



Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

FPS - 2014

Liliane Leroy

Chargée d'études

2014

Avec la collaboration de Mme Françoise Goffinet de Institut pour l'Égalité des Femmes et
des Hommes

**Chaque année, 1 couple sur 7 est concerné par des violences conjugales.¹
46 % des belges sont ou ont été victimes de violences sexuelles jugées « graves » au cours
de leur vie.²**

Cicatrices souvent invisibles, les violences relationnelles s'invitent dans la consultation médicale, psychologique, sociale ou paramédicale. En effet, les violences engendrent des troubles de la santé, à la fois physique et mentale (épisodes dépressifs, fatigue, agressivité, douleurs chroniques, troubles de la sexualité...).

Si trop souvent les victimes se taisent parce qu'elles ne mettent pas le mot « violence » sur ce qu'elles vivent, il apparaît pourtant qu'une majorité d'entre elles souhaiteraient que le/la professionnel-le de santé aille à leur rencontre et leur permette de dévoiler les violences dont elles sont la cible.

Une identification précoce des vécus de violences aide à identifier l'origine véritable de symptômes et à agir sur la source du problème, plutôt que de risquer de traiter des symptômes-écran.

¹ *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Bruxelles : IEFH, 2010, pp. 84-85.*

² http://www.lavenir.net/article/detail.aspx?articleid=DMF20140219_00436050

Avant-propos

La présente étude a été construite entre autres, grâce aux rencontres de divers professionnels qui ont été choisis pour leur travail et leur expérience de la prise en charge des violences relationnelles. Afin de partager les apports de ces spécialistes avec le public, ils ont été invités par les Femmes Prévoyantes Socialistes lors d'un colloque, le 9 mai 2014 (voir programme en annexe).

La matinée fut consacrée à des exposés en séance plénière et l'après-midi à un travail en ateliers. De courtes interviews ont également été réalisées. Ces vidéos sont accessibles librement sur le site web des Femmes Prévoyantes Socialistes.³ Des références à ces vidéos seront faites au fil des chapitres du présent travail. Elles seront signalées grâce à cette icône.



Je remercie tou-te-s les intervenant-e-s et les participant-e-s de ce colloque pour leur participation conviviale et pour la qualité de leurs interventions. La plupart des intervenant-e-s sont des professionnel-le-s avec lesquels de précieuses collaborations existent depuis de nombreuses années. Au-delà de la bonne coopération, des liens d'amitiés ont été tissés. Je les en remercie et remercie aussi toutes celles et tous ceux qui, sans intervenir dans le colloque, travaillent sur ce sujet avec les FPS depuis bien des années.

Liliane Leroy, Chargée d'étude
www.femmesprevoyantes.be

³ <http://www.femmesprevoyantes.be/activites/colloques/colloques-evenements-passes/Pages/colloque-violence-relationnelle.aspx>

Table des matières

Avant-propos.....	4
Introduction	7
<i>Belgique.....</i>	7
<i>Québec.....</i>	7
<i>France.....</i>	7
L'aide sociale : une approche « en silo »	7
Problématique les violences relationnelles.....	8
Les chiffres.....	8
La face cachée des violences entre partenaires.	10
<i>L'emprise... ..</i>	10
<i>Conséquences de cette emprise.....</i>	11
<i>La violence, un cycle parfois sans fin.....</i>	12
La mémoire traumatique	13
Impacts des violences sur la santé	14
Conséquences sur la santé des victimes	14
<i>Santé mentale.....</i>	14
<i>Santé physique/globale</i>	15
Les enfants exposés.....	17
Les auteurs de violences ont-ils des problèmes de santé mentale ?.....	17
Le dépistage proactif.....	17
Pourquoi faire un dépistage proactif ?.....	17
Efficacité	18
Freins	19
Repérer des clignotants.....	19
Aider	20
Entendre	20
Patienter : les stades du changement de Prochaska.....	21
Clinique	22
<i>L'erreur fondamentale.</i>	22
<i>Les pratiques psychiatriques</i>	23
<i>Les théories du fantasme.....</i>	23
<i>La médiation, l'approche systémique.....</i>	24

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

<i>La victimisation secondaire</i>	25
<i>Premier soins</i>	25
<i>Une thérapie spécifique pour le stress post traumatique?</i>	26
<i>Aider les enfants exposés</i>	27
<i>Aider les auteurs de violence</i>	27
<i>Référer</i>	28
<i>Que fait la police ?</i>	28
<i>Pour conclure</i>	29
Annexe 1 – Invitation et programme du colloque du 9 mai	31
Annexe 2- Vignettes cliniques, ateliers du colloque du 9 mai 2014	32
Atelier 1 : consultation médicale	32
Atelier 2 : centre de planning familial.....	32
Atelier 3 consultation en santé mentale.....	33
Annexe 3 – Brochures pratiques	34

Introduction

Selon l'enquête de l'Institut pour l'égalité des Femmes et des , réalisée en 2010, **une personne sur sept** serait concernée par les violences en Belgique. Ces chiffres sont assez représentatifs pour l'ensemble de l'Europe. Cependant, il nous faut préciser que ces chiffres restent fortement approximatifs ; en effet, la plupart des victimes gardent le silence.

Dans le présent travail, nous nous appliquerons à montrer la pertinence et surtout, la nécessité d'inclure les violences dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

Belgique

En Belgique, diverses initiatives ont été prises pour sensibiliser les médecins en matière de violences entre partenaires. A notre connaissance, rien de pareil n'a été fait vis-à-vis des psychologues et travailleur-se-s paramédicaux/ales. Or, ignorer les violences et leurs conséquences réduit à néant tous les dispositifs de soin qui sont mis en place.

Il est donc important pour une victime, de pouvoir établir des relations positives avec un-e professionnel-le, à savoir un-e clinicien-ne ou une personne-ressource spécialisée. Nous n'avons pas trouvé d'étude ou de statistiques en ce qui concerne un dépistage qui serait pratiqué par les psychologues, les assistant-e-s sociaux/ales et les travailleur-se-s paramédicaux/ales en Belgique.

Québec

Diverses études ont montré que lorsqu'un dépistage proactif est mené, les violences sortent de l'ombre. En 1994 et 1995 déjà, une recherche menée du Québec avait pu démontrer que l'application systématique d'un protocole de dépistage augmentait de quatre fois les chances pour une victime de révéler ses souffrances physiques et psychiques.

France

En France, environ 17% des victimes de violences ont été repérées parmi la patientèle de médecins qui ont bien voulu jouer le jeu d'un dépistage systématique.

L'aide sociale : une approche « en silo »

L'image de « l'approche en silo » renvoie à une approche qui compartimente le soin dispensé à la personne. L'approche « en silo » se limite souvent au symptôme et néglige le vécu de la personne. Ce type d'approche méconnaît la cause réelle des problèmes de santé, qu'ils soient psychiques ou physiques.

Cela conduit à des erreurs de diagnostic et de prise en charge des patients.

⁴ *Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Bruxelles : IEFH, 2010, pp. 84-85.*

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

Notons, que dans cette « approche en silo », les professionnels du monde médical, psychologique ou social, et le monde des professionnel-le-s de l'intervention auprès des personnes vivant des situations de violences, se rencontrent difficilement.

Pourquoi? Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Dans notre pays, comme dans la plupart des autres, la lutte contre les violences et l'aide aux victimes sont nées des mouvements féministes et relèvent encore bien souvent de leur compétence. Cette aide s'est par la suite professionnalisée : les clinicien-ne-s (psychologues, assistant-e-s sociaux/ales, juristes, éducateurs/trices...) encadrent actuellement les maisons d'accueil et les consultations spécialisées.

Quelques pistes de tentatives d'explication de cette approche « en silo » ont été avancées par Rina Arseneault, de l'Université du New Brunswick au Canada⁵ :

- On note des différences philosophiques entre le modèle médical et les mouvements féministes.
- Les priorités diffèrent entre les deux secteurs : les services de prévention de la violence sont principalement concernés par la sécurité des femmes et les services de santé mentale sont principalement concernés par la stabilisation mentale des femmes.
- Les programmes de santé mentale sont habituellement financés par des ministères différents de ceux des services offerts aux femmes victimes de violence.

Ces éléments peuvent expliquer un certain cloisonnement entre les secteurs précités.

Problématique les violences relationnelles.

Les chiffres

Répondant à l'enquête de l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, 15 % des femmes interrogées en 2010 se déclaraient victimes de violences conjugales au cours de l'année écoulée, soit une femme sur sept.⁶ Cela signifie aussi que plus ou moins un homme sur sept est auteur de violences et que les enfants éventuels de ces couples sont également exposés aux violences.

Parmi ces 15%, 12% relèvent de la violence verbale et/ou psychologique, 2% relèvent de la violence physique (accompagnée ou non de violence psychologique) et 1% de la violence

⁵ http://www.violencepreventionnb.org/siteadmin/assets/documents/intimate_partner_violence_it_always_hurts_fr.pdf

Centre Muriel McQueen Fergusson, UNB - Le 8 mai 2012 Muriel McQueen Fergusson Centre for Family Violence Research

⁶ Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Bruxelles : IEFH, 2010, pp. 84-85.

