, mettent en évidence un impact au niveau du développement cérébral. Ainsi, le stress précoce - associé à des taux élevés de cortisol - peut influencer sur l'organisation structurale du cerveau. Ces modifications peuvent entraîner une altération du développement des fonctions intellectuelles et du développement physique, des troubles de l'affectivité, des émotions et de la mémoire.

Bases des recommandations

Le type et les critères de dépistage proposés dans la recommandation SSMG-Domus Médica 2009⁸¹ ont été analysés sur base des guidelines NICE⁸² et RACGP⁸³. L'intérêt d'un dépistage opportuniste est confirmé au vu du faible rapport coût-bénéfice d'un dépistage systématique de la violence entre partenaires.

Même si aucun effet néfaste n'a été détecté, les revues systématiques sous-tendant les deux guidelines⁸⁴ concluent qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour implémenter le dépistage systématique dans les soins de santé :

- les niveaux de preuve attribués à l'identification des violences restent modérés étant donné la faible taille des études considérées. En outre, l'augmentation des cas enregistrés reste toutefois minime en regard du nombre estimé de femmes victimes fréquentant les services de soins de santé. La revue systématique de la Cochrane de 2015 sur le dépistage des femmes victimes de violences conjugales⁸⁵ estime que, sur base du suivi médical habituel de 1000 femmes, 31,8 sont identifiées comme victimes de violence conjugale. Un dépistage systématique permettrait d'en repérer 42 de plus, ce qui reste encore largement inférieur à la prévalence réelle estimée
- ils sont considérés comme faibles en ce qui concerne l'orientation vers les structures ad-hoc. Toujours selon cette même revue de la Cochrane⁸⁶, le bénéfice escompté d'un dépistage systématique sur l'orientation des victimes est mineur. Si, dans le cadre d'un suivi médical usuel de 1000 femmes, 7,8 femmes sont dirigées vers le réseau, un dépistage systématique permettrait seulement d'en ajouter 12, ce qui reste encore largement inférieur à la prévalence réelle estimée
- ils sont insuffisants en ce qui concerne l'impact d'un dépistage systématique sur la réduction des violences ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie, et de la santé physique et mentale des personnes victimes (symptômes de PTSD et de dépression, problèmes d'alcool et de drogue, qualité de vie)

Toutefois, le dépistage systématique chez la femme enceinte est largement préconisé dans les services en périnatalité en raison de son meilleur rendement (en anténatal OR 4.53, 95% CI 1.82 to 11.27, 2 études, n = 663, niveau de preuve modéré), en maternité (OR 2.36, 95% CI 1.14 to 4.87, une étude, n = 829, niveau de preuve modéré)⁸⁷.

Des recherches complémentaires devront être menées en vue de comparer les impacts observés lors d'un dépistage opportuniste versus dépistage systématique.

En ce qui concerne les critères de dépistage, ils ont été issus intégralement de la liste des facteurs de risque et des tableaux cliniques (indicators adapted from Black 2011⁸⁸) associés aux violences conjugales figurant dans le guideline NICE. Les tableaux cliniques relatifs aux enfants et adolescents ont été repris du guideline RACGP. Ils ont été consolidés par une recherche documentaire complémentaire dont les résultats sont présentés ci-dessus.

L'identification et la quantification des facteurs de risque sont issues d'études épidémiologiques et de méta-analyses identifiées notamment par la recherche documentaire complémentaire.

Les données relatives aux tableaux cliniques proviennent essentiellement de méta-analyses avec un niveau de preuve modéré à élevé identifiées notamment par la recherche documentaire complémentaire (Voir détails ci-dessus) et, concernent l'efficacité des interventions de prise en charge à destination des personnes victimes. Quelle que soit l'intervention considérée, la revue systématique sous-tendant le guideline NICE leur attribue un niveau de preuve modéré :

- les 6 études concernant l'accompagnement visant le renforcement des compétences avec les victimes de violences conjugales (enseignement, formation, apprentissage expérientiel ou en groupe) sur différentes thématiques montrent des effets positifs sur le comportement, le bien-être, les capacités de prise de décision, la sécurité et la réduction des violences à leur égard

- les 9 études relatives aux interventions de counseling rapportent une amélioration des symptômes de PTSD, de dépression, d'anxiété, de l'estime de soi, de la gestion du stress, de l'autonomie, du soutien, des paramètres d'évaluation périnataux pour les femmes enceintes, du niveau de motivation et de la propension au changement. Une diminution des récidives est également constatée
 - les 8 études ayant trait aux interventions thérapeutiques suggèrent qu'elles peuvent améliorer les symptômes du PTSD, de dépression, de traumatismes, les conséquences psychologiques, sociales et parentales/familiales, et que dans certains cas, elles peuvent réduire la probabilité de violences dans le futur ou d'une récidive des violences
 - les 10 études sur la guidance psychosociale enregistrent de manière unanime des impacts positifs pour les femmes, que ce soit en termes d'accès aux ressources existantes, d'incidence des violences, de comportements de mise en sécurité et de santé psychosociale.
- Ce niveau de preuve est toutefois remis en cause par les deux revues systématiques sous-tendant le guideline RACGP⁸⁹ qui le considèrent comme faible (Voir à ce sujet question 4)

Les données relatives aux symptômes associés aux violences conjugales chez les enfants sont issues principalement des méta-analyses retenues par la recherche documentaire complémentaire.

Les recherches en neurobiologie explicitées dans l'article de Black⁹⁰ relatifs aux impacts négatifs des violences sur les personnes victimes et dans la revue de Stanley⁹¹ sur les enfants exposés aux violences domestiques leur viennent en appui en fournissant des mécanismes physiologiques explicatifs.

5.3 Quelles sont les interventions immédiates (médicales, psychologiques ou sociales) efficaces, une fois les violences révélées ?

Recommandations

Lors de la révélation de violences, apporter un soutien de première ligne basé sur les principes de soins suivants :

- Ecouter avec respect l'histoire de la personne et être soutenant, dans le non-jugement – **GPP**
- Reconnaître la révélation et valider l'expérience : la reconnaissance par le médecin peut être le point de départ d'un changement de la situation – **GPP**
- Informer de la chronicité des violences et de son impact sur la santé – **GPP**
- Apporter les soins et l'aide en réponse aux besoins identifiés en respectant les souhaits de la personne et lui permettre d'évoluer à son rythme, sans exercer de pression – **GPP**
- Prévoir des mesures de protection : la sécurité doit être une préoccupation continue au vu du déficit familial à ce niveau – **GPP**
- Informer à propos des services adaptés à sa situation et orienter (Voir question 4) – **GRADE 1B**
- Assurer la confidentialité pour autant que cela n'entraîne pas d'effets négatifs pour la personne ou ses proches – **GPP**
- Documenter la situation – **GPP**
- Envisager, voire organiser des rendez-vous de suivi – **GPP**

Explication

La révélation est un moment-clé qui peut être le point de départ d'un changement et nécessite au minimum un soutien thérapeutique approprié (par le médecin lui-même ou par un service adapté).

L'écoute active, le soutien et le non-jugement guideront l'intervention. Ces attitudes relationnelles seront d'autant plus importantes que la honte, la culpabilité, l'ambivalence sont caractéristiques de ces situations de même que la faible d'estime de soi liée au vécu de violences.

La reconnaissance de la révélation et la validation de l'expérience consistent à :

- Accueillir la révélation en respectant le rythme de la personne:
« *Vous n'êtes pas seule (d'autres sont dans le cas), vous n'êtes pas à critiquer, vos réactions sont une réponse normale à ce type de situation* »
- Reconnaître le courage qui lui a été nécessaire pour dévoiler la situation de violences
- Indiquer clairement à la personne que la situation qu'elle vit n'est pas acceptable :
« *Tout le monde mérite de se sentir en sécurité chez soi* »
« *Le comportement violent n'est pas acceptable, ce n'est pas de votre faute* »
« *L'auteur peut être aidé s'il souhaite changer son comportement. La violence n'est jamais justifiée* »
- Faire part de ses inquiétudes et faire le lien avec les symptômes ou plaintes que la personne décrit à son propos ou chez l'enfant
« *Votre état de santé me préoccupe. Vivre une situation de ce genre n'est pas sans conséquences sur sa santé et celle de ses enfants* »

L'information : face aux violences, un certain nombre de personnes peuvent être dans la banalisation, la minimisation, voire le déni. Parler avec elles des différentes formes de violences, du cycle de la violence ainsi que de l'impact négatif sur sa santé et sur celle de ses enfants sont autant de leviers pour augmenter la prise de conscience de la gravité de la situation et de sa chronicité.

Les soins en adéquation avec les besoins de la personne avec un vécu de violences : l'approche centrée sur le patient est recommandée. Dès le diagnostic posé, il s'agira d'être à l'écoute de ses besoins, de ses difficultés, de ses demandes ainsi que de le soutenir dans ses démarches. L'autonomie du patient sera respectée en tenant compte de ses spécificités dont l'appartenance culturelle, les traumatismes liés au pays d'origine, à la migration ou aux camps de réfugiés.

La sécurité des personnes concernées : les personnes avec un vécu de violences conjugales peuvent, consciemment ou non, minimiser le danger. Elles ont souvent l'impression d'être la cause des comportements violents de leur partenaire et de là, occultent leur responsabilité quant à leur sécurité et à celle de leur enfant. Il importe de s'enquérir du risque qu'elles encourent à leur domicile, notamment du fait d'en avoir parlé et de prévoir, le cas échéant, les mesures de protection nécessaires (Voir à ce sujet la publication SSMG - L'approche clinique).

