

Hommes Auteurs de
Violences Conjugales :

Étude Qualitative sur
l'Expérience des Médecins
Généralistes Belges dans leur
Prise en Charge

Antoine Chaumont

Master complémentaire en médecine
générale, UCL

Année académique 2019-2020

Promotrice : Dr. Ségolène de Rouffignac

Avant de rentrer dans le vif du sujet, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé d'une quelconque manière à la réalisation de ce travail.

À commencer par ma collègue et promotrice, Ségolène de Rouffignac, pour son aide précieuse et ses encouragements ; Thérèse Leroy ; les médecins qui ont participé à l'étude ; Laura Solar, chercheuse et amie, pour l'analyse et la relecture ; Deborah Kupperberg ; Cécile Kowal, Carmélo Buggea et Laura Chaumont, ma sœur, pour la relecture ; Jacqueline Dethier, ma maman, pour la relecture et la correction.

Merci à tous et à toutes.

1 Abstract

Introduction : Malgré la prévalence des violences conjugales (VC) en Belgique, rares sont les études qui s'intéressent au rôle de la médecine générale dans la prise en charge des auteurs de VC.

Question de recherche : Quelle est l'expérience des médecins généralistes belges dans la prise en charge des hommes auteurs de violences conjugales ?

Méthode : Une étude qualitative a permis d'explorer l'expérience des médecins généralistes belges dans la prise en charge des hommes auteurs de VC. C'est à travers un échantillonnage par effet « boule de neige » et des entretiens individuels semi-dirigés que nous avons pu sonder l'expérience de cinq médecins généralistes. Cette étude ne visait pas la représentativité et l'exhaustivité mais avait une vocation exploratoire. L'hétérogénéité recherchée des profils en termes de genre, d'âge, d'années d'expérience, de type et de lieu de pratique a permis d'obtenir un échantillon riche et divers. Balisés par un guide d'entretien et ensuite strictement retranscrits, ces cinq entretiens ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée.

Résultats : Trois thèmes principaux relatifs à l'expérience des médecins ont été identifiés : [1] Par quels moyens les médecins identifient-ils ou elles les auteurs de VC et comment leur donner une place en tant que patients ? L'identification se fait majoritairement via la victime. Il y a peu d'auto-incrimination des auteurs de VC. Il s'agit d'une vision « victim-centred ». L'importance du lien thérapeutique dans la relation avec l'auteur de VC est mise en avant. [2] Le deuxième thème met en lumière un tabou généralisé des répondant.e.s par rapport aux auteurs de VC, impactant leur prise en charge. Il propose la communication et la verbalisation afin d'inscrire [3] la médecine générale dans un système réseau centré sur l'auteur de VC. Ce système est nécessaire à un accompagnement et une prise en charge multidisciplinaire adéquate des auteurs de VC.

Conclusion : Il existe un tabou systémique généralisé autour des auteurs de VC. La médecine générale participe à ce tabou. Il y a une déresponsabilisation de celle-ci qui amène à un manque de prise en charge des auteurs de VC. Les médecins interrogé.e.s ne se sentent pas légitimes quant à leur formation par rapport à une telle prise en charge. Un système réseau est indispensable pour une prise en charge adaptée des auteurs de VC. D'autres études sont nécessaires pour évaluer le rôle de la première ligne en vue de la prévention de l'utilisation de la violence conjugale.

Mots clés : Médecine générale, Médecin généraliste, Auteur de violences conjugales, Violences conjugales, Prise en charge, Théorisation ancrée, Étude qualitative.

Table des matières

1	Abstract	2
2	Introduction	4
3	État des lieux de la littérature et contexte sociétal	5
4	Méthodologie	6
4.1	Méthode générale de recherche.....	6
4.2	Recherche bibliographique.....	6
4.3	Stratégie d'échantillonnage et de recrutement	7
4.4	Déroulement des entretiens	8
4.5	Analyse.....	9
5	Résultats	10
5.1	Échantillon.....	10
5.2	Les thèmes.....	10
5.2.1	Thème n°1 : À la recherche de l'auteur caché ?.....	10
5.2.2	Thème n°2 : L'importance des mots	18
5.2.3	Thème n°3 : On n'est pas juge, on est médecin.	21
5.3	Résumé.....	28
6	Discussion	29
6.1	Ce qui est.....	29
6.2	Ce qui devrait être	33
6.3	Limites et perspectives de recherche.....	38
7	Conclusion.....	40
8	Bibliographie	41

Abréviations :

VC : Violences conjugales

TFE : Travail de fin d'études

UCL : Université Catholique de Louvain

2 Introduction

La violence conjugale (VC) est définie par « *tout comportement au sein d'une relation intime (actuelle ou ancienne) qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques, sexuelles, économiques ou sociales aux personnes qui en font partie* » (1).

Ce phénomène de violence est de plus en plus révélé dans la société. Les victimes en parlent plus facilement et sont de plus en plus reconnues, notamment grâce à des campagnes de sensibilisation et à certains mouvements collectifs (« MeToo », « BalanceTonPorc », ...). À travers le monde, 35% des femmes sont victimes de violences conjugales et/ou sexuelles de la part de leur (ex-)partenaire au cours de leur vie (2). En Europe, cela concerne 25,4% des femmes (2). La notion de genre est capitale dans la problématique des violences conjugales. En effet, l'écrasante majorité des auteurs sont des hommes (2).

Au vu du nombre de victimes détectées en consultation (souvent venues pour un autre motif), force est de constater que la médecine générale joue un rôle dans la détection et la prise en charge des violences conjugales. Or, et malheureusement, qui dit « victime », dit « auteur ». Des recherches américaines montrent que, en consultation, 13% à 23% des patients de sexe masculin admettent avoir déjà utilisé de la violence avec leur partenaire et que 2 auteurs de VC sur 3 ont un.e médecin traitant qu'ils consultent pour des soins de routine (3).

Dès lors, une réflexion est née sur le sujet des VC. Il existe des recommandations et des guides de bonne pratique pour la prise en charge des victimes mais il n'y a que très peu d'études ou de recommandations concernant les auteurs. Il semble pertinent de s'y intéresser afin de promouvoir une prise en charge globale des violences conjugales.

Ce travail de fin d'études (TFE) se porte donc sur l'expérience des médecins généralistes belges par rapport aux hommes auteurs de violences conjugales. Et ce, même s'il existe des victimes de VC de genre masculin (4). Plus rarement, les auteurs sont des femmes. Celles-ci ne feront pas l'objet de cette étude. Ce TFE aura donc pour objectif d'analyser, par une étude qualitative semi-dirigée et à l'aide d'entretiens individuels, l'expérience des médecins généralistes face aux hommes auteurs de VC dans des relations hétérosexuelles.

Question de recherche : Quelle est l'expérience des médecins généralistes belges dans la prise en charge des hommes auteurs de violences conjugales ?

3 État des lieux de la littérature et contexte sociétal

Le mouvement « MeToo » est un mouvement social et solidaire né aux États-Unis en 2007 et connu depuis 2017. Il a pour but d'inviter les femmes victimes de viol ou d'agressions sexuelles à en parler et à s'exprimer sur leur sujet ainsi que d'écouter la parole de celles s'étant déjà exprimées. Il est suivi et adapté dans d'autres pays (« BalanceTonPorc », en France). Très vite, ce mouvement s'étend et tente de déconstruire le tabou autour de toute forme de violences faites aux femmes, y compris la violence conjugale. Dès lors, il semble que les personnes victimes de VC en parlent moins difficilement, notamment à leur médecin généraliste. Un déséquilibre se crée : les victimes s'expriment, les auteurs pas. De ce constat a démarré la réflexion menant à la question de recherche de ce TFE.

Une revue de littérature publiée en 2018 aux États-Unis parle du rôle des médecins généralistes lorsqu'un patient homme utilise la violence au domicile (5). Cette étude met en évidence une série de recommandations pour la première ligne par rapport à la prise en charge des hommes auteurs de VC. Ces recommandations (5) reprennent :

- L'évaluation de l'utilisation de la violence et de la victimisation des auteurs de VC,
- L'évaluation du potentiel léthal des situations de violences,
- L'évaluation de l'impact de ces violences sur la santé des auteurs,
- L'évaluation de leur capacité au changement,
- L'évaluation des comorbidités pouvant avoir un impact au niveau de la prise en charge.

Au niveau de la prise en charge, il est recommandé aux médecins généralistes (5):

- D'informer les auteurs de VC sur l'impact négatif de ces violences,
- De contacter une autorité si la sécurité de la victime est engagée,
- De référer vers un programme d'intervention spécialisé,
- De référer si nécessaire pour la prise en charge des comorbidités de type assuétudes et santé mentale,
- D'éviter les thérapies de couple,
- De réaliser un entretien motivationnel avec l'auteur de VC,
- D'assurer un suivi régulier.

Ces recommandations sont établies sur base de la société américaine, là où sont nés plusieurs mouvements de prise de conscience des violences faites aux femmes. Le contexte culturel y est donc différent. De plus, aux États-Unis, le système de santé comporte de

nombreuses différences avec la Belgique, notamment par rapport à l'accès aux soins. Les violences conjugales représentent un thème actuel en Belgique. Les formations se font de plus en plus fréquentes, même si elles visent essentiellement les victimes. Au cours de la recherche bibliographique, aucune étude belge concernant la prise en charge des auteurs de VC en médecine générale n'a été répertoriée. Il semble donc pertinent de s'y intéresser afin de confronter les recommandations américaines.

4 Méthodologie

4.1 Méthode générale de recherche

Afin d'obtenir des informations sur l'expérience des médecins généralistes par rapport aux auteurs de VC, une recherche bibliographique a été réalisée et a mené à la question de recherche. Afin d'y apporter des réponses, une étude qualitative a été réalisée à l'aide d'entretiens individuels en face à face. Cette recherche qualitative a été réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés sur base d'un guide d'entretien (cf. annexe 1).

4.2 Recherche bibliographique

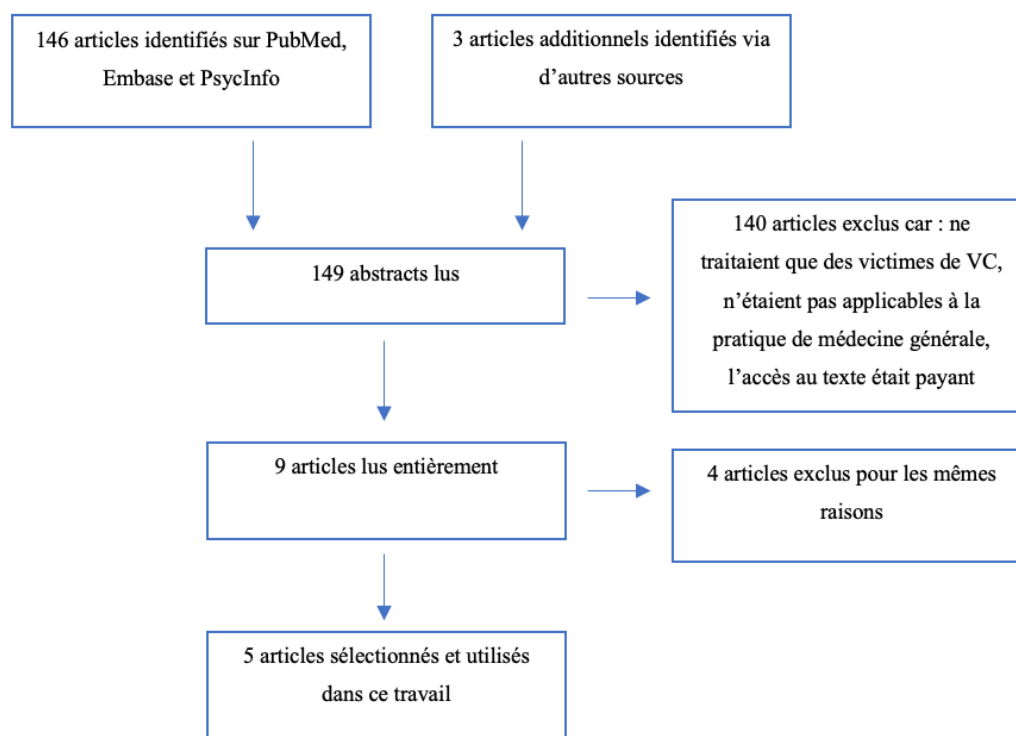
Une recherche de la littérature a été réalisée en cherchant dans les bibliothèques *Embase*, *PubMed* et *PsycInfo* via les mots clés suivants afin de cibler les termes :

- **Violences conjugales** : « partner violence », « intimate partner violence », « partner abuse », « partner violence », « spouse abuse »,
- **Médecins généralistes** : « general practitioner(s) », « family doctor », « family physician », « family practitioner », « general physician », « general practice physician », « physician, family », « physicians, primary care », « practitioner, general », « primary care doctor », « primary care physician(s) »,
- **Auteurs de violence** : « offender », « convict(s) », « criminal(s) », « criminal, polytropic », « delinquent, adult », « perpetrator », « polytropic criminal »

Les équations de recherche se trouvent en annexe (cf. annexe 2). 13 résultats ont été obtenus via *Embase*, 23 via *PubMed* et 135 via *PsycInfo*. Les abstracts ont été lus et les articles exclus s'ils n'étaient pas en anglais ou en français, s'ils traitaient uniquement des victimes de VC (comprenant les enfants) ou des violences sexuelles, s'ils n'étaient pas en lien

avec la clinique en médecine générale, ou si l'accès au texte complet n'était pas disponible via le portail « Libellule » de l'UCL (Figure 1).

Figure 1. Organigramme des stratégies utilisées pour la sélection des articles discutant des auteurs de violences conjugales en médecine générale. Recherche faite en octobre 2019.



4.3 Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

La sélection des médecins a été faite via la stratégie dite « boule de neige ». La première personne a été sélectionnée grâce à son expertise dans le domaine des VC. 5 médecins ont été référencé.e.s par celle-ci et sélectionné.e.s. Un.e autre médecin a été référencé.e par effet de « bouche à oreille » et également sélectionné.e pour participer à l'étude.

Pour participer aux entretiens, les médecins devaient avoir déjà été amené.e.s à rencontrer et/ou à suivre des hommes auteurs de VC, c'est-à-dire des personnes qui ont, d'une manière ou d'une autre identifié qu'au moins un de leurs patients utilisait de la violence vis-à-vis de sa partenaire et qui ont continué de suivre ce patient. Lors du recrutement, la question a été posée aux candidat.e.s. Il s'agit donc d'une auto-sélection : les médecins interrogé.e.s se sont identifié.e.s comme travaillant avec cette problématique.

Afin de se rapprocher de la diversité des pratiques et de la population de médecins généralistes, des profils de pratiques hétérogènes ont été sélectionnés. Les critères suivants

ont été répertoriés et notés : âge, genre, nombre d'années de pratique, milieu urbain ou rural, médecin travaillant en groupe (maison médicale ou association) ou seul.e, pratique à l'acte ou au forfait. Cette étude ne visait pas la représentativité et l'exhaustivité mais avait une vocation exploratoire.

Le recrutement a été fait par téléphone ou par email. La procédure de recrutement était identique pour chaque participant.e :

- Présentation de mon identité en tant que médecin généraliste assistant de l'UCL,
- Exposition de la question de recherche et de l'objectif de ce TFE,
- Demande aux différent.e.s médecins généralistes si le critère d'inclusion était rencontré, à savoir l'identification d'au moins un auteur de violences conjugales dans leur patientèle,
- Formulation d'un intérêt scientifique et proposition d'une rencontre au cours d'un entretien en face-à-face,
- Explication des modalités logistiques de l'entretien : durée estimée, lieu, consentement, anonymat.

Après avoir reçu l'accord du ou de la participante, la date, l'heure et le lieu de la rencontre ont été fixés en fonction de la meilleure convenance de chacun.e.

4.4 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre janvier et février 2020. Ils se sont déroulés après avoir obtenu le consentement éclairé des participant.e.s et dans l'anonymat des données (Formulaire d'information et de consentement, cf. annexe 3). Une heure de temps était prévue et les rencontres se sont déroulées dans la pièce fermée d'un lieu qui convenait aux participant.e.s.

Au moment de la rencontre, l'objectif et les motivations du projet ont été expliqués. Il a été demandé aux participant.e.s d'estimer le nombre d'auteurs de VC dans leur patientèle. Le guide d'entretien (cf. annexe 1) a également été évoqué et rapidement expliqué. Il reprenait un ensemble de thèmes permettant d'aborder des questions principales et ouvertes. Des sous-questions plus précises et éventuellement fermées ont permis de préciser l'opinion des participant.e.s. Le chercheur a expliqué qu'à tout moment, le ou la participante pouvait mettre fin à la discussion sans avoir à se justifier.

Les entretiens ont été enregistrés sur une bande audio afin de faciliter leur retranscription intégrale (cf. annexe 4) et leur analyse. L'enregistreur a été activé au moment de la première question, marquant le début de la discussion et arrêté à la fin de la réponse à la dernière question. Les enregistrements ont été réalisés en une seule prise. À aucun moment, un.e intervenant.e n'a demandé l'arrêt de l'entretien et aucun facteur extrinsèque n'a perturbé le bon déroulement de la discussion.

4.5 Analyse

L'analyse a été réalisée par théorisation ancrée (6) sur base des entretiens retranscrits sous forme de texte. Les différentes catégories d'analyse ont émergé du matériau en cours d'analyse. Elle a été réalisée dans son entièreté par l'auteur de cette étude. Dans le but d'accroître la qualité de ce travail, une chercheuse en sociologie a participé à la première étape de l'analyse, à savoir « les étiquettes ». Cette étape a donc été réalisée par deux personnes, séparément. L'ensemble du travail d'analyse a également été relu et supervisé par une chercheuse en santé publique dans une même optique de qualité. Toutes les personnes ayant participé à l'analyse ont respecté la même méthodologie (7).

5 Résultats

5.1 Échantillon

Au total, 7 médecins ont été contacté.e.s. 5 médecins ont accepté de participer à l'étude. Leurs profils sont repris dans le tableau ci-dessous (Tableau 1). Un.e candidat.e a refusé de participer à l'étude par manque de temps. Un.e autre n'y a pas manifesté d'intérêt. Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 1 heure.

Tableau 1 : Profil des médecins généralistes interrogé.e.s.

	Genre	Âge	Années de pratique	Type de pratique	Lieu de pratique	Acte/forfait	Nombre estimé d'auteurs de VC dans la patientèle
Médecin 1	F	28	2	Maison médicale	Urbain	Acte	10
Médecin 2	M	42	17	Maison médicale	Urbain	Forfait	4
Médecin 3	M	34	10	Association	Urbain	Acte	15-50
Médecin 4	M	50	25	Association	Rural	Acte	> 6
Médecin 5	F	63	39	Solo	Urbain	Acte	?

5.2 Les thèmes

La méthode d'analyse par théorisation ancrée a été utilisée pour analyser les retranscriptions intégrales des entretiens avec les médecins. Cette méthode d'analyse inductive a fait émerger des catégories regroupées en thèmes. Les résultats sont illustrés par des extraits verbatims sélectionnés dans les retranscriptions des entretiens.

5.2.1 Thème n°1 : À la recherche de l'auteur caché ?

En consultation de médecine générale, rares sont les auteurs qui viennent spontanément parler de violences conjugales. Ce premier thème illustre que l'identification des auteurs de VC est un processus actif de la part du ou de la médecin. Un processus actif signifie qu'il y a une démarche consciente dans l'identification des auteurs de VC. L'attention des médecins aux indices récoltés, parfois fortuitement, durant les consultations avec les auteurs, les victimes, leur entourage, leur ressenti personnel, etc. les amène à des hypothèses cliniques. Étoffer ces hypothèses demande un engagement des médecins envers le ou la patiente. Il

arrive que les soignant.e.s ne soient pas actif.ve.s dans cette démarche diagnostique, ce qui laisse les auteurs de VC dans l'ombre.

Ce thème explique également la place de la médecine générale dans le colloque singulier. Quelle est la relation entre le ou la soignante et l'auteur? Quels sont les éléments qui modifient ce lien médecin-patient ?

5.2.1.1 Les portes d'entrée pour l'identification des auteurs de VC

Plusieurs portes d'entrée ont été révélées par les médecins interrogé.e.s comme permettant l'identification des hommes auteurs de VC en consultation. Ces portes d'entrée ont été classées selon leur source : la victime, les enfants, l'auteur.

Du côté de la victime

La première porte d'entrée est la révélation des VC par la victime, que l'auteur soit un patient ou non. Cette source d'identification ressort comme étant la principale voie de détection des auteurs de VC. Cependant, il faut pouvoir ouvrir cette porte. Car si la victime ne semble révéler que rarement les violences de manière directe, plusieurs indices ont été identifiés par les médecins les amenant à comprendre les situations de VC et par déduction, le partenaire violent. Le ou la médecin doit être attentif.ve à saisir les perches ou à creuser les indices laissant entrevoir ce qui se passe derrière cette porte. C'est une démarche proactive.

Parce que les gens qui révèlent les violences, pour ma pratique, ce sont les victimes. C'est déjà difficile de les faire révéler via les victimes... Donc l'identification des auteurs, je l'ai via les victimes. (Médecin 2)

Les constats de coups ainsi que les types de lésions chez les victimes sont référencés comme la méthode la plus simple d'identification indirecte des auteurs de VC. Le mal-être, la chronicité des plaintes et les comportements ou les réactions de certaines femmes victimes de VC en consultation sont d'autres indices pour les médecins.

Oui, c'est la partie visible de l'iceberg, ça. C'est quand la victime a vraiment été victime de coups violents et qu'elle admet que ce n'est pas normal. Parce que j'ai parfois aussi découvert des traces de coups auprès d'une victime qui m'invente une explication bidon. Et je dis « non, ça, je n'y crois pas madame. Parce que quand on chute, on se blesse à des endroits de contact, et pas à l'intérieur du bras, pas à l'intérieur de la cuisse, etc. Donc je pense qu'il y a quand même autre chose ». (Médecin 4)

Elle était seule chez moi en consultation. Et elle reçoit un sms. La plupart des gens ne vont même pas prendre leur téléphone. Et elle saute sur son téléphone, elle s'excuse et elle dit « c'est

mon conjoint, je dois répondre, il veut savoir où je suis ». Là, on se dit « il y a un problème ».
(Médecin 4)

Les consultations en couple représentent un autre signe indirect et peuvent mettre la puce à l'oreille des médecins par rapport à une situation de VC. Elles sont souvent vécues de manière inconfortable par le ou la thérapeute, de par la sensation de ne pas pouvoir aborder tous les sujets avec la personne au centre de la consultation.

Parfois, quand il y a de la violence, ils viennent toujours à deux. L'époux ne laisse jamais son épouse venir toute seule. Il parle à sa place. (Médecin 1)

De ce fait, recevoir ces informations sans qu'elles soient directement révélées par l'auteur positionne les médecins dans une situation délicate. Il leur semble souvent très compliqué d'utiliser ces informations pour approcher directement les auteurs de VC.

Du côté des enfants

Pour certain.e.s médecins, les enfants et les adolescent.e.s vivant au sein d'une famille avec des violences conjugales, peuvent amener à comprendre qu'un homme est violent avec sa partenaire. Il s'agit à nouveau d'une identification indirecte.

Après, il y a via les enfants aussi, parfois. (...) Parce qu'on a une série de familles où les adolescents ne vont pas bien. Et qui consultent beaucoup pour des motifs qu'on n'arrive pas toujours à identifier et qui sont de l'ordre du psycho-social. Et donc là, on imagine qu'il y a des situations familiales difficiles. (Médecin 2)

Du côté de l'auteur

Dans l'expérience des répondant.e.s, il est très rare qu'un homme auteur de VC s'auto-incrimine en consultation. Souvent, le ou la soignante a connaissance des VC par un autre biais que l'auteur. Même avec les auteurs de VC, l'identification se fait majoritairement de manière indirecte. Le ou la médecin sait, mais le patient n'aborde pas la problématique et n'est pas demandeur d'aide. Ce canevas de situation met régulièrement le ou la médecin dans l'inconfort car il ou elle se retrouve au milieu d'un système basé sur un tabou. Dans ce cas, les soignant.e.s se demandent souvent comment agir.

Un auteur ne va pas parler de son problème de violence. (Médecin 2)

Les médecins ont identifié plusieurs indices permettant de suspecter qu'un homme utilise la violence au domicile : les symptômes, les comorbidités et les signes extérieurs. Ces différents indices permettent d'aller plus loin dans la démarche diagnostique.

Les symptômes

Certains symptômes mettent la puce à l'oreille du ou de la soignante. Ces signes regroupent la nervosité du patient, les problèmes sociaux, le mal-être psychologique, les assuétudes et plus particulièrement la consommation d'alcool (qui revient également dans les comorbidités associées aux auteurs de VC), les maladies psychosomatiques, les maladies psychiatriques, la demande d'interruption temporaire de travail (ITT) fréquente. Certains hommes révèlent aussi une agressivité problématique.

Ce qui pourrait mettre la puce à l'oreille c'est un mal-être psychologique, quel qu'il soit. Et une dépendance aussi, une assuétude, quelle qu'elle soit. Quand les hommes révèlent, ou les femmes aussi, des comportements violents, qu'ils ont sous influences, ou des comportements plutôt agressifs. (Médecin 2)

Je vois que mes auteurs identifiés ou suspectés, c'est quand même des gens qui, peut-être un petit peu plus souvent que les autres, ou comme certains autres, quand ils ont des problèmes au travail, demandent des ITT parce qu'ils ont eu un problème, ils ont eu une gastro-entérite. Mais ils ont besoin d'un jour. Juste un jour, mais ils ont besoin d'un jour. Et puis ils ont besoin d'un jour aussi le mois suivant. (Médecin 4)

Une répétition des plaintes d'un patient homme concernant les relations sexuelles a également été identifiée comme étant un indice de situations de violences au domicile.

Et il y a des plaintes souvent au niveau des relations sexuelles, des relations intimes en disant qu'il n'y a plus de relations, ou qu'il y a un refus des relations. Ça, c'est aussi une plainte qui pourrait mettre la puce à l'oreille. (Médecin 2)

Les comorbidités

Parmi les portes d'entrée, on peut également identifier des comorbidités qui semblent associées aux auteurs de VC. En lumière de la littérature, les comorbidités suivantes ont été proposées aux médecins interrogé.e.s afin de les questionner sur un éventuel lien avec leur pratique : le syndrome du côlon irritable, l'insomnie, les addictions et un passé de violence intrafamiliale vécu dans l'enfance (5)(8).

Par rapport à ces associations, les médecins étaient d'accord avec les assuétudes, essentiellement l'alcool mais également la consommation de tabac et de drogues (cannabis, cocaïne, héroïne, ecstasy). Par rapport aux assuétudes, un cercle vicieux est installé. Elles augmentent les comportements violents et les situations de violences conjugales amènent également à la consommation, autant chez les victimes que chez les auteurs.

Et les addictions, ben oui ! Mais... Est-ce que les auteurs ont tendance à picoler ou est-ce que quand on picole, on élimine cette inhibition de la violence et qu'on la libère... ? (Médecin 4)

Un lien semble évident entre les hommes auteurs de VC et les antécédents de violences conjugales vécues dans l'enfance malgré la difficulté d'accès à cette information en tant que médecin généraliste. Être victime (ou témoin) d'une situation de violences conjugales en tant qu'enfant peut créer un traumatisme. S'il n'est pas traité et élucidé, ce traumatisme peut mener à la reproduction des comportements violents et maltraitants vécus dans l'enfance. Peuvent alors s'installer des croyances par rapport au couple et aux relations humaines.

Ce sont des jeunes abusés qui ont souvent vécu de la violence de plusieurs façons. (...) donc vraiment avec une famille totalement inadéquate et qu'il n'a plus vue. Et quelque part, c'est le prototype du mec à risque. (Médecin 5)

« Mais comme dans chaque couple, hein docteur... » (...) Et là, ça pourrait effectivement revenir à ce phénomène d'histoire familiale de violence, puisque « c'est comme ça, c'est comme ça dans tous les couples, dans toutes les familles » ... En tout cas celles qu'ils ont connues. Et donc ça rentre dans la normalité même s'ils ne sont pas confortables avec. (Médecin 4)

Les associations entre auteur de VC et le syndrome du côlon irritable ou l'insomnie ont fait débat chez les répondant.e.s qui ne remarquaient pas de lien évident avec leur patientèle.

Les signes extérieurs

Le discours des hommes auteurs de VC est également une source d'information diagnostique. Beaucoup d'auteurs utilisent des discours de déresponsabilisation, de justification, de victimisation et de plainte. Le manque de culpabilité face à certaines situations permet aussi de questionner les médecins.

J'avais un patient à qui j'ai demandé « comment ça va dans le couple ? ». Question bateau, question bête comme tout. Il m'a répondu « moi, je ne suis pas le genre de type à taper ma femme ». (...) Dire ça, c'est l'avouer directement. (Médecin 3)

Les comportements violents observés par certain.e.s médecins, verbalement ou physiquement, en consultation ou en salle d'attente participent également aux ressentis des médecins et aident parfois à mettre en lumière des situations de VC.

C'est la manière dont il tient un jugement vis-à-vis de son épouse. La manière dont il parle d'elle. C'est dire « je travaille, elle n'a qu'à faire de nettoyer » (...) des phrases un peu choquantes. (Médecin 1)

Je pense bêtement à la violence, la violence verbale, la violence au téléphone. Donc en salle d'attente, quand on entend quelqu'un qui parle mal à quelqu'un d'autre ou qui parle mal à des patients en salle d'attente. Mon patient raciste, il est ouvertement raciste. J'imagine qu'il doit avoir une haine, une colère en lui. (Médecin 3)

Certain.e.s médecins ont également identifié des professions comme indices potentiels de violences conjugales. Les métiers de pouvoir et d'une certaine classe sociale ont été évoqués comme pouvant également mettre la puce à l'oreille des médecins.

Parfois les professions, je trouve. Il n'y a rien à faire, les policiers, les gens qui sont dans des positions de pouvoir. On dit en général aussi les médecins. Les avocats. J'ai un patient qui est avocat et qui dit à sa femme « je connais la loi, tu ne pourras rien faire contre moi ! ». Des gens qui ont une position privilégiée. (Médecin 3)

5.2.1.2 De l'auteur caché au patient identifié

Cette partie tente d'expliquer comment devenir le ou la médecin généraliste de ces auteurs initialement cachés. Comment les mettre à une place de patient dont la problématique est au centre de la prise en charge ? C'est-à-dire des personnes chez qui les violences ont été identifiées et nommées en consultation. Comment réussir à créer un lien thérapeutique avec les auteurs cachés pour qu'ils deviennent des *patients* ? Il est indispensable d'identifier les VC en consultation avec les auteurs pour espérer entamer une prise en charge.

L'auteur caché

Comme expliqué précédemment, la plupart des hommes auteurs de VC sont « cachés » des soins de santé de première ligne. Les différentes portes d'entrée expliquées permettent d'aiguiser la suspicion des médecins ou même l'identification. Mais pourquoi les auteurs de VC sont-ils « cachés » ? La difficulté réside dans le fait qu'il existe de nombreuses barrières à l'identification des auteurs. Ces barrières peuvent être inhérentes au profil de l'auteur ou à son comportement mais elles peuvent également se trouver du côté du ou de la soignante.