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

sexuelle (accompagnée ou non de violence psychologique ou physique)⁷. Les hommes peuvent également être victimes de violences, soit de la part d'une femme, soit de la part d'un autre homme dans le cadre d'une relation homosexuelle.

Cependant, même si l'on peut estimer que le taux de non-déclaration et d'absence de plainte chez les hommes est certainement encore plus important que chez les femmes, pour des raisons liées aux stéréotypes sociaux masculins, les chiffres montrent que la proportion est minime (en tous cas en ce qui concerne les violences les plus graves). A titre illustratif, quelques exemples : 267 décès "imputables aux violences au sein du couple" ont été recensés en France en 2011. Sur les 146 personnes décédées, victimes de leurs conjoint-e ou ex-conjoint-e, 122 sont des femmes et 24 sont des hommes. Selon les forces de l'ordre, il y a eu 53.868 cas de violences non mortelles sur des femmes dans le couple, contre 8.538 sur des hommes⁸.

Les chiffres relatifs aux violences sexuelles, qu'elles soient commises sur des enfants ou des adultes, sont également effrayants. Amnesty International avance le chiffre de 46 % de femmes belges qui sont ou ont été victimes de violences sexuelles jugées « graves » au cours de leur vie.⁹

L'Association Médicale Américaine souligne que « 20 % des femmes adultes et 12 % des adolescentes ont été victimes d'actes sexuels accompagnés de violences durant leur vie et que ces actes étaient plus souvent le fait de leur partenaire, ou ancien partenaire, que d'autres membres de la famille ou d'étrangers »¹⁰.

Ces chiffres ne constituent, encore une fois, que la partie visible des violences. Selon l'étude de l'Institut pour l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, sur un échantillon de 2.000 personnes, il apparaît qu'à peine 3,3% des victimes ont déposé plainte à la police en faisant la démarche d'y aller elles-mêmes.¹¹

Les impacts des violences sur la santé mentale sont évidents. La Société Scientifique de Médecine Générale, avance que « un quart de la population belge adulte est en mal-être

⁷ Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Bruxelles : IEFH, 2010, pp. 76-77

⁸ <http://www.lefigaro.fr/flash-actu/2012/11/20/97001-20121120FILWWW00527-267-deces-dus-aux-violences-coniugales.php>

⁹ http://www.lavenir.net/article/detail.aspx?articleid=DMF20140219_00436050

¹⁰ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000292/index.shtml> Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Bruxelles : IEFH, 2010

¹⁰ Kacnelenbogen et A.-M. Offermans- *La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste*. N. D.M.G.-ULB, Société Scientifique de Médecine Générale.

¹¹ Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle, Bruxelles : IEFH, 2010

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

psychologique et la littérature nous apprend que dans ce groupe de personne, se retrouvent pour bon nombre victimes de violences conjugales ».¹²

On sait également que les femmes sont plus en proie à des problèmes de souffrance mentale, consomment plus de psychotropes et ce, quel que soit leur niveau social. Nous avons développé l'hypothèse, dans un précédent travail, que cette situation est imputable pour une part aux violences relationnelles et sociétales que subissent les femmes.¹³

La face cachée des violences entre partenaires.

Les violences dans un couple ne doivent pas être confondues avec les conflits, qui certes peuvent parfois être très bruyants et même prendre des allures de pugilat.

L'enjeu d'un conflit, c'est d'obtenir que l'autre se plie à une envie, une façon de voir les choses. Même si dans le conflit de couple, il y a de la violence, elle reste minime et accessoire.

L'enjeu d'une relation de violences est tout autre. L'auteur de violence installe une emprise sur la victime.¹⁴

L'emprise...

Dans les processus de domination, l'autre est un objet, une extension de soi pour satisfaire les pulsions violentes et ensuite lui faire porter toute responsabilité.¹⁵

¹² Kacenenbogen et A.-M. Offermans- La détection et l'accompagnement des patients victimes de violences entre partenaires par le médecin généraliste .N. D.M.G.-ULB, Société Scientifique de Médecine Générale.

¹³ Liliane Leroy - La surconsommation des psychotropes en Belgique, en particulier par les femmes. Quelle analyse ; quelles solutions ? FPS - 2010 - <http://www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/analyses/2010/consommation-de-psychotropes.pdf>

¹⁴ « Les violences dans les relations intimes sont un ensemble de comportements, d'actes, d'attitudes de l'un des partenaires ou ex-partenaires qui visent à contrôler et dominer l'autre. Elles comprennent les agressions, les menaces ou les contraintes verbales, physiques, sexuelles, économiques, répétées ou amenées à se répéter portant atteinte à l'intégrité de l'autre et même à son intégration socioprofessionnelle. Ces violences affectent non seulement la victime, mais également les autres membres de la famille, parmi lesquels les enfants. Elles constituent une forme de violence intrafamiliale. Il apparaît que dans la grande majorité, les auteurs de ces violences sont des hommes et les victimes, des femmes. Les violences dans les relations intimes sont la manifestation, dans la sphère privée, des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes encore à l'œuvre dans notre société » (Définition officielle de la Conférence interministérielle belge de 2006)

¹⁵  www.femmesprevoyantes.be Philippe D'Hauwe

Conséquences de cette emprise

Les lésions dues aux violences physiques¹⁶ sont certainement les conséquences les plus visibles et leur gravité varie selon l'intensité des coups. En réalité, il existe aussi d'autres formes de violences : les violences psychologiques¹⁷ (à différencier de la violence verbale¹⁸), sexuelles¹⁹ et économiques²⁰. Si ces violences sont moins visibles, leurs conséquences n'en sont pas moins graves. Sous toutes ces formes, la violence peut causer un danger de mort. Le terme « effraction » utilisé par Louis Crocq nous paraît particulièrement pertinent quand il s'agit de situations de violences conjugales ou sexuelles.

Au fur et à mesure que la victime est violentée, une détresse psychologique, la peur, l'anxiété et une réelle perte de l'estime de soi s'installent. Les violences entre partenaires relèvent d'un processus et l'on parle d'une pyramide ou d'une escalade des violences ...qui peut aboutir à la mort.

¹⁶ Il s'agit des coups et blessures infligés par un des partenaires à l'autre. L'agresseur utilise la force pour intimider et terroriser la victime qui, selon lui, prend trop d'autonomie (il la pousse, la bloque, l'enferme...). Les coups laissent des traces physiques et, en instaurant un climat de peur, des séquelles psychologiques.

¹⁷ Les violences psychologiques comprennent les humiliations, les crises de jalousies, le chantage, la dévalorisation, les menaces de mort et de suicide,... Comme tous types de violences, elles entraînent une baisse de l'estime de soi de la victime et renforce le cycle de la violence. L'estime de soi est une ressource primordiale pour permettre à la victime de sortir du contexte violent.

¹⁸ Les violences verbales regroupent les cris, les hurlements ; elles passent souvent inaperçues pour la victime et l'entourage car elles ne laissent pas de « traces physiques ». Malgré l'absence de coups, le climat de peur est instauré intentionnellement et laisse des traces psychologiques. Les violences verbales sont aussi néfastes que n'importe quel type de violence.

¹⁹ Les violences sexuelles regroupent toute atteinte à l'intégrité sexuelle. La violence sexuelle ne s'exprime pas toujours de manière brutale par l'usage de la force. Dans certains couples, un des deux partenaires va se sentir obligé d'avoir un rapport sexuel parce que c'est son « devoir » de partenaire. Or, c'est aussi une forme de violence sexuelle que de se sentir obligé (même implicitement) d'avoir un rapport sexuel. Le viol entre époux est condamné par la loi.

²⁰ La victime est privée de tout accès aux ressources financières du couple ou des siennes. Cela l'empêche de maîtriser son budget quotidien, et cela s'oppose à une prise d'indépendance le jour où elle décide de quitter le foyer. Ne laissant pas de traces apparentes, cette forme de violence est plus facilement masquée que la violence physique.

La violence, un cycle parfois sans fin²¹

1. La phase de construction de la tension :

La tension dans le couple est palpable. Tout est susceptible d'énerver l'auteur de violence et d'engendrer des frustrations, la seule possibilité envisageable pour la victime est de s'adapter aux besoins de son/sa partenaire afin d'éviter ou de diminuer ses frustrations. Malheureusement, souvent, cela ne suffit pas. La victime perd alors confiance mais tente tant bien que mal de s'ajuster aux humeurs de son partenaire ; une telle posture donne alors une « légitimité » aux actes de l'interlocuteur en colère.

2. La phase d'explosion :

Cette phase n'est autre que le passage à l'acte de l'agresseur, il explose et la violence (sous ses divers types) éclate.

3. La phase d'accalmie :

Lors de cette phase, le sujet cible de cette violence devient « la » victime et bien qu'en colère, cette dernière finira par culpabiliser et par se taire.

Les victimes se taisent. « (...) La victime de violences conjugales est persuadée que les reproches de son/sa partenaire sont justifiés²² :

- Soit elle espère que l'auteur va arrêter de la maltraiter
- Soit elle a peur des représailles.

L'enquête de L'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes révèle que 34,3 % des femmes victimes n'en ont parlé à personne, 41,7% en ont parlé à leur famille ou à des amis, 15,2% à un médecin, un-e professionnel-le de la santé ou un-e secouriste et 5,5% à un-e avocat-e ou à la police.