La référence vers les services ad hoc : les situations de violences conjugales sont complexes et s'inscrivent dans la durée. Souvent, les personnes concernées se retrouvent isolées de leur famille et de leur entourage. Elles manquent aussi de co-équipier parental. Dans certains cas, le généraliste est le seul interlocuteur qui gravite autour de ces familles. Référer est une étape importante en vue de mobiliser des ressources extérieures au système familial. Elle fait l'objet de la question suivante.

La personne concernée n'est pas seule, elle peut être aidée. Vous serez là à ses côtés, quelles que soient les décisions qu'elle prendra

La confidentialité de l'entretien doit être garantie à l'exception des cas limitativement prévus par la loi - Article 458bis et Article 458ter (Voir à ce sujet la publication SSMG - Le cadre juridique et déontologique).

Intervenir auprès de l'auteur de violences ne pourra se faire qu'avec le consentement de la personne avec un vécu de violences ET pour autant que la sécurité des personnes soit assurée (Voir à ce sujet la publication SSMG - L'approche clinique).

La documentation de la situation est essentielle et constitue l'un des éléments qui conditionneront la possibilité des poursuites et plus tard, l'importance des peines éventuelles. Acter au dossier et rédiger un certificat médical sont envisagés dans la publication SSMG - Le cadre juridique et déontologique.

La continuité des soins consiste (Voir à ce sujet la publication SSMG - L'approche clinique) :

- Assurer un suivi de qualité, d'un point de vue tant somatique que psychologique, dans la durée et en s'en donnant les moyens (encodage des coordonnées personnelles et des possibilités de contact notamment en cas d'urgence)
- Evaluer la disposition (motivation) de la personne à faire évoluer sa situation. Sortir de la violence dans le couple relève d'un processus qui s'inscrit dans la durée et bon nombre de personnes concernées se montrent ambivalentes dans leurs démarches, notamment judiciaires (dépôt de plaintes). Le parcours se caractérise par une série d'allers et retours. Cette ambivalence doit se comprendre au vu du poids de différents obstacles tels la peur de représailles ou de l'éclatement familial, l'espoir d'un changement, le manque de soutien et de ressources, la méconnaissance de ses droits. Le modèle « Stages of change » de Prochaska et l'EM sont des outils adaptés à cette évaluation
- Ré-envisager, chaque fois que les circonstances le permettent ou le nécessitent, les mesures de protection pour la personne elle-même et pour ses enfants

Bases des recommandations

Les recommandations SSMG-Domus Médica 2009 ont été adaptées sur base d'une comparaison avec le guideline RAGCP⁹² élaboré au départ des recommandations de l'OMS⁹³ reprises intégralement dans la conclusion de cette publication. Les adaptations respectent également le principe d'intervention développé dans le guideline NICE⁹⁴ : un soutien personnalisé et adapté aux besoins des personnes concernées.

En termes de preuve, les recommandations reposent sur un consensus d'experts. Concernant le guideline RAGCP, la revue systématique du guideline OMS⁹⁵ sur lequel il s'appuie n'apporte pas de preuve sous-jacente (niveau de preuve indirect). Leurs recommandations se basent sur l'expérience des praticiens dans le domaine et ont été rédigées au départ des lignes directrices de la publication Psychological first aid⁹⁶ adaptées en fonction des avis émis par le consensus d'experts internationaux.

Les recommandations intègrent également les attitudes adéquates identifiées par la méta-analyse de 25 études portant sur les attentes et les expériences de femmes victimes à l'égard des praticiens⁹⁷ et reprises dans le guideline RAGCP. Il s'agit, par exemple, de la nécessité d'être entendues et comprises, de la liberté de révéler la situation de violences sans aucune pression de la part du praticien, de la demande d'une continuité des soins.

Elles sont sous-tendues par les fondamentaux de l'entretien motivationnel quant à l'attitude du praticien en consultation. Cette approche de l'entretien motivationnel est recommandée, par le guideline RAGCP, dans la prise en charge en médecine générale de la personne avec un vécu de violences avec un grade 2B. Les recherches sur le sujet montrent que l'empathie de l'intervenant peut être un déterminant significatif de la réponse du patient au traitement proposé. Inversement, une relation d'aide se déroulant dans un style conflictuel a été associée à un fort taux de sorties de traitement et à des résultats relativement médiocres.

Il semble que les effets du mode relationnel utilisé lors de l'entretien avec le patient soient perceptibles assez précocement dans le processus thérapeutique et puissent en fait avoir un effet significatif dès la première séance⁹⁸.

Les messages-clés destinés aux patients tiennent compte des éléments constitutifs de la motivation au changement mis en évidence par cette même approche de l'entretien motivationnel, à savoir :

- l'importance du changement en regard du problème et de sa gravité
- la confiance à mettre en œuvre ce changement avec le présumé de la connaissance de solutions
- la priorité accordée à ce changement face au conflit d'ambivalence de la personne

5.4 Vers quels référents orienter en fonction des particularités des familles concernées (présence ou non d'enfant, caractéristiques culturelles ou sociales, niveau de risque...)?

Recommandations

- Evaluer régulièrement le type de services référents en fonction des besoins identifiés au sein du système familial - dans l'immédiat, à moyen ou long terme – **GPP**
- Orienter vers l'Aide Sociale aux Justiciables (ASJ), les Services de Santé Mentale (SSM), les Centres de Planning Familial (CPF), les services ambulatoires des maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales en réponse à une demande de soutien complémentaire – **GRADE 1B**
- Pour les personnes à haut risque, penser aux maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales et aux Services d'Assistance Policière aux Victimes (SAPV) – **GRADE 1B**
- Proposer de préférence sur le long terme une guidance psychosociale centrée sur l'autonomisation de la personne (empowerment) tout particulièrement chez la femme enceinte et assurer un soutien dans l'optique de soins intégrés – **GRADE 1C**
- Penser à un suivi thérapeutique spécifique en cas de problèmes de santé mentale, d'addiction ou de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) observé chez une personne avec un vécu de violences passées – **GRADE 1B**
- Proposer une aide spécialisée aux enfants et aux adolescents concernés comme, par exemple, les interventions multimodales (guidance sociale, différents types de soutien thérapeutique) – **GRADE 1B**, les interventions psychothérapeutiques centrée sur la dyade enfant-parent avec un vécu de violences conjugales, les visites à domicile – **GRADE 1C**
- Soutenir les personnes ayant des difficultés à accéder aux services existants – **GPP**
- Adopter des procédures basées sur le secret partagé – **GRADE 1B**

Les thérapies de couple n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans le cadre des violences conjugales.

Explication

Chaque situation est singulière et requiert une solution adaptée en fonction des caractéristiques du système familial. Une évaluation de la situation sera réalisée avec la personne avec un vécu de violences et tiendra compte du niveau de risque et des besoins spécifiques des personnes concernées (Voir à ce sujet Outil 2 - Algorithme décisionnel). Cette évaluation en vue de déterminer le choix du/des services vers le(s)quel(s) la personne est référée sera réitérée au vu de l'éventuelle aggravation des violences dans le temps.

En réponse à une demande de soutien complémentaire : orienter vers les services ou équipes multidisciplinaires suivants (Voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources) :

- l'Aide Sociale aux Justiciables (ASJ) qui propose un accompagnement dans les démarches sociales, administratives et juridiques et qui apportent également un soutien psychologique centré sur les conséquences directes ou indirectes de la victimisation
- les Services de Santé Mentale (SSM)
- les centres de planning familial
les services ambulatoires des maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales
- et en plus, pour les adolescents confrontés à la violence dans leur relation amoureuse, les centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) et autres structures spécialisées peuvent être utilement consultés

Une autre ressource disponible est la ligne d'écoute 'Violences conjugales' au numéro gratuit 0800 30 030, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les coordinations provinciales « Egalité des chances - Violence » des plates-formes regroupant les services existants dans le domaine peuvent également constituer un relai d'information.

Pour un soutien immédiat (concernant les personnes à haut risque) : référer vers les structures d'aide suivantes tout en incluant les enfants et adolescents concernés par la démarche (Voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources) :

- les maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales qui, en plus de l'hébergement, assurent une aide psychosociale et juridique
- les SAPV qui accompagnent le dépôt de plainte auprès des services policiers

Pour un soutien à long-terme : privilégier une guidance psychosociale basée sur l'autonomisation et la sécurité de la personne et ce d'autant plus en période de grossesse. Pour ce type d'intervention, orienter vers les mêmes services ou équipes multidisciplinaires que ceux cités pour un soutien complémentaire (Voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources).

Il s'agira de veiller à une approche individualisée des soins ; la personne avec un vécu de violences devrait bénéficier d'une guidance psychosociale séparée d'une éventuelle prise en charge de l'auteur. Les interventions thérapeutiques de couple ne présentent dans la littérature qu'un faible niveau de preuve d'efficacité.

Il est important de revoir régulièrement la personne en consultation en vue de lui apporter du soutien et de la valoriser dans ses démarches de changement.

En cas de problèmes d'addiction, de santé mentale (pré-existants ou conséquences des violences subies) ou de PTSD chez une personne avec un vécu de violences passées : adresser à des prestataires spécialisés dans ces problématiques (psychiatre, psychothérapeute) ou les équipes mobiles (projets 107, équipes mobiles de la Communauté française, voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources).

Les interventions peuvent inclure une psychothérapie (par exemple, de type thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma, EMDR), un traitement médicamenteux et un soutien approprié tels que le prévoient les recommandations internationales de bonne pratique en la matière. Il importe de tenir compte des préférences de la personne et du vécu de violences actuelles ou dans le passé.