Les freins d'identification inhérents aux auteurs de VC demeurent d'abord dans leur discours ; un discours de minimisation et de déresponsabilisation par rapport aux situations de violences. En consultation, les auteurs utilisent des euphémismes ou un discours flou demandant au ou à la soignante de lire entre les lignes pour décrypter ce discours. Il existe une réticence des auteurs à avouer les violences conjugales, ce qui peut être associé à une difficulté de verbalisation des violences.

La fois après où j'ai vu le patient, il m'a avoué, mais on a quand même dû un peu le forcer. Il ne me l'a jamais avoué d'emblée. (Médecin 1)

Il y a beaucoup de détours. Ils expliquent des situations où il faut vraiment creuser pour comprendre exactement ce qu'il s'est passé. (Médecin 2)

Le fait d'utiliser de la violence au domicile n'est pas quelque chose de visible. Il n'y a pas de caractère physique qui signe la VC et qui permet d'identifier facilement les auteurs. Ces violences sont souvent confinées à la sphère privée et donc invisibles aux personnes en dehors.

Parfois on est étonné parce que parfois, ce sont des gens qui n'ont pas l'air méchant. Ils n'ont pas le look de l'alcool-psychiatrique qui a fait de la prison. Ce sont des gens comme vous et moi, qui ont l'air bien. (Médecin 3)

De plus, certains patients semblent être de faibles consommateurs des soins de santé de première ligne. Ce qui limite également le diagnostic des violences chez ces derniers.

On ne dépiste pas parce qu'ils ne viennent pas. Il y a ça, aussi. (Médecin 3)

Il existe également des barrières à l'identification des auteurs relatives aux médecins généralistes. L'utilisation de la VC n'est pas un élément auquel les médecins généralistes semblent penser spontanément chez leurs patients. Comment identifier les auteurs si on n'y pense pas en tant que médecin ? Cela représente donc un frein important à l'identification, cette fois, car le ou la soignante ne l'intègre pas (ou peu) à sa liste d'hypothèses cliniques.

C'est difficile parce que ce n'est pas un diagnostic qu'on recherche. Il n'est pas dans notre liste de diagnostics spontanément. On a déjà ce problème-là avec les victimes. Les auteurs, on ne cherche pas à les identifier. (Médecin 2)

Certain.e.s médecins ont identifié une difficulté d'empathie envers les hommes auteurs de VC pouvant biaiser leur identification en médecine générale. Des stéréotypes peuvent également altérer cette empathie. La relation avec le patient potentiellement auteur de VC a une place importante car il a été révélé qu'il pouvait y avoir un manque ou une absence d'implication à l'identification. Le fait d'apprécier un patient ou de se reconnaître en lui peut altérer la volonté de lucidité du ou de la soignante par rapport à la détection des VC. Ici, il y a un choix délibéré de ne pas étiqueter le patient comme auteur et de ne pas saisir les perches qui sont tendues.

C'est dur. Je n'ai pas envie de voir ça chez eux. Je n'ai pas envie de les associer à des hommes violents alors que c'est des gens que j'apprécie. Donc j'imagine que ça doit être un frein aussi, quand on aime bien les gens et qu'on les apprécie. (Médecin 3)

Généralement ce sont des gens chez qui vous n'avez vraiment pas envie de commencer à fouiller. Vous sentez vraiment le côté négatif et délétère. (Médecin 5)

Dans le colloque singulier, les médecins recensent également des émotions qui les traversent. Être face à ces patients peut procurer du stress, un malaise, une certaine

appréhension. La question de la sécurité des médecins revient fréquemment. Il peut exister un sentiment d'insécurité dans ce type de consultation. Ceci pourrait justifier le manque de détection et de prise en charge des auteurs de VC en médecine générale.

Un des freins, c'est ma propre sécurité. (Médecin 3)

Tous ces éléments repoussent la détection des auteurs de VC et amènent souvent à un diagnostic tardif, voire parfois fortuit des situations de VC. Et de ce fait, un retard de prise en charge adaptée.

Le patient identifié

Du côté de la médecine générale, le fait d'être médecin de famille représente un facilitant pour l'identification des auteurs de VC. Même si cette place est parfois ambivalente pour les médecins interrogé.e.s, le lien thérapeutique avec les patient.e.s permet de construire une confiance mutuelle. Le secret médical est également un atout qui peut aider les patients auteurs de VC à se confier en consultation. Le fait d'être médecin de famille signifie également avoir une connaissance du foyer, de la famille et de ce qui gravite autour du patient ou de la patiente.

Au niveau des facilitateurs, c'est de voir toute la famille. Donc aussi bien les enfants, que les oncles et tantes (...) c'est un facilitant d'un peu connaître l'ambiance familiale, d'aller chez eux. (Médecin 1)

Je dirais la confiance, le lien thérapeutique ou le lien de confiance avec le médecin de famille. Donc malheureusement, je trouve beaucoup plus de situations problématiques maintenant que je pratique depuis plus de 20 ans. (Médecin 4)

La capacité des médecins à mettre des mots, à poser la question des violences et de confronter les patients hommes chez qui il existe une suspicion d'une situation problématique est un autre facilitant. Certain.e.s répondant.e.s vont jusqu'à la banalisation de la violence afin d'amener l'auteur suspecté à révéler les actes de violences conjugales.

A nous, en tant que soignant de banaliser la violence pour demander. « Comment ça marche avec votre femme ? vous savez, toutes les bonnes femmes, c'est un peu la même chose. Parfois, il faut les remettre à leur place, non ? ». Poser ce type de question, ça permet de faire copain-copain pour faire venir le truc. Mais c'est compliqué. (Médecin 3)

Finalement, une hypothèse sur le genre du ou de la médecin a également été posée. Il semble être plus simple pour un homme auteur de VC de s'auto-incriminer en présence d'un médecin homme, questionnant le genre féminin par rapport à l'identification de ces auteurs hommes.

Entre un homme et une femme, je pense que les femmes vont peut-être plus souvent venir m'en parler à moi, de par le fait que je suis une femme, jeune, oreille attentive, etc. Par contre, pour un homme, c'est plus difficile de m'en parler. (Médecin 1)

5.2.2 Thème n°2 : L'importance des mots

L'importance des mots illustre la communication au sens large par rapport à la problématique des violences conjugales et des auteurs. Ce thème illustre comment tout un système de non-dits affecte la détection et la prise en charge des hommes auteurs de VC en médecine générale. Il révèle également comment s'imbriquent les différents éléments qui endiguent les auteurs de VC dans un flou sociétal, et donc aussi en médecine générale. Il permet de faire le lien entre le colloque singulier et la relation médecin-auteur, abordée dans le thème *À la recherche de l'auteur caché ?*, et la médecine générale comme faisant partie d'un système plus large.

5.2.2.1 Une verbalisation problématique à tous les niveaux

En médecine générale, les VC semblent taboues. Les médecins interrogé.e.s parlaient plus facilement des victimes que des auteurs. Lorsqu'il leur était demandé d'expliquer une situation vécue avec un homme auteur de VC, l'ensemble des participant.e.s ont répondu automatiquement par une situation centrée sur la victime. Au cours des discussions, il a systématiquement été rappelé aux médecins de se concentrer sur les auteurs. Il existe donc, en médecine générale, une difficulté de parler de ces patients dans la problématique des VC. Et lorsque ces violences sont abordées, c'est des victimes dont on parle. Plusieurs médecins ont identifié un véritable tabou sociétal autour des VC et spécifiquement vis-à-vis des hommes auteurs. Ce non-dit représente une barrière à l'identification des VC et à la prise en charge des auteurs.

Il faudrait que ce soit beaucoup moins tabou dans la société et qu'il y ait beaucoup plus de structures à qui on puisse référer. (Médecin 2)

De ce manque de verbalisation s'est posée la question de la légitimité de discuter des VC avec l'auteur. « *Ai-je le droit ?* » (Médecin 1). Et au-delà de ça, « *Ai-je envie ?* » (Médecin 1). Jusqu'où vont l'anamnèse et le rôle de la médecine générale ? La notion de légitimité est propre à chacun.e. Cependant, il est souvent difficile d'avoir une limite claire par rapport à son propre rôle.

Est-ce qu'on doit les raisonner ? Est-ce qu'on a le droit de nous immiscer là-dedans ? Parce que moi, l'auteur, je le traite comme une personne lambda. Sans pour autant le vexer ou quoi que ce soit. Est-ce que j'ai le droit ou est-ce que je dois aller plus loin ? (Médecin 1)

Amener le sujet des VC en consultation avec un auteur identifié de manière indirecte, c'est-à-dire par un autre biais que lui, est particulièrement complexe si celui-ci consulte pour une autre raison. Dans cette situation, le patient n'est pas demandeur. Il semble donc y avoir un mal-être des médecins à amener la question des VC. Cela questionne à nouveau la notion de légitimité. Nommer les violences avec un auteur non-demandeur pourrait entacher le lien thérapeutique et condamner une possibilité de prise en charge ciblée sur cette problématique.

Parfois, on a peur de mettre à mal cette relation thérapeutique en abordant le sujet de manière directe. (Médecin 4)

Les indices cités dans le thème n°1 représentent des perches vers la problématique des VC ou, au contraire, un moyen de fuir le sujet. C'est alors la réaction du ou de la médecin qui détermine la perspective de soins avec l'auteur de VC. Est-ce que les médecins profitent de ces perches pour entamer le dialogue ou non ? Saisir cette opportunité pour aborder le sujet des VC avec un auteur identifié de manière indirecte a été révélé comme parfois trop confrontant pour ces patients. Ceci participe et renforce le tabou autour des auteurs de VC.

Ça aurait été un pas trop loin pour eux, trop confrontant d'en parler avec eux directement. Quand ils insistent beaucoup sur leurs symptômes, c'est une étape de trop à ce moment-là. (Médecin 2)

S'il y a une décision d'aborder les VC avec l'auteur, il y a lieu d'amener la problématique avec précaution afin de préserver ce lien thérapeutique. La perche est maintenant tendue vers l'auteur. C'est alors à son tour de saisir ou non l'opportunité d'en parler. En ce sens, la prise en charge semble rythmée par l'auteur suspecté ou identifié.

Voilà, donc j'ouvre un peu des portes sur ce qui peut être à l'origine ou entretenir la plainte qui est présente. (...) En espérant qu'ils saisissent la perche etc. (...) Moi je suis toujours dans la grande prudence. « Est-ce que vous souhaitez qu'on en parle ? Est-ce que vous acceptez qu'on en parle ? » Et 9 fois sur 10, ils disent oui. (Médecin 4)

Les VC représentent également un tabou pour les auteurs. Ils ne se confient que très rarement par rapport à cette problématique. Il y a une forme de déni repéré par l'ensemble des répondant.e.s.

Moi, je trouve qu'ils ne se confient pas. Beaucoup sont dans le déni du problème de violences. (Médecin 3)

Comme cité dans le thème *À la recherche de l'auteur caché ?*, les auteurs de VC utilisent souvent des discours de déresponsabilisation ou d'excuse, de justification, de victimisation et de plaintes parfois incomprises par les soignant.e.s. Cela révèle une grande difficulté à mettre les mots justes sur leur situation. Les médecins associent ce problème de verbalisation des VC à une banalisation, amenant les auteurs de VC à se justifier, à nier, à minimiser ou à parler par euphémismes. De cela découle une difficulté de compréhension de la situation pour les médecins qui doivent souvent interpréter les dires de leurs patients auteurs de VC en fonction de leurs propres croyances. Peu de médecins tentent de clarifier le discours flou des auteurs. L'interprétation, par définition, peut donc être différente d'un.e soignant.e à l'autre. La situation reste vague et le diagnostic est retardé.

Et un autre qui me dit « oui mais bon, mettre une gifle à sa femme de temps en temps... À vous écouter, moi, je suis un homme violent. » (Médecin 3)

Après, je pense que chacun s'exprime différemment. De dire « je me suis énervé », « j'en avais marre ». Si ça se trouve, c'était un petit truc, si ça se trouve c'était un gros truc. (...) C'est difficile de voir le vrai du faux. (Médecin 1)

Il y a donc une nécessité de lire entre les lignes, identifiée par les intervenant.e.s comme un rôle à part entière de la médecine générale. Le ou la médecin a un rôle de décryptage des situations en général. Cela s'applique également à la problématique des auteurs de VC.

Il faut décoder, ce qui est un peu notre rôle de professionnels, en même temps. (Médecin 2)

Ce manque de verbalisation à tous les niveaux cause un retard ou un manque de prise en charge des auteurs de VC en médecine générale.

5.2.2.2 La communication, un outil essentiel.

Les hommes auteurs de VC n'abordant pas la problématique directement, c'est souvent aux médecins de saisir les opportunités pour l'aborder en consultation. Comme expliqué dans le point précédent, il semble important d'amener le sujet des violences de manière adéquate au risque d'abîmer le lien thérapeutique avec le patient, voire d'augmenter la dangerosité vis-à-vis de la victime.

La communication représente un outil essentiel en médecine générale. Les personnes interrogées réalisent son importance. Plusieurs d'entre eux et elles remarquent une lacune au niveau communicationnel pour approcher la problématique non seulement avec les victimes mais également avec les auteurs de VC. Les médecins ressentent le besoin d'une formation spécifique au niveau de la communication.

Moi, en tant que médecin généraliste, je n'ai pas vraiment d'outil de communication. (...) Je pense qu'il faut un minimum de formation à la communication. (...) Sinon, on n'abordera jamais ce problème-là. (Médecin 2)

Le vocabulaire utilisé par les médecins est également sujet à une grande attention, voire une précaution lors d'une consultation avec un homme auteur de VC. Il y a une réelle attention singulière au langage et parfois un inconfort par rapport à l'usage des mots. Cela représente un exercice fatigant. Certain.e.s médecins ont remarqué que nommer une situation de VC avec un auteur en consultation pouvait augmenter la violence suite à une prise de conscience de ce dernier. Ce qui peut également représenter un frein au niveau de la verbalisation par souci de sa propre sécurité en tant que soignant.e. Une communication adaptée semble également préserver le lien thérapeutique avec l'homme auteur de VC.

Éprouvant ! Je ressors, en général, lessivé de ce genre de consultation où je fais attention à ce que je dis, aux mots que j'utilise, à la réponse qui va m'être donnée, comment je rebondis là-dessus. Et je peux comprendre que certains n'ont pas envie de se lancer. Ou qu'à certains moments donnés, on n'ait pas envie puisque je suis dans le cas aussi. (Médecin 4)

Un homme violent qui se sent reconnu, ça augmente la violence. Donc, ils ne vont pas avouer, ils vont plutôt nier, minimiser, etc. (Médecin 3)

D'une bonne communication dépend la prise en charge des auteurs de VC. Elle va permettre d'avancer dans la compréhension de la situation ou au contraire, si elle n'est pas possible, elle va geler toute tentative de prise en charge. Il s'agit donc d'ouvrir des portes et de tenter d'amener les auteurs à parler de cette problématique.

Du coup, je n'ai pas d'intervention par rapport à lui particulièrement et pas de possibilité de référence non plus parce que la communication est assez tendue. (Médecin 2)

Pour certain.e.s médecins, il est important d'avoir un discours assez direct et de nommer les choses durant la prise en charge des hommes auteurs de VC.

Je le garderai mais en faisant vraiment un travail sur la violence, en utilisant des mots très durs pour... voilà... « On va parler de choses désagréables. Ce n'est pas cool ». Et systématiquement, revenir sur le vocabulaire en disant « stop, on s'interrompt, qu'est-ce que vous venez de dire ? ». Dessiner le cycle de la violence, lui expliquer « où est-ce que vous en êtes ? (Médecin 3)

5.2.3 Thème n°3 : On n'est pas juge, on est médecin.

Ce dernier thème illustre la position de la médecine générale dans un ensemble plus large gravitant autour des auteurs de VC. Il montre les soignant.e.s non pas dans le colloque

singulier mais bien comme faisant partie d'un système. Ce système comprend notamment la famille et l'entourage des auteurs, le réseau multidisciplinaire, le système de soins et finalement, la société. Comment se positionner dans tout ça ? Quelle place prendre ou ne pas prendre ? Quelle est la responsabilité de la médecine générale dans ces systèmes ? Et comment mettre l'auteur de VC au centre ?

5.2.3.1 Médecin de famille VS médecin référent.e pour une prise en charge individuelle

La place des médecins dans le système familial a été discutée dans les entretiens. Beaucoup de participant.e.s voyaient cette place de médecin de famille comme une position privilégiée donnant accès à de nombreuses informations sur les patient.e.s. Soigner l'ensemble de la famille signifie connaître le foyer et permet souvent d'avoir une meilleure compréhension globale de la problématique des violences dans un couple. Le fait de suivre les deux partenaires permet de confronter deux versions de la situation.

Je suis médecin de famille donc en général, je connais les couples, je connais les gens. (Médecin 3)

Cependant, soigner deux personnes d'un couple représente des difficultés. Plusieurs médecins ont identifié cette position comme pouvant être inconfortable en cas de VC. À cela s'ajoute la difficulté de maintenir le secret médical. Les médecins se retrouvent au milieu de la problématique avec des informations pouvant venir des deux côtés. Il faut jongler prudemment avec ces informations et ne pas les divulguer à l'autre partenaire. Il semble plus confortable de soigner une seule personne du couple. Mais il est souvent compliqué de rompre le lien thérapeutique et de référer l'auteur ou la victime au moment où les situations de VC font surface.

C'est un jeu parfois difficile, à multi facettes, et où on doit pouvoir jongler avec tous ces aspects : secret médical, connaissance de la globalité aussi. Et parfois, j'envie les psychologues qui peuvent dire « je soigne untel de la famille, je ne soigne pas les autres de la famille etc. ». Ils ont cette facilité mais nous, on est déjà médecin traitant de tout le monde. Et donc quand on découvre la chose, on peut difficilement dire « monsieur, je ne vous soigne plus. Vous avez frappé madame ». Et donc ça rend la position parfois inconfortable aussi. (Médecin 4)

Dans ce système familial, les médecins se concentrent régulièrement sur la victime au détriment de l'auteur. Lorsqu'un travail est réalisé par rapport aux VC, les médecins interrogé.e.s semblent le diriger, consciemment ou inconsciemment vers la victime. Celle-ci reste, finalement, au centre du problème et l'auteur ne bénéficie pas d'une prise en charge

adaptée. C'est à travers le colloque singulier avec l'auteur qu'il y a une prise en charge indirecte de la victime, comme un effet domino.

Parfois, j'essaye de faire entendre raison à l'auteur. (...) J'ai envie de dire à son épouse, « j'ai essayé, hein. », « je pense qu'il va faire des efforts », « je lui ai prescrit ça pour qu'il soit plus calme » ... Ça, c'est parfois dur de ne pas lui dire. (Médecin 1)

De plus, de certains entretiens ressort une responsabilité des victimes dans la prise en charge des auteurs de VC. À ces dernières semble être attribuée la responsabilité de leur propre sécurité et celle de la famille ainsi que de mobiliser le réseau d'aide (l'ASBL *Praxis*¹ pour l'auteur, le SAJ² pour les enfants, les services d'aide aux victimes). C'est la victime qui doit mobiliser les ressources. Dans ce cas, où se situe la responsabilité de la médecine générale ? Il ne semble pas y avoir de traitement holistique des différents membres du système familial. Mais plutôt des stratégies développées pour toucher l'auteur ou la victime par l'intermédiaire du ou de la partenaire.

En général je réfère via les victimes. (...) Après, tout ce qui va être protection de l'enfance, via le SAJ. Moi, j'ai appelé une fois ou deux le SAJ. En général je recommande aux victimes d'appeler le SAJ. « Vous êtes responsable de votre sécurité, de votre vie et vous êtes responsable de la sécurité de vos enfants. (Médecin 3)

5.2.3.2 La médecine générale comme révélateur et catalyseur du réseau

La plupart des médecins interrogé.e.s ont identifié un rôle de la médecine générale dans la problématique des VC et particulièrement des auteurs : celui de révélateur des violences conjugales et de catalyseur du réseau. Une prise en charge des auteurs dirigée uniquement en médecine générale semble compliquée, voire impossible. Effectivement, les médecins ne s'identifient pas comme thérapeutes dans ces situations. Ils et elles ne semblent pas prendre de responsabilité dans la prise en charge proprement dite de la problématique des VC chez les auteurs. Il transparaît une forme de désengagement lorsque les violences sont révélées.

Pour les victimes, on a bien montré qu'il fallait travailler en réseau, que le médecin généraliste pouvait être un diagnostiqueur et un révélateur pour identifier les choses mais pour la prise en charge en elle-même, il faut une assistance sociale, il faut un psychologue, il faut plein de choses. Pour ça, le généraliste doit avoir son réseau. Pour les auteurs c'est pareil. (Médecin 2)

Est-ce que le rôle de la médecine générale s'arrête là ? Jusqu'où va-t-il ? Quelles sont les raisons pour lesquelles les médecins ne semblent pas aller plus loin dans la prise en charge des auteurs de VC ?

¹ ASBL d'aide aux auteur.e.s de violences conjugales et intrafamiliales par réalisation d'un travail de responsabilisation en groupe

² Service d'Aide à la Jeunesse

Il semble que la médecine générale participe au travail de sensibilisation réalisé avec les auteurs de VC qui se concentre sur la prise de conscience des violences. Dans certaines pratiques, il y a une tentative de prise de recul afin de déconstruire les croyances des hommes violents. Alors, l'objectif est la conscientisation des auteurs de VC pour leur permettre d'accéder au réseau utilisé par les médecins. Pour parvenir à cette conscientisation, certain.e.s médecins abordent ce travail par l'aspect éducationnel grâce à la sensibilisation et l'information. Le but ultime d'une prise en charge est d'arriver à un changement de comportement de la part de l'auteur de VC. Selon les médecins interrogé.e.s, ce travail ne peut être réalisé en médecine générale car il dépend du réseau d'intervenant.e.s externes.

Quel est le rôle du médecin ? Je pense que c'est d'aider les gens à accepter qu'ils ont un problème de violence et qu'ils devraient aller chercher une aide par rapport à ça pour ne pas répondre à la violence. (Médecin 3)

On doit essayer de comprendre ce qu'ils considèrent comme normal. Et peut-être déconstruire des choses en disant « mais vous trouvez ça vraiment normal ? ». Ou « est-ce que vous ne voyez pas d'autres façons de fonctionner ? ». (Médecin 4)

Des obstacles liés au fait d'être l'unique thérapeute autour des auteurs de VC ont été mis en avant. D'abord, il existe une difficulté d'utiliser l'information reçue des auteurs pour entamer une prise en charge adéquate. Cette difficulté semble liée à un manque d'outils psychologiques en médecine générale.

Moi, j'ai les infos, mais qu'est-ce que j'en fais... ? J'ai juste envie de les donner à quelqu'un qui l'aide plus. (Médecin 1)

De plus, plusieurs médecins ne se sentent pas capables de mener cette prise en charge seul.e.s avec le patient par manque de légitimité, d'empathie ou de formation.

Je ne me sens pas du tout armé et légitime pour reprendre en charge un auteur de violences. (Médecin 4)

De ce fait, les médecins s'identifient comme identificateurs ou identificatrices du problème de VC chez les auteurs, aiguilleurs ou aiguilleuses vers les différentes ressources et sensibilisateurs ou sensibilisatrices par rapport aux violences conjugales. Mais pas comme thérapeutes.

Elle (i.e. la place de la médecine générale dans la prise en charge des auteurs de VC) est limitée, je pense. Elle est limitée parce qu'on n'est pas formé à la prise en charge de ces patients-là. On est plus, quelque part, peut-être l'élément qui peut être l'identificateur et quelqu'un qui propose un panel d'orientation et de prise en charge etc. On est plutôt l'aiguillage. (Médecin 4)

Par rapport au système d'aide spécialisée, les médecins semblent avoir connaissance d'un réseau existant par rapport aux auteurs de VC. Les ressources mentionnées sont principalement la psychologie et la psychiatrie. L'ensemble des participant.e.s connaissaient l'ASBL *Praxis* mais très peu y réfèrent directement des auteurs identifiés.

Les principales ressources utilisées en médecine générale sont donc la psychologie et la psychiatrie, souvent non spécialisées dans le domaine des violences conjugales. Les médecins semblent classer les violences conjugales comme faisant partie du domaine de la psychologie/psychiatrie. Hormis cette référence, les médecins utilisent très peu ou pas les autres ressources qu'ils ou elles ont mentionnées.

Malgré ce constat, beaucoup de participant.e.s ont proposé une amélioration du réseau comme piste d'action future pour améliorer la prise en charge des auteurs de VC. Mais très peu d'entre eux-elles semblent effectivement utiliser le réseau existant.

5.2.3.3 Entre devoir professionnel et bien-être personnel : la responsabilité des soignant.e.s

Les médecins font partie d'un système de soins dans lequel ils et elles ont des responsabilités en tant que soignant.e.s, la responsabilité de la première ligne. Les auteurs de VC font l'objet de cette responsabilité dans cette problématique.

Lorsque les auteurs de VC sont identifiés indirectement, certain.e.s médecins semblent garder une neutralité dans leur prise en charge globale. Cela est identifié comme un devoir de soigner ce patient comme un autre. L'auteur de VC prend alors une position de patient lambda. Il n'y a pas de prise en charge des violences et elles ne sont pas intégrées dans le système de soins.

Je fais un peu abstraction. J'essaye de me dire que je n'ai pas spécialement à... Déjà je n'ai pas à le traiter différemment. Je ne vais pas moins bien le traiter. (Médecin 1)

De la même manière, si un homme auteur a bénéficié d'une prise en charge spécialisée et spécifique aux violences conjugales, les soignant.e.s semblent pouvoir suivre ce patient de manière neutre. À l'opposé, si l'auteur n'a pas reçu une telle prise en charge, ce dernier conserve une place de patient particulier. Il peut alors y avoir un jugement mais ce statut de patient particulier n'engage pas de prise en charge en médecine générale. On remarque donc une certaine confiance dans le réseau spécialisé. Il existe aussi une croyance en la justice pénale mais pas pour la modification des comportements chez les auteurs de VC.

Quelque part, il y a eu un processus de soins qui s'est complété. (...) Et voilà, je considère presque que c'est un problème psycho-médical qui a été réglé et il a retrouvé une position de

patient normal. Alors que j'en ai un autre que j'ai soigné avant. (...) Il a fait 8 ans de prison et il est revenu chez moi comme patient. Je sais qu'il a payé sa dette, quelque part. Il a été en fond de peine. Mais je suis toujours un peu mal à l'aise avec cet homme parce que je suis convaincu qu'on l'a mis 8 ans en prison mais qu'il n'y a rien qui a changé. (Médecin 4)

La notion d'empathie prend alors un autre sens. C'est d'abord une notion importante dans la relation singulière. Mais elle représente également l'empathie de la médecine générale faisant partie d'un système de soins et donc la responsabilité du ou de la médecin par rapport à une problématique sociétale : les auteurs de VC. Dans le colloque singulier abordé dans le thème n°1, on remarque qu'il est difficile d'être empathique dans la relation avec le patient auteur. Qu'en est-il de l'empathie face à la responsabilité de médecin dans un système ? Y-a-t-il une prise de responsabilité par rapport aux VC ? Ou le patient conserve-t-il un statut invisible, qui signifie une déresponsabilisation face au problème des violences ?

C'est dur parce que parfois je me dis... j'ai peur de ne pas bien prendre en charge les patients. En me disant « cette personne ne m'inspire que du dégoût » et donc peut être que je ne m'investis pas comme pour un autre patient, d'où l'intérêt de leur demander de changer de médecin. » (Médecin 3)

L'empathie par rapport à la problématique des hommes auteurs de VC est propre à chaque médecin. Il en est de même face à cette responsabilité. D'un côté, il y a la volonté d'aider les patients qui est dictée par le devoir professionnel. D'un autre côté, il peut exister un jugement critique de sa propre empathie envers ces patients. Cela remet en question la légitimité de cette empathie.

Parfois, je me dis « est ce qu'on peut vraiment être empathique vis-à-vis d'eux », vous voyez ? Ils ont quand même fait des trucs que je ne cautionne pas, et que je ne cautionnerai jamais. Et donc, cette empathie, parfois elle... Pas qu'elle me dégoûte, mais... Parfois je me dis « Non... Tu peux l'aider mais tu n'as pas spécialement à être empathique face à ce qu'il a fait » (Médecin 1)

Dans beaucoup de situations, on remarque qu'il existe des difficultés d'empathie malgré tout. Certain.e.s médecins préfèrent mettre fin à la relation thérapeutique et référer l'auteur à un confrère ou une consœur. Cette limite définie par l'empathie amène à la déresponsabilisation du ou de la médecin en tant que soignant.e.

Et donc, pour les hommes violents, j'arrive pas à être empathique pour la plupart. D'où le fait de leur demander de voir mes collègues. (Médecin 3)

L'empathie démarre donc du colloque singulier et positionne ensuite les médecins dans le système de soins en fonction d'une responsabilité qu'ils ou elles décident de prendre. Elle peut varier en fonction de la capacité de l'auteur de VC à se remettre en question. Si celui-ci

prend conscience de la problématique des violences et montre une motivation au changement, les soignant.e.s peuvent plus facilement éprouver de l'empathie et prendre en charge ce patient. À l'opposé, si l'auteur de VC éprouve du déni, les médecins n'engagent généralement pas de prise en charge, voire mettent fin à la relation thérapeutique car il y a moins d'empathie et, de ce fait, de responsabilisation. En ce sens, le patient auteur peut interférer avec la place du ou de la médecin dans ce système de soins. La part de responsabilité en médecine générale varie également en fonction du colloque singulier.

Mais les auteurs qui sont toujours en train de faire ces violences et où rien n'est mis en place et où je vois qu'ils sont en train de soumettre la femme et de dire que c'est elle la coupable, etc., ce cercle de la soumission etc., et qu'ils minimisent leurs effets, alors eux, je n'ai pas spécialement envie de les aider. Mais là, je trouve qu'on peut faire plus par rapport à ça (...). (Médecin 1)

5.2.3.4 *La médecine générale comme visibilité des auteurs de VC dans un système sociétal*

Il est également identifié que la société joue un rôle dans cette problématique. C'est le système qui englobe les précédents. Il semble clair qu'il existe un déséquilibre important entre les victimes et les auteurs de VC, autant dans la littérature scientifique que dans leur visibilité dans la société. Or, les VC apparaissent comme un système indissociable à plusieurs participant.e.s. Un travail semble être nécessaire à tous les niveaux.

C'est vrai que la violence conjugale est quelque chose de systémique, donc je trouve ça très pertinent de pouvoir aborder les auteurs. Parce que ça n'a pas de sens de se centrer seulement sur les victimes si on veut résoudre cette situation-là. (Médecin 2)

Cela a été confirmé par les médecins interrogé.e.s qui identifient un manque d'outils et de formation. Cette méconnaissance du sujet influe sur le manque de prise en charge de ces patients. De ce constat, des pistes d'actions ont été proposées. Elles concernent essentiellement l'éducation et la prévention, le réseau et les recommandations.