Le taux de « découverte » des situations de violences par les intervenant-e-s psycho-médico-sociaux/ales est faible.

4. La phase de lune de miel :

Dernière phase durant laquelle l'auteur des violences manipule son partenaire. Il va s'excuser à l'aide de beaux gestes, mais une fois la confiance de sa victime regagnée, le cycle de la violence recommencera et ce, à la moindre tension ou frustration.



²¹ <http://www.planningsfps.be/activites/violences/espace-pro/violence-partenaires-cest-quoi/Pages/default.aspx>

²² <http://www.lahonte.org>

La mémoire traumatique

Pour comprendre les conséquences des violences, le Docteur Muriel Salmona avance le concept de « Mémoire Traumatique » qu'elle définit comme «un trouble de la mémoire implicite émotionnelle, (elle) est une conséquence psycho-traumatique des violences les plus graves se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent totalement la conscience (flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors des violences. »²³

La neuropsychiatrie et l'imagerie médicale permettent de montrer comment le stress psychosomatique perturbe et laisse des traces sur le fonctionnement du cerveau²⁴: un état de sidération identifiée comme « stress post-traumatique » (SPT)²⁵.

Les personnes présentant un état de stress post-traumatique présentent en général des symptômes qu'il est relativement facile de repérer : reviviscences, évitement²⁶, activation neurovégétative²⁷ et hyperstimulation²⁸.

Pour Boris Cyrulnik, psychiatre, la mémoire saine est très différente de la mémoire traumatique. Quand la mémoire fonctionne bien, elle est évolutive. « La mémoire saine est une mémoire évolutive. Elle interprète les faits, elle prend en compte les émotions. Dans la mémoire traumatique : on se fait une représentation de soi qui est déchirée »²⁹.

Il y a également le risque de traumatisme qui se caractérise par une mémoire ciblée sur l'agresseur en ce que la vie de la victime dépend de la moindre information sur son agresseur.

²³ <http://www.memoiretraumatique.org/>

²⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=hDDuOI3DbFg>; <https://www.youtube.com/watch?v=z9WqVz9CCec>

²⁵Le concept a été découvert suite à la guerre du Vietnam. Il a permis de rendre compte des troubles dont beaucoup de soldats étaient affectés. Dans le cas des violences conjugales et des maltraitances faites aux enfants (y compris l'inceste), un état de stress post-traumatique s'installe car les événements traumatiques se répètent. Dans son site consacré à la mémoire traumatique, Muriel Salmona, mentionne une définition de Louis Crocq. Selon lui, le SPT est un «phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur».

²⁶ « Evitement de tout ce qui rappelle l'évènement traumatique est la principale réponse à un traumatisme psychologique. « La victime a même « peur d'avoir peur » ce qui peut conduire un sujet à éviter un nombre de plus en plus grand d'activités de façon à éviter des émotions, des sentiments et des souvenirs », http://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_de_stress_post-traumatique#Violence_familiale

²⁷ http://www.clinique-psychologues-montreal.ca/problematique.php?prob_id=33

²⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_de_stress_post-traumatique#Violence_familiale

²⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=rd13inJYbQk>

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

De plus, les victimes de violences sexuelles en particulier, oublient, transforment la réalité et ce phénomène rend difficile la reconnaissance de la situation traumatique, tant pour elles-mêmes que pour l'entourage. Difficile aussi de se croire soi-même quand la réalité vous échappe et se déguise par la peur et l'angoisse.

Impacts des violences sur la santé

Conséquences sur la santé des victimes

Santé mentale

Certaines victimes s'adaptent à leur condition et à leurs sentiments en ayant recours à des stratégies qui mettent leur santé en péril. C'est une manière pour elles de survivre, de faire face à leur situation quotidienne. Parmi celles-ci on retrouve cinq fois plus de problèmes d'addiction (médicaments, alcool, drogues douces ou dures). Des comportements plus autodestructeurs comme l'automutilation sont parfois à l'œuvre. A l'extrême, les violences peuvent mener au suicide.

Un colloque tenu en Suisse en 2008, relève diverses études qui montrent que « les violences peuvent être à l'origine de virtuellement n'importe quel problème et touchent toutes les dimensions de la santé et du bien-être: santé physique des femmes, santé mentale, santé sexuelle et reproductive ou encore santé sociale. La violence envers les femmes est l'une des causes principales aussi bien de traumatisme aigu que d'affections médicales chroniques chez la femme. »³⁰

De même, une enquête effectuée au Canada montre que les femmes ayant déclaré avoir été victimes de violence percevaient constamment leur santé mentale comme plus faible, quel que soit leur lien avec l'agresseur. Les prises de médicaments contre la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil sont beaucoup plus élevées chez ces femmes. Plus du quart des victimes de violence conjugale (27 %) et des victimes de violence non conjugale (26 %) ont déclaré prendre des médicaments pour composer avec la dépression, pour les calmer ou pour les aider à dormir. Ces proportions étaient beaucoup plus élevées que celles observées chez les femmes qui n'ont pas été victimes de violence (18 %).³¹

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence contribue dans une large mesure aux problèmes de santé mentale des femmes: la probabilité de connaître la dépression est presque deux fois plus élevée chez celles qui ont subi des violences de leur partenaire intime, par rapport aux femmes qui n'ont connu aucune forme de violence.

Dans les maisons de transition au Canada, il a été observé :

³⁰ "Violences conjugales: Quels impacts?" Actes du 2ème forum violences domestiques - 2 octobre 2008 République du Canton de Genève.

³¹ <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766/11766-3-fra.htm>

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

- Que plus de la moitié des femmes souffrent de dépression majeure et plus de 33% souffrent du SSPT (Syndrome de Stress Post traumatique) ;
- Des taux plus élevés de dépression chez les femmes qui avaient subi de la violence par rapport à la population générale des femmes.³²

Parmi la population de patients hospitalisés pour cause de santé mentale, une étude a estimé que 83 % des femmes avaient été exposées à la violence physique ou sexuelle grave comme enfant ou adulte.³³ Lorsque les équipes du CHU Brugmann de Bruxelles, ont posé systématiquement la question aux personnes hospitalisées pour dépression, 30% ont reconnu être victimes de violences.³⁴

Santé physique/globale

D'après une étude faite dans le cadre du Fonds européen Daphné en 2005, «La violence conjugale est la première cause de mortalité chez les femmes européennes de 16 à 44 ans, avant le cancer et les accidents».³⁵

Les conséquences physiques de la violence domestique consistent le plus souvent en des lésions de forme et de gravité variées, lésions que l'on constate le plus souvent au niveau de la tête, du visage, du cou, du thorax, de la poitrine et de l'abdomen.

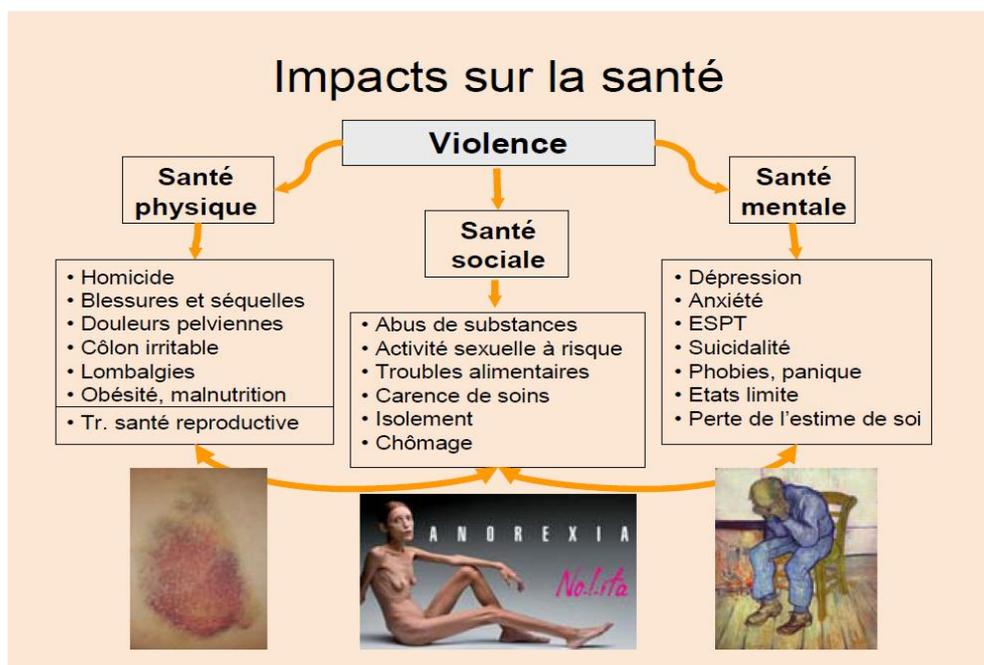
Certaines pathologies chroniques peuvent également être perçues comme consécutives des violences : une fatigue chronique et des douleurs chroniques, des troubles gastro-intestinaux et des troubles génito-urinaires très fréquents, des troubles cardio-vasculaires et/ou neurologiques, des troubles endocriniens, des troubles de l'immunité, des troubles ORL, des troubles dentaires ou encore dermatologiques, des troubles allergiques... la liste est longue et les pathologies sont peu spécifiques.