En présence d'enfants ou d'adolescents exposés aux violences :

- Envisager une prise en charge sur base des préférences et des besoins individuels (Voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources)
- Veiller à ce que cette prise en charge corresponde au stade de développement de l'enfant. Elle devrait être proposée en temps opportun et de façon prolongée afin de s'assurer d'une efficacité maximale au long cours
- Privilégier une intervention multimodale (guidance psychosociale, différents types de soutien thérapeutique) dont le but est d'augmenter les capacités parentales en vue d'assurer la sécurité et

le développement de soins appropriés à l'égard de l'enfant. Cette intervention peut inclure des séances en individuel, en dyade enfant-parent avec un vécu de violences conjugales, en groupe, éventuellement combinées. Des visites à domicile telles qu'organisées par l'ONE ou par des sages-femmes peuvent également être envisagées.

- En cas d'incertitude au sujet du diagnostic ou de l'orientation, prendre contact avec les structures spécialisées telles les équipes SOS-Enfants et le cas échéant, le SAJ ou les autorités judiciaires s'il y a danger grave et imminent (Voir à ce sujet la publication SSMG - Maltraitance infantile)

Pour les personnes ayant des difficultés d'accès aux services existants ((LGBT, migrants, personnes à mobilité réduite), les aider à prendre contact avec les organismes les plus adaptés (Voir à ce sujet Outil 1 - Tableau des ressources) tout en veillant à ne pas les stigmatiser.

Faire appel au dispositif d'interprétariat social est suggéré en vue d'améliorer l'accompagnement des personnes parlant une langue étrangère.

Le secret partagé : dans le cadre d'un réseau de collaboration, il est important de se rappeler les lignes directrices du secret partagé, de nature à garantir la qualité des échanges (Voir à ce sujet la publication SSMG - Le cadre juridique et déontologique) :

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

Bases des recommandations

Les recommandations ont été formulées au départ du guideline NICE⁹⁹ s'appuyant sur une revue systématique de haute qualité sur l'efficacité des interventions de prise en charge des violences domestiques. Elles correspondent aux avis énoncés dans le guideline RACGP¹⁰⁰ élaboré au départ de deux revues systématiques – celles de l'OMS¹⁰¹ et de la Cochrane¹⁰². Elles ont été revues en fonction d'une recherche documentaire complémentaire et de l'identification des services d'aide existants en Belgique francophone.

Pour ce qui est de l'évaluation régulière de la situation de violences, le guideline NICE ne repose sur aucune publication relevante.

Les indications relatives au renvoi vers un réseau d'intervenants relèvent d'un niveau de preuve modéré issu de la revue NICE¹⁰³. Elles s'appuient sur 11 études de nature différente dont la majorité d'entre elles (10 sur 11) montrent que l'approche de collaboration est associée à une réduction des conflits familiaux, une diminution de la victimisation secondaire ou de la menace de violences, une réponse plus adaptée et une plus grande sécurité pour les victimes ainsi qu'une augmentation de l'orientation vers des services ad hoc.

L'efficacité des prises en charge est démontrée avec les niveaux de preuve suivants :

- de faible à modéré, pour la guidance psychosociale :

Les deux revues systématiques sous-tendant le guideline RACGP¹⁰⁴ identifient 13 à 15 études randomisées contrôlées présentant une forte hétérogénéité tant en termes de modèle et de lieu d'intervention que de méthodologie et de critères d'évaluation. Elles mettent en évidence des données significatives en ce qui concerne la réduction de l'incidence des violences conjugales pour un certain nombre de femmes. Elles restent insuffisantes quant à l'impact sur la qualité de vie et la santé mentale. Les résultats les plus concluants sont obtenus auprès de femmes enceintes. Deux études sont citées par les différentes revues systématiques qu'elles se focalisent sur la période périnatale¹⁰⁵ ou non¹⁰⁶. Tiwari et al¹⁰⁷ observent, après un an, une réduction de la violence physique

mineure (modification de la différence moyenne (mean difference (MD) change - 1.00, 95% CI -1,82 à -0,18) et de la violence psychologique (mean difference (MD) change - 4.24, 95% CI -6.42 à -2.06) dans le groupe ayant bénéficié d'une guidance psychosociale de courte durée (n=110). Aucun effet néfaste n'a été relevé pour ce type d'intervention. D'après Kiely et al¹⁰⁸, l'intervention multimodale (counseling et selon le risque, un soutien thérapeutique en cas de dépression et une consultation d'aide à la désaccoutumance en cas de tabagisme, de 4 à 8 séances) fait en sorte que les femmes connaissent une diminution significative des épisodes de violence pendant la grossesse et le post-partum comparativement à celles ayant reçu les soins habituels (OR 0.48, 95% CI 0,29 à 0,80). C'est tout particulièrement le cas pour les femmes victimes de violences physiques mineures, les femmes victimes de violences sévères ne la connaissant que pendant le post-partum. D'autres résultats tels une réduction des naissances prématurées (1,5% vs 6,6%, p = 0,03) et une augmentation de l'âge gestationnel moyen à la naissance (38.263.3 vs. 36.965.9, p = 0,016) ont été enregistrés.

La revue systématique NICE attribue à ce type d'intervention un niveau de preuve modéré au départ de 10 études de qualité moyenne dont 3 sur 5 études randomisées et contrôlées sont identiques à celles prises en compte ci-dessus (Voir à ce sujet question 3).

- modéré, pour les interventions en cas de problèmes de santé mentale, d'addiction, de syndrome de stress post-traumatique chez une personne avec un vécu de violences passées :

La revue systématique du guideline RACGP¹⁰⁹ atteste, au départ de 5 études, que certaines formes de TCC individuelle peuvent, chez les femmes victimes de violences, réduire le PTSD et la dépression (pendant la grossesse) par rapport à des femmes n'ayant bénéficié d'aucune intervention. Ces mêmes résultats sont observés dans une autre revue systématique incluant 9 études de qualité médiocre. Aucun effet bénéfique n'a été démontré sur la qualité de vie. Le niveau de preuve de la thérapie cognitivo-comportementale reste faible dans le cadre de cette population spécifique. Il est toutefois suppléé par des niveaux de preuve élevés relevés dans d'autres problématiques comme la dépression.

Dans la revue systématique NICE¹¹⁰, les 8 études réalisées principalement auprès de femmes à faibles revenus font état d'une efficacité des interventions thérapeutiques plus intensives dont la TTC. Elles favorisent l'amélioration des symptômes de PTSD, de dépression et de trauma de même que des compétences psychologiques, sociales, relationnelles et parentales. Dans certains cas, elles peuvent réduire le risque de nouveaux incidents de violences ou de revictimisation dans le futur.

Parmi les 21 études reprises par la récente revue systématique d'Arroyo¹¹¹, les TCC centrées sur les violences conjugales (g=2.04, k=4, CI=[0.87, 3.21]) donnent des résultats significativement plus élevés que la combinaison de tous les autres types d'interventions (g=0.84, CI= [0.51, 1.16]), Q-entre = 5.81, p < .001, de même que celle (g=1.01, CI= [0.59, 1.44]) d'une forme non spécifique de TCC et de psychoéducation, Q-entre =5.00, p < .001. Les bénéfices des TCC centrées sur les violences atteignent 69% en comparaison aux autres qui ne sont que de 29%. C'est tout particulièrement le cas pour le PTSD, l'estime de soi, la dépression, l'état de mal-être ou encore de l'état fonctionnel.

- modéré, pour les trois types d'intervention multimodale, à savoir :

- celles centrées sur la guidance psychosociale diminuent les symptômes liés au traumatisme et au stress pour l'enfant et la famille. Elles améliorent les comportements de l'enfant comme l'agressivité (3 études)
- les interventions incluant à la fois une guidance psycho-sociale et un soutien thérapeutique favorisent la prise de conscience et la connaissance de la problématique de la violence ainsi que de l'importance de mesures de protection. L'estime de soi, la confiance à soi, les relations interpersonnelles sont également restaurées (5 études)
- les interventions combinant thérapie et soutien à la parentalité montrent une amélioration modérée des comportements et de l'état émotionnel chez l'enfant. Elles accroissent la connaissance de la problématique, réduisent le stress maternel et soutiennent les compétences parentales (10 études)

- de faible à élevé, pour les interventions thérapeutiques axées sur la dyade enfant-parent avec un vécu de violences :

Même si les 6 études identifiées par la revue NICE sont de moyenne à haute qualité, elles rapportent toutes une réduction des problèmes de comportement et/ou des symptômes de stress post-traumatique chez l'enfant ainsi qu'une amélioration de la relation d'attachement mère-enfant. Cette amélioration du lien entre la mère et l'enfant sera d'autant plus bénéfique si l'intervention thérapeutique commence dès la période postnatale, voire durant la grossesse, moment où la femme se construit sa représentation d'elle-même en tant que mère.

La revue systématique sous-tendant le guideline RACGP corrobore, au départ de 5 études, ces résultats. L'amélioration des symptômes de stress post-traumatique chez la mère serait toutefois équivoque.

La dernière revue systématique NHS¹¹² sur les interventions visant les enfants exposés aux violences conjugales limite encore la portée des résultats obtenus. Elle répertorie des effets modestes avec une hétérogénéité et des risques de biais importants ou imprécis (11 études). Elle indique néanmoins que ces thérapies centrées sur la dyade sont les plus susceptibles de modifier les comportements de l'enfant.

- de faible à modéré, pour les visites à domicile

Les visites à domicile sont assimilées aux modèles d'intervention de type guidance psychosociale. Les deux études randomisées et contrôlées retenues par les revues systématiques NICE et RACGP montrent une baisse significative des taux de violences conjugales après 6 mois (Olds 2004¹¹³), voire 3 ans de suivi à domicile (Bair-Meritt 2010¹¹⁴) comparativement au groupe témoin.