Un travail en amont semble indispensable afin de visibiliser les auteurs de VC et briser le tabou autour de leur problématique. Cette prévention est de l'ordre de la santé publique. Dès le plus jeune âge, des formations de type EVRAS³ ont été proposées afin de diminuer les représentations sociales stéréotypées, notamment sur le genre. L'éveil à son corps et à ses émotions pourrait également amener à une bienveillance individuelle. Des campagnes de sensibilisation pour les auteurs de VC ont aussi été suggérées.

³ EVRAS : Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle

Les pistes d'action, plutôt de l'ordre de la santé publique, c'est de dé-diaboliser le sujet, renforcer l'égalité homme-femme (rire). Ça touche à plein de petites choses. Intervenir tôt à l'école : l'EVRAS, la formation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. C'est-à-dire, apprendre aux gens à exprimer leurs émotions, leur apprendre que certains comportements ne sont pas acceptables, c'est apprendre à reconnaître ses comportements. Il faut intervenir en amont parce que comme pour les situations de victimes, on détecte les situations très tard, lorsqu'on est déjà dans un système de maltraitance qui est assez enkysté et assez chronique. À ce moment-là, pour déconstruire tout le système et faire changer les gens de comportement, on est vraiment dans le curatif tertiaire. (...) C'est aussi important de faire énormément de prévention par rapport à cela. (Médecin 2)

Plusieurs médecins souhaiteraient une amélioration du réseau et un accès plus simple aux ressources spécialisées dans la problématique des auteurs de VC.

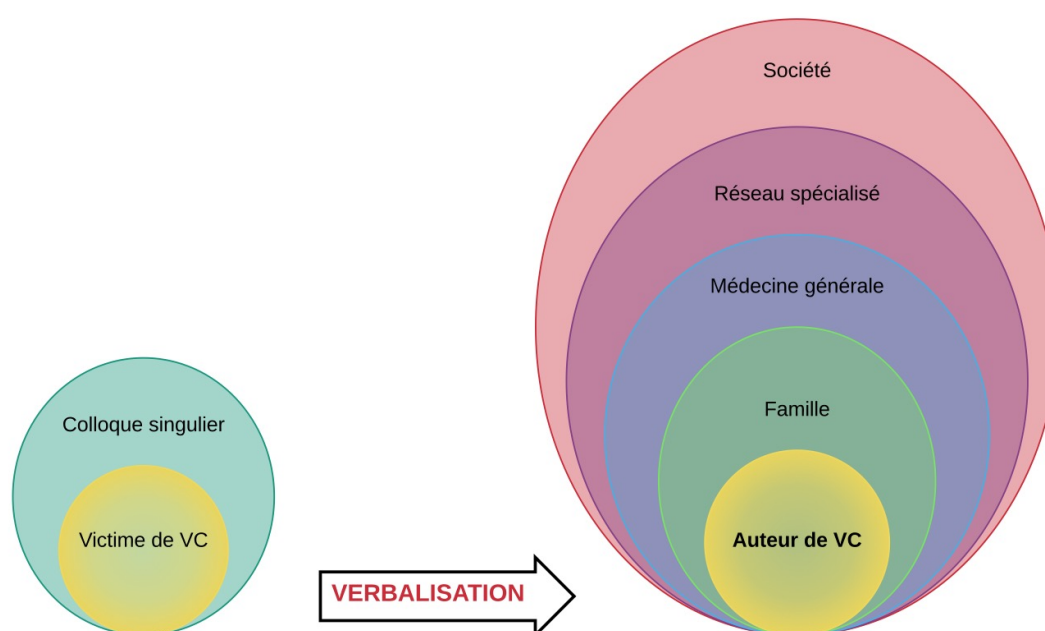
Enfin, au niveau de la littérature, des recommandations, des guides de bonnes pratiques pourraient faciliter l'approche des auteurs de VC en médecine générale.

Donc quelque part, aussi, des guidelines ou des avis d'experts par rapport à des choses à faire et des choses à ne pas faire. Tout ça pourrait être vraiment utile (...) pour éviter la répétition et permettre aux gens une prise en charge aussi au niveau des auteurs. (Médecin 4)

Il n'y a pas vraiment de recommandations par rapport à ça. Et je trouve que votre question est extrêmement intéressante et il faudrait des recommandations là-dessus. (Médecin 5)

5.3 Résumé

Figure 2 : Prise en charge des auteurs de VC : Évolution du colloque singulier en médecine générale centré sur la victime vers un système centré sur l'auteur par l'intermédiaire de la verbalisation dans la problématique des violences conjugales.



6 Discussion

Les résultats de cette étude définissent trois thèmes permettant de comprendre l'expérience des médecins généralistes avec un patient auteur de VC, c'est-à-dire dès la suspicion des violences.

Lors de l'analyse des résultats, il apparaît un ordre entre ces thèmes qui représente l'évolution entre un colloque singulier et la médecine générale dans un système réseau. Le premier thème, *À la recherche de l'auteur caché ?*, révèle le vécu des médecins par rapport aux difficultés d'identification des patients auteurs. Il démontre que l'expérience des médecins dans la problématique des VC est centrée sur la victime et qu'il est difficile à l'ensemble des répondant.e.s de discuter des auteurs. *L'importance des mots* met en avant un tabou par rapport aux auteurs de VC. Ce tabou se situe à tous les niveaux et rend difficile toute forme de prise en charge. Ce deuxième thème est alors un vecteur vers le suivant, *On n'est pas juge, on est médecin*, qui inscrit la médecine générale dans un système centré sur l'auteur de VC. Ce dernier thème permet donc d'intégrer cette problématique dans un système dont la médecine générale fait partie. Ce système est nécessaire à un accompagnement et une prise en charge adéquate des auteurs de VC.

Au regard de ces résultats, la discussion sera organisée en deux parties : *Ce qui est* qui représente la synthèse des résultats et *Ce qui devrait être*, c'est-à-dire la discussion et la confrontation avec les recommandations américaines (5). De cette façon, une série d'hypothèses seront posées dans le but d'améliorer la prise en charge des auteurs de VC en les plaçant au centre de celle-ci.

6.1 Ce qui est

En médecine générale, les résultats nous montrent que les médecins généralistes sont focalisé.e.s sur la victime dans la problématique des VC. La violence conjugale est un système de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime et les enfants et dans lequel d'autres intervenant.e.s peuvent interagir. Il s'agit d'un sujet difficile à aborder. Et lorsqu'il est discuté, une seule partie de ce système est au centre : la victime. Malgré la demande spécifique de se concentrer sur les auteurs pendant les entretiens, l'ensemble des médecins ont amené une situation centrée sur la victime. Et ce, à plusieurs reprises malgré plusieurs rappels du sujet de cette étude.

D'abord, le mot « auteur » fait penser au mot « victime ». C'est un binôme. Ensuite, l'identification de ces auteurs de VC se fait en grande majorité par l'intermédiaire de leurs partenaires. Et finalement, dans certains cas, la prise en charge des auteurs en médecine générale vise à protéger les victimes de VC. Il s'agit d'une vision totalement « victim-centred ».

Se concentrer sur la victime est important quand celle-ci est la patiente au centre de la consultation. Lorsque l'auteur est le patient, comment faire pour adapter cette vision et le placer au centre de la prise en charge pour parvenir à modifier son comportement et ainsi travailler sur la source de la problématique? La personne qui utilise de la violence au domicile en est responsable. Pas la victime. Dès lors, les auteurs sont responsables de leurs actes de violences conjugales. Pourquoi se concentrer uniquement sur la victime si l'objectif final est de réduire cette problématique ? Une prise en charge adéquate de l'auteur, au même titre que la victime est indispensable pour tenter de freiner ce phénomène.

« Auteur de violences conjugales » n'est pas un terme auquel on pense en médecine générale car très peu de soignant.e.s l'envisagent. Les médecins pensent plus facilement à la victime car ils et elles y sont sensibilisé.e.s de par leur formation, la société, les campagnes de prévention des violences conjugales, etc. À nouveau, les auteurs sont occultés et une prise en charge est rarement engagée.

De ces différents constats, il peut être admis que les auteurs de VC sont invisibles. D'abord pour eux-mêmes : le processus de déresponsabilisation ainsi que les croyances par rapport à la relation de couple ne leur permettent souvent pas de réaliser que la violence est problématique et qu'elle peut l'être au niveau de leur propre santé. Au domicile, un système est installé : le cycle de la violence. L'emprise de l'auteur sur sa partenaire grandit avec la répétition de ce cycle. Il se répète comme un cercle vicieux jusqu'à ce qu'un des éléments (souvent la victime, rarement l'auteur) tente de rompre ce cycle, grâce à une aide extérieure ou non.

Ensuite, on retrouve cette invisibilité au niveau de la médecine générale. Or, selon une étude américaine, 2 hommes auteurs de VC sur 3 ont un.e médecin traitant qu'ils consultent pour des soins de routine (3). Peu de médecins pensent à l'identification des auteurs car ils et elles n'y sont pas sensibilisé.e.s. Dès lors, ces auteurs n'existent pas. Et lorsque cette hypothèse est présente et qu'une suspicion de violence naît dans l'esprit d'un.e médecin, la difficulté de verbaliser la problématique avec le patient auteur de VC, et ainsi de vérifier cette suspicion en consultations, l'emporte. Certain.e.s tenteront d'approcher leurs patients par des perches tendues ou de manière plus directe. Cependant, dans la plupart des cas, les violences

restent tués dans le colloque singulier. Et finalement, cela semblerait convenir à l'auteur qui reste « confortable » dans un environnement et un système qu'il connaît et maîtrise sans nécessité de changement de comportement. Et également au ou à la médecin pour qui la problématique est particulièrement complexe à aborder. Il s'installe alors une inertie qui est de plus en plus difficile à modifier.

Il existe également des représentations ou des stéréotypes concernant les auteurs de VC chez les médecins généralistes. Ils représentent une barrière au fait d'amener le sujet en consultation. Certaines des personnes interrogées prêtent des intentions à leurs patients auteurs : lui en parler pourrait être trop confrontant. De ce fait, la discussion n'est pas engagée. Or, des résultats nous montrent que lorsqu'un pas est fait vers l'auteur, ce dernier réagit souvent de manière positive et accepte de parler de la problématique. Inévitablement, il s'agit d'une situation confrontante pour la personne qui utilise la violence. Amener le sujet en consultation va bousculer le fonctionnement du patient. Cela le renvoie à sa vision du couple et de l'autre. D'une manière ou d'une autre, cette confrontation semble nécessaire à la prise de conscience en vue d'un changement de comportement.

La sécurité des soignant.e.s de première ligne représente un frein essentiel. Ce sujet a également été abordé durant les entretiens et plusieurs médecins de genres confondus ont révélé avoir déjà ressenti un sentiment d'insécurité face à certains patients auteurs de VC. Ce sentiment empêche toute possibilité de fonctionner. Comment améliorer la situation afin que le ou la médecin se sente confortable dans cette prise en charge ? Le tabou autour des auteurs de VC joue-t-il un rôle par rapport aux représentations des médecins face à leurs patients violents ?

L'empathie est un autre frein important identifié par les médecins interrogé.e.s. Par définition, elle est la capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve (9). Il est donc compréhensible que certain.e.s médecins n'éprouvent pas ce sentiment face à un patient auteur de VC car il y a une difficulté à s'identifier à lui et/ou à ses actes. Mais en ce sens, est-il possible d'être empathique (selon la définition ci-dessus) envers des patient.e.s concerné.e.s par d'autres problématiques auxquelles il semblerait également difficile de s'identifier ?

Ce terme n'est donc pas parfaitement approprié dans cette situation. De plus, l'interprétation de l'empathie est propre à chacun.e. Comment réussir à travailler avec un patient auteur de VC s'il n'y a pas d'empathie à son égard ? Il semble nécessaire de comprendre son vécu et de montrer une volonté de l'aider malgré le fait que le ou la soignante ne cautionne pas ses actes. Comprendre ne signifie pas excuser. De la même manière,

éprouver de l'empathie face à un patient auteur de VC ne signifie pas que le ou la médecin cautionne la violence.

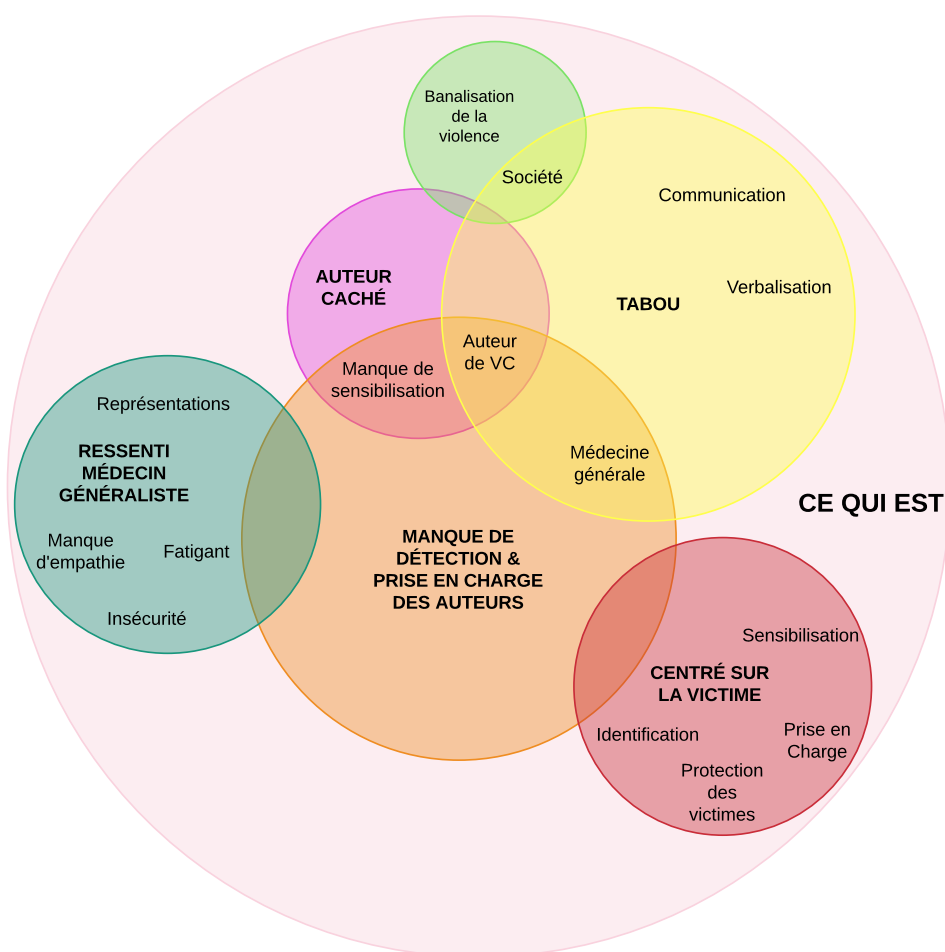
Les auteurs de VC sont également invisibilisés dans la société. Les campagnes de sensibilisation sont dirigées vers les victimes et tentent de leur proposer une aide via des lignes d'écoutes téléphoniques ou via les associations qui travaillent dans l'aide aux victimes, leur hébergement, les aides sociales, etc. Rarement sont évoqués les auteurs alors qu'il semble évident que la problématique des violences conjugales est un système qu'il faut considérer dans son ensemble. Si l'on décide de venir en aide uniquement à la victime, fatalement, le cycle se reproduira avec une autre personne s'il n'y a pas une prise en charge adéquate de l'auteur.

Dans la société, il existe également une banalisation de la violence de manière générale. La violence est partout. Nous en sommes témoins quotidiennement, et ce, dès le plus jeune âge. Elle devient donc une forme de norme sociale tolérée. Celle-ci peut amener les auteurs de VC à minimiser leurs actes rendant cette violence moins problématique. Cela peut donc freiner l'auto-incrimination en consultation car la norme face à cette violence est modifiée, le curseur est déplacé.

Pourquoi les auteurs sont-ils invisibles dans la société ? Nous vivons dans une société patriarcale où l'égalité des genres n'est pas appliquée. Selon la définition commune des violences conjugales adoptée par les ministres fédéraux, communautaires et régionaux de Belgique, *« il apparaît que dans la grande majorité, les auteurs de violences conjugales sont des hommes et les victimes sont 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, cf. annexe 5). Il y a donc un lien entre les rapports de pouvoir au sein d'un couple et ceux dans la société. Existe-t-il une réelle volonté de sensibiliser à la problématique des auteurs de VC puisque ça les rendrait visibles ?

Cet ensemble génère un tabou autour des auteurs de VC qui semble convenir à plusieurs niveaux. Il y a peu de prise en charge qui en découle puisque le confort de chaque entité confrontée à cette problématique prend le pli sur la responsabilité individuelle. L'inertie grandit. Comment réussir à briser ce tabou ? Comment faciliter l'approche des auteurs de VC vers la première ligne de soins et inversement ?

Figure 3 : Diagramme de Venn « Ce qui est »



6.2 Ce qui devrait être

Cette deuxième partie de la discussion a pour objectif d'identifier ce qui manque actuellement en médecine générale, notamment, afin d'assurer une meilleure prise en charge des auteurs de VC. Elle vise également à confronter les résultats avec les recommandations américaines citées au point 3.

Lorsqu'il y a une demande d'aide professionnelle concernant cette problématique, les hommes auteurs de VC sont majoritairement enclins à chercher cette aide chez leur médecin traitant (10). Et certainement lorsqu'il existe un lien thérapeutique (10). La médecine générale a donc une responsabilité dans cette problématique puisqu'elle y est confrontée.

D'après les résultats, un des rôles identifiés de la médecine générale est l'identification des situations de VC, la prise de conscience de ces violences chez le patient auteur ainsi que la référence de ce patient pour une prise en charge spécialisée. Il a également été identifié un rôle dans la prise en charge des comorbidités associées. Cela est en accord avec la littérature

qui montre que référer vers un programme d'intervention spécialisée (ex : *Praxis*) doit constituer une des premières interventions en médecine générale pour les auteurs de VC (5). La prise en charge démarre donc en consultation.

Par rapport aux recommandations américaines, certaines choses sont réalisées en médecine générale, notamment l'évaluation de la violence chez l'auteur et la victime, l'impact de cette violence sur la victime et l'évaluation des comorbidités chez l'auteur de VC. Cependant, cela n'est pas abordé de manière proactive par les médecins et il s'agit trop souvent d'une évaluation superficielle et rapide. En les confrontant avec ces recommandations, les résultats montrent que seule une prise en charge des comorbidités est réellement assurée. La formation actuelle de médecin généraliste le permet. De ce fait, un entretien motivationnel est réalisé par rapport aux comorbidités mais pas par rapport à l'aspect des violences. Il est rare d'observer une référence vers des programmes d'intervention spécialisés ou de contacter une autorité légale s'il existe un danger léthal. La prise en charge directe du problème de VC par information de l'auteur ou par la réalisation d'un entretien motivationnel n'est pas aboutie. Le problème n'est pas pris à bras-le-corps et donc le suivi n'est pas assuré.

Cette problématique n'est pas rare. Selon une autre étude américaine, 1 homme sur 5 déclare utiliser de la violence avec son ou sa partenaire (8). Chaque médecin y est confronté, par la force des choses. Il semble donc essentiel de sensibiliser la première ligne comme point de départ pour visibiliser les auteurs ; ces derniers en tant que personnes faisant partie du système des VC au même titre que les victimes. Et de la même manière, de former cette première ligne afin de favoriser un accompagnement de qualité et permettant de mener à bien ce rôle de la médecine générale.

En tant que soignant.e, il est important d'être prêt.e à entendre et à recevoir ces patients. La démarche d'amener ce sujet en consultation ou de saisir les perches tendues par le ou la médecin est courageuse pour un patient auteur de VC. Et pour les médecins également. Il faut saisir les opportunités d'identifier les situations problématiques. L'inverse retardera, plus que probablement, l'accompagnement de ces patients vers un changement de comportement.

Il est, néanmoins, important de ne pas étiqueter ces patients afin de garder une neutralité. L'intérêt est d'identifier ceux qui utilisent la violence afin de leur donner accès à une prise en charge adéquate et non de les stigmatiser. Il est donc essentiel de rester prudent face au mot « diagnostic » dans cette problématique qui pourrait enclaver les patient.e.s concerné.e.s dans une case. De la même manière chez un.e patient.e se plaignant de douleurs chroniques, le

diagnostic en lui-même peut être contraignant et empêcher le ou la patiente d'évoluer vers un mieux. Cela empêche souvent une évolution favorable.

Identifier le manque de responsabilisation de la médecine générale dans cette problématique n'est pas un jugement mais un constat. Les médecins ne bénéficient pas d'outils suffisants pour mener à bien une telle prise en charge. Il s'agit bien d'un sujet impliquant tous les systèmes évoqués.

Effectivement, les médecins interrogé.e.s ont révélé un manque de formation, qu'elle soit théorique, psychologique ou communicationnelle afin d'approcher les auteurs de VC. Or, pour la réalisation de cette étude, un des critères d'inclusion des médecins était d'avoir déjà été confronté.e à cette problématique en tant que soignant.e et d'avoir des patients auteurs de VC identifiés dans sa patientèle. Les entretiens reflètent donc le discours de personnes bénéficiant d'une certaine expérience face aux auteurs. Qu'en est-il des médecins n'ayant jamais été confronté.e.s à cette face cachée des VC ? Existe-t-il également un sentiment d'impuissance ?

Ce manque de formation tend à maintenir les médecins généralistes dans l'inconnu face à cette problématique. Il s'agit de situations avec un enjeu puisque les interventions des médecins peuvent s'avérer inefficaces par rapport à l'auteur (ex : mauvaise utilisation des ressources), voire dangereuses vis-à-vis de la victime (ex : révéler de mauvaises informations au patient auteur de VC lorsqu'on est médecin de famille, ou référer vers une thérapie de couple) (3). Sans formation préalable, il existe un risque d'engendrer des répercussions néfastes à travers ces interventions. Les recommandations américaines sont donc difficilement applicables sans cette formation. En effet, la plupart des médecins interrogé.e.s ne se sentent pas légitimes pour amener la problématique en consultation avec un auteur de VC au vu des enjeux.

Aujourd'hui, en Belgique francophone, la seule formation intégrant les auteurs de VC est la formation sur le *Processus de Domination Conjugale* donnée par les Pôles de Ressources bruxellois et wallon. Elle apporte une lecture dynamique et systémique des VC intégrant les différents acteurs et actrices concerné.e.s. Elle est destinée aux professionnel.le.s amené.e.s à rencontrer cette problématique. À Bruxelles, cette formation existe seulement depuis 2018.

Cependant, des recommandations existent concernant la prise en charge des auteurs de VC (5). Celles-ci pourraient être intégrées au curriculum de médecine. Malheureusement, elles manquent parfois de preuves. Mais au vu de la prévalence de la problématique (19,2% des

hommes aux États-Unis utilisent la violence au domicile (8)), ces recommandations devraient, malgré tout, être intégrées à la formation universitaire en médecine générale à défaut de faire l'objet d'études permettant d'élever leur niveau de preuve.

Au niveau de l'administration, un processus participatif visant à inclure dans l'enseignement supérieur des contenus sur les violences faites aux femmes, a été lancé en mai 2019⁴. Cette initiative est prise dans le cadre des engagements de la Belgique envers la Convention du Conseil de l'Europe (11) (dite Convention d'Istanbul) visant à la prévention et la lutte contre les violences faites aux femmes et les violences domestiques. Parmi les recommandations élaborées par des groupes de travail, on retrouve celle d'intégrer une sensibilisation à ces violences dans les programmes de tous les bacheliers et masters du secteur de la santé, y compris pour les futur.e.s médecins généralistes. Le contenu de ces formations n'est pas encore créé et un long chemin reste à faire avant l'intégration de cette problématique au niveau de l'enseignement supérieur. Il est à espérer qu'une vision systémique sera adoptée et que les auteurs de VC y seront intégrés.

On observe également trop peu de références vers des services de prise en charge spécialisés. Ce manque de théorie et d'expérience sur la gestion des patients auteurs de VC endigue les médecins dans un néant empêchant une prise en charge adaptée.

En Belgique, il existe peu de programmes d'intervention spécialisés pour les auteurs de VC. L'ASBL *Praxis* se démarque comme experte dans cette problématique. Elle est aussi la seule association belge mandatée pour travailler uniquement avec les auteur.e.s de VC, hommes ou femmes. Au vu de la discordance entre la prévalence des auteurs de VC et le nombre de structures spécialisées dans leur prise en charge, on peut observer une lacune au niveau de la deuxième ligne. Celle-ci n'est pas palpable actuellement car les auteurs de VC sont toujours non identifiés. Seule une faible proportion participe à des groupes de responsabilisation, et la majorité est contrainte d'y assister par la justice ou leur avocat.e suite à une plainte. La médecine générale y réfère peu de patients. Cette partie du réseau devra s'étendre uniquement si la médecine générale joue son rôle dans ce système.

Les répondant.e.s ont connaissance du réseau spécialisé même s'il est limité. Pourtant ils et elles ne l'utilisent que très peu. Or, comme cité plus haut, les programmes d'intervention spécialisés constituent la meilleure ressource vers laquelle référer un patient auteur de VC. Et

⁴ Initiative du Cabinet de l'Enseignement Supérieur, du Cabinet des Droits des Femmes, en collaboration avec l'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur, la Direction de l'Égalité des Chances, le secteur associatif et des enseignant.e.s d'hautes écoles et universités.

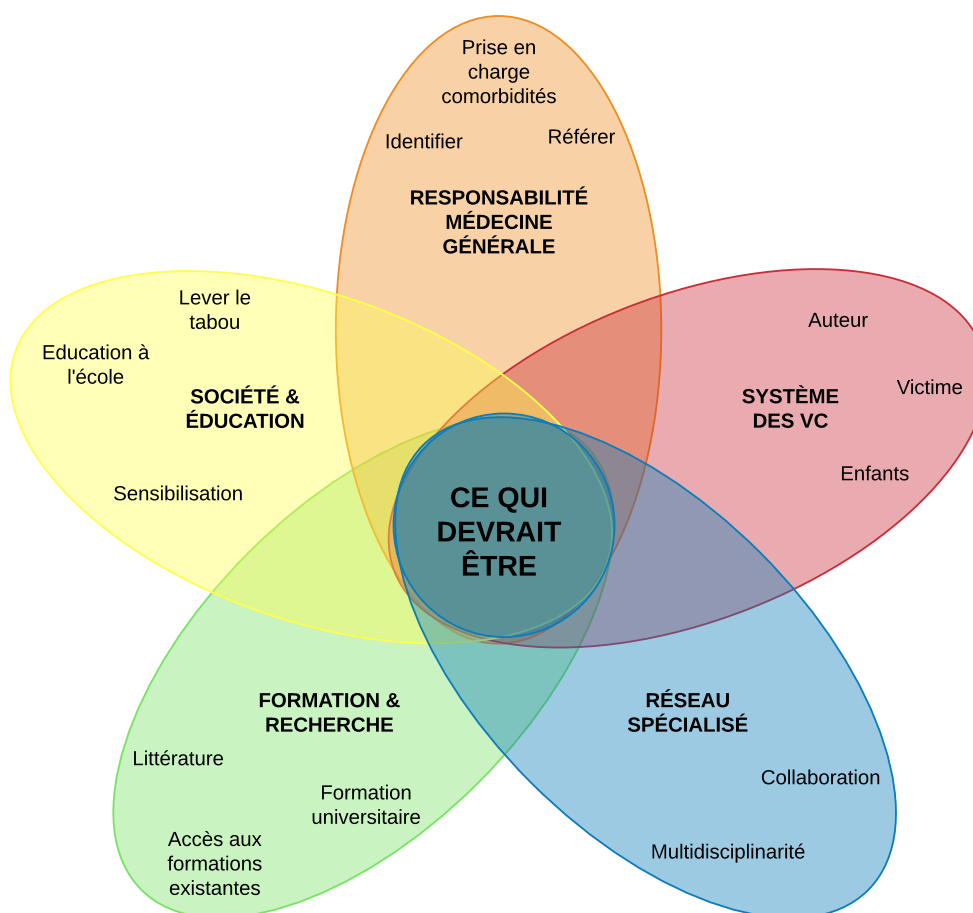
même si ces ressources sont questionnées, certaines études ont montré leur efficacité sur la diminution des actes de VC chez les auteurs (5)(12). Il est essentiel pour les médecins d'avoir une bonne compréhension de ce réseau spécialisé pour pouvoir y référer leurs patients. Une bonne connaissance du réseau est à promouvoir chez les médecins moins sensibilisé.e.s par la problématique car elle facilite son utilisation.

Cependant, il n'y a actuellement aucune collaboration entre la médecine générale et ce type de service spécialisé. L'accès à ces ressources semble difficile pour les médecins interrogé.e.s. Améliorer et faciliter le contact avec des travailleurs et travailleuses de deuxième ligne pourrait fournir une aide aux médecins quant aux étapes de la prise en charge. Cela pourrait également donner des stratégies aux soignant.e.s et ainsi diminuer le sentiment d'insécurité parfois ressenti dans la relation avec un patient auteur de VC. Un lien entre la première et la deuxième ligne permettrait une amélioration du travail en réseau et favoriserait la richesse de la multidisciplinarité avec l'expertise de chacun.e.

Toutes ces hypothèses s'accompagnent d'un besoin de changement au niveau sociétal : lever le tabou. La question des auteurs de VC est de l'ordre de la santé publique. Ces derniers étant invisibles dans la société, il va de soi qu'un travail est à réaliser dans ce système regroupant tous les autres. Il est nécessaire de sensibiliser la population à grande échelle, par exemple par des campagnes. L'objectif étant d'intégrer et de révéler cette facette du système indissociable des violences conjugales. La violence est souvent tolérée dans la société. Il est, dès lors, important que les hommes auteurs sachent qu'il existe un réseau d'aide à leur disposition et que la médecine générale y joue un rôle. La première ligne peut sembler plus facilement accessible et a été identifiée par cette étude, et confirmée par la littérature (5), comme actrice essentielle dans le début de la prise en charge des patients auteurs de VC.

Au vu du lien entre les rapports de pouvoir sociétaux et ceux s'appliquant à la dynamique des VC dans un couple, l'éducation semble également être un levier indispensable. L'*EVRAS* a été mentionnée au cours des entretiens comme piste d'action concrète pour freiner les VC. D'autres formations existent (ex : *Enfants CAPables*, *ASBL Garance*). Ce type d'éducation dès le plus jeune âge aurait pour but de travailler sur les stéréotypes de genre et donc possiblement sur les rapports de pouvoir potentiels au sein d'un couple.

Figure 4 : Diagramme de Venn « Ce qui devrait être »



6.3 Limites et perspectives de recherche

Ce travail comporte des limites (7) mais au vu de la carence des études scientifiques concernant les auteurs de violences conjugales en médecine générale en Belgique, ce travail est pertinent et tente de mettre en lumière une problématique sociétale fréquente.

Le nombre de médecins interrogé.e.s n'a pas permis d'atteindre la saturation, même si plusieurs informations similaires ont été entendues dans des entretiens différents.