³² *La violence conjugale ça fait toujours mal*. Rina Arseneault - Centre Muriel McQueen Fergusson, UNB Le 8 mai 2012.
http://www.violencepreventionnb.org/siteadmin/assets/documents/intimate_partner_violence_it_always_hurts_fr.pdf

³³ Muriel McQueen Fergusson Centre Freedom From Violence, Tools For Working With Trauma, Mental Health And Substance Use. http://www.violencepreventionnb.org/siteadmin/assets/documents/intimate_partner_violence_it_always_hurts_fr.pdf

³⁴  Anne-Marie Offermans.

³⁵ *In Violences conjugales - Dépistage – soutien – orientation Des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s du canton de Fribourg*. Bureau de l'égalité et de la famille et Commission cantonale contre la violence conjugale, Fribourg 2007- http://www.fr.ch/bef/files/pdf1/dotip_fr1.pdf



36

« La violence envers les femmes est « l'une des causes principales aussi bien de traumatismes aigus que d'infections médicales chroniques chez la femme ». Comme l'ont montré de nombreuses études, tant en Suisse que dans le monde, les violences peuvent être à l'origine de virtuellement n'importe quel problème et touchent toutes les dimensions de la santé et du bien-être: santé physique des femmes, santé mentale, santé sexuelle et reproductive ou encore santé sociale »³⁷.

Muriel Salmona a également tenté de dresser un inventaire des troubles associés aux violences subies.³⁸ Son site « la mémoire traumatique » détaille également les signes qui peuvent alerter le/la professionnel-le chez un-e enfant de moins de six ans, de plus de six ans et un-e adolescent-e.

Cependant, comme nous le verrons dans le chapitre « dépistage », plus que des symptômes ou maladies particulières que le praticien pourrait repérer, ce sont davantage des faisceaux de signes qu'il convient d'interroger et auxquels seul un passé ou une situation présente de violence peut donner un sens. Les intervenants parlent également de « clignotants » qu'il s'agit de repérer.

³⁶ *Violences conjugales, quels impacts ? Actes du 2^{ème} forum violences domestiques. 2 Octobre 2008 république du canton de Genève.*

³⁸ http://memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/generalites.html#haut_de_page

Les enfants exposés

Les enfants témoins de violence conjugale ne sortent pas indemnes de cette situation ; même s'ils n'ont pas été la cible directe de cette violence, ils n'en restent pas moins des victimes collatérales. «De telles expériences ne les marquent pas physiquement, mais créent fréquemment de graves traumatismes chez l'enfant et les adolescents et entraînent de sérieuses difficultés sur les plans affectif, cognitif et comportemental. »³⁹

Ces enfants connaissent un déficit d'estime d'eux-mêmes et de confiance en eux. Notons également qu'approximativement 25 % des enfants exposés à ces violences développent des troubles de stress post-traumatique, selon une étude portant sur 337 élèves d'écoles. Attention toutefois de ne pas généraliser à outrance, toutes les victimes ou témoins d'actes de violences ne développent pas un stress post-traumatique.

Enfin, il existe de nombreuses théories quant à la reproduction, avec les partenaires ou plus globalement dans les relations interpersonnelles, de la violence vécue dans l'enfance. Les spécialistes ne s'accordent pas tous sur un déterminisme inévitable mais parlent plutôt d'un rapport problématique à la violence qui peut parfois être intériorisée comme seul moyen de médiation dans les conflits.

Les auteurs de violences ont-ils des problèmes de santé mentale ?

Globalement, on ne remarque pas de lien de causalité entre les troubles de la santé mentale et les comportements violents, sauf en ce qui concerne les psychopathies et les troubles narcissiques compulsifs. Cependant, la maladie mentale quelle qu'elle soit ne suffit pas à expliquer la violence, mais certains symptômes peuvent y contribuer : distorsion cognitive, capacité émotionnelle diminuée, niveau d'empathie plus limité... Enfin, on constate qu'un conjoint violent souffrant de troubles mentaux serait un conjoint violent « au cube ».

L'auteur de violences a besoin de pouvoir en parler, d'être écouté. Il a besoin de prendre conscience de l'impact des violences sur son entourage. Certes, il a un bénéfice à court terme : l'impression de contrôle sur l'autre, de puissance ; mais à long terme, cela a un impact négatif sur le conjoint et les enfants. L'auteur de violences a besoin qu'on l'aide à prendre conscience de son problème.

Le dépistage proactif

Pourquoi faire un dépistage proactif ?

Le but du dépistage est d'identifier le plus efficacement possible les victimes de violence afin de pouvoir intervenir de la façon la plus adéquate. Un dépistage peut offrir un lieu de parole, d'information, de renforcement de l'estime de soi. Il doit également permettre de sortir de la culpabilité et du processus de victimisation. Établir des relations positives avec un-

³⁹ WEINHEHALL K., *Grandir dans la proximité de la violence : les adolescent(e)s racontent la violence familiale* (www.eurowrc.org)

professionnel-le ou avoir un soutien positif, aide à surmonter la situation, permet de renforcer la « bulle de protection » de la victime et peut dès lors limiter les effets négatifs de la violence sur sa santé. Aux Etats-Unis, seulement 10% des médecins généralistes dépistent de façon routinière leurs patientes, alors que 92% des femmes victimes de violences physiques n'en ont jamais parlé avec leur médecin.

Effacité

La docteure Cécile Morvant a proposé à onze médecins généralistes qui se partagent entre les régions de Paris et de Coulommiers d'appliquer un dépistage proactif. Des plaquettes et des affiches d'information à destination des patients leur ont été fournies.

Ils ont également reçu un carnet d'adresses. Ceux d'entre eux qui le désiraient ont reçu une formation. Ces onze médecins ont systématiquement posé cinq questions à toutes les patientes de 18 à 70 ans venues consulter sur une période d'une semaine. La durée estimée du questionnaire est de 5 minutes. Le questionnaire se compose de cinq questions abordant la violence psychologique, physique et sexuelle. Le protocole du dépistage est le suivant :

“Cette semaine, je participe à une étude sur le dépistage de la violence conjugale afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de ce type de violence; et à ce propos, je questionne toutes les patientes qui consultent. Bien entendu, les réponses resteront strictement confidentielles Ces questions concernent vos relations avec votre mari, conjoint ou ami, sur l'année qui vient de s'écouler.”

1. Est-ce qu'il lui arrive de vous rabaisser ou de vous insulter?

Oui/Non

2. Est-ce qu'il essaie de contrôler ce que vous faites?

Oui/Non

3. Vous arrive-t-il d'avoir peur de ce que votre partenaire dit ou fait?

Oui/Non

4. Vous a-t-il menacé physiquement ou frappée?

Oui/Non

5. Vous a-t-il obligée à avoir une relation sexuelle, alors que vous ne le souhaitez pas?

Oui/Non

Les médecins qui ont accepté de participer sont au nombre de 14 : 6 à Paris et 8 à Coulommiers et dans sa région.

Les résultats de cette enquête rejoignent précisément ceux observés au Québec en 1979 dans le Centre Local pour la Santé Communautaire Saint Hubert⁴⁰: parmi les 251 patientes interrogées, 44 – soit 17,5% – ont été diagnostiquées comme victimes de violences

⁴⁰ Développement et évaluation d'un protocole de dépistage systématique de la violence conjugale au CLSC Saint-Hubert (1999) - Maryse Rinfret-Raynor, Joane Turgeon

conjugales grâce au questionnaire RICPPS, contre trois patientes sur une période équivalente sans dépistage systématique... Et ce en une semaine !

Freins

« Le professionnel de la santé n'est pas exempt d'idées reçues comme celle de penser qu'il n'y a que les femmes qui sont victimes, que seules les femmes issues de milieux sociaux défavorisés sont victimes, que si elle reste, « c'est quand même qu'elle aime cela », etc. Les professionnels de la santé ne sont pas formés, ils sous-évaluent généralement les problèmes. Les situations de violences engendrent de l'inconfort, de l'impuissance, une crainte d'être inapproprié. Les situations de violences sont complexes. Le professionnel peut avoir vécu personnellement des violences ou en avoir été témoin. Il peut argumenter aussi que cela prend trop de temps, que c'est trop privé. Il peut lui être arrivé d'élaborer tout un dispositif et puis que peu de temps après, tout est à recommencer. »⁴¹

Ce sont là quelques freins que l'on peut repérer pour rendre compte de l'inadéquation entre les chiffres des victimes, auteurs, enfants exposés aux violences dans notre pays, avec le nombre de situations dépistées.

Amélie Boismain et Marie Gaudin ont identifié plusieurs freins au dépistage par les médecins généralistes.

Repérer des clignotants

Les spécialistes belges que nous avons interrogé-e-s pour le présent travail ne plaident pas pour un questionnaire qui serait appliqué systématiquement à leurs patient-e-s. Ils vont davantage dans le sens d'un « repérage ». Ce repérage implique que le/la praticien-ne soit attentif-ve à certains signes ou « clignotants »⁴².