Bien que NICE et RACGP ne préconisent pas ce type d'intervention dans le cadre de la problématique des enfants exposés aux violences conjugales, il a été décidé de les recommander au vu des résultats prometteurs soulignés par les deux dernières revues systématiques¹¹⁵ axées sur ces interventions et d'une étude randomisée et contrôlée réalisée aux Pays-Bas¹¹⁶.

Selon les études incluses dans ces revues systématiques, les visites à domicile pourraient améliorer, pour les femmes, la sécurité et l'accès aux ressources communautaires, réduire les taux de violences, diminuer la dépression et le stress ainsi qu'augmenter le bien-être des enfants, le tout avec une faible signification statistique. Aux Pays-Bas, les femmes à risque de violences bénéficiant du programme "Voorzorg" (visite à domicile par une infirmière en pré- et postnatal) rapportent significativement moins de violences physiques de la part de leur partenaire, durant la grossesse (Contrôle: 58% vs. Intervention: 40%) et 2 ans après la naissance de leur enfant (Contrôle: 44% vs. Intervention : 26%).

- faible, pour les thérapies de couple

Seules 3 études de petites tailles ont été identifiées par la revue systématique NICE avec des approches thérapeutiques et des critères d'évaluation différents. Ces 3 études dont 2 essais randomisés et contrôlés rapportent peu de données probantes en concernant la réduction des violences et l'amélioration dans les compétences relationnelles, la satisfaction d'être en couple et la gestion de conflit.

Les indications relatives au soutien des personnes ayant des difficultés d'accès aux services existants ne s'appuient sur aucune publication relevante.

Celles relatives à l'élaboration de procédures basées sur le secret partagé reposent sur un niveau de preuve modéré issu de la revue NICE eu égard aux freins à l'efficacité de l'approche de collaboration en réseau (9 études). Ces obstacles résultent d'un suivi limité et s'adressant à des populations non ciblées, d'un manque de ressources (financières et humaines), de différences dans la culture des organisations, d'une faible connaissance des rôles et attentes des autres partenaires etc.

OUTIL I. Tableau des ressources

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

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

- la Région Wallonne : www.ecouteviolenconjugales.be
- la Région de Bruxelles-Capitale : www.equal.brussels

Violences conjugales

6. Messages-clés

6.1 Détection : prérequis et démarche diagnostique

Prérequis

Créer un environnement favorable à la révélation des violences conjugales :

- disposer, dans les salles d'attente ou autres endroits appropriés, des affiches ou du matériel didactique informant sur les violences conjugales – **GRADE 1C**
- veiller à ce que ces supports soient disponibles dans différents formats et dans les langues couramment parlées – **GPP**
- prendre les mesures nécessaires afin que les personnes concernées puissent être reçues dans la confidentialité – **GPP**
- connaître les services, les protocoles et procédures en vigueur en matière de violences conjugales – **GPP**
- prévoir des modalités d'orientation vers les services ad hoc en vue d'assurer la continuité des soins – **GRADE 1B**
- être sensibilisé, voire formé à la problématique des violences conjugales et plus particulièrement à l'abord du sujet en consultation – **GRADE 1C**
- s'assurer des temps d'échanges entre professionnels et de supervision de cas – **GPP**

Démarche diagnostique

Interroger au départ de questions pertinentes favorisant la révélation de violences actuelles ou passées. Cette démarche de questionnement devrait se faire en privé, sans personne d'autre, dans un environnement sécurisant et d'une manière appropriée. Les personnes concernées entendent généralement positivement le questionnement sur le sujet – **GRADE 1C**

6.2 Détection : conditions cliniques liées aux violences conjugales

Associations de facteurs de risque – GRADE 1C

Etre attentif et prendre en compte, pendant les consultations même de tout venant, la présence et l'accumulation de facteurs de risque suivants :

- le genre féminin
- le jeune âge
- les maladies de longue durée ou les handicaps
- les problèmes de santé mentale
- le contexte de séparation
- la grossesse
- la consommation problématique d'alcool
- les antécédents de maltraitance ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance

Tableaux cliniques chez l'adulte – GRADE 1C

Interroger au départ de questions pertinentes sur base des tableaux cliniques – symptômes courants ou Red flags – associés aux violences conjugales et qui peuvent se manifester sous des aspects très variés, entre autres :

- symptômes de dépression, anxiété, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), troubles du sommeil
- tentatives de suicide ou idées suicidaires ou automutilation
- addictions (alcool, substance psychotrope licite ou non)
- troubles gastro-intestinaux chroniques et inexplicables
- troubles de la sphère gynécologique y compris les douleurs pelviennes et les dysfonctions sexuelles
- symptômes génito-urinaires inexplicables, incluant les infections urinaires à répétition
- saignements gynécologiques ou infections sexuellement transmissibles
- problèmes de santé liés à la reproduction tels grossesses non désirées ou avortements multiples, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse, fausses couches, prématurité, petit poids à la naissance ou mort de l'enfant
- douleurs chroniques d'origine inexplicable
- lésions traumatiques surtout si elles sont répétées avec explications vagues et incohérentes

- troubles du système nerveux central - céphalées, troubles cognitifs, perte d'audition
- grossesse
- consultations répétées avec un diagnostic peu défini
- attitude intrusive en consultation du/de la partenaire ou d'autres membres de la famille

Symptômes chez l'enfant et l'adolescent (0-19 ans) – GRADE 1C

Les symptômes associés à l'exposition de l'enfant/du jeune aux violences conjugales doivent également éveiller la vigilance :

- troubles du sommeil, anxiété, stress, dépression, PTSD
- problèmes de comportement (agressivité, violences verbales), problèmes scolaires
- problèmes psychosomatiques
- consommation de drogues
- idées suicidaires

6.3 Intervention immédiate

Lors de la révélation de violences, apporter un soutien de première ligne basé sur les principes de soins suivants :

- Ecouter avec respect l'histoire de la personne et être soutenant, dans le non jugement – **GPP**
- Reconnaître la révélation et valider l'expérience : la reconnaissance par le médecin peut être le point de départ d'un changement de la situation – **GPP**
- Informer de la chronicité des violences et de son impact sur la santé – **GPP**
- Apporter les soins et l'aide en réponse aux besoins identifiés en respectant les souhaits de la personne et lui permettre d'évoluer à son rythme sans exercer de pression – **GPP**
- Prévoir des mesures de protection : la sécurité doit être une préoccupation continue au vu du déficit familial à ce niveau – **GPP**
- Informer à propos des services adaptés à sa situation et orienter (Voir question 4) – **GRADE 1B**
- Assurer la confidentialité pour autant que cela n'entraîne pas d'effets négatifs pour la personne ou ses proches – **GPP**
- Documenter la situation – **GPP**
- Envisager, voire organiser des rendez-vous de suivi – **GPP**