Un des entretiens a été particulièrement difficile à analyser car la personne interrogé.e se référait trop souvent aux victimes elles-mêmes.

Triangler l'expérience des médecins généralistes avec l'avis des auteurs de VC, le réseau spécialisé et la justice aurait apporté une dimension plus complète à ce travail. Cela n'a pas été réalisé par manque de temps et par souci éthique vis-à-vis de la sélection des patients utilisant la violence au domicile.

La première étape de l'analyse qualitative des entretiens (« Les étiquettes ») a été réalisée de manière séparée par l'auteur principal de cette étude ainsi que par une chercheuse en sociologie. Le but étant de favoriser le traitement de chaque information et ainsi de respecter l'intégrité des entretiens. Toute l'analyse a été supervisée par une chercheuse en santé publique. Durant l'analyse, une attention particulière a été apportée à mentionner les avis contraires de certain.e.s médecins par rapport à la majorité des participant.e.s. Tout au long du processus de réalisation de ce travail, nous avons tenté de rester les plus objectif.ves possible. L'entièreté du travail a été relu par ces mêmes personnes.

En vue de respecter l'intégrité des entretiens et d'accroître la qualité de ce travail, il a été proposé à 3 répondant.e.s de l'étude de relire les résultats. Aucun.e de ces participant.e.s n'a manifesté d'intérêt par rapport à cette relecture.

Pour y apporter un avis d'expert, ce travail a également été relu par une psychologue et responsable clinique ainsi que par un psychologue de l'ASBL *Praxis*.

Vu le peu d'articles sur le sujet, de nombreuses pistes de travail sont encore à explorer. Il semble indispensable d'encourager la recherche par rapport aux auteurs de VC. Ce travail est une ébauche amenant à l'ouverture du débat, de la discussion, de la sensibilisation et de la recherche dans ce domaine trop souvent oublié. Il apparaît nécessaire d'améliorer la formation pour tenter de diminuer le sentiment d'illégitimité ressenti par les soignant.e.s, d'améliorer et de stimuler la multidisciplinarité et d'intégrer un aspect éducationnel supplémentaire dès le plus jeune âge. En médecine générale, la prise de connaissance des recommandations existantes et la lecture de ce travail pourrait faciliter l'approche complexe des auteurs de violences conjugales.

7 Conclusion

Il n'existe que peu de littérature scientifique concernant la problématique des auteurs de VC en médecine générale. Les auteurs sont cachés à plusieurs niveaux : pour eux-mêmes, en médecine générale et dans la société, y compris scientifique. Ils existent, mais on ne les voit pas.

On observe un tabou généralisé. D'abord au niveau des auteurs dont l'auto-incrimination est rare en consultation. De plus, ils adoptent régulièrement des discours de report de responsabilité sur leur partenaire. Ensuite ce tabou s'étend en médecine générale. Pour les répondant.e.s, discuter des auteurs de VC durant les entretiens s'est révélé compliqué. Lorsque ces violences sont abordées, les victimes sont au centre. Elles permettent l'identification des auteurs, et dans certains cas, la prise en charge de ces derniers a pour but de protéger indirectement les victimes. La société participe également à ce non-dit, notamment par l'inégalité de la sensibilisation visant les victimes et celle visant les auteurs de VC. Cet ensemble adopte une vision « victim-centred ». Il s'agit d'un tabou d'un commun accord, qui semble finalement convenir à tout le monde. Les auteurs de VC sont invisibilisés.

On observe alors une déresponsabilisation de la médecine générale au vu de la complexité du sujet à aborder. Il se crée un malaise et une réticence d'agir dans ces situations où il existe des enjeux importants, notamment la sécurité de la victime et des enfants. De cela découle un manque de prise en charge en médecine générale dont le rôle dans cette problématique a été identifié au cours des entretiens. Les médecins questionnent leur légitimité à prendre en charge cette problématique chez leurs patients auteurs à cause, notamment, d'un manque de formation. Ce travail tente de mettre en avant un autre enjeu : la prise en charge adaptée des auteurs de VC comme potentiel facteur de diminution du phénomène des violences conjugales. Il est indispensable de voir ces violences comme un système dont les auteurs font partie ; ils nécessitent une attention au même titre que les victimes. La vision holistique du système a pour but de ralentir ce phénomène sociétal.

Il est nécessaire d'arriver à une conscientisation du rôle de la médecine générale vis-à-vis des auteurs de VC, d'enrichir la formation des soignant.e.s et de briser ce non-dit grâce à la verbalisation comme moyen de les visibiliser.

Une prise en charge adaptée des auteurs de VC s'inscrit dans un système réseau au sein duquel une collaboration est indispensable entre les médecins et les intervenant.e.s spécialisé.e.s afin de mener à bien un changement de comportement chez les auteurs.

8 Bibliographie

1. Offermans A-M, Vanhalewyn M, Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenenbongen N. DÉTECTION DES VIOLENCES CONJUGALES. SSMG. :44.
2. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
3. Penti B, Tran H, Timmons J, Rothman EF, Wilkinson J. Physicians' Experiences with Male Patients Who Perpetrate Intimate Partner Violence. J Am Board Fam Med. mars 2017;30(2):239-47.
4. 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'Egalité des Femmes et des Hommes. Bruxelles. 2010. www.igvm-iefh.belgium.be
5. Penti B, Timmons J, Adams D. The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration: A Literature Review. J Am Board Fam Med. juill 2018;31(4):635-44.
6. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2e édition. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2019. 160 p. (METHODES EN SCIENCES HUMAINES).
7. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
8. Singh V, Tolman R, Walton M, Chermack S, Cunningham R. Characteristics of Men Who Perpetrate Intimate Partner Violence. J Am Board Fam Med. 1 sept 2014;27(5):661-8.
9. Académie Française. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/>
10. Morgan K, Williamson E, Hester M, Jones S, Feder G. Asking men about domestic violence and abuse in a family medicine context: Help seeking and views on the general practitioner role. Aggress Violent Behav. nov 2014;19(6):637-42.
11. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. Conseil de l'Europe. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>
12. Kimberg LS. Addressing Intimate Partner Violence with Male Patients: A Review and Introduction of Pilot Guidelines. J Gen Intern Med. déc 2008;23(12):2071-8.

Annexes

Hommes Auteurs de Violences Conjugales : Étude Qualitative sur l'Expérience des Médecins Généralistes Belges dans leur Prise en Charge

Antoine Chaumont

Annexe 1 : Guide d'entretien

Thèmes	Questions principales	Sous-questions	Justifications/présumé
Connaissances	- Quand on parle d'auteur de VC, qu'est-ce que ça évoque pour vous ? - Qu'est-ce que vous connaissez ?	- Avez-vous déjà fait lu des articles/recommandations ? - Avez-vous déjà été formé.e spécifiquement pour traiter les auteurs de VC ? Conférence ?	- Définition VC - Cibler les auteurs. - Écrire sur un carton la définition pour leur montrer. Avec la source et l'année.
Expérience	- Avez-vous déjà été amené à soigner ou suivre des auteurs de VC ? Si oui, Combien ? - Pouvez-vous m'expliquer une de ces situation ? - Est-ce qu'il y a un exemple qui vous a marqué ? Qui était important dans votre pratique ?	- Avez-vous déjà suivi un.e enfant dont le père était violent envers sa partenaire ? - Si oui, comment avez-vous réagit ?	
Diagnostic	- quel élément vous a déjà permis de suspecter une situation de violence à la maison ? - Comment est-ce qu'on comprend qu'un homme est auteur de VC ? - Qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille ? Quels sont les indices ?	- Avez-vous déjà été au courant d'une situation de VC via la victime alors que vous suiviez également son compagnon violent ? Qu'avez-vous fait ? - Quel indice revient le plus souvent ? - Qu'est ce qui aide à comprendre ? - Qu'est ce qui est difficile pour comprendre dans l'identification ? - Quelles sont les barrières et les facilitateurs à l'identification d'un auteur de VC ?	Barrières et facilitateurs
Suivi	- Avez-vous observer des spécificités au niveau des motifs de consultation ? Y a-t-il des motifs de consultation fréquents ? - Quels sont les motifs pour lesquels un auteur de VC vient en consultation ?	- Que penser de l'association entre le syndrome du côlon irritable, l'insomnie, les addictions, un passé de violence familiale et les auteurs de VC ?	- Comorbidité - Évaluation de la motivation au changement/entretien motivationnel ?
Prise en charge	- Avez-vous une prise en charge différente pour ces patients ? - Y a-t-il quelque chose de spécifique dans la prise en charge ? - Quelles ressources connaissez-vous concernant les auteurs de VC ?	- Est-ce que ça vous arrive de référer ? Si oui, vers qui ?	- Est-ce que ça prend une place dans vos consultations ? - Connaissance du réseau ? Praxis ? Psychiatrie ?

	Qu'est-ce qui vous aide dans cette prise en charge ?	- <i>Si j'étais un de vos patient, comment réagiriez-vous si je révélais utiliser la violence dans mon couple ? Comment se passerait la prochaine consultation ?</i>	- Prise en charge des comorbidités ? - Que pensez des thérapie de couple dans le cadre des VC ?
Ressenti personnel	- Que pensez-vous du rôle du MG dans la dépistage et/ou la prise en charge des hommes auteurs de VC ? - Comment vous sentez vous lorsque vous êtes face à une auteur de VC ?	- En tant que MG, peut-on être confronté à des auteurs de VC ?	- Solitude ou sentiment d'accompagnement ? - Difficulté si auteur contraint par la justice ? - Y pensez-vous lors d'une consultation classique?
Avenir	- Comment pourrait évoluer la médecine générale vis-à-vis des auteurs ? - Des idées de pistes d'action concrète en tête?	- Société moins culpabilisante ? - Collaboration MG justice ? ou médecine spécialisée ?	

Annexe 2 : Équations de recherche bibliographique

Recherche de littérature – **EMBASE**

Réalisée le 30 octobre 2019

Equation de recherche

('partner violence'/exp OR 'intimate partner violence' OR 'partner abuse' OR 'partner violence' OR 'spouse abuse') AND ('general practitioner'/exp OR 'gp (general practitioner)' OR 'family doctor' OR 'family physician' OR 'family practitioner' OR 'general physician' OR 'general practice physician' OR 'general practitioner' OR 'general practitioners' OR 'physicians, family' OR 'physicians, primary care' OR 'practitioner, general' OR 'primary care doctor' OR 'primary care physician' OR 'primary care physicians') AND ('offender'/exp OR 'convict' OR 'convicts' OR 'criminal' OR 'criminal, polytropic' OR 'criminals' OR 'delinquent, adult' OR 'offender' OR 'perpetrator' OR 'polytropic criminal')

Résultat : 13 résultats obtenus

Recherche de littérature – **PsycInfo**

Réalisée le 30 octobre 2019

Equation de recherche

('partner violences' OR 'intimate partner violences' OR 'partner abuse' OR 'partner violences' OR 'spouse abuse') AND ('general practitioner' OR 'gp (general practitioner)' OR 'family doctor' OR 'family physician' OR 'family practitioner' OR 'general physician' OR 'general practice physician' OR 'general practitioner' OR 'general practitioners' OR 'physicians, family' OR 'physicians, primary care' OR 'practitioner, general' OR 'primary care doctor' OR 'primary care physician' OR 'primary care physicians') AND ('offender' OR 'convict' OR 'convicts' OR 'criminal' OR 'criminal, polytropic' OR 'criminals' OR 'delinquent, adult' OR 'offender' OR 'perpetrator' OR 'polytropic criminal')

135 résultats

Equation de recherche:

((partner[All Fields] AND ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields])) OR ("intimate partner violence"[MeSH Terms] OR ("intimate"[All Fields] AND "partner"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "intimate partner violence"[All Fields]) OR ("spouse abuse"[MeSH Terms] OR ("spouse"[All Fields] AND "abuse"[All Fields]) OR "spouse abuse"[All Fields] OR ("partner"[All Fields] AND "abuse"[All Fields]) OR "partner abuse"[All Fields]) OR (partner[All Fields] AND ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields])) OR ("spouse abuse"[MeSH Terms] OR ("spouse"[All Fields] AND "abuse"[All Fields]) OR "spouse abuse"[All Fields])) AND (("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("general"[All Fields] AND "practitioner"[All Fields]) OR "general practitioner"[All Fields]) AND ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("general"[All Fields] AND "practitioner"[All Fields]) OR "general practitioner"[All Fields]) AND ' [All Fields] OR ("physicians, family"[MeSH Terms] OR ("physicians"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "family physicians"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "doctor"[All Fields]) OR "family doctor"[All Fields]) OR ("physicians, family"[MeSH Terms] OR ("physicians"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "family physicians"[All Fields] OR ("family"[All Fields] AND "physician"[All Fields]) OR "family physician"[All Fields]) OR ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields]) AND ("Practitioner"[Journal] OR "JK Pract"[Journal] OR "practitioner"[All Fields])) OR ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("general"[All Fields] AND "physician"[All Fields]) OR "general physician"[All Fields]) OR ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("general"[All Fields] AND "practice"[All Fields] AND "physician"[All Fields]) OR "general practice physician"[All Fields]) OR ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("general"[All Fields] AND "practitioner"[All Fields]) OR "general practitioner"[All Fields]) OR ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields]) OR ("physicians, family"[MeSH Terms] OR ("physicians"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "family physicians"[All Fields] OR ("physicians"[All Fields] AND "family"[All Fields]) OR "physicians, family"[All Fields]) OR ("physicians, primary care"[MeSH Terms] OR ("physicians"[All Fields] AND "primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care physicians"[All Fields] OR ("physicians"[All Fields] AND "primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "physicians, primary care"[All Fields]) OR ("general practitioners"[MeSH Terms] OR ("general"[All Fields] AND "practitioners"[All Fields]) OR "general practitioners"[All Fields] OR ("practitioner"[All Fields] AND "general"[All Fields]) OR "practitioner, general"[All Fields]) OR ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields]) AND ("physicians"[MeSH Terms] OR "physicians"[All Fields] OR "doctor"[All Fields])) OR ("physicians, primary care"[MeSH Terms] OR ("physicians"[All Fields] AND "primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care physicians"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "physician"[All Fields]) OR

"primary care physician"[All Fields]) OR ("physicians, primary care"[MeSH Terms] OR ("physicians"[All Fields] AND "primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care physicians"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "physicians"[All Fields])) AND (("criminals"[MeSH Terms] OR "criminals"[All Fields] OR "offender"[All Fields]) OR convict[All Fields] OR convicts[All Fields] OR ("criminals"[MeSH Terms] OR "criminals"[All Fields] OR "criminal"[All Fields]) OR ("criminals"[MeSH Terms] OR "criminals"[All Fields] OR "criminal"[All Fields]) AND polytropic[All Fields]) OR ("criminals"[MeSH Terms] OR "criminals"[All Fields]) OR (delinquent[All Fields] AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields])) OR ("criminals"[MeSH Terms] OR "criminals"[All Fields] OR "offender"[All Fields]) OR perpetrator[All Fields] OR (polytropic[All Fields] AND ("criminals"[MeSH Terms] OR "criminals"[All Fields] OR "criminal"[All Fields]))

23 Résultats

Annexe 3: Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Object du travail de fin d'étude (TFE): « *Quelle est l'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des hommes auteurs de violence conjugale ?* »

Personne responsable du projet

Recherche dirigée par Antoine Chaumont, assistant en médecine générale dans le cadre d'un TFE et dans le but d'obtenir le diplôme de master complémentaire en médecine générale de la faculté de médecine et médecine dentaire de l'Université Catholique de Louvain.

E-mail : antoine.chaumont@student.uclouvain.be

Promotrice : Dr Ségolène de Rouffignac (segolene.derouffignac@uclouvain.be)

Objectif du projet

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence et d'analyser l'expérience des médecins généralistes pratiquant en Belgique face aux auteurs de violence conjugale. La recherche consiste en une étude qualitative réalisée à partir de témoignages recueillis lors d'entretiens individuels en face à face.

Conditions générales

- . Votre participation à ce projet sera requise pour une entrevue d'environ 45 minutes – 1 heure. Cette entrevue aura lieu à l'endroit qui vous convient, selon vos disponibilités. Vous aurez à répondre à des questions sur le thème des violences conjugales en lien avec la pratique de médecine générale. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio. Toutes les questions ou compléments d'information pourront être posés une fois l'entretien terminé.
- . Les participant.e.s sont bénévoles et aucune rémunération ni compensation ne sera prévue. Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques.
- . Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra.
- . Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.
- . Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?
Oui ☐ Non ☐

- . Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements audio, habitudes de vie, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié.e que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de recherche.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Dans le cas contraire, votre permission vous sera demandée au préalable.

- . Vous serez informé.e des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.
- . Ce programme de recherche n'a pas reçu l'aval du comité éthique hospitalo-facultaire de l'Université Catholique de Louvain.

Consentement libre et éclairé

Je, soussigné, (NOM, PRENOM)

déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à, le

Signature

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, soussigné, Antoine Chaumont, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé.e les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Fait à, le

Signature

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

Retranscription entretien médecin n°1 (Verbatims utilisés dans le TFE, en gras)

Q : Quand on parle d'auteur de VC, qu'est-ce que ça vous évoque ?

R : Violence dans le couple, donc « conjugale », entre un homme et la femme, le mari et son épouse. Et puis beaucoup envers les enfants. Et, c'est à ça que j'ai beaucoup été confrontée, les violences indirectes entre le mari et la femme mais aussi les enfants qui en pâtissent. Que ce soit en bas âge ou des ados qui sont confrontés à la violence envers leurs parents, qui prennent le parti ou non mais qui sont finalement liés à cette violence.

Q : y-a-t-il d'autres mots-clés qui vous viennent en tête quand on parle d'homme auteur de VC ?

R : Non, finalement c'est un patient comme un autre. Moi, je le vois comme ça. Peut-être quand même une certaine appréhension. Pas une peur mais une appréhension. Il n'y a pas de haine ou quelque chose d'autre, je ne ressens pas ça. Il s'agit plus d'une appréhension qu'autre chose.

Quand ce sont mes patients, je ne me pose pas du tout la question. En sachant qu'on allait se rencontrer, j'ai réfléchi un tout petit peu plus aux patients et si je les traitais différemment. Mais en fait, pas tellement. Ce qui est bizarre, c'est que je sois une femme. Est-ce que je les traite différemment, est-ce que j'ai plus d'appréhension parce que je suis une femme que si vous les traitiez ? Mais je n'ai pas l'impression.

Q : Avez-vous lu des articles, lu des recommandations ?

R : Non. Franchement, je n'ai jamais lu de recommandations. Il y a un patient que je suis vraiment quotidiennement. J'ai contacté Praxis, un centre où je l'ai renvoyé. Je connais ce que lui m'en raconte : les procédures qui sont mises en place à partir du moment où les violences sont révélées etc. Dans cette situation, c'était plus vis-à-vis des enfants que vis-à-vis des femmes, parce qu'on ne fait pas grand-chose, malheureusement dans les violences conjugales. Mais c'est plus quand les enfants sont soumis à des violences, alors j'entends toute la procédure qui en découle, la prise en charge qui est faite, que ce soit vis-à-vis de SOS enfants, vis-à-vis du SAJ ou des centres qui sont mis en place... C'est plutôt ça que moi j'entends par rapport à ça.

Je me suis un petit peu renseigné sur Praxis car justement on l'a envoyé là-bas, je me demandais un peu ce qu'ils faisaient etc. Moi j'ai son son de cloche... Mais c'est la seule chose.

Une étude ? Je n'ai jamais lu d'étude. Mais je ne suis pas celle qui lit le plus de magazine.

Q : Je vous propose de relire ensemble la définition des VC pour être sûr de partir sur la même base. La violence conjugale est définie par tout comportement, au sein d'une relation intime qui cause des préjudices ou des souffrances physique, psychologiques, sexuelles, économiques ou sociales aux personnes qui en font partie. La relation peut également faire partie du passé. Quand on parle d'une relation, on entend également les personnes du foyer, et donc également les enfants.

Par rapport à votre expérience personnelle, avez-vous un exemple ou une situation qui vous a marqué plus qu'une autre ? Pouvez-vous me la raconter ?

R : Oui, plusieurs. Violences conjugales.....

Il y a une patiente que je suis quotidiennement mais dans ce cas-ci, ce sont ses enfants qui m'inquiètent plus. C'est une femme mariée, je suis aussi son époux que j'ai vu deux ou trois fois. Il n'y a que son épouse qui me parle de VC, jamais les enfants ni son mari. Ce sont des violences parfois physiques mais surtout psychologiques, c'est tous les jours et c'est surtout qu'il l'empêche de faire quoi que ce soit. Elle a une dépendance financière, sociale, etc. Elle ne peut pas quitter la maison, elle n'a pas de carte de banque, elle ne reçoit que de l'argent liquide. Elle n'a pas de téléphone et elle subit des violences tout au long de la journée. Ici, c'est plus les enfants qui me font...Oui mais dans ce cas, ce n'est pas les auteurs, évidemment...

Q : Non, mais ça rentre aussi dans une situation de violence.

R : En fait, là, c'est plus les enfants qui me font de la peine parce que c'est de quatre garçons. Et je vois qu'ils prennent le parti de leur papa. J'ai vraiment peur qu'ils reproduisent...

La seule étude que j'ai lue n'est pas vraiment sur les auteurs (ce n'est peut-être pas la seule), elle disait que les personnes les plus à risque... ou presque les plus à risque de créer des violences conjugales sont les enfants. Et eux, c'est quatre garçons. C'est une religion... Ils sont musulmans mais ça, ça ne change rien. Mais vous voyez que ce sont des gars assez machos. Et j'ai vraiment peur... Je les trouve super sympas, ils sont très chouettes. Ils n'ont jamais eu de propos déplacés avec moi, ils sont super sympas. Mais je sens qu'il y a un mal-être. Le petit-dernier, il n'est pas bien. Et lui, j'ai du mal à l'aider. J'ai peur que justement, ils ne sont pas encore auteurs mais j'ai peur qu'ils le deviennent. Ça c'est une des situations qui moi me.....

Q : Quel âge ont-ils ?

R : Le plus jeune vient de rentrer en première, donc il a 12 ans. Et le dernier est majeur, il a 20 ans. Et c'est pour ça que l'épouse ne veut pas quitter le domicile conjugal. Parce que si elle prend ses enfants, elle ne peut pas prendre le dernier parce qu'il est majeur. J'ai déjà essayé plein de choses pour la sortir de ce truc et à chaque fois, je bute contre un problème. Et le problème, c'est qu'elle ne peut pas partir sans ses enfants... Elle dit elle-même qu'elle sait que ses enfants ne prendront jamais son parti. Ça, c'est une, parmi tant d'autres.

Un autre, que je suis récemment, il a révélé dans le décours d'un suivi psychologique, ...

Moi, je l'ai suivi à un moment juste pour un sevrage à l'alcool parce qu'il n'en pouvait plus. Et c'est dans le décours de ça qu'il a avoué qu'il avait été une fois saoul avec sa fille. Et en fait il a avoué qu'il avait eu des attouchements auprès de sa fille, sa jeune fille. Et donc là, SOS enfants, le SAJ... Tout le monde est sur le coup. Et donc il ne peut plus voir sa fille, la fait un an. Et en fait, ce patient... il a une bonne situation, etc., il est jeune et il est vraiment touchant. Et je trouve qu'il met vraiment de la bonne volonté. Je trouve qu'il a toujours mis de la bonne volonté. Alors, il ne m'a pas avoué tout de suite pour l'attouchement de sa fille. Donc quand on discutait vraiment de son cercle familial, il ne me l'a pas avoué tout de suite. Je l'ai envoyé chez une psychiatre... Non, c'est sa psychologue qui l'a envoyé chez une psychiatre parce qu'elle ne s'en sortait plus avec lui. C'est chez la psychiatre qu'il a avoué ça. Elle m'a dit qu'elle avait mis SOS enfants sur le coup parce qu'elle disait « un père alcoolique, c'est quand même bizarre, moi j'ai envie d'être sûre ». Elle ne m'a rien dit par rapport aux attouchements. **La fois après ou j'ai vu le patient, il m'a avoué, mais on a quand même dû un peu le forcer. Il ne me l'a jamais avoué d'emblée.** Mais je trouve qu'il a toujours été réglo. C'est ce que je note à chaque fois dans tous mes rapports. Le sevrage de l'alcool, même s'il y a eu deux ou trois petites rechutes, il a vraiment à chaque fois essayé de tenir à fond. Il a diminué considérablement la cigarette. Certes, il est en incapacité de travail pour le moment, parce qu'avec cette histoire d'alcool, la procédure envers sa fille, ... Bon... C'est un petit peu compliqué. On lui a retiré la garde de sa fille à partir de novembre de l'année passée. Ça fait une grosse année que je le suis. Il a toujours tout fait : il doit se présenter tous les mois chez SOS enfants, il ne voit pas sa fille, il ne peut pas approcher de l'école, il sait qu'elle est malheureuse, il ne peut pas lui envoyer de lettre. Il va justement chez Praxis, c'est lui que j'ai envoyé. Il est suivi par une psychologue toutes les deux semaines. Il est suivi chez un psychiatre. Il a un avocat qui le suit, etc. Lui, à chaque fois, me répète qu'il en a ras le bol de multiplier les personnes à qui il doit raconter son histoire. Il dit que ça, c'est vraiment le plus épuisant, c'est que certes il y a eu un problème... il a commis une erreur, ça, il l'admet et il le re-répète. Il essaye de tout faire pour sortir de ça. Il sait qu'il ne va pas revoir sa fille demain, elle ne va pas revenir un week-end chez lui 24h sur 24 mais il aimerait bien au moins la voir une heure, deux heures même sous surveillance protégée. Il ne voit pas comment il peut recommencer à voir sa... Et en fait, bin moi non plus, je ne vois pas comment il va pouvoir. Il faut que les procédures se finissent. Je ne sais même pas quand je peux lui dire quand les procédures vont être finies.

Q : C'est ça, c'est quelque chose de très particulier, qu'on connaît peu.

R : En fait, il me fait vraiment de la peine parce que je trouve qu'il est de bonne volonté et là, je commence à avoir du mal à l'aider. Même si, bon, je n'ai pas non plus envie de forcer la procédure et de pousser pour qu'il puisse revoir sa fille parce que je ne sais pas non plus ce qu'il peut faire. Je ne suis pas chez lui au quotidien, je le vois une demi-heure 2 fois par mois. J'ai parfois envie de vraiment l'aider un maximum là-dedans comme j'ai eu envie de l'aider pour son sevrage de l'alcool et en même temps je ne savais pas qu'il y avait eu tout ça... Il y a plein de choses qu'on ne sait pas et je pense qu'il faut rester super neutre. Donc moi j'essaie plutôt de l'aider dans son sommeil, tout en gardant un œil sur son sevrage alcoolique, tout en mettant en place cette histoire de cigarettes, de tabac... Toujours en reparler. Je parle un peu de l'alimentation, etc. J'essaie de ne pas trop forcer. Il m'a demandé un rapport dernièrement pour l'avocate, pour réexpliquer un petit peu tout. Et c'est vrai qu'en

fait, j'avais envie de l'aider. Ce monsieur s'est toujours présenté à l'heure à ma consultation, il n'a jamais raté un rendez-vous, il m'a toujours payé. Il a toujours été super bien. Je n'ai pas non plus envie de dire qu'il n'a rien fait dans sa vie, que c'était une erreur, et qu'il faut comprendre que c'était une erreur. Non, mais j'ai quand même envie de l'aider. Là, il commence vraiment à me faire de la peine.

Q : J'entends qu'il y a une forme d'empathie.

R : Oui... Oui... Après, ça dépend peut-être des... Oui... Mais...

Parfois, je me dis « est ce qu'on peut vraiment être empathique vis-à-vis d'eux », vous voyez ? Ils ont quand même fait des trucs que je ne cautionne pas, et que je ne cautionnerai jamais. Et donc, cette empathie, parfois elle... Pas qu'elle me dégoûte, mais... Parfois je me dis « Non... Tu peux l'aider mais tu n'as pas spécialement à être empathique face à ce qu'il a fait »

Q : Dans cette situation que vous venez de me raconter, y avait-il une compagne ou une maman dans l'histoire ?

R : Oui, il y avait une maman. Ils s'étaient séparés.

Q : Savez-vous si elle était aussi victime ? Y avait-il de la violence dans leur couple ou bien c'était vraiment cet épisode ?

R : En fait, c'est à la séparation des parents, que lui s'est retrouvé seul avec sa fille une semaine sur deux. Et donc, très proche d'elle parce que la petite était jeune, elle avait 3 ou 4 ans. Et donc très perturbée donc il a voulu vraiment être le super papa. Il dormait avec elle, il voulait vraiment la consoler. Il était trop présent, en fait. Mais jamais, je ne pense pas, jamais...

Q : Donc à votre connaissance, il n'y avait pas d'évènement de violence envers sa femme.

R : Oui

Q : D'accord.

R : Et c'est vrai que quand vous parlez de ces patients là, vous avez envie de dire « non, non, il n'a jamais rien fait à son épouse... » Puis après, on se dit « non, je ne pense pas... ». Alors qu'il y en a d'autres, on dirait « non, non je suis sûre, franchement... »

Q : Avez-vous un autre exemple ?

R : Oui, oui. J'en ai plein.

Q : Peut-être un exemple plus ciblé sur le couple homme-femme ?

R : J'ai aussi un grand-père... Lui, non. Euh...

J'ai aussi une mère et sa fille. Oui...

Oui, c'est un couple, ils ont 4 enfants, ils sont quand même jeunes, ils ont fait leurs enfants tôt. C'est vrai que l'épouse, ... Donc j'ai fait plusieurs constats de coups et blessures pour son épouse. C'est surtout des coups, même s'il y a de la violence psychologique. Bon, ça, elle s'est installée plus insidieusement. Mais les coups, on les a vraiment notifiés dans plusieurs certificats. Son époux ne l'a jamais reconnu. Je le suis aussi souvent, ils viennent rarement à deux. Sauf quand vraiment, les 4 enfants sont malades mais sinon je les vois individuellement. Son époux, il vient que chez moi aussi. Alors que c'est rare quand même, d'avoir des couples qui viennent chez le même médecin. Surtout quand on est plusieurs, je trouve.