Selon Philippe D'Hauwe et Anne-Marie Offermans⁴³, il y a des patient-e-s plus « à risque » que l'on peut tenter de repérer : les femmes qui ont eu un vécu de maltraitance dans l'enfance, les femmes entre 20 et 24 ans, celles qui présentent des problèmes d'addiction ou de psychopathologie (il y a un lien entre les violences conjugales et la psychose), les femmes qui ont des enfants en bas âge, s'il y a une personne handicapée dans la famille, si la famille connaît des problèmes financiers. Souvent, la victime se plaint de la qualité relationnelle, du manque de marques d'affection ou de projets communs avec son partenaire. Elle exprime



41 www.femmesprevoyantes.be Anne -Marie Offermans

⁴²Clémence Verriest, médecin généraliste dans une maison médicale a appris par sa pratique, à repérer différents symptômes qui peuvent alerter le praticien: douleurs abdominales, constipation, nausées, problèmes gynécologiques, infections urinaires, problèmes de sommeil, de boulimie, d'anorexie, traumatisme et coups, abus de substances.



43 www.femmesprevoyantes.be - Philippe D'Hauwe. –Anne-Marie Offermans.

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

son sentiment d'isolement. La combinaison de ces trois facteurs augmente de 500 % la probabilité de risque d'une situation de violences.⁴⁴

Pour Cécile Honorez, juriste dans un centre de planning familial, il ne s'agit pas non plus de faire un dépistage systématique. Dans un centre de planning familial, lors de la grossesse, les clignotants peuvent être : des consultations médicales tardives ou fréquentes, la consommation de psychotropes, des troubles du sommeil ou de l'alimentation...⁴⁵

Aider

Entendre

Il ne s'agit pas « de faire avouer » la victime, l'auteur de violences ou les enfants exposés aux violences. Tous ont besoin de temps, ils ont besoin d'être en confiance. Les personnes ont le droit de cacher, de mentir : « Si elle (la victime) n'est pas prête maintenant à révéler sa situation, ce n'est pas grave, c'est semé »⁴⁶

Aider une victime, un auteur, des enfants peut prendre du temps. Il y a de fréquents « allers-retours » : la plupart du temps, la victime aime l'auteur de violences, elle croit en ses promesses (au stade de la lune de miel) et pense que tout peut encore changer.

Pour Yamina Zaazaa⁴⁷, ce qui est le plus important, c'est d'aider la victime à restaurer progressivement l'estime de soi, à reprendre du pouvoir sur sa vie.

Quitter le domicile n'est pas toujours la solution. Et ce d'autant plus s'il s'agit de femmes en séjour précaire dont le droit de rester sur le territoire dépend de la cohabitation avec l'auteur de violences (par exemple : regroupement familial, femmes d'étudiants...). Partir oui, mais comment ? Avant de partir, une femme doit mesurer les conséquences de son départ et assurer sa sécurité. Les six mois qui suivent une séparation sont les plus dangereux en termes d'agression physique et d'homicide de la part du partenaire quitté. De plus, il y a beaucoup de conditions à développer avec les femmes victimes pour qu'elles puissent partir : logement, travail, sécurité...

44 

Idem

⁴⁵ Brochure de sensibilisation sur les violences entre partenaires durant la grossesse réalisée par la FCPF-FPS

47 

www.femmesprevoyantes.be – Yamina Zaazaa

Patienter : les stades du changement de Prochaska

Le chemin peut être long entre le moment de la prise de conscience de la situation par la victime, entre le dévoilement de la situation de violence à un-e professionnel-le et l'amorce d'une action pour se sortir de la situation de violence.

Les quatre stades du changement décrits par Prochaska permettent de comprendre ce qui se passe pour une victime et peuvent permettre au professionnel de prendre patience et d'aider la personne « là où elle est ».

Ce modèle a été proposé à l'origine par Prochaska et Di Clemente dans le domaine du renoncement au tabac. Il stipule qu'à tout moment, pour tout comportement, les personnes se trouvent à l'une des quatre étapes du changement de comportement.

L'association espagnole Salud y Familia a appliqué ces quatre phases du processus de décision dans le cadre des violences conjugales.⁴⁸

Phase de pré-contemplation

Les femmes verbalisent les conflits auxquels elles sont confrontées mais elles ne considèrent pas nécessairement qu'elles aient un problème à régler. Elles justifient les comportements violents de leur partenaire. Et elles se reprochent de ne pas apporter assez d'argent au sein du foyer.

Phase de contemplation

La femme apparaît ambivalente et contradictoire. Elle sait qu'elle endure une situation faite de conflits très importants mais elle n'identifie pas clairement quel est le problème à régler. Elle justifie l'agressivité de son partenaire mais elle est également capable de différencier les responsabilités. Elle pense qu'il y a problème dans la relation. Elle se reproche de ne pas collaborer davantage aux revenus du ménage.

Phase de préparation

La femme identifie le problème et elle cherche des voies et moyens (des outils) pour le résoudre. Elle réalise qu'elle et/ou ses enfants pâtissent de la situation. Elle accepte l'aide que lui offrent les gens faisant partie de son réseau social. Elle place la responsabilité des problèmes sur chaque membre du couple et occasionnellement, elle tente de les résoudre par elle-même. Il y a cependant toujours une certaine ambigüité et de l'indécision.

Phase d'action

La femme résout le problème. Elle regrette de ne pas avoir agi plus tôt contre les agressions. Elle demande de l'aide autour d'elles (contacts, amis, etc.). Elle va puiser des informations

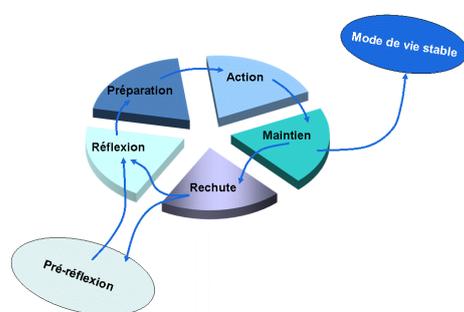
48 *Quand les violences domestiques s'invitent sur le lieu de travail ou dans le processus d'insertion professionnelle* . Liliane Leroy . 2011

<http://www.femmesprevoyantes.be/outils-publication/etudes/Violences/Pages/quandlesviolencesinvitenturlleliedetravail.aspx>

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

dans les ressources publiques ou privées, dans son réseau social. L'ensemble lui apporte un soutien. Elle réalise qu'elle possède suffisamment de ressources personnelles pour résoudre le problème assez rapidement.

Dans le diagramme de ci-dessous, il est mentionné une phase supplémentaire qui est celle du « Maintien » : la personne a adopté le nouveau comportement depuis au moins 30 jours et travaille à le maintenir à long terme. Il peut y avoir une rechute, qui ramène habituellement le patient à l'étape de la contemplation. Le rôle important du médecin consiste à fournir de l'aide durant la rechute. La plupart des patients font plusieurs tentatives de renoncement avant de réussir. Vous pouvez donc encourager le patient à voir la rechute comme une expérience bénéfique.⁴⁹ Cette phase de maintien est pertinente dans le cas des situations de violences. Il est en effet très fréquent que la victime retombe dans les filets (faits de repentir) et les belles promesses dont l'auteur de violences l'abreuve durant la phase de la « lune de miel ».



Clinique

L'erreur fondamentale.

Tout au long de ses travaux en psychologie sociale, Jacques-Philippe Leyens a développé la notion de « L'erreur fondamentale d'attribution ». L'erreur fondamentale d'attribution consiste à sous-estimer les causes situationnelles au profit des causes dispositionnelles (c'est-à-dire de caractère ou de personnalité). Maintes expériences de psychologie sociale démontrent en effet que nous attribuons beaucoup plus volontiers les réactions et comportements des personnes à leur personnalité, négligeant les circonstances et l'environnement. Ces expériences (dont la plus célèbre est celle de Milgram)⁵⁰ montrent que nous faisons fausse route en attribuant les comportements des personnes à leur

⁴⁹ http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Stages_of_Change_f.htm

⁵⁰ Le dispositif est le suivant : l'élève devra s'efforcer de mémoriser des listes de mots et recevra une décharge électrique, de plus en plus forte, en cas d'erreur. L'enseignant dicte les mots à l'élève et vérifie les réponses. En cas d'erreur, il enverra une décharge électrique destinée à faire souffrir l'élève. L'expérimentateur et l'élève sont en réalité des comédiens et les chocs électriques sont fictifs. La plupart des variantes permettent de constater un pourcentage d'obéissance maximum proche de 65%. Il peut exister des conditions extrêmes allant d'un comportement de soumission à l'autorité élevé (près de 92 %) dans le cas de chocs administrés par un tiers à un comportement de soumission faible (proximité du compère recevant les chocs) ou nul (décrédibilité de l'autorité)

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

« personnalité », ou « traits de caractères ». En effet, ces expériences montrent que la situation dans laquelle une personne est plongée est un facteur qui détermine de façon beaucoup plus fondamentale son comportement.

Selon Leyens, la conséquence majeure de l'erreur fondamentale chez les psychologues aura pour conséquence que « la solution thérapeutique envisagée sera plus lourde. Il s'agira de changer son client plutôt que d'intervenir sur la situation perturbante et, ce faisant, de le rendre peut être inapte à s'adapter à d'autres situations moins inadéquates »⁵¹

De même, négliger une situation de violence pour interpréter les comportements et affects d'une ou d'un patient, au profit d'une analyse en termes de personnalité ou de psychopathologie, relève de l'erreur fondamentale d'attribution.