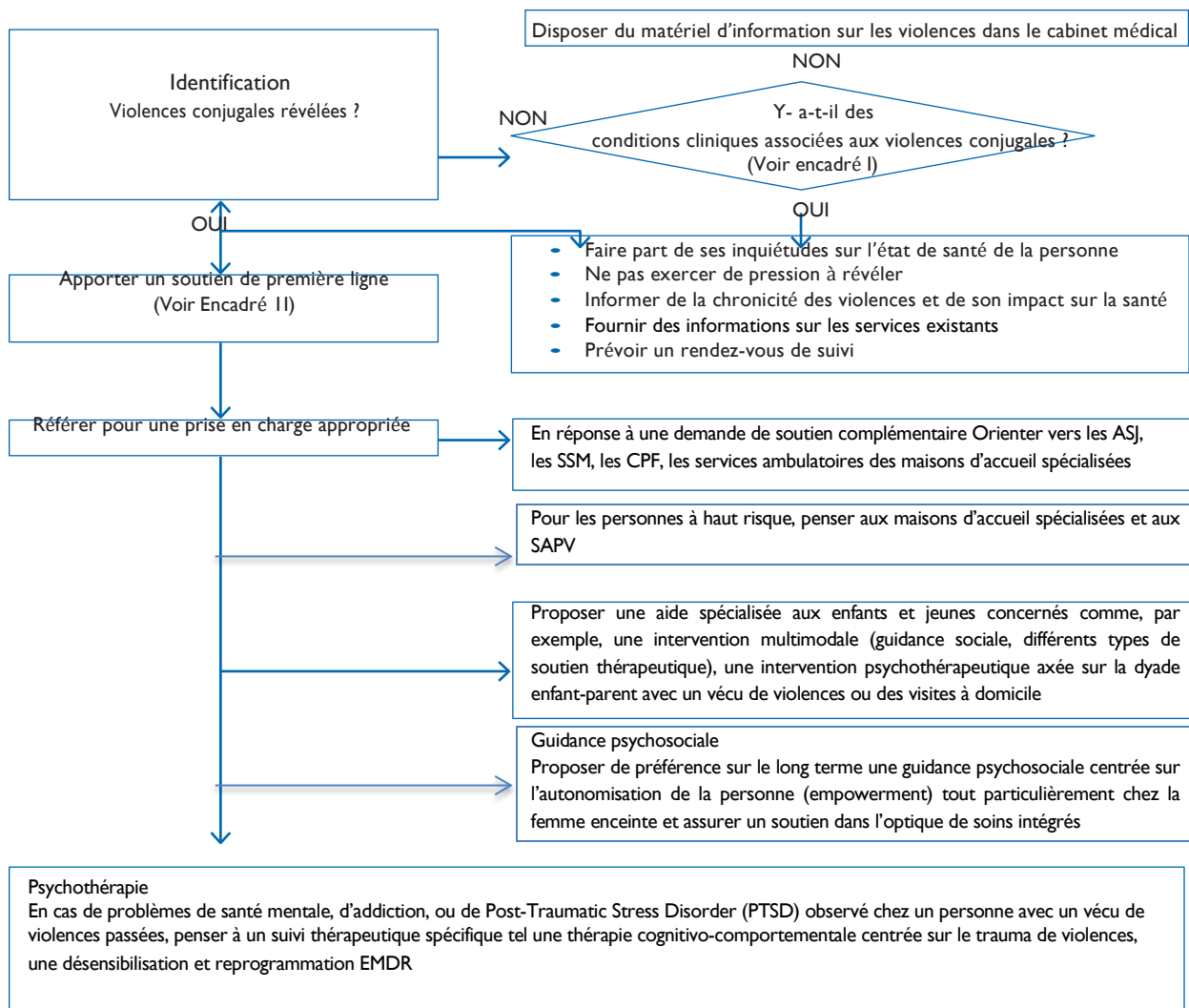
6.4 Référence

- Evaluer régulièrement le type de services référents en fonction des besoins identifiés au sein du système familial - dans l'immédiat, à moyen ou long terme – **GPP**
- Orienter vers l'Aide Sociale aux Justiciables (ASJ), les Services de Santé Mentale (SSM), les Centres de Planning Familial (CPF), les services ambulatoires des maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales en réponse à une demande de soutien complémentaire – **GRADE 1B**
- Pour les personnes à haut risque, penser aux maisons d'accueil spécialisées en violences conjugales et aux Services d'Assistance Policière aux Victimes (SAPV) – **GRADE 1B**
- Proposer de préférence sur le long terme une guidance psychosociale centrée sur l'autonomisation de la personne (empowerment) tout particulièrement chez la femme enceinte et assurer un soutien dans l'optique de soins intégrés – **GRADE 1C**
- Penser à un suivi thérapeutique spécifique en cas de problèmes de santé mentale, d'addiction ou de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) observé chez une personne avec un vécu de violences passées – **GRADE 1B**
- Proposer une aide spécialisée aux enfants et aux jeunes concernés comme, par exemple, les interventions multimodales (guidance sociale, différents types de soutien thérapeutique) – **GRADE 1B**, les interventions psychothérapeutiques centrée sur la dyade enfant-parent avec un vécu de violences conjugales, les visites à domicile – **GRADE 1C**
- Soutenir les personnes ayant des difficultés à accéder aux services existants – **GPP**
- Adopter des procédures basées sur le secret partagé – **GRADE 1B**

Les thérapies de couple n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans le cadre des violences conjugales.

OUTIL 2. Algorithme décisionnel

(adapté d'après WHO - Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, 2013)



Violences conjugales

Encadré I – Conditions cliniques liées aux violences conjugales

Association de facteurs de risque

genre féminin, jeune âge, maladies de longue durée ou handicaps, problèmes de santé mentale, contexte de séparation, grossesse, consommation problématique d'alcool et de drogues, antécédents de maltraitance ou d'exposition aux violences conjugales durant l'enfance

Tableaux cliniques chez l'adulte

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

Symptômes chez l'enfant et l'adolescent (0-19 ans)

- troubles du sommeil, anxiété, stress, dépression, PTSD
- problèmes de comportement (agressivité, violences verbales), problèmes scolaires
- problèmes psychosomatiques
- consommation de drogues
- idées suicidaires

Encadré II – Soutien de première ligne

Lors de la révélation de violences, apporter un soutien de première ligne basé sur les principes de soins suivants :

- Ecouter avec respect l'histoire de la personne et être soutenant, dans le non jugement
- Reconnaître la révélation et valider l'expérience
- Informer de la chronicité des violences et de son impact sur la santé
- Apporter les soins et l'aide en réponse aux besoins identifiés en respectant les souhaits de la personne et lui permettre d'évoluer à son rythme sans exercer de pression
- Prévoir des mesures de protection
- Informer à propos des services adaptés à sa situation et orienter
- Soutenir les personnes ayant des difficultés à accéder aux services existants
- Assurer la confidentialité pour autant que cela n'entraîne pas d'effets négatifs pour la personne ou ses proches
- Documenter la situation
- Envisager, voire organiser des rendez-vous de suivi

7. Conditions de mise en application

1. L'organisation de sensibilisation et/ou de formation - intégrée à la fois au cursus académique et au recyclage - des professionnels de santé à la problématique des violences conjugales.
2. La mise sur pied d'échanges/supervisions de cas à destination des professionnels de santé.
3. La présentation et la mise à disposition - lors de la sensibilisation et la formation - d'outils d'aide à la décision.
4. La mise à disposition de supports d'information (folders, affiches pour la salle d'attente) relatifs aux services d'aide spécialisée.
5. L'accès à la Recommandation dans les outils de qualité des soins et d'aide à la décision dans les dossiers informatisés labellisés (Evidence Linker et EBMed) ainsi que dans la base de connaissance EBMPpracticeNet. Pour accéder à ces différents outils, les codes d'indexation ICPC-2 sont Z20 (problème relation autre parent/famille), Z21 (problème comportement autre parent/famille) et Z25 (agression/événement nocif).
6. La définition d'accords précis avec la personne avec un vécu de violences et les autres intervenants quant à l'échange d'informations.
7. L'élaboration de protocoles de collaboration multidisciplinaire dans une optique de soins intégrés (case management).
8. La mise en place de plateformes de coordination en vue d'échanges de bonnes pratiques.
9. L'accessibilité et le coût abordable d'un point de vue financier des prises en charge.
10. Le suivi des pratiques répondant aux normes de soins de qualité en médecine générale tel que l'enregistrement dans le dossier médical, le travail en réseau, etc.

Si le soutien des professionnels de santé est déjà mis en œuvre, la collaboration en réseau et le suivi des pratiques restent complexes à implémenter pour des raisons organisationnelles, par manque de moyens structurels et opérationnels, et aussi parfois par la mobilité des publics concernés.

8. Indications d'implémentation

Les éléments ci-après peuvent être utilisés en vue d'évaluer l'application et le suivi de ce GPC :

- le nombre de patients (par sous-populations telles le genre, l'âge,...) répertoriés comme victimes de violences conjugales dans la liste des éléments de santé du DMG via le DMI
- les motifs de contact (RfE reason for encounter), éléments subjectifs constituant les plaintes, ayant amené à l'identification de la violence
- toutes les procédures mises en œuvre pour la prise en charge de la situation depuis la détection (anamnèse approfondie, examen clinique, prescription médicamenteuse,...) jusqu'à la référence dans le réseau d'aide spécialisée

9. Agenda de recherche

Une évaluation de l'impact des violences conjugales sur la santé reste nécessaire, plus particulièrement sur la santé reproductive en ce compris sur l'utilisation de la contraception et la décision de procréation.

Des études d'efficacité (à court, moyen et long terme) doivent être envisagées dans les domaines suivants :

- les programmes de prévention plus particulièrement au niveau des soins de santé
- la détection opportuniste versus dépistage systématique dans différents services de soins et au sein de différentes populations
- les modalités d'intervention (incluant la formation et les protocoles de collaboration) au sein des services de santé
- la guidance psychosociale proposée en dehors de la période périnatale
- les interventions psychothérapeutiques dans différents services de soins et ce selon les niveaux de risque et pour des populations diversifiées en ce compris les plus marginalisées
- la combinaison de différentes modalités d'intervention en matière de violences conjugales

L'efficacité concerne non seulement l'importance de l'impact, mais aussi les coûts engendrés, ainsi que la persistance des effets dans le temps. Elle documente également tous les effets secondaires ou néfastes.

Il est enfin nécessaire d'initier d'autres recherches sur les modes d'enregistrement et de gestion de données en provenance des différents secteurs concernés par les violences conjugales (justice, santé, aide sociale...).

I 0. Publications SSMG apparentées

- Les violences conjugales : le cadre juridique et déontologique, les aspects relatifs au dossier et certificat médical - en cours de révision.
- Les violences conjugales : l'approche clinique - en cours de révision.
- Maltraitance infantile :
http://ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/RBP_maltraitance_infantile_2014.pdf
- Maltraitance des personnes âgées :
http://ssmg.be/images/ssmg/files/PDF/VF_RBP_MaltraitancePA.pdf
- La dépression chez l'adulte :
http://ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/RBP_Depression_SSMG.pdf

I I. ELABORATION DU GPC

I I. I Auteurs

Les auteurs de ce GPC font partie de l'équipe de recherche SSMG/CUMG de l'ULB constituée dans le cadre du projet relatif au soutien scientifique des médecins généralistes à la mise en œuvre du plan national de lutte contre les violences intrafamiliales. Il s'agit d'Anne-Marie Offermans (sociologue, collaboratrice scientifique), de Michel Vanhalewyn (médecin généraliste – SSMG), de Thierry Van der Schueren (médecin généraliste – SSMG), de Benjamin Fauquert (médecin généraliste - collaborateur scientifique - ULB), de Michel Roland (médecin généraliste - professeur émérite – ULB) et de Nadine Kacenenbogen (médecin généraliste, chargée de cours – ULB). Ils sont formés à la problématique des violences familiales.

L'équipe de recherche s'est réunie à plusieurs reprises entre janvier 2016 et septembre 2017. Deux membres de l'équipe ont procédé à la rédaction d'un premier projet de GPC qui a fait l'objet de relectures et d'adaptations successives.

11.2 Méthodologie et recherche documentaire

Ce GPC est une révision de la recommandation de SSMG-Domus Medica « Détection des violences conjugales » publiée en 2009¹¹⁷. Cette révision a été réalisée selon la procédure ADAPTE¹¹⁸, concrétisée en Belgique par le groupe de travail « Réalisation de Recommandations de Première Ligne. »¹¹⁹. Cette adaptation comporte plusieurs étapes : recherche de guides de bonne pratique pertinents, sélection et cotation de la qualité méthodologique par deux chercheurs de manière indépendante, évaluation des contenus envisagés (messages-clés) en regard des questions cliniques posées, appréciation de la cohérence méthodologique et clinique (stratégie de recherche utilisée, preuves scientifiques avancées et processus de formulation des recommandations), vérification de l'acceptabilité et de l'applicabilité des messages-clés au contexte belge, adaptation sélective des messages-clés retenus. D'autres étapes (formulation des questions cliniques, recherche complémentaire de littérature, évaluation auprès d'experts, d'utilisateurs et de représentants des patients, implémentation) se sont déroulées conformément à l'élaboration d'un GPC de novo.