Eux, le problème que j'ai eu dans leur couple, c'est que l'épouse est venue plusieurs fois pour un certificat de coups et blessures et le jour où son époux est venu seul, je me suis vraiment demandé « est ce que je dois parler du problème ? Est-ce que j'ai le droit ? Est-ce que c'est mieux ? Ou est-ce que c'est une personne lambda ? ». Je l'ai pris comme une personne lambda. Franchement, je n'ai pas posé de question sur son épouse. Il venait pour une bronchite. Je n'ai pas demandé « ça va, vous, dans votre famille ? ». J'avais l'impression qu'en fait, ce serait bizarre de poser cette question. Et la deuxième fois, je l'ai posée parce qu'il revenait pour un contrôle. Il a eu

une bronchite mais il a eu des épisodes d'hémoptysies et donc je l'ai revu quand même plusieurs fois. Et une fois, c'était plus pour un contrôle et là je me suis permise de demander. Et... Et il m'a dit que c'est vrai que de temps en temps son épouse.... Elle ne l'aimait pas assez bien... Lui travaille, elle ne travaille pas donc il trouve que c'est normal qu'elle doive faire ça, etc. Et en fait, il est très carré dans ses idées. Moi je le trouve vraiment un peu extrême. Ses filles... Il a 4 filles. Il y a une qui a 14 ans. Il m'expliquait que c'est lui qui la marierait. Elle ne quitterait pas le foyer pour aller vivre dans un kot ou dans un appart sans qu'elle soit mariée. Et voilà. C'est son idée. Son épouse, elle doit faire à manger, elle doit faire le nettoyage. Il ne voit pas pourquoi, s'il rentre et qu'il y a plein de brol, ça, ce n'est pas normal. Il dit « oui, parfois, je m'énerve et je peux crier ». Il m'a juste dit crier. Il ne m'a jamais dit qu'il avait tapé son épouse. Mais il dit « je peux m'énerver, je peux m'emporter quand ce n'est pas rangé à la maison. ».

Q : Donc une certaine forme d'emprise ?

R : Oui

Mais... Il y en a... oui... Ils en parlent peu quand même. Ils expliquent peu leur geste dans les détails. Ils sont souvent très vagues. Il dit « oui, je peux m'énerver ». « Ça m'arrive de m'énerver ». Ils expliquent.... Et puis d'un côté, est-ce que c'est moi qui ne creuse pas assez ? Parce qu'en fait, est-ce que j'ai vraiment envie qu'il me dise... Est-ce que j'ai vraiment envie d'entendre qu'il la tape tous les lundis ? Ou est-ce que ce sont eux qui ont du mal à... ? Et ça, parfois je me demande si parce que je suis une femme, ils osent moins m'en parler. Je ne peux pas vous dire.

Q : Quel est l'élément qui vous fait suspecter une situation de violence ? Qu'est-ce qui met la puce à l'oreille ? Comment on comprend qu'un homme est violent dans son couple ?

R : ...

Q : Tout à l'heure, vous avez parlé du certificat de coup et blessure...

R : Oui, c'est ça. Soit, c'est l'épouse qui clairement vient. Soit **c'est la manière dont il tient un jugement vis-à-vis de son épouse. La manière dont il parle d'elle. C'est dire « Je travaille, elle n'a QU'ça à faire de nettoyer »**. Bo... Y'a pas que ça à faire... (Rire)

Q : Donc de la condescendance ?

R : Oui, c'est ça. C'est de dire « elle a qu'à », « elle a qu'ça », « c'est le minimum qu'elle peut faire ». **Des phrases un peu choquantes.**

Q : Dans la situation où une patiente vient pour un certificat de coups et blessures, est-ce qu'elle vous en parle directement ou est-elle plutôt évasive au niveau de son récit ? Ou elles ne disent pas que c'est de la violence conjugale ?

R : Si, elles disent. Elles disent que c'est de la violence. Je pense qu'elles ont surtout envie d'être entendue, d'être reconnue comme victime. Mais jamais elles viennent pour trouver une solution. C'est plus pour être entendue et mettre ça par écrit.

Q : Parmi ces indices, quels sont ceux qui reviennent le plus souvent, les plus fréquents qui permettent de voir qu'il y a de la violence ou du moins de la suspecter ?

R : Chez l'auteur ?

Q : Oui.

R : Est-ce que votre question est « Qu'est-ce qui me fait suspecter qu'il y a de la violence quand je vois un auteur ? ou quand je rencontre ses enfants, son épouse... ? »

Q : Dans un couple, qu'est-ce qu'il fait suspecter qu'un homme est violent au sein du couple ? Ça peut, bien sûr être un indice sans rencontrer l'auteur directement.

R : **Parfois, quand il y a de la violence, ils viennent toujours à deux. L'époux ne laisse jamais son épouse venir toute seule. Il parle à sa place.** Ça, c'est insupportable. « Non, mais ça, elle ne sait pas faire ». Ou bien de la condescendance, beaucoup...

Q : Même devant vous ?

R : Oui, devant moi.

Je ne suis pas au forfait, je suis à l'acte, donc quand je dis « voilà, c'est 24,5... », l'époux répond « Bin je vais payer !! » (Rire) « C'est moi qui dois payer, de toute façon, ici ». Des mots comme ça.

Q : Qu'est ce qui aide à comprendre ? Ou qu'est ce qui rend plus difficile à comprendre qu'il y a de la VC ? Y-a-t-il des barrières ou des facilitateurs pour identifier une situation de VC ?

R : **Entre un homme et une femme, je pense que les femmes vont peut-être plus souvent venir m'en parler à moi, de par le fait que je suis une femme, jeune, oreille attentive, etc.**

Par contre, pour un homme, c'est plus difficile de m'en parler. Le patient qui a eu un problème avec sa fille, il dit « c'est même difficile, je rencontre que des femmes ». Sa psychologue est une femme, sa psychiatre est une femme. Il dit « vous m'aidez bien mais c'est difficile »

Au niveau des facilitateurs, c'est de voir toute la famille. Donc aussi bien les enfants, que les oncles et tantes, ...

Q : Est-ce que vous voulez dire « les suivre » ?

R : Oui.

J'ai déjà aussi appris qu'il y avait de la violence familiale par le frère d'une patiente. Il m'a dit que le mari de sa sœur la battait. Ça **c'est un facilitant d'un peu connaître l'ambiance familiale, d'aller chez eux.** Moi, je fais beaucoup de visites à domicile.

Q : Donc de voir un peu le contexte du domicile ?

R : Tout à fait.

Q : Tout à l'heure, vous parliez de minimisation : « ça peut m'arriver de me mettre en colère ». Est-ce que ça peut être une barrière ? Est-ce que ça rend plus difficile le diagnostic ? Ou au contraire, ça le rend plus facile en vous mettant la puce à l'oreille ?

R : Ce serait plus facile s'ils me disaient « quand je rentre chez moi, je tape ma femme ». Mais... Non, je ne sais pas.

Je note souvent en toute lettre ce qu'ils disent, en fait. Parce que **c'est difficile de voir le vrai du faux...** Si c'est un gros coup, si c'est juste pousser. C'est très difficile d'avoir des détails.

Une barrière, c'est le temps de la consultation. Moi je n'ai pas 1h20 pour aller creuser s'il l'a poussée violemment, s'il l'a un peu poussée ou s'il l'a tapée. Alors je note, j'essaie de mettre des petits « attention » mais de rentrer dans les détails, c'est compliqué.

Après, je pense que chacun s'exprime différemment. De dire « je me suis énervé », « j'en avais marre ». Si ça se trouve, c'était un petit truc, si ça se trouve c'était un gros truc.

Q : Quand vous parlez de suivre toute la famille, vous l'avez cité comme un facilitant. Est-ce que ça peut, au contraire être une barrière ? Est-ce que ça pourrait être plus simple pour un homme de s'auto-incriminer chez un.e médecin qui le connaît peu ? Avez-vous des nouveaux patients qui viennent à la consultation et qui vous parlent directement de ça ?

R : Juste pour ça... ? Souvent, je trouve que... Les deux ou trois que j'ai eu, ils viennent pour autre chose mais ils reviennent. Pour un, c'était l'alcoolisme. Je trouve qu'ils viennent au moins prendre contact... J'ai l'impression.

Q : Pensez-vous à d'autres facteurs qui peuvent aider à l'identification des VC ou à ce qui n'aide pas ?

R : En parlant d'alcoolisme, je pense que c'est quand même un facteur assez important de violence. Les enfants en bas âge, aussi.

Q : Est-ce qu'on peut parler de comorbidités dans ces cas ci ?

R : Oui. Peut-être la précarité aussi.

L'égalité aussi au sein du couple. Je trouve qu'il y a beaucoup de violence homme-femme quand la femme ne travaille pas.

Q : Comme un rapport de force ?

R : oui, c'est ça. « C'est moi qui ramène l'argent »

Oui, je trouve que les enfants en bas-âge, ça peut les pousser à bout. Et l'enfant devient parfois l'élément de dispute qui mène à... Et l'argente euh l'alcool, pardon. Beaucoup !!

Il y a plein de femmes... Enfin « plein » ... qui disent « en fait, le lendemain, quand il a cuvé, ça va ». Et elle a peur quand il commence à boire. « Quand je vois ce premier verre, j'ai juste envie d'aller me coucher avec les enfants ».

Eux le disent aussi « Ce n'est pas moi, c'est l'alcool » « C'est l'alcool qui me met dans cet état-là. Donc le sevrage d'alcool.... Ils sont guéris...

Q : Tout à l'heure, vous parliez des motifs de consultation en disant qu'ils ne viennent pas particulièrement pour parler des VC. Y-a-t-il des motifs particuliers pour lesquels les hommes auteurs de VC viennent en consultation ? Vous avez parlé de l'alcool, par exemple...

R : Parfois, ils disent quelque chose pour être plus calme. Vous voyez ? Ils disent « je sens que je suis trop énervé à la maison », ils le disent. Ils disent « je veux que vous me donniez quelque chose pour être plus calme ». C'est parfois une demande de prescription, comme ça. Quelque chose pour les calmer. Ils disent « je sens que ça monte en moi, je suis énervé. J'aimerais bien que vous me donniez quelque chose pour être plus calme ».

Q : Donc une demande d'un sédatif ou un anxiolytique ?

R : Oui. Alors évidemment, ils veulent tout : un anxiolytique ou il n'y a pas de dépendance, qui n'est pas cher (rire), qui marche super bien.

Q : Dans le suivi global, pas spécialement autour des violences, est qu'il y a d'autres motifs pour lesquels ils viennent ? Est-ce que c'est des motifs lambda ? Pouvez-vous faire un lien entre les différents suivis que vous avez ?

R : Non... Peut-être... Parfois un sentiment de mal être. Et donc, revenir pour des petites plaintes. Alors que ce sont des hommes costauds, en bonne santé qui viennent plusieurs fois pour un petit truc alors qu'on se dit « mais enfin, ce n'est rien du tout quoi... ». Vous vous demandez pourquoi ils reviennent. Vous avez envie de lui dire « oui, ta toux, elle traîne, mais ce n'est pas grave ». Et en fait, on se demande ou on a envie de dire « mais pourquoi tu reviens ? ».

Q : Comme s'il y avait une sorte de bras tendu vers vous ? une demande ?

R : Oui, peut-être. Et parfois aussi, quand ils savent que je sais, ils essayent de faire bonne figure. De venir chez moi et de dire « mais... », ou de venir plus souvent avec les enfants et de montrer qu'ils s'occupent bien des enfants, qu'ils font bien. Oui, quand je dis « parfois, revenir plusieurs fois », c'est vrai que celui que je vois, une fois, sa fille toussait et elle ne toussait plus, c'est bon. Et en fait, il revenait en me disant « comme ça j'ai envie d'être sûr. Vous voyez je m'occupe bien d'elle, je veux qu'elle soit bien traitée, ma fille ». Comme ça je suis témoin finalement que c'est un bon papa.

Ça, peut-être.

Q : Ici, vous venez de parler d'une situation où vous savez qu'il y a de la violence sans l'avoir appris via le mari. Comment gérez-vous quand ça se passe comme ça et que vous êtes au courant qu'il y a une situation de

violence conjugale à la maison mais que c'est la victime ou les enfants qui vous en ont fait part ? Et que vous suivez également l'homme auteur. Y-a-t-il quelque chose de particulier à ce moment-là ?

R : Non, je ne gère pas trop quoi. **Je fais un peu abstraction. J'essaie de me dire que je n'ai pas spécialement à... Déjà je n'ai pas à le traiter différemment. Je ne vais pas moins bien le traiter.** Parfois, c'est vrai que celui... euh... Je n'ai pas non plus envie de le contredire. Je n'ai pas envie de me brouiller avec lui. Je pense que s'il a une grosse bronchite, que je lui mets deux jours et qu'il me dit « oh, faut quand même que je sois mieux » ... Qu'il insiste un peu, j'ai vite envie de mettre 4 jours et de moins me battre. Ça c'est mon avis. Je n'ai pas envie de moins bien le traiter. Je le traiterai comme n'importe qui mais je n'ai pas envie de me le mettre à dos.

Q : Pour quelle raison ?

R : Parce que je sais qu'il a un comportement qui peut s'emporter, un comportement peut être violent, je pense. Je n'ai jamais pensé que quelqu'un allait s'emporter. Il y a peu de gens qui se sont emporté dans mon cabinet mais je n'ai pas envie qu'il commence à gueuler. Une violence verbale qui me mettrait mal à l'aise. Je n'ai pas envie. Je pense qu'inconsciemment, je sais que ce sont des personnes qui ont des comportements qui peuvent être violent verbalement et je n'ai pas envie de subir ça.
Donc parfois, plus laxiste.

Q : Merci ! On a déjà fait beaucoup de liens avec l'alcool. Tout à l'heure, vous avez parlé du fait de vivre des violences quand on est enfant qui peuvent amener à un comportement violent plus tard. Si je vous parle du côlon irritable, des insomnies, des addictions et du fait d'avoir été victime en tant qu'enfant, est ce que ça fait sens pour vous ? Si je le rapproche avec un homme auteur de violence ?

R : Que lui a eu ça quand il était jeune ?

Addiction, plus. Côlon irritable, c'est plus un stress au quotidien. Après, moi, j'ai fait mon TFE sur le côlon irritable et je le traite par l'alimentation. Donc je sais que le stress est un facteur important mais je trouve que chez les jeunes, j'ai quand même peu de côlon irritable... Chez les enfants.

Q : Ici, je parle plutôt des liens avec les hommes auteurs.

R : Oui mais quand ils étaient enfant, vous voulez dire ?

Q : Non, pas spécialement. Y-a-t-il un lien avec un homme auteur et l'alcoolisme, l'insomnie, le côlon irritable ou avec le fait qu'il ait subi des violences en tant qu'enfant ?

R : Addictions, oui. Problèmes quand ils étaient enfant, énormément. Côlon irritable, pas des masses. Insomnie, peu. Je trouve que bizarrement, ils dorment bien sur leurs deux oreilles (rire).
Addictions, beaucoup ! Soit, ils fument, soit, ils boivent, soit, ils consomment.

Q : Dans ce que vous me dites, j'ai l'impression qu'au niveau des addictions, le plus fort, c'est l'alcool.

R : Oui. Quand même.

Et problème quand ils étaient petit. Presque tous...

Après, ce n'est parfois pas moi qui le découvre. Mais je l'envoie chez quelqu'un et vous le découvrez vite dans un rapport psy ou quoi. Il y en a qui me le disent. Mais la plupart du temps, je le découvre fortuitement ou je le découvre par l'épouse. Mais presque tous...

Q : Et par rapport aux maladies mentales ?

R : Psychiatric disease... Oui ! Et ça, moi je trouve qu'on n'est pas formé pour gérer ça. Moi je vois qu'il y a un truc qui déconne chez eux et parfois on se dit, euh...

Q : Vous remarquez qu'il y a certains patients auteurs qui nécessitent des soins psychiatriques ?

R : Oui ! Et alors, pour leur faire comprendre... Mission impossible.

Q : Dans la prise en charge de ces hommes auteurs, est ce qu'il y a quelque chose de spécifique ?

R : Je vous dis, je n'ai pas envie de me les mettre à dos. Quand ils viennent pour avoir un anxiolytique ou quelque chose comme ça, j'ai tendance à leur donner plus facilement. Je préfère qu'ils soient calmes à la maison. J'ai tendance à insister sur l'alcool. Là-dessus, je n'ai pas de scrupule. En fait, je préfère tout miser sur un problème qui peut être évident, solutionnable dont lui se rend compte ou son entourage s'en rend compte. Je ne me vois pas lui dire « il faut arrêter d'être violent avec votre épouse ». C'est difficile à dire. « Vous pouvez arrêter l'alcool, il y a plein de choses qu'on peut faire ensemble, etc. ». J'ai l'impression que c'est mieux accepté par le patient de traiter ça que de traiter son problème de violence.

Q : Donc j'entends que vous traitez surtout les comorbidités ?

R : Oui. J'essaie aussi souvent de voir s'il en parle à quelqu'un. Ah oui, ça, c'est un truc qui me stresse, c'est quand je suis la seule à être au courant. Quand il me dit « voilà, vous êtes la seule personne à qui j'en ai parlé ». Là j'essaie de vraiment voir s'il ne veut pas en parler à quelqu'un parce qu'alors je me sens prise d'une mission... ! Ça, je n'aime pas trop.

Q : Donc pour vous, c'est un patient lambda qui vient en consultation même lorsque vous êtes au courant des violences ?

R : Oui.

Q : Dans la prise en charge des violences, cette fois, est qu'il y a des choses qui vous aide ? Y-a-t-il des ressources ?

R : Ce sont des patients pour lesquels j'ai plus besoin de parler. A la fin de ma journée, c'est d'eux dont je vais parler. J'ai parfois besoin de sortir un peu ça et de ne pas être la seule à savoir ça. J'aime bien qu'ils soient encadrés. J'aime bien qu'ils aient un suivi psy. Et j'appelle souvent... Enfin, souvent... J'aime bien avoir un contact avec la psychologue et qu'on débâte un petit peu ensemble. Je trouve ça chouette, j'ai vraiment l'impression d'avoir une alliée. Ça, c'est super chouette.

Praxis, je ne connaissais pas avant il y a 3,4 mois. Je ne sais pas, s'ils ne m'en parlent pas, je trouve ça un peu délicat de les envoyer là-bas. Je trouve qu'il faut quelque chose qui ait été problématique pour commencer à les envoyer là-bas. C'est plus un suivi psy ou parfois des pys familiales. « Dans votre environnement familial avec votre épouse, vous me dites qu'il y a des tensions, vous me dites qu'elle vous énerve parfois, est ce que ce n'est pas le moment d'aller un petit peu... Peut-être à deux, etc., ... voir quelqu'un ? ». C'est plus au niveau psy que je force un peu. C'est ça mes alliés. Et alors, parler avec la psy, ça, c'est le rêve. Pour moi.

Q : Quand vous parlez de thérapie familiale, parlez-vous de thérapie systémique pour l'auteur ou d'une thérapie pour toute la famille ?

R : Souvent, il ne veut pas y aller tout seul. Je préfère qu'il y aille tout seul, ça c'est ma priorité numéro 1. Et s'il ne veut pas, alors d'y aller ensemble, à deux.

Q : Au niveau du réseau autour de vous, à part Praxis, connaissez-vous d'autres choses ?

R : Il y en a une à Schaerbeek... qui fait des activités. Vous connaissez ?

Q : Non

R : J'ai l'impression qu'il y a une association à Schaerbeek qui s'occupe de faire des activités avec des personnes.... Mais attendez... des gens qui m'aident autour de moi... ? Le centre de santé mentale chez nous, il est nul. C'est plus mes collègues ou alors les centres de dépendance. Ou les centres psychiatriques lorsqu'ils vont chez un psychiatre. J'ai pas mal de contact avec un centre X ou alors deux centres de sevrage.

Q : Est-ce que ça vous arrive de référer ?

R : Chez un de mes collègues médecin généraliste ?

Q : Par exemple...

R : Parce que psy, j'essaye à chaque fois. Pas à chaque fois, mais dès que j'ai une petite porte d'entrée. Chez un de mes collègue médecin généraliste, non. Psychiatre, psy. C'est tout.

Q : Au moment où vous vous rendez compte qu'il y a des situations de violence et que vous suivez la famille, est-ce un moment où vous pensez à référer un des membres de la famille ? Est-ce que c'est difficile pour vous de soigner les deux personnes du couple ?

R : Non. J'aime bien avoir les deux sons de cloches. C'est difficile de pas pouvoir dire. **Parfois, j'essaye de faire entendre raison à l'auteur.** Enfin, « j'essaye de faire entendre raison... », on se comprend. **J'ai envie de dire à son épouse, « j'ai essayé, hein. », « je pense qu'il va faire des efforts », « je lui ai prescrit ça pour qu'il soit plus calme »...** Ça, c'est parfois dur de ne pas lui dire (à l'épouse). Mais je suis contente finalement qu'il en ait parlé, de le suivre aussi. Donc je trouve ça chouette. Et lorsque je suis vacances, et qu'ils voient un de mes collègue, eux, ils n'ont rien remarqué. C'est vraiment un patient lambda. C'est mon patient. Ils l'ont soigné parce que j'étais vacances. Il y en a parfois un qui n'était pas mon patient à la base, qui préfère voir un homme. Au début il était chez mon collègue, puis mon collègue est parti. En quand il est revenu, il est retourné chez lui. Parce qu'il veut voir un homme.

Q : Par rapport à votre ressenti personnel, que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des auteurs de VC ?

R : Que si on avait plus d'outils, ce serait plus facile. Je pense qu'on peut être un bon relai pour une aide autour, mais qu'en tant qu'acteur central de la prise en charge, c'est difficile. C'est difficile de, nous, prendre ça en charge. Je trouve que ça demande trop de temps, trop d'énergie, trop de « skills » au niveau psychiatrique. Donc la prise en charge, c'est difficile mais le suivi au quotidien, être sûr que ça ne déborde pas, l'encadrement de base, je pense que c'est bon à avoir. Moi, j'adore quand on me contacte pour expliquer la situation et de pouvoir expliquer « il y a ça, ça et ça, il faut faire attention à ça, moi j'ai remarqué ça, je peux prendre ça en charge ». De pouvoir être un bon relai et vérifier que tout se passe bien.

Q : Un peu comme pour un autre problème qui ne dépendrait plus trop de la médecine générale ?

R : Oui, mais des problèmes qui sont moins évidents. Par exemple, une hypercholestérolémie, c'est sur la prise de sang. Ici, on connaît parfois plus de choses. Des non-dits, des manières d'être, etc. Est-ce qu'il est tout le temps nerveux quand il est chez vous ou, en fait, il est toujours super calme. La manière dont il s'occupe de ses enfants, est-ce qu'il est dénigrant vis-à-vis de ses enfants, ça, je ne pense pas que tout le monde peut le savoir. Ou de savoir que dans son job, il est mal considéré ou des choses comme ça. J'ai l'impression que nous, on sait plus de choses que pour beaucoup d'autres pathologies. Les pathologies cardio, le cardiologue en sait plus que moi, c'est lui qui fait son bilan une fois par an. Là, vous avez plus de petites choses au quotidien. Ou vous savez, par exemple, s'il y a eu des antécédents, des problèmes quand il était petit, etc.

Q : J'entends donc qu'il y a un rôle du médecin généraliste, puisque c'est vous qui avez les informations...

R : **Moi, j'ai les infos, mais qu'est-ce que j'en fait... ? J'ai juste envie de les donner à quelqu'un qui l'aide plus.** Mon patient qui est suivi par un psy, une psychiatre, praxis... (rire) 10.000 trucs... Et il ne va toujours pas bien.

Q : Vous avez parlé d'appréhension plus tôt dans l'entretien. Avez-vous d'autres sentiments ou émotions lorsque vous êtes face à un auteur de VC en consultation ?

R : Peut-être une peur inconsciente. Quand je vois ma liste de patient le matin, je ne me dis pas « oh chouette, je le vois lui ». Une petite appréhension, peut-être. Et voilà, être sûre que tout se passe bien. S'il me dit « je n'ai pas les 4 euros », je lui répondrai « vous pouvez les donner à l'accueil, ne vous inquiétez pas ». Et c'est sûr que c'est ceux que je n'aime pas voir sur ma liste de patient le matin. Mais bon, je ne les refuse pas.

Q : Pour clôturer, pensez-vous qu'il existe des pistes d'action concrètes en médecine générale pour les hommes auteurs de VC ?

R : Ce qui m'inquiète le plus dans ma pratique, c'est les enfants des auteurs. Vraiment... Eux, je ne peux même pas leur en parler, je ne leur en parle pas. D'ailleurs, ils sont toujours accompagnés de leurs parents. Je n'ai pas l'impression que ce soit mon devoir de leur poser la question « comment ça va entre tes parents ? ». Je n'ai jamais posé cette question. Et je sens que ça va leur retomber dessus plus tard. Ça, c'est quelque chose qui me.... Là, je trouve qu'il faudrait faire plus.

Quelles sont les pistes pour aider les auteurs, c'est ça votre question ?

Q : Oui. Ou alors pour les identifier et diagnostiquer.

R : Le réseautage. J'ai plusieurs collègues psychologues qui travaillent avec les auteurs. J'en connais une chouette qui est spécialisée dans toutes les violences intrafamiliales. Moi, j'envoie souvent à elle car elle est spécialisée là-dedans.

J'essaie de renvoyer un maximum. Mais ce que je trouve chouette c'est lorsqu'on on peut en discuter à plusieurs, entre les différents intervenants.

Q : Au niveau formation, pensez-vous qu'il faudrait mettre quelque chose en place ? Est-ce que vous pensez qu'il y aurait une place, quelque part, pour former les médecins, non pas sur les victimes, mais sur les auteurs ?

R : En fait, je pense qu'il y a déjà tellement peu de choses qui sont faites pour les personnes qui sont soumises à de la violence, qu'en fait... Les auteurs, à partir du moment où ils se sentent mal, ils sont prise charge. Quand une plainte est déposée, et qu'ils ne voient plus leurs enfants, ou que leur femme est partie, ... Quand il y a vraiment quelque chose qui se passe, finalement, c'est eux les plus... Ils ne sont pas bien, mais je n'ai pas l'impression qu'ils vont refaire ce qu'ils ont fait. Ils ont été punis. Il faut les suivre comme une personne triste, abattue et souffrante. Mais ils me font moins peur, ou plus du tout. Alors, ça devient facile de les aider, même s'ils font un peu de la peine. Alors je préfère spécifiquement les aider. **Mais les auteurs qui sont toujours en train de faire ces violences et ou rien n'est mis en place et où je vois qu'ils sont en train de soumettre la femme et de dire que c'est elle la coupable, etc, ce cercle de la soumission etc., et qu'ils minimisent leurs effets, alors eux, je n'ai pas spécialement envie de les aider. Mais là, je trouve qu'on peut faire plus par rapport à ça** et trouver une solution. Je ne trouve pas qu'il y a de formation spécifique pour les auteurs mais arriver à scinder ça pour pouvoir les aider. Comme Praxis le fait, mais praxis le fait qu'à partir du moment où il y a eu un problème. La seule chose que je serais intéressée de savoir, c'est : est ce qu'il vaut mieux prendre le temps d'essayer de leur faire cracher le morceau ? Ou alors, on va se le mettre à dos si on essaye de creuser là-dessous. **Est-ce qu'on doit les raisonner ? Est-ce qu'on a le droit de nous immiscer là-dedans ? Parce que moi, l'auteur, je le traite comme une personne lambda. Sans pour autant le vexer ou quoi que ce soit. Est-ce que j'ai le droit ou est-ce que je dois aller plus loin ?**

Mais bon, être formée là-dedans... S'il faut (réponse à la question plus haut : est-ce que j'ai le droit... ?) alors oui, pourquoi pas être formé. Si ça ne sert à rien car en posant la question on renforce leur sentiment de contrôle et de toute puissance, alors non.

Mon patient qui a eu des attouchements sur sa fille et qui va chez Praxis, justement, il me dit « dans les groupes, j'ai l'impression d'être un saint quand je sors de la » (rire). Il y a toujours pire. Ça ne sert à rien, c'est à chaque fois ce que je lui dis. Ça ne sert à rien de se comparer aux autres. Et du coup, j'ai peur qu'il pense que ce qu'il a fait n'est rien. Parce que dans ces groupes, il y a toujours pire que lui. Mais il y a toujours pire que nous, dans tout. Quand il tient ces propos, ça m'énerve. Il ne le dit pas souvent. Il dit que les groupes changent et qu'il en a marre d'avoir des nouveaux. « Hier on était 7, la dernière fois, on était 4... C'est quand même fou tous ces gens qui veulent ce certificat mais qui ne viennent pas à chaque séance » et puis il dit « J'ai l'impression d'être un saint quand je vais la -bas. Alors je lui dis « non, tu n'es pas un saint (rire) ». Il y a une erreur qui est faite à des degrés différents. Il ne faudrait pas qu'il se sente moins coupable parce qu'il y a pire que lui.

Q : Merci !

Retranscription entretien médecin n°2

Q : Quand je vous dis « auteur de violence conjugale », qu'est-ce que cela vous évoque ?

R : Classiquement, quand on parle auteur, je pense victime directement. Parce que les gens qui révèlent les violences, pour ma pratique, ce sont les victimes. C'est déjà difficile de les faire révéler via les victimes donc l'identification des auteurs, je l'ai via les victimes. Un auteur ne va pas parler de son problème de violence. Il va parler de plein d'autres choses : d'anxiété, de dépression, de problème social, alcool, ... Je ne sais pas... Ou d'une maladie somatique aussi. Mais voilà, ça reste tabou pour lui, clairement. Moi en tant que médecin généraliste je n'ai pas vraiment d'outil de communication. Enfin si, moi j'ai eu la formation à l'approche des VC via les victimes avec le cycle de la violence. C'est vrai que la violence conjugale est quelque chose de systémique donc je trouve ça très pertinent de pouvoir aborder les auteurs. Parce que ça n'a pas de sens de se centrer seulement sur les victimes si on veut résoudre cette situation-là. C'est une situation violente, donc aborder les auteurs, c'est très intéressant. En tant que médecin généraliste, on est dans une position difficile parce qu'on soigne souvent une famille donc on connaît les enfants, les parents. Ou dans un couple, on connaît les deux partenaires et donc souvent on ne peut pas se positionner. Enfin, ce n'est pas confortable de se positionner vis-à-vis de l'auteur quand on soigne déjà la victime. Il vaut mieux... Il y a déjà des médecins généralistes qui spontanément ne veulent pas soigner deux personnes du même couple. Ça existe. Dans certaine maison médicale il y a ce genre de règle. Moi, avec une collègue, j'avais cette règle-là : elle suivait le mari ou la femme d'un couple et quand on lui demandait si elle pouvait suivre le conjoint, alors elle disait « non, allez chez mon collègue ». C'est quelque chose qu'on n'arrive pas à faire respecter strictement dans une pratique de médecine générale. C'est difficile. Il se trouve que les victimes que je soigne, soit je ne connais pas l'auteur, soit je connais l'auteur et dans ce cas-là, je pourrais.... Enfin, ce n'est pas recommandé selon les guidelines parce que c'est un peu risqué, dans l'abord, de révéler quelque chose donc il y a toujours des risques de représailles pour la victime. Donc il faut faire très attention à sa communication. Donc si on soigne une victime, par définition, il ne faut pas soigner l'auteur. Et les auteurs ne viennent pas se déclarer d'eux-mêmes.

Q : Vous avez parlé de formation, c'est la formation des violences conjugales de la SSMG ?

R : Oui, à une formation sur les violences conjugales. Et j'ai déjà fait une recherche de littérature sur le thème des violences conjugales également.

Q : Dans votre pratique, y-a-t-il un exemple ou une situation qui vous a marqué avec un auteur de VC ?