Les pratiques psychiatriques

Un diagnostic psychiatrique, une hospitalisation en hôpital psychiatrique, une médicalisation des problèmes de santé mentale qui seraient consécutifs aux violences et qui ne prennent pas en compte les situations de violences vécues, fait également fausse route. La victime alors est renvoyée à son silence, à sa honte, elle ne reçoit pas l'aide nécessaire. Parfois même, l'institution psychiatrique reproduit des situations qui peuvent être vécues comme un viol : contention, isolement...

« Une des pratiques en psychiatrie qui re-victimise les femmes est le diagnostic non approprié et trop rapide des psychiatres. En effet, la souffrance vécue par les femmes psychiatisées liée à leur histoire de violence tant sexuelle que physique n'est pas reconnue. À cause des sociétés hyper-planifiées où les pratiques codifiées laissent peu de place aux significations multiples, les femmes se retrouvent souvent «porteuses» d'un fardeau supplémentaire: le mauvais diagnostic posé sur elles. Donc, la solution souvent envisagée par les psychiatres pour traiter la femme ayant par exemple un diagnostic de schizophrénie, car il s'agit d'une souffrance supposément identique à celle d'une autre femme, c'est la médication »⁵²

Les théories du fantasme

Les théories du fantasme véhiculées entre autres par la psychanalyse, ont longtemps (et parfois continuent encore) consisté à nier les violences sexuelles envers les femmes. En effet, si dans un premier temps, Freud a cru les femmes qui lui confiaient avoir été abusées, devant le nombre impressionnant de ces patientes, il a revu sa théorie et a considéré les dires de ces femmes comme des fantasmes. Ce faisant, Freud a nié la véracité de ces abus. Il a retourné la situation contre les femmes : ces pauvres créatures, privées de pénis, auraient tant désiré en avoir un et tant désiré celui du père, qu'elles imaginaient un abus !

⁵¹ *Sommes-nous tous des psychologues ? Jacques-Philippe Leyens – Mardaga 1983 –pp 127*

⁵² *Collectif de défense des droits de la Montérégie. <http://cddm.weebly.com/2.html>*

Ce faisant, on inflige aux victimes, de nier l'abus dont elles ont été victimes et qui plus est de les rendre responsables de pensées perverses!

La médiation, l'approche systémique.

Les avis sont partagés concernant la pertinence de la médiation quand il s'agit de violences. Il y a un point de vue féministe : « on peut dégager six conséquences négatives du recours à une intervention familiale et systémique en matière de violence conjugale : la minimisation de la gravité des actes de violence; le cautionnement de la violence; l'incapacité de répondre aux besoins de sécurité de la femme; la responsabilisation de la femme pour sa victimisation; la perte de pouvoir de la femme lors de la thérapie conjointe; l'«instrumentalisation» de la femme dans le but d'atteindre les objectifs «thérapeutiques».⁵³

Jean-Pierre Vouche émet également des réticences à cette approche: « le contexte de danger de cette violence intrafamiliale doit être nommé et le médiateur, s'il ne peut travailler, doit être un secours pour la partie faible, en fournissant les moyens de se sortir de ce piège. Cela entraîne que le médiateur familial et pénal soit formé au dépistage de la violence [...]. La prudence est de rigueur dans le dévoilement de la violence, la victime pouvant être en danger, dans les moments qui suivent la médiation. [...] Les indications thérapeutiques individuelles du sujet violent [...] sont plus appropriées et le processus légal plus indiqué. Car le sujet subissant cette violence sera plus défendu dans ses droits et intérêts ainsi que ceux des enfants. »⁵⁴

Dans certains cas cependant, et surtout en présence d'enfants, « Le recours à la médiation peut permettre éventuellement de retrouver un dialogue entre les parents sur un autre mode que la domination par la violence. La médiation prend tout son sens pour faire ce chemin-là. »⁵⁵

⁵³ *L'intervention systémique et familiale en violences conjugales : fondement, modalités, efficacité.* Gilles Rondeau, Normand Brodeur, Nicolas Carrier. Numéro 16 Février 2001 Collection ÉTUDES ET ANALYSES Les CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts.

⁵⁴ Jean-Pierre Vouche in *Médiation familiale et violence conjugale* - Geneviève Cresson - Vouche 1998, p. 55

⁵⁵ Jean-Pierre Vouche in *Médiation familiale et violence conjugale* - Geneviève Cresson - Lassner 1998, p. 44

La victimisation secondaire.

Quelle que soit la méthode, la non-reconnaissance (même involontaire) des violences, voire leur négation ou une prise en charge inadaptée, provoque des effets négatifs et douloureux pour la personne victime.

Quand une personne est - ou a été - victime de violences, négliger la situation dans laquelle elle se trouve peut être dangereux ; la victime se replie sur elle-même, le diagnostic étant tronqué. De surcroît le traitement sera mal adapté, tandis que la violence continuera au sein du foyer et menacera les enfants (s'il y en a).

Premier soins

Les victimes associent également souvent le fait de se reconnaître comme victime à l'obligation de quitter le domicile conjugal. Alors, la crainte de se retrouver seules, de ne pas trouver un logement, de ne pas pouvoir subvenir financièrement à leurs propres besoins ainsi qu'à ceux de leurs enfants survient. De plus, elles redoutent que leurs enfants ne leur soient enlevés suite à une dénonciation de la violence conjugale. Elles craignent aussi que leur compagnon soit dénoncé et condamné au risque d'être séparée de lui et d'autre part, elles redoutent des représailles de la part de celui-ci.

Enfin, pour survivre, elles se construisent des explications rationnelles qui justifient les actes de violence de leur conjoint et qui confirment leur propension à taire les violences: elles considèrent l'auteur des violences comme une personne malade (alcoolique, dépressif,..), et justifient ses actes par la maladie. De cette manière, elles le déresponsabilisent. Elles nient parfois la violence car la difficulté de l'accepter se transforme en une réaction de censure et elles considèrent les incidents « isolés » comme le prix de la vie de couple. Elles se sentent totalement responsables de l'agression. Elles se remettent en question, se culpabilisent et se demandent ce qui, chez elles, a pu inciter l'agresseur à les brutaliser. Elles nient donc leur position de victime. Il arrive fréquemment qu'elles refusent les occasions de sortir du climat de violence car elles se croient incapables de vivre seules et de s'auto-suffire (sentiment d'incapacité acquise). Il arrive également qu'elles tolèrent la violence en fonction de leurs croyances culturelles et/ou religieuses.

Un contre-discours à ces justifications de la violence aide la femme à se déresponsabiliser des actes violents.

La victime a besoin :

- en premier, d'être crue, écoutée avec bienveillance.
- d'être protégée et mise hors de danger.
- d'être comprise, de ne pas être jugée, d'être reconnue comme victime, et que les faits violents soient dénoncés (judiciarisation).
- que sa souffrance soit prise en compte, que ses troubles psychotraumatiques soient dépistés.

- d'être soutenue, aidée, informée sur toutes les démarches à faire, sur la loi, sur tous ses droits, accompagnée, revalorisée.
- d'être prise en charge, traitée, orientée vers des professionnels spécialisés, d'être soulagée. Il est important qu'elle puisse avoir des informations claires sur les mécanismes psychotraumatiques, de savoir que ses symptômes sont des réactions habituelles et logiques à des violences.⁵⁶

De plus les victimes ont besoin d'être aidées concrètement sur le plan matériel : logement, finances, garde d'enfants... A cette fin, il est fondamental que le professionnel initie une synergie d'action avec un réseau de professionnels spécialisés. Enfin il est essentiel d'établir un scénario de protection : identification des facteurs déclenchants, les conduites à mettre en place à ce moment, personnes de confiance, liste de téléphones...

Les victimes ont aussi besoin d'information : elles doivent comprendre la dynamique de la violence, le cycle des violences. Elles doivent entendre qu'elles méritent d'être bien traitées, que la violence existe vraiment, même si elles aimeraient la nier. Il faut les convaincre que le comportement de leur partenaire n'est pas acceptable.

Une thérapie spécifique pour le stress post traumatique?

Des spécialistes de l'intervention auprès des victimes de violences comme Michèle Quintin, Jean-Pierre Vouche et Muriel Salmona⁵⁷ proposent une prise en charge spécifique des violences. Celle-ci se base sur les apports de la neurologie (Salmona) et des travaux sur le SPT.

« Lors de violences continues, répétées, particulièrement si elles ont eu lieu dans l'enfance (comme les incestes), il ne s'agit pas uniquement de traiter des émotions et des symptômes, il faut aider la personne à se libérer d'une personnalité traumatisée qui s'est construite autour de symptômes psychotraumatiques, et à retrouver et reconstruire sa vraie personnalité, son histoire et sa vérité, à réunifier intellect, corps et émotions, à déminer patiemment la mémoire traumatique, cela demande une thérapie spécialisée plus longue... La thérapie doit être centrée sur les violences et leurs conséquences psychotraumatiques, en face à face ; elle ne doit pas faire l'économie d'un engagement contre les violences et les rapports d'inégalité, et doit comporter des références à la loi ; elle ne peut donc pas se faire dans un strict cadre psychanalytique. »⁵⁸

Pour Muriel Salmona, dans un premier temps, les victimes doivent identifier les violences. Le thérapeute va ensuite leur faire faire des liens entre les violences subies et les symptômes

⁵⁶ Les approches cliniques et sociales des violences conjugales. « De l'emprise à la résilience » Jean-Pierre Vouche, Fabert, 2009, Paris.