Les auteurs ont formulé sept questions cliniques sur base de la recommandation précédente, de leurs expériences de recherche et de formation dans le domaine. La revue de la littérature et son analyse critique ont amené à n'en retenir formellement que quatre. Les questions cliniques sur l'épidémiologie et sur les impacts attendus de la détection ont fait l'objet de deux sections de l'introduction du GPC. Celle relative aux facteurs de risque a été associée aux situations où une démarche proactive de la part du praticien s'impose.

Les guides de bonne pratique ont été recherchés sur les sites de l'OMS, TripDataBase (méta-moteur), G-I-N.net (guideline international network), EBMPPracticeNet et des Clearinghouse prises séparément National Guidelines Clearinghouse, CMAJ, CKS, NICE, CBO, New-Zealand Guidelines Group.

Deux guidelines ont été retenus sur base des résultats obtenus à cette évaluation complétés par d'autres critères retenus, à savoir :

- Domestic violence and abuse : multi-agency working (NICE 2014), pour son score le plus élevé à l'évaluation
- Abuse and violence - working with our patients in general practice (Royal Australian College of General Practitioners - RACGP 2014) vu le contexte similaire (population de médecins généralistes) et l'inclusion des recommandations d'une autre publication identifiée (OMS 2013) et de revues systématiques plus récentes.

La version de la recommandation SSMG-Domus Medica « Détection des violences conjugales » - 2009 a également été utilisée comme document-source.

Pour l'évaluation du contenu des GPC retenus, l'équipe de recherche a élaboré une matrice reprenant les différentes questions cliniques et les messages-clés issus de ces guides et sélectionnés sur base des champs étudiés dans le cadre de l'actualisation, à savoir la problématique-cible, les objectifs poursuivis, les utilisateurs visés et la population concernée. Pour chaque message-clé, elle a évalué leur acceptabilité et leur applicabilité à la pratique de médecine générale belge - francophone - en tenant compte des critères suivants : l'expertise requise, l'organisation des soins en ce compris les services référents, les conditions économiques et financières, les attentes et préférences des professionnels de santé et des patients concernés. Le choix et la formulation des messages-clés ont ensuite été réalisés par consensus entre les membres de l'équipe en vue d'en traduire les contenus

essentiels sous une forme synthétique. Deux messages-clés ont été adaptés et cinq autres ont été ajoutés sur base de la recherche complémentaire de littérature décrite ci-après.

Au vu des éléments de réponse insuffisants à certaines questions cliniques, une recherche documentaire complémentaire a été effectuée en incluant dans l'équation de recherche, à côté des mots-clés thématiques « Domestic violence » [Mesh], « Family violence » [Mesh], « Intimate partner violence » [Mesh] les termes « questionnaires » [Mesh], « risk/self/outcome/process/nursing-assessment » [Mesh], « screening » [Mesh], « diagnosis » [Mesh], « quality-assurance/improvement, indicators/of health care » [Mesh], « standard care » [Mesh]. L'équipe a recherché, de 2006 à juin 2016, des systematic reviews et des RCT's dans les bases de données en ligne suivantes : Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE via Ovid, Psycinfo. La sélection des articles a été effectuée, sur base du titre et de l'abstract (résumé), par deux membres de l'équipe travaillant de manière indépendante avec l'aide éventuelle d'un troisième en cas de désaccord. Les références bibliographiques des publications sélectionnées ont été examinées en vue d'identifier d'autres documents pertinents. Au final, l'équipe de recherche a retenu sur base de l'évaluation SIGN-SR un nombre limité d'articles de moyenne à haute qualité :

- Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say ? Lancet. 2015 Apr; 385(9977):1555-66.
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. PLoS Medecine. 2014;11(1).
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders : a systematic review and meta-Analysis, PLOS Medecine. May 2013; 10(5).
- Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell Th. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women, Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 Feb 28; (2).
- Shah PS, Shah J. Knowledge synthesis group on determinants of preterm /LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes a systematic review and meta-analyses, J Womens Health (Larchmt). 2010; 19:2017-2031.
- Van Parys A-S, Verhamme A, Temmermann M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy : a systematic review of interventions, PLoS One. 2014 Jan; 9(1).
- Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis, Trauma Violence Abuse. 2010; 11:71-82.

Bien que de faible qualité, il a été décidé de conserver la revue systématique de l'OMS, non seulement l'unique document de référence en la matière et d'autre part, source de revues systématiques non disponibles autrement.

- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2013.

Une étude randomisée et contrôlée, de bonne qualité selon le score SIGN-RCT, a été retenue.

- Mejdoubi J, Van den Heijkant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits versus usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial, PLoS One. 2013 Oct; 8(10).

Quatre études épidémiologiques et un rapport économique ont également été sélectionnés :

- Drieskens S., Demarest S. Etude sur la violence intrafamiliale et la violence conjugale basée sur l'enquête de santé 2013, Rapport rédigé pour l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes, Institut scientifique de santé Publique. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.

- EIGE - European Institute for Gender Equality. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union, Publications Office of the European Union. 2014.
- Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy : survey of patients and healthproviders, Journal of Women's Health. 2008 May; 17(4):557-67.
- Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, Laanpere M, Steingrimsdottir T, Tabor A, Temmerman M, Van Parys AS, Wangel AM, Schei B. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2014 Jul; 93(7):669-77.
- Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, 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. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.

La méthodologie et les résultats détaillés de cette revue de la littérature sont décrits dans le rapport de recherche AVIQ disponible sur demande.

Des contacts ont également eu lieu avec des experts de terrain dont les coordinations provinciales en vue de répertorier les services référents en matière de violences conjugales.

11.3 Détermination du GRADE

Dans ce GPC, l'équipe de recherche a utilisé le système de ranking GRADE¹²⁰. Ainsi, on parle de Forte recommandation, lorsque les avantages à recommander la proposition dépassent clairement les désavantages ou les risques ou les coûts, dans ce cas, le chiffre 1 est attribué. L'on peut être sûr que le respect de cette proposition aura un impact davantage positif que négatif. Par contre, lorsqu'il existe un doute sur la balance entre avantages et inconvénients ou risques ou coûts et donc à recommander la proposition, il s'agit alors d'une faible recommandation et le chiffre 2 est attribué. Par ailleurs, en fonction de la qualité et des caractéristiques des études qui étayent la recommandation (soit, le niveau de preuve), une lettre A, B ou C est apposée. A titre d'exemples :

- 1A signifie que les avantages dépassent clairement les désavantages ou les risques et que la recommandation repose sur des études randomisées et contrôlées de bonne qualité ou des études d'observation convaincantes ;
- 2C signifie qu'il existe des incertitudes quant aux avantages et inconvénients et que la recommandation se base sur des articles bénéficiant d'une méthodologie rigoureuse (autres que méta-analyses et études randomisées et contrôlées) ainsi que sur des opinions d'experts fondées sur l'expérience clinique, des études descriptives, des rapports de comité d'experts ou des méthodes de décision par consensus.

Lorsque le niveau de preuve relève uniquement d'une opinion ou d'un consensus d'experts, la recommandation est considérée comme 'Good Practice Point' - 'GPP'.

Au vu de l'absence des grades de recommandation dans le guideline NICE, une méthode standardisée, et donc reproductible, a également été définie sur base de l'analyse critique de la littérature, à savoir :

- si le niveau de preuve attribué par le guideline NICE est faible (1C) ou modéré (1B), et si, soit en l'absence d'études spécifiques sur le sujet, soit en présence d'une étude de qualité inconsistante, la notation GPP a été préférée.
- si une fourchette de niveaux de preuve est rapportée, c'est le seuil inférieur qui a été retenu

Les grades de recommandation ainsi obtenus ont été soumis à l'approbation des experts consultés dans le cadre de l'évaluation du GPC.

Evidence-based medicine : GRADE

Grades de recommandation		Avantages vs inconvénients et risques	Qualité de la méthodologie des études	Implications
1A	Forte recommandation niveau de preuve élevé	Les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques	RCT sans limites méthodologiques ou fortes preuves issues d'études observationnelles	Forte recommandation, peut être appliquée à la majorité des patients et dans la plupart des cas
1B	Forte recommandation niveau de preuve intermédiaire	Les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques	RCT avec limites méthodologiques ou fortes preuves issues d'études observationnelles	Forte recommandation, peut être appliquée à la majorité des patients et dans la plupart des cas
1C	Forte recommandation niveau de preuve faible ou très faible	Les avantages sont nettement supérieurs aux inconvénients ou aux risques	Études observationnelles ou étude de cas	Forte recommandation, mais elle peut encore évoluer si des preuves plus fortes font leur apparition
2A	Faible recommandation niveau de preuve élevé	Équilibre entre les avantages et inconvénients ou les risques	RCT sans limites méthodologiques ou fortes preuves issues d'études observationnelles	Faible recommandation, la meilleure action peut varier en fonction des cas, des patients ou des valeurs sociales
2B	Faible recommandation niveau de preuve intermédiaire	Équilibre entre les avantages et inconvénients ou les risques	RCT avec limites méthodologiques ou fortes preuves issues d'études observationnelles	Faible recommandation, la meilleure action peut varier en fonction des cas, des patients ou des valeurs sociales
2C	Faible recommandation niveau de preuve faible ou très faible	Incertitude quant aux avantages et inconvénients, avec possibilité d'équilibre entre les deux	Études observationnelles ou étude de cas	Très faible recommandation, les alternatives peuvent tout aussi bien se justifier

La notation GPP (Good Practice Point) signifie une recommandation sur base consensuelle à partir de l'expertise clinique des membres du groupe de développement et/ou figurant comme telle dans le GPC de référence.