R : Oui. Le fait qu'il y ait un auteur qui vienne me parler du fait que ça ne va pas du tout à la maison. Moi je savais que sa femme était victime. Il parle de beaucoup de soucis qu'il y a... Il me parle des soucis de sa femme en fait. Principalement. Et voilà, sans prendre du tout de recul et sans me révéler ce qu'il se passe à la maison, comment ça se passe, quels sont les... Et donc il dit que ce n'est plus possible. Que sa femme ne va vraiment pas bien. Et que lui-même est très nerveux à ce moment-là. La situation est assez floue finalement. On voit qu'il vient à la consultation parce qu'il est dans un état de grande nervosité et qu'il a quelque chose à déposer... Et que ça ne va pas. Mais finalement, on ne tombe sur rien de somatique, il n'y a pas de diagnostic somatique. Je vois bien qu'il y a une crise conjugale, en quelques sortes, à la maison. Et puis... Ah oui, et puis il me prend un peu à parti sur la prise en charge de sa femme par rapport à des problèmes somatiques qu'elle a eus aussi. Et du fait qu'elle ne va pas bien à cause de ça, qu'on n'est pas assez actif au niveau médical, que je ne suis pas assez actif au niveau médical, qu'elle ne va pas mieux et que sa situation ne s'arrange pas, etc. et finalement la discussion tourne beaucoup plus autour de sa compagne qu'autour de lui. Même si on voit que c'est lui qui est très très nerveux. Alors, c'est très difficile de lui proposer quelque chose, d'organiser un suivi, de le revoir, parce qu'il part un peu fâché, ou de lui proposer d'aller voir un collègue, et que ce qu'il voulait, c'était une intervention par rapport à la santé de sa femme et pas par rapport à sa propre santé à lui. Donc moi, je lui ai dit qu'il fallait que je revoie sa femme. (Rire). Du coup, je n'ai pas d'intervention par rapport à lui particulièrement et pas de possibilité de références non plus parce qu'une communication assez tendue, quand même.

Q : A ce moment-là, étiez-vous déjà au courant que la femme était victime de violence ?

R : Oui, oui.

Q : Au niveau du diagnostic, qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille ? Comment on comprend qu'un homme est auteur de violence ? Vous avez dit plus tôt que la plupart du temps, on l'apprend par la compagne ou l'épouse.

R : C'est difficile parce que ce n'est pas un diagnostic qu'on recherche. Il n'est pas dans notre liste de diagnostic spontanément. On a déjà ce problème-là avec les victimes. Les auteurs, on ne cherche pas à les identifier. Ce qui pourrait mettre la puce à l'oreille c'est un mal-être psychologique, quel qu'il soit. Et une dépendance aussi, une assuétude, quelle qu'elle soit. Quand les hommes révèlent, ou les femmes aussi, des comportements violents qu'ils ont sous influences, ou des comportements plutôt agressifs, que ce soit une altercation dans la rue ou un truc qui s'est passé... et qu'ils expliquent ça à la consultation, on peut se dire que ça peut arriver avec n'importe qui et qu'ils sont potentiellement agressifs dans certaines situations. Et donc, à ce moment-là, on dit qu'il faut... Et alors souvent ils se plaignent eux-mêmes d'agressivité qu'ils n'arrivent pas à gérer ou qui est dommageable pour eux, soit parce qu'ils ont eu une altercation avec quelqu'un d'autre ou avec... Et ça leur pose problème, cette agressivité-là. Donc c'est quand eux-mêmes révèle une certaine agressivité que finalement on se dit qu'il y a vraiment un problème à ce niveau-là et qu'il faut intervenir parce que c'est le motif de la consultation. C'est un des motifs de la consultation. Donc là, on dit qu'il faut intervenir.

Q : Je pense avoir compris que vous n'avez jamais eu de patient qui est venu en consultation avec le motif des violences conjugales, c'est correct ?

R : Si, je pense qu'il y a un mais il s'exprime beaucoup par euphémismes. Et donc il faut décoder, ce qui est un peu notre rôle de professionnel, en même temps. En disant que souvent, ça ne va plus dans le couple. Oui, j'ai un exemple. Et il y a des plaintes souvent au niveau des relations sexuelles, des relations intimes en disant qu'il n'y a plus de relations, ou qu'il y a un refus des relations. Ça, c'est aussi une plainte qui pourrait mettre la puce à l'oreille. Ça peut aussi être tout à fait autre chose mais il ne va jamais y avoir de révélation de l'auteur de lui-même, je pense, vraiment explicite. Il faut essayer, si c'est un auteur, comment il se comporte dans le relationnel, qu'est-ce qu'il se passe. Il faut creuser les relations qu'il peut avoir avec sa partenaire, son partenaire.

Oui, c'est des gens qui se plaignent d'être violent en général, souvent sous influence. Moi, je vois pas mal d'alcooliques, femmes ou hommes. Il y a beaucoup de femmes qui se plaignent d'être alcoolique. Bon, voilà... Ce n'est pas facile avec les alcooliques parce qu'ils sont aussi victimes. Parfois ils sont alcooliques parce que justement ils sont victimes de violences et ils oublient dans l'alcool leur situation de victime. Et j'imagine que parfois, enfin souvent même, il y a des victimes qui sont aussi auteur. Donc (Rire) c'est compliqué...

Q : Parmi ces indices, quels sont les plus fréquents ?

R : C'est via la victime. Et sinon, des indices sur les relations sexuelles et les assuétudes. Il n'y a pas de plus important, c'est vraiment un faisceau de choses. C'est plusieurs indices ensembles.

Après, il y a via les enfants aussi, parfois. A la maison médicale, on a lancé un projet sur les enfants, les adolescents, plus précisément. Parce qu'on a une série de familles où les adolescents ne vont pas bien. Et qui consultent beaucoup pour des motifs qu'on n'arrive pas toujours à identifier et qui sont de l'ordre du psychosocial. Et donc là, on imagine qu'il y a des situations familiales difficiles. Les choses sur lesquelles on pourrait arriver à mettre le doigt mais enfin... les enfants sont dans la loyauté vis-à-vis de leurs parents. Ils subissent des choses mais en même temps ils ont le lien affectif avec leurs parents. Ils sont aussi dépendants de leurs parents financièrement et affectivement. Donc c'est tout à fait indicible. Là, c'est encore pire au niveau de l'explicitation. On rentre vraiment dans la psychologie. On est obligé de référer. Donc pour un médecin généraliste, ce n'est pas possible... Enfin on peut soupçonner des choses via là mais on ne peut jamais avoir de diagnostic non plus.

Q : Y-a-t-il des barrières à l'identification des auteurs ?

R : Oui, oui ! il y a plein de barrières.

Ils minimisent, ils euphémisent beaucoup les comportements ou les problèmes relationnels.

Q : Et du coup, c'est plus difficile pour vous de comprendre ?

R : Oui, de comprendre vraiment ce qu'il se passe. Il y a beaucoup de détours. Ils expliquent des situations où il faut vraiment creuser pour comprendre exactement ce qu'il s'est passé. Parce qu'ils viennent dans un état de crise où les gens ne se sentent pas bien, où l'auteur ne se sent pas bien. Et ils vont attribuer ça à leur dépendance

ou à d'autres choses, ou à une situation ou à un problème social, un manque d'argent, ou à l'autre personne, à la victime. Ils vont dire que c'est à cause de la victime qu'ils ne sont pas bien. C'est difficile de recentrer les choses sur eux et sur comment ils ressentent les choses eux-mêmes. Donc ça, c'est une barrière. C'est la même barrière qu'avec les assuétudes : c'est toujours les autres. Il n'y a pas de prise de conscience, il n'y a pas de prise de recul par rapport à sa situation personnelle. Donc ça, c'est le travail du généraliste d'essayer de... un peu comme un psychologue mais (rire) c'est compliqué de demander aux médecins généralistes d'être psychologues... que la personne puisse prendre du recul par rapport à une situation qu'elle vit ou à un comportement qu'elle a.

Donc les barrières, c'est ça.

C'est des personnes qui viennent qu'en situation de crise et qu'on ne voit pas régulièrement, qui consultent rarement, en fait. C'est vraiment une consulte rare. Des personnes qui sont assez bien dans la toute-puissance. Ça va toujours bien, elles ne consultent jamais et elles consulteront quand ça ne va pas du tout bien. Et à ce moment-là, la situation est trop critique que pour faire quelque chose. On essaye d'organiser une consultation de suivi, et ils ne viennent pas. Parce qu'on est au niveau de la « lune de miel », comme on dit dans le cycle de la violence et là, ils n'ont plus besoin de consulter.

Q : A l'opposé, y-a-t-il des facilitateurs ?

R : L'autre barrière, c'est que c'est un tabou total. Comme je disais tout à l'heure il faut être assez doué en communication et c'est difficile pour un généraliste si on n'a pas eu la formation par rapport à ça.

Et puis, dans ces situations-là, on dit toujours qu'il ne faut pas être pressé, qu'il faut prendre le temps d'avoir le contact et comme je disais, c'est impossible d'avoir le contact puisque c'est difficile d'organiser le suivi.

Des facilitateurs, euh...

Q : Est-ce que prendre le temps est un facilitant ?

R : Oui, mais ce n'est pas possible parce qu'il n'y a pas de suivi possible. Et travailler dans l'urgence, au moment où il y a la crise, ce n'est pas possible de vraiment travailler. Alors, il faut plutôt travailler sur l'assuétude en elle-même qui est en fait le symptôme. Donc ça, on travaille beaucoup sur les assuétudes mais on ne va pas toucher au problème de la violence via l'assuétude, ça va être beaucoup trop indirecte. Si la personne se soigne vraiment via une cure de sevrage ou vraiment un changement dans sa vie, si elle se remet à travailler ou si elle déménage ou elle se sépare, des choses comme ça... l'assuétude peut permettre tous ces changements-là. Et donc par là aussi, travailler sur les violences. Mais à la limite on pourra faire tout ça même sans savoir qu'elle est auteur de violence. (Rire). C'est un peu bizarre.

Parce que les facilitateurs, euh... Il faudrait que ce soit beaucoup moins tabou dans la société et qu'il y ait beaucoup plus de structures à qui on puisse référer. J'ai vu un reportage en France par hasard suite à « me too », il y a tous les pays qui s'énervent un petit peu. Il y a des pays qui ont eu des beaux succès sur la lutte contre les violences conjugales, comme en Espagne avec un système de prise en charge de chaque situation. A chaque révélation, une possibilité d'accessibilité aux soins beaucoup plus grande avec un numéro accessible et toute une série d'intervention et une base de données centralisées. Ça existe chez eux depuis 2010. C'est bien efficace. Et alors en France, ils ont décidé de mettre en place beaucoup plus de groupes pour les auteurs, des groupes anonymes où les auteurs peuvent aller se confier etc. Mais à ma connaissance, ici à Bruxelles, il n'y a que ce... dont le nom m'échappe, pour les auteurs...

Q : Praxis ?

R : Praxis, oui. C'est le seul groupe que je connais qui s'occupe des auteurs, même en Belgique. Pour que ce soit suffisamment anonyme, et proche, accessible... Il faudrait que ce soit comme les alcooliques anonymes, avec des groupes dans toutes les communes avec une possibilité de références faciles, des dépliants etc. Donc il y a besoin d'un réseau beaucoup plus grand, ça ce serait le facilitateur le plus important. Pour les victimes, on a bien montré qu'il fallait travailler en réseau, que le médecin généraliste pouvait être un diagnostiqueur et un révélateur pour identifier les choses mais pour la prise en charge en elle-même, il faut une assistance sociale, il faut un psychologue, il faut plein de choses. Pour ça, le généraliste doit avoir son réseau. Pour les auteurs c'est pareil, il faut un réseau pour faciliter. Tant qu'on ne sera pas passé à cette étape-là, la prise en charge des auteurs... Je crois qu'ils ont compris en France, en partie en tout cas. Je pense qu'il faudrait passer à cette étape là aussi.

Q : Vous avez parlé du fait de ne pas suivre les deux personnes d'un couple. Est-ce que ça facilite les choses pour vous ?

R : Oui, ça faciliterait les choses. Parce que si on est le médecin des deux partenaires, au moment où on va apprendre qu'il y a quelque chose, ça va être difficile de dire à un des partenaires « allez vous faire soigner ailleurs » parce qu'il va se demander pourquoi. En même temps, c'est grâce à la médecine de famille qu'il y a un vrai concept, pas très développé en Belgique mais beaucoup plus développé en Amérique du sud et aussi au Canada et en Amérique du nord, qu'on arrive à comprendre des choses, qu'on arrive à voir ce qu'il se passe dans une famille et à mettre le doigt sur certaines choses. Donc moi, je ne suis pas assez formé en systémique et tout ça mais cette histoire de médecin de famille, il y a des avantages et des inconvénients. Pour le suivi, c'est vrai que ce n'est pas possible mais pour identifier les choses, c'est vrai que c'est un atout.

Q : Dans le suivi des auteurs, est-ce qu'il y a des motifs particuliers pour lesquels ils viennent en consultation ?

R : Les problèmes sexuels. Oui. Mais je ne dirais pas spécialement les MST (maladies sexuellement transmissibles) mais plutôt les problèmes relationnels, problème d'érection. Et tout simplement les séparations, ça c'est un motif qu'on peut identifier en plus.

Q : Que pensez-vous de l'association entre un homme auteur de violences conjugales et côlon irritable, insomnie, problèmes d'assuétudes et avoir été victime en tant qu'enfant ? Est-ce que ça vous parle ?

R : Bien sûr, oui, oui.

Q : C'est donc certaines comorbidités. Ça fait sens pour vous dans votre pratique ?

R : Oui, ça, c'est certain.

Q : Dans la prise en charge, y-a-t-il quelque chose de spécifique ?

R : Ne faisant pas de prise en charge particulière je ne sais pas vraiment ce qui est spécifique.

Q : Pour vous, c'est un patient lambda ?

R : Non, non, c'est évident que c'est une problématique particulière et donc qu'il y a de spécificités mais je ne les connais pas. Il y a beaucoup de spécificités, même. Enfin, je veux dire « je ne les connais pas », je pourrais les deviner mais ce n'est pas quelque chose que j'utilise tous les jours.

Il faut faire attention particulièrement à toute la dynamique psychique et le fait que c'est un problème de changement de comportement. Comme l'arrêt du tabac, l'arrêt de l'alcool, c'est l'arrêt de l'agressivité. C'est le cycle de motivation de Proshaska. Sachant que c'est un peu comme l'alcool : on sait que quelqu'un qui est violent sera toujours violent. C'est-à-dire que même s'il se soigne, il y aura toujours des situations dans lesquelles le comportement violent pourra réapparaître. Même si ça devient moins fréquent et qu'il apprend à réagir autrement à certaines situations, ça pourra toujours... Comme on dit toujours aux victimes si elles sont avec un partenaire violent, il ne faut pas croire qu'il va guérir comme ça. S'il ne se soigne pas, il restera toujours violent. Même s'il se soigne, il y a des chances que le comportement resurgisse de temps à autres avec des stimulus plus extrêmes. Donc il y a toute cette problématique de changement de comportement, de motivation qui est en fait la même que pour les victimes et que pour tous les autres changements de comportements.

Q : Et si vous avez un patient lambda qui vient pour un problème quelconque, et que le patient d'après, que vous connaissez en tant qu'auteur de violence conjugale, vient pour le même problème. Est-ce qu'il y aura quelque chose de différent au niveau de la prise en charge ?

R : En fait, moi, tous les gens qui ont des problèmes potentiellement d'angoisse, d'anxiété, psychosomatiques, je leur pose des questions sur leur anxiété, leur angoisse, leurs problèmes psychologiques. Chez un auteur, je vais poser ces questions-là, dans quelle situation ça se passe, l'évolution de leurs symptômes, dans quelles conditions ils ont leurs symptômes, depuis quand, etc. Déjà, il faut faire reconnaître à la personne que si elle a ces symptômes-là, il y a quelque chose, dans le cas où on est certain que ce n'est pas somatique. Il faut travailler là-dessus. Déjà ça, c'est tout un travail. Arriver en plus à l'étape derrière, il y a quelque chose de vraiment sérieux, il y a un problème de comportement ou de violences derrière, c'est un gros travail. Ça se fait sur plusieurs consultations. En une seule consulte, ce n'est juste pas possible. C'est un travail qui doit être fait plutôt par des

psychologues. Ce sont des gens qui ne sont pas très sensibles à aller en psychologie. Souvent, ça reste tabou pour eux, comme pour les autres. Parfois certains si parce qu'ils en souffrent pas mal. Donc il faut référer.

Q : Au niveau du réseau, à part Praxis, avez-vous d'autres personnes ou ressources ?

R : Je pense que tout psychologue peut s'occuper de ce type de problème là. Il faudrait que ce soit moins cher.

Q : Est-ce qu'il y a d'autres structures ou ressources, même à la maison médicale ? Ou à l'extérieur ?

R : Oui. C'est problème-là, on les voit tard. Et donc ça passe par des problèmes sociaux. On a une assistante sociale, on réfère à l'assistance sociale à la maison médicale. Donc les assistantes sociales, on le voyait dans les formations en violences conjugales, elles identifient beaucoup de problèmes aussi. Elles ne sont pas forcément formées mais via les plaintes des patients elles identifient énormément de choses au niveau psycho. Pour lesquelles elles peuvent essayer de référer aussi.

Les plaintes des auteurs sont des plaintes sociales, somatiques, des assuétudes, ce sont les plaintes d'accroche. Et après, il faut référer dans un deuxième temps vers une structure spécifique, vers un psychologue. Mais souvent, il y a besoin de plusieurs étapes. Il y a besoin de l'étape « je prends en charge mon problème social avant de prendre en charge mon problème psycho ».

Q : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de référer vers Praxis ?

R : Non, je n'ai pas référé vers Praxis. Parce que, comme je disais, j'ai des hommes qui, je le sais, sont auteurs mais je n'ai pas pu identifier avec eux ce problème-là précisément. Ou alors parce que j'étais le médecin de la victime aussi. Ou alors, ça aurait été un pas trop loin pour eux, trop confrontant d'en parler avec eux directement. Quand ils insistent beaucoup sur leurs symptômes, c'est une étape de trop à ce moment-là.

Q : Quand vous parlez d'assuétudes, de nervosité et d'anxiété, est-ce que ce sont des problèmes sur lesquels vous allez travailler pour faire diminuer la violence ?

R : Ça ne suffit pas. On ne peut pas travailler que là-dessus pour diminuer le comportement violent. Il faut un jour que l'auteur puisse expliciter ce comportement-là et décrire les situations dans lesquelles il a ce comportement. Tant qu'on n'arrive pas à ce niveau-là de l'anamnèse, ce n'est pas possible.

Q : Au niveau de votre ressenti personnel, que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de tout ça ?

R : Parfois, éventuellement, je ne sais pas si c'est recommandé au niveau de la dynamique psychologique ou systémique, mais on peut passer par la victime. Souvent, les victimes le font d'elles-mêmes, elles demandent aux auteurs de se soigner. On donne les documents à la victime si on estime qu'elle est dans un cadre de sécurité suffisante et qu'il n'y a pas de risque, qu'il n'y a pas trop de crise à la maison. De la même manière que pour les assuétudes, l'alcool en particulier, c'est parfois la famille qui vient consulter, un enfant, un frère, une sœur, un conjoint, parce que la personne alcoolique elle-même ne reconnaît pas. Donc on est amené à soigner l'entourage et que l'entourage réagisse de manière adéquate et pose éventuellement des actions pour indirectement toucher les personnes auteurs qui sont dans le déni. Comme pour beaucoup d'assuétude, il y a une situation de déni qui est hyper forte. Ça reste l'obstacle majeur qui est très très difficile à lever.

Q : Donc j'entends qu'il y a donc un rôle du médecin généraliste, ou en tout cas une place.

R : oui il y a un rôle, oui, oui. Et puis on est témoin de ces situations-là.

Q : Qu'est-ce que ça vous fait personnellement lorsque vous êtes en consultation avec un patient homme qui utilise la violence à domicile ?

R : il y a un sentiment d'impuissance, ça, c'est clair... Qu'on vit en médecine de toute façon. Il faudrait pouvoir référer. A part ça, euh... Enfin, il y a aussi l'envie d'aborder le sujet. Moi, c'est quelque chose qui ne me fait pas peur. J'ai la chance de travailler en maison médicale au forfait, donc on a des consultations qui peuvent être assez longue. On a aussi une population plus paupérisée, on a 30% de BIM alors qu'en Belgique, c'est 10 à 15%

de moyenne. On sait que plus la population est paupérisée, plus elle a de problèmes somatiques et psychiques aussi, et plus il y a de problèmes de violences aussi. Donc on est plus confrontés à ça.

Donc j'ai une certaine expérience par rapport à toutes ces situations psychosociales. Ça ne me fait pas peur de les aborder et d'essayer de les creuser un peu. Donc il faut des conditions de travail qui soient favorables pour aborder ce genre de situation. Ça, c'est hyper important. Dans les conditions de travail, il y a le fait de pouvoir débriefer ça et particulièrement de manière pluridisciplinaire. Nous, on n'a pas de psychologue chez nous mais on a une assistante sociale, on a les kinés, on a l'infirmier. Donc souvent avec les kinés, même avec l'accueil, parce que ce sont des personnes qui se présentent souvent aussi à l'accueil dans des situations de crises ou toujours avec des demandes parfois incompréhensibles, disproportionnées, incohérentes où on voit qu'il y a quelque chose de sérieux derrière, ou agressive. Le fait de pouvoir éclaircir la situation de patients en réunion multidisciplinaire, c'est un soutien énorme. Donc il faut un soutien, quand on est médecin, pour aborder ce genre de cas. Soit au sein de la structure où on travaille, soit au sein d'une Intervention ou une supervision à l'extérieur. Parce que sinon, on ne comprend pas toujours soi-même dans quoi on est et puis on n'a pas toujours les ressources pour travailler et du coup, on se décourage. Je pense qu'il faut un minimum de formation à la communication, il faut des conditions de travail et un temps de consultation suffisant et de pouvoir travailler en réseau avec des réunions de cas. C'est indispensable. Sinon, on n'abordera jamais ce problème-là.

Q : Selon vous, y-a-t-il des pistes d'action concrètes par rapport aux auteurs de violences ?

R : Les pistes d'action, plutôt de l'ordre de la santé publique, c'est de dé-diaboliser le sujet, renforcer l'égalité homme-femme (rire). Ça touche à plein de petites choses. Intervenir tôt à l'école : l'EVRAS, la formation à la ville affective, relationnelle et sexuelle. C'est-à-dire apprendre aux gens à exprimer leurs émotions, leur apprendre que certains comportements ne sont pas acceptables, c'est apprendre à reconnaître ses comportements. Il faut intervenir en amont parce que comme pour les situations de victimes, on détecte les situations très tard, lorsqu'on est déjà dans un système de maltraitance qui est assez enkysté et assez chronique. A ce moment-là, pour déconstruire tout le système et faire changer les gens de comportement, on est vraiment dans le curatif tertiaire. Mettre tous les moyens à ce niveau-là, c'est peut-être un petit peu... Peut-être qu'il y a besoin d'un focus à un moment. C'est aussi important de faire énormément de prévention par rapport à cela.

Q : Quand vous dites « intervenir tôt », est-ce par rapport à l'association entre le fait d'être auteur et d'avoir été victime de violences dans l'enfance ?

R : Oui, c'est aussi dans cette optique-là, pour les hommes qui ont été victimes. Et aussi par rapport à la manière dont les hommes expriment leurs symptômes, leurs comportements, par rapport au fait de trouver ça normal ou pas. Parce que les hommes ne vont pas du tout exprimer la même chose que les femmes. Les comportements violents ou la verbalisation, il y a des choses qui sont acceptées dans la société et d'autres non. Les hommes vont peu se remettre en question par rapport à toute une série de choses. Cela fait que ça devient tout à fait inabordable même en consultation qui est un lieu préservé avec le secret professionnel. Ça reste un tabou. Si on est dans le déni, dans le tabou, c'est par rapport à des représentations sociales. Si on ne touche pas à ces représentations sociales assez tôt, en tant que médecin généraliste (rire), on ne peut pas tellement agir après.

Q : On a bientôt terminé. Par soucis de précision, quand vous parlez d'assuétudes chez les hommes auteurs, quelles sont les assuétudes que vous retrouvez le plus souvent dans votre pratique ?

R : Il y a l'alcool, le cannabis, l'héroïne. C'est surtout celles-là. Il y a aussi les drogues récréatives, type ecstasy ou autre, qui sont consommées de manière épisodique. Il y a la cocaïne qui fait aussi partie de cela.

Q : Très bien, merci beaucoup !

Retranscription entretien médecin n°3

Q : Quand je vous parle d'auteur de violences conjugales, qu'est-ce que ça évoque chez vous ?

R : Quand je pense à « auteur », je pense à Praxis, à des cas vécus de patients. Je pense quand même à des mots comme « justification » ou « Co-responsabilisation ». Il y a eu un épisode sur France Culture intitulé « des hommes violents », un podcast de 16 émissions. Je pense à des faits de violence. La sphère qui tourne autour de la prison, de la psychiatrie, de la toxicomanie, les liens complexes avec l'alcool.

Q : Avez-vous suivi des formations sur les violences conjugales ? Avez-vous lu des articles ou des recommandations ?

R : oui, oui. J'ai fait des formations sur la violence conjugale. J'ai lu énormément de recommandations ou de livres sur la prise en charge des victimes, sur la détection des victimes, que ce soit des violences de façon générale, des violences conjugales. Et mon centre d'intérêt va essentiellement sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Q : Quelles formations avez-vous suivies ?

R : Celle de la SSMG. C'était une formation de 3 journées. La première formation était surtout une sensibilisation. J'y suis allé la fleur au fusil en me disant « j'ai zéro patient dans ma patientèle, j'ai une ou deux patientes à tout casser, qui étaient vraiment des cas clichés ». Et puis ils avaient recommandé de demander simplement aux patientes « est-ce que vous vous sentez en sécurité chez vous ? ». Alors je me suis mis à demander à tous mes patients et puis j'ai découvert la violence conjugale. Je me suis dit « Oh ! Une femme sur trois, une femme sur quatre ». Du coup, je n'ai pas lâché le truc. J'ai découvert ça et donc je me suis intéressé et j'ai lu énormément sur le sujet.

Q : Dans votre pratique, y-a-t-il une situation marquant avec un auteur de violence ? Pouvez-vous me la raconter ?

R : J'ai réfléchi avant qu'on se voie. Je pense à deux ou trois patients pour qui c'était assez évident. Dans la première situation, c'est une patiente qui venait pour des certificats de... Alors, elle ne venait pas systématiquement pour des certificats de coups et blessures mais pour des problèmes de mal-être et quelque fois elle est venue pour des certificats de coups et blessures. Une fois où moi j'ai été choqué, c'était lorsqu'elle me raconte qu'elle était au téléphone et son mari était super jaloux. Il voulait savoir avec qui elle était au téléphone et finalement, il a pris le téléphone et l'a frappé avec. Il a réussi à casser le smartphone sur la joue de madame.

Je pense que ce matin-là, mon gsm est tombé dans les escaliers. Je me suis dit « merde, mon téléphone est tombé de deux étages sur un escalier en bois » et il n'y avait aucune griffe. « Ah, j'ai du bol ! ». Et puis je vois quelqu'un dont le téléphone a été explosé sur le visage. Alors je me suis dit « Tiens, quand ça tombe de deux étages sur un escalier en bois, il n'y a pas de griffe. Et là, le type a réussi à péter le smartphone sur le visage de sa femme ! ». Là, ça m'avait marqué.

Q : C'est un patient que vous suivez aussi ?

R : Oui, oui. Je suis médecin de famille donc en général, je connais les couples, je connais les gens. C'est un patient qui vient tout le temps pour des problèmes de mal-être, qui ne se sent pas bien, qui se victimise tout le temps : il a eu une enfance malheureuse, il a des problèmes, à son travail, ça ne va pas bien. C'est quelqu'un qui somatise, qui se considère un peu comme une victime de la société. Mais après, c'est quelqu'un que je vois très peu. Ce sont mes collègues qui le voient plus. Moi, je l'ai vu une fois, ou deux. Mais voilà, je sais que c'est un auteur de violence, mais il ne vient jamais chez moi. Je lui ai déjà plusieurs fois conseillé de voir un psy, ça ne marche pas trop.

Qu'est-ce que j'ai comme histoires qui m'ont vraiment marquées par rapport à ça... ? Ah bin oui... J'en ai une autre qui est venue un jour. Je ne connais pas du tout sa femme, je ne la suis pas du tout. Il m'avait demandé de faire un certificat pour faire avorter sa femme. En disant, les gynécologues ne veulent pas qu'elle avorte. Il ne comprenait pas. En fait, lui ne voulait pas de l'enfant. Il avait emmené sa femme en clinique. Ils ont dit

« monsieur, vous attendez dans la salle d'attente », « madame, est-ce que vous voulez avorter ? », elle a dit non. Donc du coup, pas d'avortement. Donc le type était furieux contre ces médecins-là.

Donc lui, ... enfin, c'est un patient à qui j'avais demandé de changer de médecin parce qu'il est ouvertement raciste. Il se tient bien dans la salle d'attente, il n'a pas l'air comme ça d'être un type... Il avait l'air normal. Mais je sentais dans sa façon d'être, de parler, que c'était quelqu'un d'agressif. Donc moi, à ce moment-là, au tout début où je l'ai vu, je lui ai demandé de changer de médecin. Et il m'a dit « non, vous êtes mon seul ami dans la vie ». Alors je me suis dit « Oulala, c'est difficile ». Donc j'ai gardé quand même un lien thérapeutique avec lui mais c'est une catastrophe. Mais je lui parle assez franchement. Je lui dis que je ne connais pas du tout sa femme mais que pour moi, c'est quelqu'un qui a un problème de violence, que c'est un homme violent, que probablement, il tabasse sa femme. Et alors, il reconnaît une partie des faits, toujours en minimisant. Finalement, ils se sont séparés. Donc je l'ai suivi dans cette séparation en lui disant « comment être correcte ? Ne pas roder autour de la nouvelle maison de ta femme. Ne pas aller lui casser la figure. Si elle a un copain, ne pas aller la gueule du type. Ne pas aller acheter une arme... Laisser madame vivre sa vie. Ne pas aller lui courir après. ». Lui il refuse de voir un psychologue parce que... C'est là qu'il y a d'autres soucis qui apparaissent. Il était obligé par la justice d'aller voir un psychologue ou un psychiatre il y a une vingtaine d'années parce que la plus grande de ses filles l'avait accusé de pédophilie. Et lui dit « non, moi j'ai vu des psys, ils pensent que je suis pédophile, c'est quoi ces conneries... ». Il n'a jamais voulu me dire plus par rapport à ça. Alors peut-être que sa fille exagère, amplifie. Peut-être qu'il y a le bénéfice du doute. Moi, je dis toujours « on n'est pas juge, on est médecin ». Et je pense que c'est la grande difficulté, en tout cas, que moi j'ai. C'est pour ça que quand je repère des patients sont des hommes violents, en général, je conseille de changer de médecin. Parce que c'est difficile. Moi j'ai du mal d'entendre des discours de justification ou de victimisation alors qu'ils sont auteurs de violence.