⁵⁷ *Le livre noir des violences sexuelles. Dr Muriel Salmona Dunod- Paris 2013.*

⁵⁸  www.femmesprevoyantes.be –Jean-Pierre Vouche.

actuels. Il s'agit de «revisiter» les violences en ouvrant les portes désignées par les manifestations de la mémoire traumatique.

Il faut mettre des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, les réactions et le comportement de l'agresseur.⁵⁹ Le but est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens.

« Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, toute réaction ou sensation incongrue doivent être disséqués pour les relier à leur origine, pour les éclairer par des liens qui permettent de les mettre en perspective avec les violences subies.⁶⁰

Aider les enfants exposés.

Pour un enfant, être témoin de violences familiales est déjà une violence en soi. Il subit personnellement au moins des violences verbales et psychologiques. Il est souvent également victime des violences physiques. Il a honte, il s'isole.

Un enfant témoin de violences a besoin d'entendre qu'il n'est pas responsable du comportement violent ou du malheur de ses parents. Il a également besoin d'être en sécurité sur le plan physique, de savoir qu'on s'occupera de lui, de bénéficier de stabilité et de routine. Il faut lui offrir un soutien psychologique, de l'information sur ce qui se passe, des occasions de se distraire, des lieux où apprendre des comportements non violents.

La solution pour pouvoir aider un enfant n'est pas forcément de mettre fin à la situation de violence. Les intervenant-e-s psycho-médico-sociaux/ales n'ont pas ce pouvoir. Il s'agit alors d'aider les enfants à mettre en place des facteurs de protection pour survivre et traverser cette situation.⁶¹ Les facteurs de protection sont ceux qui favorisent la sensation d'avoir du pouvoir sur sa vie, sur la situation familiale.

Aider les auteurs de violence.

Les agresseurs doivent également être aidés. Il faut qu'ils comprennent que toute forme de violence est inacceptable, que frapper un membre de la famille constitue une voie de fait et donc un crime, qu'ils n'ont pas besoin de recourir à la force physique pour être respectés et qu'il est acceptable de demander de l'aide.

Ils doivent bénéficier de soutien pour faire face aux causes de leurs comportements violents (valeurs, impulsivité, besoin de dominer) et apprendre de nouvelles façons de se comporter.

⁵⁹ <http://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/prise-en-charge.html>

⁶¹  www.femmesprevoyantes.be — Jean-Louis Simoens.

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

Ils doivent apprendre à accepter leurs sentiments et ceux des autres, acquérir une meilleure estime de soi, des capacités d'empathie et d'autres modes d'expression de la colère.

Référent

Il est important de se constituer un bon carnet d'adresses. Il existe des centres spécialisés pour accueillir les victimes et leurs enfants, d'autres font un travail (sous mandat judiciaire ou non) avec les auteurs... Le numéro de téléphone Ecoute Violences Conjugale : 0800.30.030 et le site correspondant⁶² est une mine d'information tant pour les victimes que les auteurs. Il comprend aussi un « Espace pro » qui offre une base de donnée des professionnels, des institutions, des centres d'accueil spécialisés... et ce par zone géographique.

La Fédération des centres de planning des FPS a également réalisé un site d'information pratico-pratique (www.stopviolenceconjugale.be) à destination des victimes, des auteurs et des professionnels.

Au-delà de ce carnet d'adresses « standard », il faut se constituer un carnet personnel alimenté par des rapports personnels que l'on peut avoir avec des professionnels ou par le bouche à oreille. Il faut choisir des intervenants qui connaissent la problématique des violences. A cet égard, les ressources spécialisées dans l'accueil des victimes de violence peuvent donner de bons conseils.

Que fait la police ?

L'image de la police en matière d'intervention lorsqu'il y a des violences conjugales gagne à être dépoussiérée. En effet, les policiers sont souvent formés à la question des violences, à l'écoute, à l'accueil et à l'intervention.

Faire appel à la police, ce n'est pas nécessairement porter plainte. La police et surtout les bureaux d'aide aux victimes qui existent souvent parallèlement aux commissariats, peuvent proposer un accueil, une prise en charge, une assistance pratique. Plutôt qu'une aide, Marie-Pierre Seret,⁶³ préfère parler d'un « accompagnement ». Il s'agit d'activer les ressources et le potentiel des personnes. La police a le rôle très important de pouvoir évaluer la dangerosité de la situation et de réfléchir aux comportements et stratégies de protection qui peuvent être mises en œuvre pour les personnes concernées et pour leurs enfants.

Enfin, la police se doit de récolter des informations pertinentes pour être le relais auprès du Procureur du Roi en temps voulu.

⁶² <http://www.ecouteviolencesconjugales.be/index.php>

⁶³  www.femmesprevoyantes.be Marie-Pierre Seret.

Pour conclure

Par cette étude, nous avons démontré les liens ténus et complexes existants entre les violences entre partenaires et la santé mentale. Au travers de quelques exemples belges et étrangers, nous avons également constaté toute l'importance du rôle du professionnel de la santé (médecin généraliste, gynécologue, infirmier-ère...) dans la détection et la prise en charge des victimes en situation de violence. Les prestataires de soins sont, sans conteste, des acteurs de première ligne privilégiés pour un dépistage rapide de situations de violences conjugales. Mais pour ce faire, il est nécessaire de les former et de les outiller. Politiques, corps médical, associations et structures de terrains ...le travail doit être mené en concertation.

ANNEXES



Annexe 1 – Invitation et programme du colloque du 9 mai

Violences relationnelles & santé : quels liens, quels soins ?

Colloque Vendredi 9 mai 2014

de 8h30 à 16h00

**1 couple sur 7 a été concerné par des violences conjugales au cours de l'année écoulée.
46% des belges sont ou ont été victimes de violences sexuelles «jugées» graves au cours de leur vie.**

Cicatrices souvent invisibles, les violences relationnelles s'invitent dans la consultation médicale, psychologique, sociale ou paramédicale et engendrent des troubles de santé physique et mentale. L'identification précoce des vécus de violences permet pourtant au clinicien d'identifier l'origine véritable des symptômes de ses patients et d'agir sur la source du problème.

Programme

Modératrice de la journée: **Dr Valérie Fabri**, médecin conseiller - Direction Médicale de l'UNMS.

8h30 Accueil

9h-9h30 Introduction **Liliane Leroy**, Service Etudes FPS.

9h30-10h « Quand la charge émotionnelle est dévastatrice ».

Michèle Quintin, psychologue, psychothérapeute spécialisée dans le stress chronique et traumatique.

Formatrice, relaxothérapeute.

Elle travaille également avec l'institut tibétain depuis 1995.

10h-10h30 « Les violences familiales, et si on en parlait: la détection précoce ».

Anne-Marie Offermans, sociologue, collaboratrice de la Société scientifique de médecine générale et du département de médecine générale de l'ULB.

10h30-11h « Approche des violences intrafamiliales dans le cadre d'une consultation clinique: une manière d'être plus qu'un savoir-faire ».

Dr Philippe D'Hauwe, médecin généraliste, psychothérapeute, formateur.

11h-11h15 Séance questions-réponses

11h15-11h30 Pause

11h30-12h10 « Les approches cliniques et sociales des violences conjugales, de l'emprise à la résilience ».

Jean Pierre Vouche, psychologue clinicien, thérapeute familial, directeur clinique de F.R.E.I (Formation Recherche Etudes Intervention), Val d'oise, France.

12h30-12h45 Séance questions-réponses

12h45-13h45 Repas.

13h45-15h30 **Ateliers « outils » : comment détecter, aider et à qui référer les victimes et les auteurs ?**

Sur base d'une vignette clinique et avec l'appui de spécialistes.

Atelier 1 Consultation médicale: **Florence Lobet** (Ça vaut pas l'coup); **Dr D'Hauwe**; **Dr Verriest** (Maison médicale de la Venelle); **Jean-Pierre Vouche**.

Atelier 2 Consultation en centre de planning: **Dorothee Depoortere**, **Céline Honorez** (Centres de planning FPS); **Cécile Kowal** (Praxis); **Yamina Zaccara** (Centre de prévention des violences conjugales et familiales).

Atelier 3 Consultation en centre de santé mentale: **Christiane De Pasqua** (Service de santé mentale de Seraing); **Barbara Sneeppers** (AlternativeS- Centre de planning Familial FPS); **Jean-Louis Simoens** (Collectif Centre les Violences Familiales et l'Exclusion-Liège); **Marie-Pierre Seret** (assistance aux victimes police de Flémalle).

15h30-16h Douceurs

Adresse du jour:

UNMS - Salle Auditorium
1-2 Place Saint-Jean
1000 Bruxelles

Inscriptions avant le 1er mai:

02/515 04 01
fps@mutsoc.be

Prix:

10€ (étudiants 6€)



www.femmesprevoyantes.be

Avec le soutien de:



Annexe 2- Vignettes cliniques, ateliers du colloque du 9 mai 2014.

Objectifs des ateliers : permettre aux participants de s'outiller en matière de dépistage, d'aider et de suivi en cas de violence conjugale.