11.4 Experts consultés

Un comité d'experts a été constitué et se compose de cinq personnes émanant de structures différentes et présentant des formations et des parcours variés : par ordre alphabétique, Annick Appart (Médecin psychiatre - Clinique St-Luc Bouge), Emmanuel De Becker (Chef du service de psychiatrie infanto-juvénile - Cliniques universitaires Saint-Luc, Professeur - UCL), Gene Feder (Médecin généraliste, Professeur de médecine familiale - Université de Bristol), Gilles Henrard (Médecin généraliste, Département de Médecine Générale - ULg), Christine Kirkpatrick (Médecin gynécologue - Hôpital Erasme).

Ces experts ont été invités à se prononcer, par écrit, sur la pertinence des propositions de recommandations. Leurs commentaires argumentés par trois revues systématiques récentes - qui ont permis de finaliser le document - ont été discutés lors d'une réunion, le 22 septembre 2017. Les adaptations du texte ont été réalisées sur base d'une réponse formulée par consensus. Être cité comme expert ne signifie donc pas que chaque expert approuve l'entièreté des recommandations de ce GPC.

11.5 Evaluation sur le terrain

La démarche de diagnostic des violences conjugales sur base de questions pertinentes et au départ de tableaux cliniques ainsi que l'orientation vers le réseau apparaît applicable à la pratique quotidienne en médecine générale. Les évaluations réalisées, dans le cadre de l'implémentation de la RBP SSMG-Domus Medica 2009, auprès de 450 médecins généralistes francophones ayant participé à une sensibilisation sur la détection des violences conjugales dans le cadre de Glems/Dodécagroupes (durée de 2 heures 30)¹²¹ témoignent d'un score moyen de 3,25 sur une échelle allant de 1 à 4 en ce qui concerne l'utilisation de cette démarche en consultation. Il atteint 3,6 sur cette même échelle lorsqu'il s'agit de modules de formation sur la problématique (durée de 12 heures).

11.6 Implication des patients

Etant donné la difficulté d'impliquer les patients victimes de violences conjugales, une relecture du GPC a été demandée à deux coordinateurs provinciaux de la plate-forme « Violences Conjugales » en contact avec ces patients (Province du Brabant-Wallon et du Luxembourg). Certaines de leurs remarques ont été intégrées au document.

11.7 Validation

Le texte ainsi adapté a été soumis au Centre Belge d'Evidence-based Medicine (CEBAM) en vue de sa validation.

11.8 Mise à jour et financement

Ce GPC a été réalisé grâce au soutien de l'AVIQ qui n'est intervenu à aucun des stades de son élaboration. Les auteurs et les experts consultés n'ont aucun conflit d'intérêt. Notons que Benjamin Fauquert, médecin généraliste, est formateur au CEBAM.

Une mise à jour du guide est prévue tous les 5 ans. Elle portera sur la nécessité de modifier le contenu des messages-clés en fonction d'une recherche systématique actualisée de la littérature.

12. Bibliographie

- ¹ Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Recommandations de Bonne Pratique - Détection des violences conjugales. Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2009. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.
- ² The european definition of general practice/family medicine. Wonca europe. 2011.
- ³ Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American journal of lifestyle medicine*. 2011 Sep ;5(5) :428-39.
- ⁴ Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people : a review of the literature. *Child Abuse and Neglect*. 2008 ;32 :797–810.
- ⁵ Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice. 2011.
- ⁶ Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research*. 2009 ;44(3) :1052–67.
- Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007 Apr ;8(2) :226-39.
- ⁷ Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American journal of lifestyle medicine*. 2011 Sep ;5(5) :428-39.
- Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Rómkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practise. *Br J Gen Pract*. 2007 ; 57 : 396–400.
- ⁸ Drieskens S, Demarest S. Etude sur la violence intrafamiliale et la violence conjugale basée sur l'enquête de santé 2013, Rapport rédigé pour l'institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Institut scientifique de santé Publique. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.
- ⁹ EIGE - European Institute for Gender Equality. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Publications Office of the European Union. 2014.
- ¹⁰ National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- ¹¹ National Institute for Health and Care Excellence. Economic analysis of interventions to reduce incidence and harm of domestic violence, Final Report. July 2013.
- ¹² National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working, Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- ¹³ Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals : a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*. 2006 Jan 9 ;166(1) :22-37.
- ¹⁴ Vanhalewyn M, Offermans A-M, Roland M, Fauquet B., Maltraitance des personnes âgées – recommandation de bonne pratique, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2013. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.
- La maltraitance infantile - Recommandation de Bonne Pratique, A-M. Offermans avec la collaboration d'Emmanuel de Becker, Lucien Nouwynck, Philippe Vanparijs et Michel Vanhalewyn, Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2014. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.
- ¹⁵ World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva : World Health Organization. 2013.
- ¹⁶ Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, 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. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.
- ¹⁷ Hegarty K, Gunn J, Chondros P & al. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2008 ;58 :484–7.
- ¹⁸ Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, Laanpere M, Steingrimsdottir T, Tabor A, Temmerman M, Van Parys AS, Wangel AM, Schei B. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014 Jul ; 93(7) :669-77.
- ¹⁹ Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy : survey of patients and health providers. *Journal of Women's Health*. 2008 May ; 17(4) :557-67.
- ²⁰ Statistiques policières de criminalité. Police Fédérale, Belgique, 2016.
- ²¹ Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne, 2014. Téléchargeable sur le site www.racgp.org.au.

-
- ²² Adapté Non aux violences, Plan d'Action National de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre, (PAN 2015-2019). Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be, pg 7.
- ²³ Adapté Non aux violences, Plan d'Action National de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre, (PAN 2015-2019). Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be, pg 8.
- ²⁴ Non aux violences, Plan d'Action National de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre, (PAN 2015-2019). Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be, pg 5.
- ²⁵ Association Francophone pour la Diffusion de l'Entretien Motivationnel. <https://www.afdem.org/>
- ²⁶ Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecallier D, Michaud P. InterEditions. Paris, 2013, pg 12.
- ²⁷ Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecallier D, Michaud P, InterEditions. Paris, 2013, 2013, pg 16.
- ²⁸ Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In *Treating addictive behaviors*. Springer US. 1986, pg 3-27.
- ²⁹ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.
- ³⁰ Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*. 2006 Jan 9 ;166(1) :22-37.
- ³¹ Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Recommandations de Bonne Pratique - Détection des violences conjugales. Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2009. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.
- ³² National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- ³³ Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne. 2014. Téléchargeable sur le site www.racgp.org.au.
- ³⁴ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.
- ³⁵ Edwardsen EA & Morse D. Intimate partner violence resource materials : assessment of information distribution. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006 ;21(8) :971-981.
- ³⁶ National Institute for Health and Care Excellence, Centre for Public Health. Equality impact assessment PH50 Domestic Violence and abuse: how social care, health services and those they work with can identify, prevent and reduce domestic violence and abuse, NICE. 24 février 2014.
- ³⁷ Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*. 2006 Jan 9 ;166(1) :22-37.
- ³⁸ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.
- ³⁹ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.
- ⁴⁰ Zaker E, Kelly Keogh, Savithiri R. Effect of domestic violence training : systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*. 2014 July ;60 :618-624.
- ⁴¹ Lo Fo Wong SH, Wester F, Mol SSL & Lagro-Janssen TLM. Increased awareness of intimate partner abuse after training : a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*. 2006 ;56(525) :249-257.
- ⁴² Feder G, Agnew DR, & Baird K. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme : A cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 ; 378(9805) :1788-1789.
- ⁴³ Feder G, Agnew DR, & Baird K. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme : A cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 ; 378(9805) :1788-1789.

-
- ⁴⁴ O'Campo P, Kirst M, Tsamis Ch, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings : evidence generated from a realist-informed systematic review. *Social Science & Medicine*. 2011 ;72 :855-866.
- ⁴⁵ Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R and al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*. 2009; 13(16) :17-27.
- ⁴⁶ O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22; (7).
- ⁴⁷ Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, 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. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.
- ⁴⁸ Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, 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. Bruxelles, 2010. Téléchargeable sur le site www.igvm-iefh.belgium.be.
- Smith K, Coleman K, Eder S et al. Homicides, firearmoffences and intimate violence 2009/10: supplementary volume 2 to Crime in England and Wales 2009/10 (2nd edition). London: Home Office. 2011.
- ⁴⁹ Hester M, Westmarland N. Tackling domestic violence: effective interventions and approaches. London: Home OfRce Research, Development and Statistics Directorate. 2005.
- Hester M. Who does what to whom? Gender and domestic violence perpetrators in English police records. *European Journal of Criminology*. 2013 ;10 :623–637.
- ⁵⁰ Smith K, Coleman K, Eder S et al. Homicides, firearmoffences and intimate violence 2009/10: supplementary volume 2 to Crime in England and Wales 2009/10 (2nd edition). London: Home Office. 2011.
- ⁵¹ Bowen E, Heron J, Waylen A et al. Domestic violence risk during and after pregnancy: Rndings from a British longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2005 ;112 :1083–9.
- ⁵² Harrykissoon SD, Vaughn IR, Wiemann CM (2002) Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine* 2002 ;156: 325–30.
- ⁵³ Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medecine*. 2013 May; 10(5).
- ⁵⁴ Smith K, Coleman K, Eder S et al. Homicides, firearmoffences and intimate violence 2009/10: supplementary volume 2 to Crime in England and Wales 2009/10 (2nd edition). London: Home Office. 2011.
- ⁵⁵ Trevillion K, Oram S, Feder G et al. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2012; 7: e51740.
- ⁵⁶ Smith K, Coleman K, Eder S et al. Homicides, firearmoffences and intimate violence 2009/10: supplementary volume 2 to Crime in England and Wales 2009/10 (2nd edition). London: Home Office. 2011.
- ⁵⁷ Richards L. Getting away with it: a strategic overview of domestic violence, sexual assault and serious incident analysis. London: Metropolitan Police Service. 2004.
- ⁵⁸ World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intim ate partner v iolence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. 2013.
- ⁵⁹ Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice. 2011.
- Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse and Neglect*. 2008 ;32 :797–810.
- ⁶⁰ National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working, Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn, Melbourne. 2014. Téléchargeable sur le site www.racgp.org.au.
- ⁶¹ Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R and al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*. 2009; 13(16):17-27.
- ⁶² Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders : a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999 ;14 :99–132.
- ⁶³ Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, Astbury J, Watts CH. IntimatePartner Violence and incident depressive symptoms and suicide attempts : a systematic review of longitudinal studies. *PLoSMedecine*. 2013 ;10(5).