J'ai aussi eu un autre gamin, enfin un gars de 19 ans qui a eu un retrait de permis parce qu'il roulait bourré. Et en fait, tous les jours, en revenant du boulot, il boit une vingtaine de bières. Il me dit « à cause des flics, je vais perdre mon boulot parce que j'ai besoin de mon permis de conduire ». Et donc je lui dis que c'est un peu bizarre d'aller incriminer la police qui fait son boulot. Je lui dis « sur ton trajet, il y a une école. Si tu roules bourré après avoir bu 20 bières... La police fait son boulot. Comment tu peux en vouloir aux flics ? ». « Oui mais ils auraient pu être sympas ! ». Alors là je me suis dit que c'était quelqu'un qui amoindrit sa responsabilité et la reporte sur quelqu'un d'autre. Et donc je lui ai dit « stop, on va s'arrêter là. Moi je vais avoir du mal à te suivre, je n'y arriverai pas. Il y a un truc que je ressens, que je ne supporte pas, je t'imagine violent avec ta copine. Et ça me bloque. ». Donc finalement il était revenu pour me dire « J'en n'ai jamais parlé à personne mais j'ai cassé le nez de ma copine. Qu'est-ce que je peux faire ? ». Chouette gamin au final qui a un beau-père ultra violent et qui a vécu avec une mère qui se faisait tabasser etc. Lui-même avait des problèmes de violences et était prêt à s'en sortir et à faire des efforts. Je lui ai dit qu'il fallait surtout faire un travail de responsabilisation, de reconnaître que quand on commet quelque chose qui n'est pas légal, qui n'est pas correcte, d'assumer. De dire « voilà, ce n'était pas correcte, je n'aurais pas dû frapper ma copine. Je ne devrais pas insulter les gens dans la rue, griffer la voiture de mon patron si je me dispute avec lui. Et si jamais on le fait, alors assumer. Si tu vas en prison parce que tu fais des conneries, assume tes affaires.

Q : Comment est-ce qu'on reconnaît qu'un homme est violent ? Qu'est-ce qui met la puce à l'oreille ?

R : Pour moi, ce qui met la puce à l'oreille, c'est vraiment le discours de... Il y a plusieurs choses. J'avais un patient à qui j'ai demandé « comment ça va dans le couple ? ». Question bateau, question bête comme tout. Il m'a répondu « moi, je ne suis pas le genre de type à taper ma femme ». Et en fait, je suis désolé, c'est comme si des amis m'invitaient à un restaurant pour me dire « t'inquiète, tu ne vas pas vomir ». Si c'était bon, on ne préviendrait pas de quelque chose ». Si je vais parler de ma compagne, je ne dirai pas « je ne la tape pas ». Je dirais « on a un enfant, c'est merveilleux, je l'aime, c'est la plus belle, la plus intelligente, elle me comprend ». Je ne dirais pas « je ne suis pas le genre de type à frapper sa femme ». Et donc, pour moi, c'est le dire. Dire ça, c'est l'avouer directement. Donc ça, c'est plus simple. Les patients qui sont dans la justification en permanence. Les gens qui sont dans la justification et dans le report des responsabilités : Ce gamin qui estime qu'il n'est pas responsable, que c'est la police qui est responsable. Celui qui dit « mon voisin a porté plainte contre moi et à cause de lui je vais avoir des problèmes. Non. Ou alors les gens qui disent « moi j'ai fait de la prison. Si on porte plainte contre moi, je vais retourner en prison. Les gens qui portent plainte contre moi, ce sont les mauvais, à cause d'eux, je vais en prison ». Non, on doit assumer.

J'ai eu aussi une gamine dont le copain avait une arme. Je lui ai dit « stop, tu appelles la police, tu dénonces, c'est grave ». Elle m'a dit « non, il va avoir un casier judiciaire à cause de moi ». Il y a tout un discours entretenu de dire « si tu portes plainte contre moi, j'aurai des problèmes ». Donc tu sais que tu as un problème mais tu

reportes la responsabilité à l'autre. « J'ai fait de la prison à cause des gens qui ont porté plainte contre moi, pas à cause de moi ».

Après, qu'est-ce que j'ai d'autres... ? J'avais un autre patient qui était un gros consommateur de benzodiazépines. Et chez lui, je suspectais une bipolarité. Et chez les bipolaires, souvent, il y a pas mal de suicides dans la famille. Ou ce sont des gens qui, en phase maniaque, ont fait de la prison parce qu'ils ont déliré. C'est un patient à qui j'avais demandé s'il avait fait de la prison mais plutôt pour dépister la bipolarité. Là-dessus il me dit qu'il a fait de la prison et il m'explique que c'était de l'histoire ancienne, etc. et qu'en fait, il était dealer avant. Il dealait dans des écoles et des gamins ont fait des overdoses. Et sa dernière phrase qui est « mais bon, moi je ne les ai pas forcés à prendre de la drogue. Ils sont morts, c'est de leur fautes. Si ce n'est pas moi qui avait dealé, ça aurait été un autre. ». Donc là, je me dis « ce type-là,... », je ne suis pas dans le jugement, je ne suis pas juge d'instruction ou quoi que ce soit mais je me dis « ce type, il a quand même vendu de la drogue à des gamins, les gamins sont morts, il n'a aucune culpabilité par rapport à ça. ». Ça, ce sont un peu des traits de sociopathe, c'est quand même assez bizarre. C'est là que je me suis dit « lui aussi probablement, il y a un souci, il ne reconnaît pas sa violence. Donc dans son couple, ça ne doit pas être exceptionnel ».

Q : Est-ce qu'il y a d'autres indices ?

R : Je pense bêtement à la violence, la violence verbale, la violence au téléphone. Donc en salle d'attente quand on entend quelqu'un qui parle mal à quelqu'un d'autre ou qui parle mal à des patients en salle d'attente. Mon patient raciste, il est ouvertement raciste. J'imagine qu'il doit avoir une haine, une colère en lui.

Parfois les professions, je trouve. Il n'y a rien à faire, les policiers, les gens qui sont dans des positions de pouvoir. On dit en général aussi les médecins. Les avocats. J'ai un patient qui est avocat et qui dit à sa femme « je connais la loi, tu ne pourras rien faire contre moi ! ». Des gens qui ont une position privilégiée.

Après, la violence est partout, pas forcément chez les gens riches mais aussi chez les gens pauvres.

Q : Dans votre expérience à vous, est-ce que ça arrive souvent d'identifier qu'il y a de la violence conjugale via la victime ?

R : Oui, oui, oui. Évidemment. Ici, justement, j'ai une patiente qui a des gros troubles anxieux, elle a des crises d'angoisse, elle ne peut pas sortir de chez elle. Je l'ai vue il n'y a pas longtemps, le mari est à côté sur son téléphone. Eux ne comprennent pas ce qui se passe, ils ne savent pas que c'est des crises d'angoisse, ils pensent que c'est un problème cardiaque. Madame a l'impression qu'elle va mourir. C'est horrible, elle croit qu'elle meurt. Et le type est stoïque à côté sur son Gsm en train de jouer. Quand je dis que j'ai entre 15 et 50 auteurs potentiels, pour lui, je ne suis pas sûr, mais j'ai de gros doutes. Je me dis « il vient avec elle aussi pour contrôler ce qui est dit à la consultation, je n'ai pas madame seule face à moi ». Monsieur vient en consultation pour chercher des résultats pour sa femme sans qu'elle soit là. J'ai refusé en disant « non, c'est madame qui vient, je ne donne rien à monsieur, même si vous êtes mariés ». Et donc, monsieur me fait passer pour le méchant, celui qui veut voir les gens uniquement pour faire payer la consultation, « je suis un médecin, je veux de l'argent, pourquoi je veux voir madame et pas lui juste pour donner des résultats ». C'est très bizarre.

Pour les femmes qui sont en mal être et puis pour les femmes qui viennent alors qu'on sait qu'il y a de la violence.

Q : Pour un constat de coups et blessures ?

R : Pas forcément pour le constat. Moi, je dépiste la violence conjugale quasi systématiquement chez toutes les femmes qui viennent. Si je dépiste la violence conjugale et que je suis médecin de famille, d'office, ipso facto, je sais que monsieur est violent si madame me le dit. Parfois on est étonné parce que parfois ce sont des gens qui n'ont pas l'air méchant, ils n'ont pas le look de l'alcool psychiatrique qui a fait de la prison. Ce sont des gens comme vous et moi, qui ont l'air bien.

Q : Comme un masque social ?

R : Exactement.

Q : Parmi les indices que vous avez cités, y-en-a-t-il qui reviennent plus fréquemment que d'autres ? Quel serait le plus fréquent ?

R : Le plus fréquent, c'est quand même par dépistage de la victime. Si c'est l'auteur, et que je ne connais pas la femme, c'est par le discours de l'homme, qui a un discours de justification, de plainte, « je suis un pauvre petit malheureux, j'ai eu une enfance malheureuse et donc tout m'est dû ».

Q : Est-ce qu'il y a des barrières pour identifier les violences ?

R : La violence de l'individu. J'ai quand même peur de me faire casser la gueule aussi. J'ai vu un jeune type de 17 ans qui vient en me disant « j'ai envie de me suicider, je suis malheureux, etc. ». Il était très dans la plainte personnelle « moi, je souffre ». Et finalement, je comprends qu'il souffre de sa copine qui est en vacances et qu'elle revient le lendemain, et qu'elle est partie 3 jours. Et donc se suicider parce que ta copine part 3 jours... C'est assez bizarre. Je lui ai posé des questions pour voir un peu où il en est. Ce sont des questions qu'on pose à tâtons. Même si les victimes ne se reconnaissent pas comme victime, quand on met des mots, les gens pleurent ou se sentent reconnus. Un homme violent qui se sent reconnu, ça augmente la violence. Donc, ils ne vont pas avouer, ils vont plutôt nier, minimiser, etc. J'ai eu assez peur, une ou deux fois ou je me suis dit « ce gamin qui a 17 ans, qui pèse 40 kg, il va méchamment me casser la gueule. ». Là j'ai eu peur de ce gamin-là. En général quand j'ai peur comme ça, par exemple quand je sais que madame va quitter monsieur et que je le vois en salle d'attente, je demande au dernier patient d'attendre dans la salle d'attente en disant « si je me fais casser la gueule, vous n'intervenez pas mais vous appelez la police ».

Un des freins, c'est ma propre sécurité. Pareil quand je sais que les hommes ont des armes à la maison etc. Je vais à tâtons parce que je n'ai pas envie de me faire tirer dessus, je n'ai pas envie de me faire casser la gueule.

Q : Pour être sûr de bien comprendre, est-ce par appréhension de poser la question ?

R : Non, non. Moi je pose des questions ultra trash aux patients. C'est lorsque je sais qu'il y a de la violence ou quand je le sens et que c'est quasi évident. C'est comme pour les patientes qui se prostituent, parfois c'est tellement évident, je ne pose même pas la question, je le sais. Parfois je le mets dans le dossier entre parenthèse pour ne pas que les autres fassent gaffe. Et puis il y a certaines patientes qui me l'avouent dans des aveux pleins de larmes etc. Alors, j'essaye d'atténuer en disant « j'imagine qu'avec l'horreur que vous vivez, vous êtes obligée de vendre votre corps ». Je mets des jolis mots pour atténuer un petit peu l'horreur. Je pense que j'arrive à parler de tout avec les patients. Mais la seule chose qui me fait peur c'est certains hommes quand je sais qu'ils ont des armes, quand je sais qu'ils sont violents. Un jour, j'avais un type qui courrait après une patiente dans la salle d'attente parce qu'elle était passée avant lui. Il court pour l'insulter. Je me suis dit « Waouw, c'est quoi ce type ? ». Ce type-là, c'est clairement un type violent. Et je ne vais parler de violences avec lui. Il est prêt à courir dans la rue après une bonne-femme parce qu'il a attendu 5 minutes de plus.

Quand moi je ne me sens pas à l'aise parce que les types ont l'air bien plus costauds que moi, je me dis « je ne veux pas me faire casser la gueule aujourd'hui »

Qu'est-ce qu'il y a comme autres freins au dépistage... ? Quand ils sont plusieurs. Il faut vraiment être dans le colloque singulier, un médecin et un patient et pas plusieurs personnes pour éviter cette confrontation qui peut être source de violence après à la maison.

Les patients qui ont un masque et qui savent très bien se contrôler et qui sont seulement violent au sein de la relation de couple. Je pense que ça doit être un frein, c'est, je pense, la partie la plus difficile. C'est pour ça que c'est pas mal de dépister les victimes parce qu'elles, elles souffrent, elles viennent avec des souffrances. Et c'est là qu'on fait des liens.

J'ai aussi beaucoup de patients qui ne consultent jamais, ils ne vont jamais voir le médecin. On ne sait pas les dépister. « Les médecins sont tous... attirés par l'appât du gain », du coup, ils ne se soignent jamais.

J'ai aussi deux patients qui sont frères et qui sont violents avec leurs deux épouses. Il y a un que je ne soigne même pas et l'autre je le soigne une fois par an. Une fois par an, il vient pour une angine, il exige un antibiotique et je ne le vois plus jamais. Il me promet qu'il a arrêté de fumer. A chaque fois, il pose des questions sur sa femme en me disant qu'elle vient souvent me voir. L'autre, il a une emprise terrible sur sa femme, elle ne vient même plus me voir en consultation. Elle bosse avec lui, chose qu'elle ne voulait pas faire. Elle disait « j'espère ne jamais bosser pour lui et ne jamais faire ce boulot-là ». Et finalement, je passe devant, je vois qu'elle bosse la aussi. Il a une emprise sur elle. Après, ce sont des consommateurs de tabac, de cannabis. On ne dépiste pas parce qu'ils ne viennent pas. Il y a ça, aussi.

Le problème parfois est quand la violence est dans les deux sens, quand ils sont deux à se taper dessus. C'est dur de toujours bien faire la part des choses en disant « est-ce qu'on est dans ce qu'on appelle le contre-pouvoir ? est-ce que l'autre frappe dans le but de faire comprendre que la violence n'est pas la solution du conflit ? Ou est-

ce qu'il me frappe donc je le frappe ? ». En même temps, c'est de la violence, donc ce n'est pas acceptable non plus. Mais voilà, qui commence... C'est compliqué. Je pense qu'ils sont vraiment auteurs tous les deux.

Q : A l'opposé, existe-t-il des facteurs qui aident, des facilitants à l'identification des auteurs de violence ?

R : Oui ! C'est comme le patient qui me demande un document pour pouvoir faire avorter sa femme, il pense que je suis son seul ami. Effectivement chez lui, la relation thérapeutique aide.

Parfois, mettre les mots juste. Le gamin à qui je dis « stop, probablement qu'il y a un problème de violence conjugale et j'ai du mal avec ça, je n'arriverai pas à te soigner », le fait de toucher juste chez lui ça marchait bien.

Q : Donc d'aller directement au fait ?

R : oui, j'ai été cash. Je pense lui avoir dit « je pense que tu es le genre de type à taper ta copine, je n'arriverai pas à te soigner, je n'arriverai pas à être empathique ». Et je pense qu'il avait reçu ça, et puis il est parti la queue entre les jambes. Après, il est quand même revenu en me disant « j'ai réfléchi et il y a un soucis ».

Pour la plupart des gens à qui j'ai posé la question, l'indicateur, c'est la réponse, en fait. On ne peut pas répondre comme une vierge effarouchée. On ne peut pas dire « mais enfin docteur, comment vous osez me poser cette question ? ». Les gens en général, ont un petit sourire et se disent « mais enfin, c'est quoi cette question... ». Les gens qui se vexent plus que de raison, ce n'est pas normal. Si je vous demande est-ce que vous fumez, vous n'allez pas vous mettre à pleurer parce que je pose la question. La réaction des gens est importante et il faut la décrypter plutôt que le vocabulaire qu'ils disent. Qu'ils disent oui ou non, ce n'est pas important. C'est leur réaction qui les trahit parfois un petit peu.

Qu'est-ce qui fait que les jeunes se confient... ? moi je trouve qu'ils ne se confient pas. Beaucoup sont dans le déni du problème de violence. Il faut tourner autour du pot pour certains. Il faut utiliser des mots très doux du style : « Avec votre femme c'est compliqué, j'imagine que parfois vous êtes obligé d'en venir aux mains... pour la raisonner ». A nous, en tant que soignant de banaliser la violence pour demander. « Comment ça marche avec votre femme ? vous savez, toutes les bonnes femmes c'est un peu la même chose. Parfois, il faut les remettre à leur place, non ? ». Poser ce type de question, ça permet de faire copain-copain pour faire venir le truc. Mais c'est compliqué. Le but étant de leur faire réaliser que leur violence a un impact sur la santé de l'autre et que c'est une situation qui n'est pas viable. Ce n'est pas toujours facile.

Q : Quand vous dites que vous posez quasi-systématiquement la question de la violence, est-ce autant aux hommes qu'aux femmes ?

R : Je dirais que pour les femmes, c'est quasi systématique. Je parle des violences conjugales et des antécédents de violence sexuelle. C'est quasi systématique pour les femmes. Pour les hommes, j'utilise plutôt des indicateurs dès qu'il y a un problème soit somatoforme, soit psychiatrique : trouble du sommeil, consommation d'alcool, automutilation. Là, je vais poser des questions plus spécifiques.

Q : Au niveau du suivi des hommes auteurs de VC, est-ce qu'il y a des motifs particuliers pour lesquels ils viennent en consultation ?

R : Il y a un, c'est vraiment par rapport à la violence. Lui, il vient pour ça, il est suivi par un psychothérapeute. Il sait que je suis le médecin de sa femme et sa femme a déjà vécu des abus sexuels, des violences conjugales. Sa femme, je l'ai suivie dans le divorce qu'elle a eu avant. Quand elle a rencontré ce type-là, je l'avais mis en garde en disant « peut être que toi, tu n'as pas les lunettes pour voir la violence. Mais si tu es male dans la relation avec quelqu'un, il ne faut pas rester très longtemps. Si les hommes sont jaloux, qu'ils essayent de te contrôler, tu dois te méfier. ». Donc très vite, elle a mis un holà dans la relation avec ce type-là en disant « stop, tu es jaloux, ça pose problème. Mon médecin m'a prévenu que les hommes jaloux parfois sont violents ». Là, il a été violent avec elle, il l'a étranglée. Elle lui a dit « stop, on s'arrête ». Lui est venu me voir en me disant « je suis vraiment amoureux d'elle, je suis prêt à faire un effort ». Du coup, il a fait une thérapie, mais dès qu'il arrête la thérapie, il redevient violent. Il voit un psychologue toutes les semaines, ça lui fait du bien, mais dès qu'il arrête, il redevient violent. Du coup, il refait des thérapies. Il est en thérapie toutes les semaines depuis 2 ans. Et quand il n'y va pas, il est violent. Ici, elle reste avec lui jusqu'à ce que le bail des 3 ans de l'appartement soit fini et après ça, elle ne va pas re-prolonger, elle va partir. Ils sont ensemble mais elle a le projet de s'en aller en se disant « on va voir un peu comment ça se passe », mais pour l'instant, elle est dans l'optique de le quitter. Lui est au courant parce

qu'elle lui dit tout. « il ne faut pas que tu tombes des nues le jour où je te quitte. Lui, ça le motive à faire un travail. Avec lui, on se voit spécialement pour ça.

Il y en a deux, c'est principalement pour des benzo. Le motif, c'est sevrage de benzo, mais il y en a un qui fait vraiment n'importe quoi, il augmente, il prend, il perd ses prescriptions. On est dans les benzo.

Un autre, c'est des douleurs somatoformes. Il y a un kiné qui lui a diagnostiqué une cruralgie. Il est en incapacité de travail et du coup, je prolonge ses certificats, ça va faire quasi un an. Il n'est pas encore en invalidité mais il y a des certificats pour pubalgie, cruralgie. C'est un type qui a 25 ans. Des douleurs musculaires un peu floues. C'est lui qui a cassé le téléphone sur la joue de sa copine. Après, nous sommes plusieurs dans le cabinet donc ça permet d'avoir une tournante. C'est vrai que je le vois moins pour le moment, mais quand je le vois c'est toujours pour ses trucs, ses douleurs Et du coup, il ne peut pas travailler. Il aimerait bien mais il ne peut pas à cause de ses douleurs.

Un autre type venait aussi pour des consommations. Ils sont séparés maintenant, il est retourné chez sa maman. Lui, il se shootait au dafalgan-codéine. Lui, il travaillait, mais il était tout le temps défoncé. Il a eu un accident de bagnole. Il était tellement défoncé qu'il pensait qu'il était en droit. En fait, il est rentré dans un poteau. Il pensait qu'il était 22 heures, et il était 9 heures du matin. Je lui ai fait lire le rapport de police pour qu'il se rende compte. Et en lui disant « T'étais tellement défoncé, tu pensais que c'était le soir et qu'une bagnole t'étais rentré dedans. Tu as foncé dans un poteau le matin. Tu ne sais plus faire la différence entre le jour et la nuit tellement il est défoncé en permanence. ». Pour lui, il y a un problème de contre-pouvoir. Je n'ai jamais pu dire si c'était lui qui était violent avec sa femme ou sa femme qui était violente avec lui. Parce que sa femme m'a déjà expliqué plusieurs fois qu'elle le frappait, qu'elle le séquestrait, qu'elle lui jetait des sceaux d'eau sur le visage. En même temps, j'ai le fils qui m'explique toutes les fois où il rentre de l'école et qu'il voit son père tabasser sa mère et puis dire « tout va bien, papa et maman discutent ». Des gros soucis dans le couple. La séparation a fait du bien, à madame en tout cas. Monsieur est retourné en enfance, il est retourné chez ses parents. Un type bizarre.

Quels sont les autres motifs de consultations... ?

Q : On a parlé des addictions tout à l'heure, y-en-a-t-il en particulier ? A part consommation de médicaments ?

R : Les trois grandes les plus consommées dans le monde c'est le tabac, l'alcool, le cannabis. Je dirais : de tous les patients, le tabac. D'office. Ce sont d'office des fumeurs de tabac. Ce ne sont pas tous des buveurs d'alcool.

Q : Est-ce qu'ils consultent pour ça ?

R : Non, ils s'en foutent. Moi je dépiste le tabac systématiquement, du coup, on parle de tabac. Moi, je dis toujours, il y a 20% de fumeurs en Belgique, 95 en psychiatrie, donc il y a quand même un lien entre tabac et santé mentale. C'est la première des consommations. Beaucoup d'hommes violents sont consommateurs de cannabis. Je trouve, dans ma patientèle. Et beaucoup ont aussi l'excuse de l'alcool. L'alcool désinhibe et donc l'alcool aide à être plus violent. C'est la vision que j'ai, après je ne sais pas si ça marche comme ça mais je me dis toujours « si je prenais un médicament ou une drogue qui me rendait violent, je n'y toucherais plus jamais ». Si les gens s'alcoolisent en permanence et que ça les rend plus violents, plus forts, c'est qu'ils aiment ça. C'est clair qu'il y en a pas mal qui ont des problèmes d'alcool. Mais je dirais vraiment de façon... La consommation d'alcool est ponctuelle, alors que la consommation de cannabis et de tabac est quotidienne.

Et les médicaments, les benzo, aussi, beaucoup.

Q : Si je vous parle d'une possible association entre un homme auteur de violence conjugale et l'insomnie, le syndrome du côlon irritable, les addictions et antécédents de violences conjugales en tant qu'enfant, est-ce que ça vous parle ?

R : Oui, oui, oui. Alors, côlon irritable.... Attention ! Côlon irritable, c'est aussi lié aux abus sexuels dans l'enfance. Donc le côlon irritable, je le vois aussi chez les victimes, plus que chez les auteurs.

Insomnie chez les auteurs, des douleurs fréquentes, des maux de tête, des douleurs, des insomnies. Donc beaucoup se plaignent d'insomnie, d'où la prise de benzo à mauvais escient. Donc ça, totalement d'accord.

Un climat familial terrible ! Ils se plaignent toujours de leur maman. A chaque fois, les femmes disent « sa maman était sévère avec lui ». Parfois aussi c'est un contexte familial qui était difficile. Donc beaucoup de violences qui sont des violences psychologiques dans l'enfance : rabaisé, humilié, « toi, t'étais pas un enfant voulu », « t'as été fini à la pisse », ce genre de trucs que les parents pouvaient dire aux enfants.

C'est aussi le fait de ne pas avoir été le chouchou ou le fait d'avoir été le chouchou. Donc dans les grandes familles, le petit dernier qui est ultra protégé et qui, encore à 35 ans, quand il y a un problème, va chez papa et

maman se plaindre de son épouse qui n'est pas assez gentille, qui ne fait pas assez bien à manger. Et la maman appelle en disant « Eh ! Mon pauvre petit mari (fils ?), il a du mal avec toi ».

Donc ça, oui.

Vous aviez dit quoi ? L'insomnie, oui. Le côlon irritable, plutôt chez les victimes.

Q : Addictions et antécédents de victime de violences intra-familiales.

R : Victime, donc que ce soit victime ou témoin. Victime ou témoin, c'est vécu de la même façon pour les gens.

Q : Y-a-t-il une différence dans la prise en charge des hommes auteurs de violence conjugale par rapport aux autres patients ?

R : C'est dur d'être empathique avec un auteur de violence. Je pense que c'est pour ça qu'on le sous-détecte. C'est qu'on n'a pas envie de soigner quelqu'un qu'on estime (être un) criminel. On estime que sa place est en prison. C'est dur d'être empathique, de savoir que tous les soirs, il bat ou il viole sa femme.

Moi, c'est pour ça que... Au tout début, je demandais aux gens de changer de médecine, en disant « stop, je n'arriverai pas à vous soigner ». Très compliqué. Et puis j'en ai quand même soigné deux ou trois. C'est dur parce que parfois je me dis... j'ai peur de ne pas bien prendre en charge les patients. En me disant « cette personne ne m'inspire que du dégoût » et donc peut être que je ne m'investis pas comme pour un autre patient, d'où l'intérêt de leur demander de changer de médecin, en disant « stop, j'ai des limites, je n'arriverai pas à vous soigner ». Donc parfois, les patients qu'on aime bien, on n'a pas envie de savoir ça chez eux.

Ici, je parlais à une conférence de violences conjugales et à la fin il y a deux ou trois médecins qui viennent me voir. Il y en a un qui me dit « oui, c'est vrai qu'en t'écoulant, un jour j'ai menacé ma femme de prendre le fusil qu'il y a à la maison. Si tu continues, je te tire une balle dans la tête. Mais est-ce que tu penses que c'est de la violence ? ». Et un autre qui m'a dit « oui mais bon, mettre une gifle à sa femme de temps en temps... A t'écouter, moi je suis un homme violent ». Et donc, ce sont deux types que je connais bien, ce sont des gens que j'apprécie. C'est dur. Je n'ai pas envie de voir ça chez eux. Je n'ai pas envie de les associer à des hommes violents alors que c'est des gens que j'apprécie. Donc j'imagine que ça doit être un frein aussi, quand on aime bien les gens et qu'on les apprécie. C'est pareil pour les patients. Il y a des gens pour qui la relation thérapeutique fait que on aime bien les patients, on se reconnaît un peu en eux.... Je ne réponds pas à votre question. C'était quoi votre question ?

Q : C'est quand même très intéressant. Ma question était : est-ce qu'il y a une prise en charge spécifique pour les patients auteurs de violence conjugale ?

R : En médecine générale vous voulez dire ? Je pense que c'est plutôt le rôle du thérapeute.

Ce qui commence ici, je pense, comme pour l'alcool chez les alcooliques ou pour le tabac, c'est de dire « 1, j'ai un problème. Je ne suis pas capable de gérer ça moi-même ». Il faut reconnaître qu'il y a un problème. « J'ai vraiment une maladie et je dois la prendre en charge ». Les canadiens appellent ça « P2 T2 ». Donc un, est-ce qu'il y a une pathologie, oui ou non. Deux, est-ce qu'elle est grave, oui ou non.

Si je ne reconnais pas que j'ai une maladie et si je ne reconnais pas qu'elle est grave, je ne vais jamais la traiter. Si j'ai un peu de psoriasis sur le coude et que je m'en fous, et que je me dis que c'est le stress et que ce n'est pas une maladie, je ne vais jamais le traiter. Donc c'est aider mon patient à reconnaître qu'il a vraiment une pathologie, que c'est grave, que c'est dangereux. Je ne vais pas dire... Je vais essayer de ne pas être moralisateur en disant « ce n'est pas bien ». Dire que ce n'est pas légal, parce que ce n'est pas moralisateur, c'est juste médico-légal de dire « écoutez, votre épouse pourrait porter plainte. Et moi, si votre épouse vient, je ferai un certificat. Et peut-être que vous irez en prison. Et voilà, vous devez assumer ». En disant « voilà, c'est comme quand vous roulez bourré. Si vous vous faites contrôler, ce n'est pas le flic qui est responsable, c'est vous qui prenez le volant en ayant bu ». C'est plutôt ce travail-là, de au moins reconnaître qu'il y a un problème pour pouvoir aller faire une thérapie ciblée sur « j'ai un problème de violence » plutôt que sur « j'ai eu une enfance malheureuse ». Plein de gens ont vécu une enfance malheureuse. Plein de gens ont été abusés dans l'enfance. Plein de gens ont eu des parents incestueux ou violents, méprisants. Tous ne sont pas devenus violents. Il y a aussi quelque chose qui est intrinsèque à la personne violente qui est ce choix de tourner la violence vers les autres. Parce que la violence, s'ils ont un problème de violence, ils peuvent la tourner vers eux-mêmes. Ils peuvent s'automutiler, ils peuvent boire plus que de raison, ils peuvent avoir des idées suicidaires. Mais de là à tourner la violence sur l'autre, c'est qu'ils ont un plaisir de ça aussi. Et du coup, c'est les aider à faire ce premier pas de dire « j'ai un problème et je dois le résoudre, et c'est peut-être avec un psy que ça va marcher ».

Q : Qu'est-ce qui peut vous aider dans la prise en charge ? Y-a-t-il des ressources ? On vient de parler de psy. Si j'ai bien compris, si c'est un nouveau patient et qu'il arrive assez vite avec un problème de violence, vous préférez référer ?