Atelier 1 : consultation médicale

Personnes ressources : Dr Clémence Verriest, Florence Lobet, Dr Philippe D'Hauwe, Jean-Pierre Vouche.

Marie, 35 ans, est patiente à la maison médicale. Elle vit en couple depuis 5 ans. Elle travaillait comme ingénieure dans une grande entreprise, mais elle a dû arrêter de travailler. Depuis six mois, elle est en arrêt maladie (invalidité). Depuis un an et demi environ, Marie vient souvent consulter le médecin de la maison médicale qui est aussi le médecin de famille.

Elle se plaint de fatigue, elle a des douleurs abdominales récurrentes. Le médecin a prescrit une échographie abdominale. Résultat : rien. Prises de sang : rien. Scanner abdominal : rien. Gastroskopie : rien. Tous les examens sont revenus négatifs.

Marie est une de ces patientes «qui nous use ». Elle consulte très souvent, elle est souvent en retard. Julien son mari l'accompagne souvent lors de la consultation. Quand il n'est pas présent, il lui téléphone régulièrement pendant la consultation.

Julien travaille comme architecte indépendant. Le couple a une petite fille de deux ans qui grandit bien, mais elle pleure beaucoup ; elle est fort accrochée à sa maman.

Julien consulte également ce médecin, il est charmant, on ne le voit pas souvent pour sa propre santé

1. Quelle suite donner à ceci ?
2. Quels autres symptômes peuvent vous faire penser à une situation de violence, quels sont les facteurs de risque... ?
3. Comment amener la question ? Quelles questions poser ? Petites choses à observer.

Atelier 2 : centre de planning familial

Cet atelier s'est déroulé sous forme de jeu de rôle

Personnes ressources : Yamina Zaazaa, Dorothée Depoortere, Céline Honorez, Cécile Kowal

Alice a 35 ans, elle est mariée depuis dix ans, elle a deux enfants : Pierre 2 ans, Véronique 5 ans. Son mari travaille comme ingénieur. Elle re-travaille comme éducatrice à mi-temps depuis un an. Alice a fait un test de grossesse, elle est enceinte. Elle consulte le centre de planning, elle est reçue par une accueillante, elle exprime son incertitude par rapport à la poursuite de sa grossesse. Elle a déjà deux enfants, elle a déjà beaucoup de travail à la maison, elle a peur d'être dépassée avec trois enfants et son travail qu'elle n'a pas envie de perdre.. Son mari rentre tard, il travaille beaucoup. C'est elle qui assume toutes les tâches ménagères, l'éducation, la scolarité, les activités extrascolaires des enfants....

Santé mentale et violences : Quels liens, quels soins ?

L'accueillante vérifie les délais. Elle pose les questions :

- Qu'est-ce qui vous porterait vers une solution ou une autre... elle liste.
- Que s'est passé pour qu'il y ait grossesse ? (contraception ?)
- Qu'est-ce que le père en pense ?

Alice ne nomme pas la violence, elle lui trouve des excuses, on se rend compte qu'il y a un problème de communication. Banalités.

Petite conclusion à chacun des intervenants

- Avoir conscience qu'il faudra prendre du temps
- Avoir des personnes qui sont sensibilisées pour référer
- Aborder de front : intrusif

Comment faire le lien entre ce que les gens apportent et les violences ?

Atelier 3 consultation en santé mentale.

Personnes ressources : Christiane De Pasqua, Barbara Sneepers, Jean-Louis Simoens, Marie-Pierre Seret

Annick, 12 ans, vit dans une petite ville du Brabant Wallon. Pour le moment, cela ne va plus bien à l'école. Elle ne travaille plus aussi bien, elle ne fait plus ses devoirs. Ses deux derniers bulletins sont très en-dessous de la moyenne. Elle ne joue plus beaucoup avec ses camarades, elle s'isole dans la cours de récréation, elle se ferme. L'institutrice a remarqué aussi qu'elle a des problèmes alimentaires et qu'elle se ronge très fort les ongles. Un jour Annick décide spontanément de demander une rencontre avec quelqu'un du PMS

Elle est reçue par une assistante sociale. La mère téléphone le lendemain au PMS, elle demande ce qui se passe, ce que sa fille a dit. L'assistante sociale rappelle à la mère et la fille le principe de la confidentialité. Elle reçoit la mère. La mère d'Annick est pharmacienne, la pharmacie fonctionne très bien. C'est elle qui contribue le plus aux frais du ménage car son mari est kiné et n'a pas énormément de clientèle.

Le ménage a trois enfants : Annick qui est la cadette, Julia qui a 15 ans et Zoé qui a 18 ans.

La mère ne veut pas que le père sache que sa fille et elle ont été au PMS.

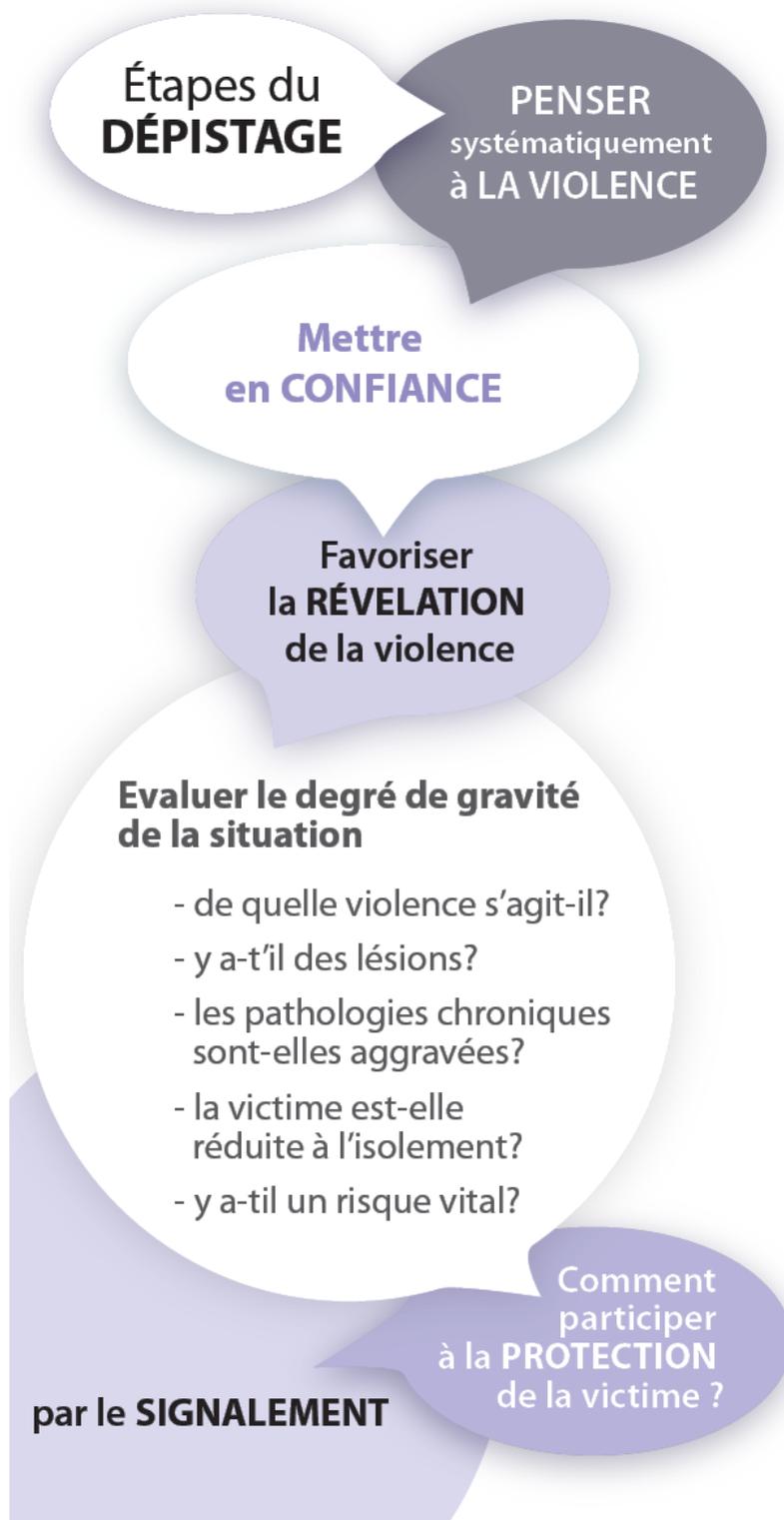
- Comment mener cet entretien ?
- Quels sont les indices pour soupçonner une éventuelle situation de violence ?
- Comment aborder ce sujet ?

L'assistante sociale détecte une situation de violence familiale très importante. Elle craint que ce soit dangereux pour la mère et les enfants. Le PMS contacte le SSM.

Quelles aides peut-on apporter ? Comment suivre ? Qui mobiliser ?

Annexe 3 – Brochures pratiques

DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONTRE LES FEMMES



Dépistage et prise en charge des violences contre les femmes

Comité de rédaction :

- Louisa Ait Hamou
- Leila Benabderahmane
- Pr Fadhila Boumendjel-Chitour
- Nadia Hamza
- Dalila lamarene-Djerbal
- Dr Rekia Nacer