- ⁶⁴ Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders : a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999 ;14 : 99–132.
- ⁶⁵ Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice. 2011.
- ⁶⁶ Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health ? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007 ;8 :149-177.
- ⁶⁷ World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva : World Health Organization. 2013.
- ⁶⁸ Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007 ;8: 149-177.
- ⁶⁹ Pallitto C et al. Intimate partner violence and abortion: results of a meta-analysis (draft manuscript; available upon request).
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy : a systematic review and meta-Analysis. *PLOS Medecine*. 2014 ;11(1).
- ⁷⁰ Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy : a systematic review and meta-Analysis. *PLOS Medecine*. 2014 ;11(1).
- ⁷¹ Shah PS, Shah J. Knowledge synthesis group on determinants of preterm /LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes : a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 ;19 :2017-2031.
- Hill A, Pallitto C, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence during pregnancy as a risk factor for low birth weight, preterm birth, and intrauterine growth restriction: a systematic review and meta-analysis (draft manuscript; available upon request).
- Hill A, Pallitto C, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence during pregnancy as a risk factor for low birth weight, preterm birth, and intrauterine growth restriction: a systematic review and meta-analysis (draft manuscript; available upon request).
- ⁷² Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice. 2011.
- ⁷³ Pallitto C et al. Intimate partner violence and physical injuries : synthesis of the global evidence (draft manuscript; available upon request).
- ⁷⁴ Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department : a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010 ; 11 :71-82.
- ⁷⁵ Black PH, Garbutt LD. Stress, inflammation, and cardiovascular disease. *J Psychosom Res*. 2002 ;52 :1-23.
- Leserman J, Drossman DA. Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms. *Trauma Violence Abuse*. 2007 ;8 :331-343.
- Crofford LJ. Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma Violence Abuse*. 2007 ;8 :299-313.
- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators : central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006 ;8 :367-381.
- ⁷⁶ Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *Br J Gen Pract*. 2007 ; 57 : 396–400.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practise: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2008 ;58 : 484–7.
- Jones AS, Dienemann J, Schollenberger J et al. Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Womens Health Issues*. 2006 ;16 : 252–61.
- ⁷⁷ Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American journal of lifestyle medicine*. 2011 Sep ;5(5) :428-39.
- ⁷⁸ Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R and al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*. 2009 ; 13(16) :17-27.
- ⁷⁹ Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence : a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*. 2008 ; 13 :131-140.
- ⁸⁰ Cummings EM, El-Sheikh M, Kouros CD and Buckhalt JA. Children and Violence: The role of children’s regulation in the marital aggression–child adjustment link. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2009 ;2 (1) 3-15.
- Saltzman KM, Holden GW and Holahan CJ. The Psychobiology of Children Exposed to Marital Violence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005 ; 34 (1) :129–139.
- Teicher M. Scars That Won’t Heal : The neurobiology of child abuse. *Scientific American*. 2002 ; 286 (3) 70.

-
- ⁸¹ Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Recommandations de Bonne Pratique - Détection des violences conjugales. Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2009. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.
- ⁸² National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- ⁸³ Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne. 2014. Téléchargeable sur le site www.racgp.org.au.
- ⁸⁴ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22 ; (7).
- ⁸⁵ O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22 ; (7).
- ⁸⁶ O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22 ; (7).
- ⁸⁷ O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22 ; (7).
- ⁸⁸ Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American journal of lifestyle medicine*. 2011 Sep;5(5):428-39.
- ⁸⁹ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site www.who.int.
- Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Campbell Systematic Reviews*. 2016 ; 2.
- ⁹⁰ Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American journal of lifestyle medicine*. 2011 Sep ;5(5) :428-39.
- ⁹¹ Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice. 2011.
- ⁹² Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne. 2014. Téléchargeable sur le site www.racgp.org.au.
- ⁹³ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site www.who.int.
- ⁹⁴ National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working, Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- ⁹⁵ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site www.who.int.
- ⁹⁶ World Health Organization. Psychological first aid. Geneva, World Health Organization, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf, accessed 10 April 2011).
- ⁹⁷ Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Tacket AR. Women exposed to intimate partner violence : expectations and experiences when they encounter health care professionals : a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*. 2006 Jan 9 ;166(1) :22-37.
- ⁹⁸ Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecallier D, Michaud P, InterEditions. Paris, 2013 pg 8.
- ⁹⁹ National Institute for Health and Care Excellence. Domestic violence and abuse: multi-agency working. Nice Public health guideline. Feb 2014. Téléchargeable sur le site www.nice.org.uk.
- ¹⁰⁰ Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Abuse and violence: Working with our patients in general practice, 4th edn. Melbourne. 2014. Téléchargeable sur le site www.racgp.org.au.
- ¹⁰¹ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site www.who.int.
- ¹⁰² Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Campbell Systematic Reviews*. 2016 ; 2.
- ¹⁰³ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.

- ¹⁰⁴ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site www.who.int. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Campbell Systematic Reviews*. 2016 ; 2.
- ¹⁰⁵ Jahanfar S, Janssen PA, Howard LM, Dowswell Th. Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 Feb 28 ; (2). Van Parys A-S, Verhamme A, Temmermann M, Verstraelen H. Intimate Partner Violence and Pregnancy : a systematic review of interventions. *Plos ONE*. January 2014 ,(9) 1.
- ¹⁰⁶ Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R and al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*. 2009 ; 13(16) :17-27. Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Campbell Systematic Reviews*. 2016; 2.
- ¹⁰⁷ Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG* 2005 ;112 :1249-1256.
- ¹⁰⁸ Kiely M., El-Mahondes AAE, El-Khorazaty MN, Gantz M.G. An integrated intervention to reduce Intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2010 ; 115(2) :273-283.
- ¹⁰⁹ World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO Clinical and Policy Guidelines, WHO. Geneva, 2013. Téléchargeable sur le site www.who.int.
- ¹¹⁰ Kelly M, Morgan A, Carmona Ch, Canning U, Haynes Ch, Hoy A, Francis J, Jeong K, Axe V, Begum R, Jelley S, Burlace S. Review of interventions to identify, prevent, reduce and respond to domestic violence prepared by the British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (NICE). April 2013.
- ¹¹¹ Arroyo K, Lundahl B, Butters R, Vanderloo M, Wood DS. Short-Term Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence & Abuse*. 2015 :1-17.
- ¹¹² Howarth E, Moore Th HM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H, Shaw A, Bryden HP, Feder G. IMPROving Outcomes for children exposed to domestic violence (IMPROVE) : an evidence synthesis. *Public health research*. 2016 Dec ; 4(10).
- ¹¹³ Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J and al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses : Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 2004 ;114 :1560-1568.
- ¹¹⁴ Bair-Merritt MH, Jennings JM, Chen R, Burrell L, McFarlane E, Fuddy L & Duggan AK. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child : a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Programme. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010 ;164(1) :16-23.
- ¹¹⁵ Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say ? *Lancet*. 2015 Apr ;385(9977) :1555-66. Van Parys A-S, Verhamme A., Temmermann M., Verstraelen H., Intimate Partner Violence and Pregnancy : a systematic review of interventions. *Plos ONE*. January 2014, (9) 1.
- ¹¹⁶ Mejdoubi J, Van den Heijkant SC, Van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA, Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women : a randomized controlled trial. *PLOS ONE*. 2013 Oct 21 ;8(10).
- ¹¹⁷ Vanhalewyn M, Offermans A-M, Pas L. Recommandations de Bonne Pratique - Détection des violences conjugales. Société Scientifique de Médecine Générale. Bruxelles, 2009. Téléchargeable sur le site www.ssmg.be.
- ¹¹⁸ The ADAPTE collaboration. The ADAPTE process : ressource toolkit for guideline adaptation. 2nd ed. GIN.2009.
- ¹¹⁹ Dekker N, Habraken H, De Coninck L, Delvaux N, Vlayen J, Cloetens H, Philips H, Goossens M, Henrard G, Vanhauwaert E, Cordyn S, Leysens G, Vanhalewyn M, Van Royen P. Mise à jour des guides de pratique clinique destinés à la première ligne. Manuel à l'attention des partenaires concernés par la mise à jour de guides de pratique clinique conformément au format d'ebmpracticenet.be. Traduction janvier 2017.
- ¹²⁰ Van Royen P. GRADE, Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu*. 2008 ;37 :505-9. www.gradeworkinggroup.org/index.htm (laatst geraadpleegd op 31 mei 2009).
- ¹²¹ Offermans A-M, Kacenenbogen N. Soutien scientifique aux médecins généralistes en vue de la detection précoce et la prise en charge des violences intrafamiliales. Rapport final SSMG. AVIQ 2016.