R : En fait, ça dépend vraiment. Ça dépend. Si le patient est capable de s'exprimer dans le respect, sans violence, je le garderai. Mais en faisant vraiment un travail sur la violence, en utilisant des mots très durs pour... voilà... « On va parler de choses désagréables. Ce n'est pas cool ». Et systématiquement, revenir sur le vocabulaire en disant « stop, on s'interrompt, qu'est-ce que vous venez de dire ? ». Dessiner le cycle de la violence, lui expliquer « où est-ce que vous en êtes ? ah bin oui, vous êtes là dans la violence. Vous êtes en train de vous justifier. Et en fait, si madame a fait un plat qui était trop chaud, est-ce que c'est une raison assez valable de frapper sa femme ? Quelle serait une bonne raison de frapper votre femme ? ». C'est des trucs assez durs. De dire « est-ce que... », mais c'est pareil pour les violences sexuelles, « est-ce qu'une femme qui porte une jupe, c'est vraiment de sa faute si elle se fait violer ? Est-ce que c'est vraiment... ». Et puis, donner un peu d'info aussi. « Vous pensez que les femmes qui sont voilées ne se font pas violer ? Qu'est-ce qu'il faudrait qu'on fasse avec les femmes pour que les hommes arrêtent de les violer ? ». Donc c'est les faire réfléchir là-dessus. Il faut qu'ils aient assez de ressources intellectuelles pour réfléchir là-dessus. Quand c'est des gens qui n'ont pas pu faire d'études, qui n'ont pas pu aller à l'école, qui sont vraiment limitées et que dès qu'on pose une question, le ton monte. Ou s'ils sont directement parano, genre « pourquoi vous posez cette question ? ! Pourquoi ? ! Pourquoi ? ! ». Alors là je dis « stop. Je ne pourrai pas vous suivre ». Parce que je ne pourrai pas être dans la plainte de l'insomnie, de « je ne suis pas bien », de « j'ai bu un peu trop hier et donc je n'ai pas pu travailler aujourd'hui ». « Vas-y, ok ! Stop, je ne vais pas pouvoir vous suivre ». Je n'y arriverai pas au niveau de l'empathie. Et je leur dis « moi j'ai un souci, moi je n'y arriverai pas avec vous ». Sans dire « vous êtes violent et ça me pose un problème » parce qu'ils ne sont pas capables de l'entendre.

Q : Pour revenir à la dernière question, est-ce qu'il y a d'autres ressources que vous utilisez ? Par exemple le réseau ?

R : Moi je réfère vers Praxis. En général je réfère via les victimes. Je dis « voilà, pourquoi pas ». Je propose Praxis à mes patients violents. Après, tout ce qui va être protection de l'enfance via le SAJ. Moi, j'ai appelé une fois ou deux le SAJ. En général je recommande aux victimes d'appeler le SAJ. « Vous êtes responsable de votre sécurité, de votre vie et vous êtes responsable de la sécurité de vos enfants. Vous avez le droit de me mentir quand je pose la question de si monsieur a une arme à feu, vous avez le droit de me mentir. Mais en même temps, si monsieur a une arme à feu, que vous ne me le dites pas, que vous n'appellez pas le SAJ, et qu'un jour monsieur a bu et il tue tout le monde, vous ne seriez pas un petit peu quand même complice quoi ? Zut ! Moi j'essaie de... enfin, ce n'est pas normal d'avoir une arme à feu, vous n'appellez pas le SAJ, vous ne réagissez pas et monsieur, il tue les enfants... Est-ce que vous n'auriez pas une responsabilité partagée ? ». Donc j'essaie sensibiliser par rapport à ça. Donc le SAJ.

Le service d'aide aux victimes. Il y a un service d'aide aux victimes ici dans le quartier, je connais personnellement l'assistante sociale parce que c'est une patiente à moi et elle a aussi vécu des violences sexuelles. On en a pas mal discuté. Et maintenant elle est dans l'aide aux victimes.

Euh, qu'est-ce qu'il y avait... Des psys, aides sociales.

Q : Pour les auteurs ?

R : Mais c'est aussi un peu ça l'idée, prendre le couple en charge. Thérapie de couple, surtout pas !

Qu'est-ce qu'il y a... Non, je ne sais pas plus. Je ne sais pas plus répondre. Pour moi, c'est plutôt une aide... Praxis pour moi, c'est une aide psychologique quoi. C'est une aide psychologique, peut-être psychiatrique... psychologique, psychiatrique. Et après, je pense pas que la résolution du problème... Allé, le patient avec sa pubalgie, je ne pense pas que ce soit ça le problème. C'est des gens...

Ah oui, je repense à un autre. J'ai un type... Donc lui, il a réussi finalement à ce que sa femme change de médecin. Donc lui, il était négligent avec les enfants, maltraitant avec sa femme. Et alors, il n'avait aucun ami, il parlait à aucun de ses collègues. Il envoyait des trucs antisémites à ses collègues sur facebook. Et donc il avait perdu... enfin, plus personne ne voulait lui parler. Donc c'est des gens qui n'ont pas un grand réseau autour d'eux. C'est des gens... Ça, je pense que c'est parmi, je repense hein, les repères pour (identifier ?) un homme violent, c'est des gens qui sont... qui ont des conflits interpersonnels. Qui n'ont pas d'amis. Ils n'ont pas une grande structure autour d'eux, ils n'ont pas de personnes ressource. Ils n'ont pas d'amis, pas de collègues. Ils se battent dans des bars... Enfin, voilà. Ils ont des soucis. C'est des gens à qui il arrive des embrouilles tout le temps.

Voilà. Je ne sais pas s'il y a d'autres structures qui peuvent les aider.

Q : Est-ce que vous savez si, quand vous réferez vers Praxis, il y en a qui y vont ?

R : Pour l'instant, aucun.

Q : Donc vous donnez plutôt l'info ?

R : Je donne l'info, je donne l'info. Pour l'instant, j'en ai deux qui ont un suivi. Celui qui a rendez-vous toutes les semaines et le petit jeune. Ces deux-là, ils voient un psy spécifiquement par rapport à la violence. Les autres refusent. Les autres n'ont pas vu de psy pour l'instant.

Q : Par rapport à votre expérience personnelle à vous, qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des auteurs de violence conjugale ?

R : ... C'est compliqué. Moi je pense que ça devrait être... Mais, après, je dis ça sans avoir vraiment réfléchi, donc peut-être qu'au niveau logistique, je suis à côté de la plaque. Je pense qu'il devrait y avoir une structure comme Praxis ou des groupes de responsabilisation. Mais je pense qu'il devrait y en avoir un peu partout en Belgique, il devrait y en avoir dans toutes les communes. Et que ce soit obligatoire après, je pense, la moindre plainte. Et que les gens, dès qu'il y a une plainte... Que ce soit une structure qui soit plutôt médico-légale, et que ce soit la justice qui... que ces gens-là aient une aide mais via la justice parce que c'est pas des gens qui... ils n'ont pas confiance qu'ils sont violents. Ils ne veulent pas en parler. Ils ne vont pas chez le médecin. Quand ils viennent, ils viennent se plaindre de leurs problèmes, de leur mal-être, de leurs insomnies, de leurs maux de dos, etc. Et ils ne vont pas venir en disant « tiens, je suis violent, je tape ma femme et je vais en parler à mon médecin ». C'est très difficile. Tandis que, une fois qu'il y a des actes de violences et que c'est obligé par un juge, je pense que... après, c'est le problème de... Moi, je crois que ça va mieux marcher, en sachant que quand on est forcé de faire un changement, ça marche moins bien. C'est une volonté extrinsèque et pas intrinsèque. Mais je crois que si on pouvait aider un peu plus, ce serait par cette voie-là. En sachant que c'est des gens qu'on devrait suivre. Un peu comme des... qui devraient aller voir une fois par mois un conseiller en prévention qui dirait « alors, comment ça va en ce moment... ? ». Je pense que ce serait quelque chose plutôt avec... Mais après, c'est le problème du secret médical parce que si c'était le rôle... si le médecin aidait dans cette structure-là, on aurait un conflit avec le secret médical. On ne pourrait pas dire « Tiens, ici, j'ai un problème de violence, je vais envoyer monsieur directement, j'ai obligé monsieur à aller chez Praxis ». Donc, voilà...

Mais je vous dis, en tant que médecin, c'est assez difficile parce que ce n'est pas toujours des gens que moi, j'ai envie de soigner. Qui ne sont pas agréables, qui ont des gros soucis de violences, donc de gestion des émotions. C'est des gens parfois taiseux. Ils ne disent rien, ils viennent...

Et en même temps, j'ose... C'est ça... Ceux qui sont interprétatifs, après, ils vont se dire « c'est ma femme qui a parlé, et donc je vais lui casser la gueule ». Donc parfois, j'ai peur de faire plus de tort que de bien. Et donc de revenir uniquement sur ce que eux me disent, mais comme on sait ce qui se passe à la maison, il y a une discordance. Voilà.

Mais clairement, en tant que médecin traitant, on est confronté à ça. Et donc on doit intervenir mais je ne sais pas quelle est notre limite, jusqu'où on va et quel est notre rôle. Mais c'est vrai que dans la littérature, il y a très peu de choses. Enfin, moi je n'ai jamais rien lu spécifiquement... enfin tout ce que j'ai lu, je l'ai lu dans des bouquins du style Coutanceau, donc Coutanceau c'est l'auteur, sur « qui sont les victimes ». Et en fait, et ben il y a « qui sont les auteurs ». Le livre noir de la violence sexuelle de Muriel Salmona, c'est pareil. Il y a tout un truc sur « qui sont les auteurs » mais c'est très court par rapport à tout ce qu'elle a pu écrire sur les victimes et les mécanismes qui se passent.

Q : Par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure, c'est un peu ce qu'on retrouve chez Praxis, le pourcentage des hommes qui viennent de manière contrainte est beaucoup plus important que ceux qui s'y rendent de manière volontaire. Donc ça fonctionne mieux quand c'est contraint.

R : Non, ça marche mieux quand c'est volontaire.

Q : Praxis fonctionne majoritairement avec des hommes qui sont contraints juridiquement. C'est ça que je voulais dire. Mais je n'ai pas les chiffres par rapport aux résultats à la fin du suivi en fonction de la contrainte ou non à faire le suivi.

R : Si quelqu'un se dit « j'ai un problème, je vais me faire soigner, je vais au bon endroit » ... Waow ! Waow !
Donc ce pourcentage-là, ils sont sauvés. Après, pour remplir Praxis, les gens ont... Très peu d'auteur de violence ont conscience de ça. Et donc ne vont pas spécialement demander de l'aide. Ils ne sont pas demandeur d'aide, vu qu'ils ne sont pas conscients de leur violence.

D'où, c'est ça, je te réponds, quel est le rôle du médecin : je pense que c'est aider les gens à accepter qu'ils ont un problème de violence et qu'ils devraient aller chercher une aide par rapport à ça pour ne pas répondre à la violence... que ce n'est pas un vocabulaire accessible (acceptable ?). Moi, je dis toujours aux gens... Mais pareil, on parle des gens qui ont connu de la violence dans l'enfance. Moi, je dis toujours « Si, à la maison, on parle anglais, le jour où vous allez aux États-Unis, vous parlez anglais parce que à la maison on le parlait, c'est cool. Si, à la maison, on parle le langage de la violence, le jour où vous avez un conflit, vous allez être capable de parler ce langage-là, que tout le monde ne parle pas, qui est la violence. ». Donc ça s'apprend, mais ça s'apprend quand on est gamin.

Q : Est-ce qu'il y a d'autres sentiments ou émotions que ça vous procure lorsque vous êtes face à un auteur de violence conjugale ?

R : C'est dur. C'est dur parce que j'aimerais... J'aimerais pouvoir être empathique et je n'y arrive pas. Et donc... J'y arrive pas du tout. Par rapport à moi, je suis un petit peu mis face à des limites. Moi, je suis soucieux de tolérance, de soigner tout le monde etc. Et je réalise que je n'y arrive pas, je n'arrive pas à soigner tout le monde. Je travaille aussi en psychiatrie, et on a des patients qui ont fait de la prison etc. Et ça, je n'ai pas de souci, en me disant « moins j'en sais, mieux c'est. Je soigne un être humain et je ne veux pas connaître le dossier. ». Mais quand les gens me parlent de leurs... Alors, à l'hôpital psychiatrique, je demande de ne pas savoir, je leur demande de ne pas me dire. Alors quand ils me disent quand même ou quand ils me disent « je n'ai pas vraiment tué mon enfant »... (soupir). Le « je n'ai pas vraiment tué mon enfant. C'est mon enfant qui a pris ma méthadone au frigo » mais le gamin avait un an, je me dis... Non, c'était un bébé qui avait 3 mois. Et en fait la maman a mis du dipipéron dans le biberon et de la méthadone. Donc elle a drogué son gamin. Le gamin est mort. Donc elle me raconte ça. Comment je peux être empathique ? Je viens d'avoir un bébé. Comment je peux être empathique avec une femme pareille ? J'y arrive pas. Ce n'est juste pas possible.

Et donc, pour les hommes violents, j'arrive pas à être empathique pour la plupart. D'où le fait de leur demander de voir mes collègues ou de changer de médecin.

Je sais pas... Voilà, je suis sensibilisé à la violence, à l'inégalité. Et donc ça me révolte.

Q : Est-ce que vous voyez des pistes d'action concrètes pour le futur par rapport aux auteurs de violence conjugale ? Vous parliez d'agrandir Praxis avec un côté médico-légal. Voyez-vous d'autres pistes ?

R : Je pense... Sensibiliser les gens. Comme on fait une sensibilisation pour les victimes, faire une sensibilisation de la violence de façon générale. En disant, je sais pas moi, « il n'y a pas que les coups qui blessent, les mots peuvent blesser. Avez-vous été méchant verbalement avec votre... partenaire ? », histoire d'être le plus englobant possible. Donc sensibiliser les gens à leur propre violence. Avoir des affiches comme ça dans le metro (rire) où les gens, en fait, pourraient... Ça les aiderait à se remettre en question. En disant « Tiens, ok, peut-être que... voilà ». Moi, je dis toujours aux gens « la violence n'est jamais justifiée. Si vous devez vous faire un tatouage, faites-le vous tatouer, la violence, elle n'est jamais justifiable ». Essayer de trouver un contre-argument.

A part la légitime défense, et encore il y a moyen de s'en sortir autrement, la violence n'est jamais justifiable, on ne doit jamais justifier la violence. Ça je le répète à mes patients des milliers de fois pour que ça rentre dans leur tête et qu'ils se disent ça comme un mantra, « la violence, elle n'est jamais justifiable ». Et donc, parfois, les gens reviennent avec ça. « Vous m'avez dit la violence n'est jamais justifiable ». Histoire de couper court à toute justification. « Oui, mais j'ai eu une enfance malheureuse » « Non, tu as beau avoir eu une enfance malheureuse, la violence, tu en es responsable et elle n'est pas justifiable, elle n'est pas acceptable, à aucun moment, sous aucune forme ». Donc voilà, peut-être c'est-ce genre de message préventif ou de sensibilisation. Peut-être avec la pub Praxis. « Faites-vous aider ». Peut-être.

Q : Merci beaucoup !

Retranscription entretien médecin n°4

Q : Quand je vous parle d'auteurs de violence conjugale, qu'est-ce que ça vous évoque ?

R : Ah... Ça m'évoque des patients... Certains patients en particulier mais ça m'évoque des patients qui ont un peu une face cachée pour leur médecin de famille.

Q : D'accord. Comme une espèce de masque ?

R : Oui, tout à fait. Et même quand ils sont au courant que leur médecin de famille est au courant, on (ils) continue à jouer un rôle qui n'est pas celui de l'auteur. L'approche est parfois compliquée par ça. Puisqu'il y a... on essaye de masquer ces aspects-là ou de les minimiser et donc on est souvent dans une grande pièce de théâtre et c'est difficile d'aller au cœur des choses dans ces cas de figures-là.

Q : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui vous viennent en tête ?

R : Aussi, toute la problématique du rôle de médecin de famille dans ces situations-là. Puisqu'il y a des situations assez régulières où je suis le médecin de l'auteur et des victimes. De la ou des victimes. Et parfois, ça se reproduit encore. Je pense à un patient qui est auteur de violence. Je soigne son ex-femme qui l'a quitté pour violences et je soigne sa nouvelle femme qui est victime de violence. (rire).

Q : Donc vous connaissez tout le monde et c'est ça qui est difficile ?

R : Oui, et on ne peut aborder cette problématique que quand je vois madame toute seule. Ou quand je vois monsieur tout seul. Mais pas quand ils viennent ensemble etc., ou quand il y a des enfants. C'est trop « touchy ». Et puis, la problématique qui se répète, je ne peux pas en parler avec l'ex-femme mais celle-ci, elle souffre encore maintenant des conséquences psychologiques de tout ça. Donc c'est un jeu parfois difficile, à multi-facette, et où on doit pouvoir jongler avec tous ces aspects : secret médical, connaissance de la globalité aussi. Et parfois, j'envie les psychologues qui peuvent dire « je soigne untel de la famille, je ne soigne pas les autres de la famille etc. ». Ils ont cette facilité mais nous, on est déjà médecin traitant de tout le monde. Et donc quand on découvre la chose, on peut difficilement dire « monsieur, je ne vous soigne plus. Vous avez frappé madame ». Et donc ça rend la position parfois inconfortable aussi.

Q : Est-ce que vous avez lu des recommandation ou suivi des formations à propos des auteurs de violence conjugale ?

R : Oui, j'ai lu plusieurs choses même si moi, je ne suis pas l'auteur des recommandations qui ont été faites par l'association dont je fais partie. Mais je les ai lues. J'ai été à une formation. J'ai rencontré des gens de chez Praxis, par exemple, qui s'occupent aussi de l'accompagnement des auteurs etc. Donc oui, j'ai suivi quelques formations... Et quelques lectures.

Q : J'ai ici la définition des violences conjugales, je ne sais pas si c'est nécessaire qu'on la passe en revue. (Lecture de la définition).

Est-ce que vous pouvez me raconter une situation ou un exemple dans votre pratique avec un auteur de violence conjugale ?

R : Plus d'un. Plus d'un.

Elle est assez récente. C'est une violence économique. Donc c'est une patiente qui est infirmière de nuit et monsieur lui a... Enfin, j'ai appris qu'elle n'avait plus aucun contrôle financier sur sa vie, son travail. Monsieur a confisqué les cartes de banque. Madame n'a aucun accès à l'argent. Et chaque fois qu'elle a besoin d'argent pour quelque chose, elle doit demander à monsieur. Pour le plein de la voiture pour aller travailler, pour aller faire des courses, pour s'acheter quelque chose. Et elle a régulièrement des refus. « Tu n'as pas besoin d'un nouveau manteau. Nous n'avons pas besoin de cela ». Alors qu'elle gagne sa vie, elle n'a plus accès à ça. Et ça a un retentissement psychologique qui a été la cause de la consultation. Et il a fallu pratiquement un an pour apprendre qu'elle était dans une situation de violence et de contrôle économique par monsieur. Et donc ça, c'est une situation assez inédite. Parce que, bon, des contrôles financiers avec de la violence physique et autre, ça, c'est fréquent. Mais comme ça, tout seul, rien que ça,... et un attachement semble-t-il réel et sincère de madame

envers monsieur et de monsieur envers madame. Et donc ça complique véritablement la compréhension. Et je suis encore à un premier stade d'essayer de lui faire admettre et comprendre que ce n'est pas normal. Que ce n'est pas normal, cette situation. Et que c'est une forme de violence à son égard, de restriction de sa liberté, d'atteinte à sa dignité. Et donc on est dans cette création-là. Je voulais aussi la faire voir par un psychologue, mais monsieur a dit « mais tu n'as pas besoin d'un psychologue... D'ailleurs, il faudrait un peu moins voir le docteur » (rire). Donc voilà, des choses comme ça. Ce qui en vient d'ailleurs au fait que je lui ai dit « mais est-ce que ça vous fait du bien de venir en parler ici ? » « ah ben oui ! ». Donc j'ai dit « si vous voulez, on va faire le tiers payant comme ça, vous ne devez même pas demander à monsieur. Vous venez. Il n'y aura aucune trace, je ne demande pas de ticket modérateur et on peut continuer à se voir et à essayer de la soutenir et ne pas briser le lien thérapeutique pour d'autres raisons ».

Q : Est-ce que le compagnon de cette patiente est également un de vos patients ?

R : Oui.

Q : D'accord. Et la première fois que cette patiente est venue, quel était le motif ou la demande ? Est-ce qu'il y a eu une plainte directe ?

R : Non, il n'y a pas eu de plainte directe. Elle est venue pour des insomnies extrêmement rebelles. Extrêmement rebelles. Elle avait déjà utilisé plusieurs choses. Et puis rebelles à mes différents traitements. Et donc on a essayé de travailler pour comprendre le pourquoi de cette instauration de l'insomnie et des difficultés. Et c'est comme ça que c'est finalement apparu... Un peu fortuitement, mais enfin c'est quand même ressorti. Et puis on a développé ça aussi, tout en ne négligeant pas les autres aspects, parce qu'on sait bien qu'un travail de nuit ne favorise pas le sommeil après mais... Il y avait bien d'autres facteurs associés, notamment ce malaise par rapport à ça et cette dépendance.

Q : D'accord. Est-ce que vous êtes au courant s'il y a d'autres types de violences dans cette relation-là ?

R : Oui, oui. Psychologique. Et puis un peu de violence verbale aussi. Dans le sens où si madame se rebelle un peu ou réclame de manière un peu plus insistante de l'argent ou l'accès à quelque chose que monsieur lui refuse, il peut être agressif verbalement.

Q : Comment est-ce qu'on comprend qu'un homme est auteur de violence ? Qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille ?

R : Souvent la chronicité des plaintes. Enfin... la répétition des plaintes, la chronicité, l'absence de réponse à un traitement. Souvent, ses victimes consultent souvent. Et c'est vrai que dans certaines situations, le diagnostic « victime de violence » vient très vite dans le diagnostic différentiel qui vient à l'esprit, et dans d'autres cas, c'est parce que ça se répète etc. qu'on se dit « ah, finalement, cette hypothèse-là que je n'avais pas évoqué dès le départ, c'est quelque chose qui tient la route. On va quand même poser quelques questions et voir si la réponse accroche et s'il y a quelque chose ».

Q : Est-ce que vous posez ces questions aux victimes ?

R : Aux victimes, oui, oui. Tout à fait.

Q : Donc ce que vous m'expliquez, c'est une façon de comprendre qu'un homme est auteur : via la victime et la chronicité des plaintes des victimes.

R : Tout à fait.

Q : Est-ce qu'il y a d'autres indices que vous pouvez me donner ? Quelque chose qui revient souvent, c'est les constats de coup.

R : Oui. C'est la partie visible de l'iceberg, ça. C'est quand la victime a vraiment été victime de coups violents et qu'elle admet que ce n'est pas normal. Parce que j'ai parfois aussi découvert des traces de coups auprès d'une victime qui m'invente une explication bidon. Et je dis « non, ça, je n'y crois pas madame. Parce que quand on

chute, on se blesse à des endroits de contact, et pas à l'intérieur du bras, pas à l'intérieur de la cuisse, etc. Donc je pense qu'il y a quand même eu autre chose » « oui, mais c'était de ma faute. Je n'aurais pas dû lui refuser ça. Je n'aurais pas dû l'emmerder avec ceci ou cela ». Et donc on est dans une phase de justification. Et donc ce n'est pas toujours la voix d'entrée, ce n'est que la face visible. Mais la situation facile, c'est évidemment quand la victime vient pour un constat de coups. En général, c'est que la plainte est envisagée ou envisageable, ou qu'on se dit que c'est la dernière chance mais qu'on va quand même mettre ça de côté. Je me perds un peu dans mes explications. Je ne sais plus quelle était la question de base.

Q : La question est : « Qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille pour identifier un auteur de violence conjugale ? »

R : Là, ce n'est même pas la puce à l'oreille, c'est flagrant. Donc la demande d'un constat de coup, mais aussi les lésions et le type de lésions. Voire, la répétition. Vous savez, il y a parfois des situations où on ne se rend pas du tout compte. Et je me rends compte au fur et à mesure où je parle et que les idées reviennent que j'ai bien plus que 6 auteurs (rire) annoncés au départ. Je pense à une jeune femme qui avait eu le bras cassé. Elle a consulté les urgences, on l'a plâtrée, etc. Et puis, après elle a une marque sur le visage qui ne peut pas être liée à une chute. Elle me confirme que c'est bien son compagnon qui l'a frappée et que d'ailleurs, sa fracture du bras du mois dernier, c'était aussi une violence du compagnon. Et pas un accident « je te pousse ». C'était vraiment « je te tords le bras, au point de le casser ». Donc euh.. ouf ! Et puis maintenant, je ne l'ai pas revue, et je reçois un avis des urgences : elle s'est refracturé un bras. Donc je me pose de nouveau des questions à ce niveau-là. Là, l'auteur n'est pas un patient.

Ça aussi, ça me met la puce à l'oreille. Au départ, c'est pas (de la violence conjugale). Et puis, il y a un autre élément qui me fait dire que peut-être d'autres éléments du passé l'étaient déjà. Et donc quand elle me l'a avoué, heureusement, à ce moment-là, j'ai déjà refait un certificat que j'ai gardé dans mon dossier. Je me dis que si elle se décide, ce gaillard-là, on aura quand même pas mal d'éléments. Il y a des preuves.

Q : Et si on se concentre sur le côté « auteur de violence conjugale » : Qu'est-ce qui vous fait comprendre qu'un homme est violent dans son couple ?

R : J'avais envie de dire non. Mais en fait, oui. (Rire) Surtout quand il y a une consultation à deux. Quand monsieur vient avec madame et que, effectivement, il y a des comportements du partenaire... Parce que j'ai déjà eu le cas avec une dame aussi. Donc c'était un couple homosexuel où une des dames ne laissait pas répondre, répondait à sa place, ... Elle était vraiment dans le contrôle de l'anamnèse que je réalisais etc. Cette fois-là, et l'autre fois avec un monsieur, je me suis dit « tiens, ici, il y a une certaine emprise ». Ou la potentielle victime qui lance des regards vers le conjoint avant de répondre ou avant de... Donc dans la dynamique de couple en consultation, parfois, il y a des éléments qui me font dire « tiens, il pourrait y avoir une relation inégale » en tout cas. Une relation inégale, pas nécessairement violente mais inégale. Et par contre, en consultation avec un auteur seul, je n'ai pas d'expérience où je me suis dit que, mais ça pourrait être le cas je pense. Si le potentiel auteur parle de manière particulière sur son conjoint ou sur la manière dont ça doit se passer... « Vous savez docteur, qu'est-ce qu'on dit à une femme qui a deux yeux au bord noir ? Ben on ne lui dit plus rien, on lui a déjà expliqué deux fois ». (Rire) C'est imaginaire, ça ne m'est jamais arrivé en consultation. Mais il y a peut-être des attitudes, des réflexions où c'est vrai qu'il faut se dire « oh, oh, celui-là, il considère son partenaire pas sur un pied d'égalité ». Ça peut être des puces à l'oreille sur cette potentielle violence.

Q : Et dans votre pratique, quel indice revient le plus souvent ?

R : Clairement, c'est beaucoup plus du côté victime que du côté auteur. Et... Je repense encore à un autre cas de victime (rire). Elle était seule chez moi en consultation. Et elle reçoit un sms. La plupart des gens ne vont même pas prendre leur téléphone. Et elle saute sur son téléphone, elle s'excuse et elle dit « c'est mon conjoint, je dois répondre, il veut savoir où je suis ». Là on se dit « là, il y a un problème ». Alors j'ai dit « faites, madame ». Et puis j'ai rebondi un peu pour lancer des perches en disant « est-ce que vous trouvez ça normal que vous soyez obligée de répondre immédiatement pour dire où vous êtes, etc. ? Vous n'êtes pas une fille de 12 ans qui est en excursion et qui doit répondre à ses parents ». Donc effectivement, il y a des signes qui font dire « là, on est dans une relation où il y a une forme de violence »... Alors que la plainte n'était même pas liée à cela. Mais c'est arrivé au moment et on se dit qu'il y a une relation de contrôle excessif et où la femme doit absolument répondre immédiatement parce qu'il y a cette emprise et cette violence sous-jacente.

Q : Y-a-t-il des facilitateurs pour identifier les auteurs ?

R : Je dirais la confiance, le lien thérapeutique ou le lien de confiance avec le médecin de famille. Donc malheureusement, je trouve beaucoup plus de situations problématiques maintenant que je pratique depuis plus de 20 ans. Il y a des gens que je connais depuis très longtemps, ou des gens que je connais depuis tout petit. Je pense à la dame qui a eu son bras cassé, j'ai commencé à la soigner qu'elle avait 4 ou 5 ans. Et donc le docteur, c'est vraiment un ami depuis toujours. On a parlé contraception, on a parlé sexualité. On a parlé de plein de choses. Donc « je peux lui parler de beaucoup de choses et je sais que ça va rester entre lui et moi, même s'il soigne aussi mes parents ». Effectivement, ce lien est très important pour faciliter la révélation.

Autre élément important, que je dois parfois rappeler aussi aux gens, surtout quand on est médecin de famille, c'est qu'on est tenu au secret médical. Et que le cabinet, c'est un temple du secret, comme je le dis toujours. En disant « ce qui se dira ici, ça ne va pas ressortir. Pas auprès de monsieur, pas auprès de vos parents, pas auprès de vos grands-parents, pas auprès de vos enfants. C'est entre vous et moi, et je n'en sais plus rien après tant qu'on ne se revoit pas etc. ». Il y a parfois des gens qui croient que le médecin, quand il y a des phénomènes de violences comme ça, il va se permettre d'appeler la police, d'appeler la justice... Non, non. On est dans une relation d'aide où on va aller au rythme du patient, de la patiente. On ne va pas aller plus vite qu'eux. Et donc ça, c'est important à rappeler : qu'on est avec eux et qu'on n'est pas dans une autonomie qui nous ferait faire des choses qu'ils ne souhaitent pas.

Q : Quelque chose d'autre qui pourrait faciliter ?

R : Avoir du temps, c'est certain. J'ai envie de dire, mais il ne faut pas se méprendre sur ce que je vais dire, on l'a en médecine générale. On n'a pas beaucoup de temps parfois en consultation parce qu'il y a une pression de salle d'attente, mais on est installé dans la durée. On va revoir les gens. On peut les revoir, aussi. Donc parfois, si je n'ai vraiment pas le temps, je dis « écoutez, je pense que ce serait bien qu'on en reparle etc. Est-ce que vous voulez qu'on fixe un rendez-vous, est-ce que vous revenez par vous-même, etc. ». Et il y en a qui prennent, il y en a qui ne prennent pas, mais je veux dire qu'on a ce temps. Si on sait qu'on va les revoir, on n'est pas obligé de s'arrêter tout de suite et traiter. Moi, j'ai un copain endocrino qui dit « avec un patient diabétique, je vais le voir une fois par an. Donc je dois essayer de tout faire quand je le vois. Après, c'est fini pour un an ». Nous, ce n'est pas le cas. Demain, le cabinet est encore ouvert. Et la semaine prochaine aussi, et le mois prochain aussi. Et ça, je le rappelle aussi, que le cabinet est toujours ouvert et qu'on peut en reparler.

Q : Et quand vous proposez de prendre une consultation entière pour parler des violences, est-ce que les patients reviennent ? Ou les patientes, si c'est les victimes.

R : Parfois. Parfois. Mais moi, ça ne m'inquiète pas. Même si elles ne reviennent pas, elles savent que je suis ouvert à en rediscuter, à en parler dans un cadre qui sera le leur et que je ne vais pas non plus... Je vais leur demander la prochaine fois, avec un regard bienveillant « et comment ça va à la maison et avec monsieur ? ». Mais je ne vais pas non plus être intrusif. Je respecterai le rythme.

Q : A l'opposé, est-ce qu'il y a des barrières qui empêchent de comprendre qu'un homme est auteur ? Vous avez commencé par parler de la face cachée des auteurs. Est-ce que ça en fait partie ?

R : Oui, certainement. Parce que c'est quand même rare qu'un auteur se dise que ce qu'il fait est tout à fait normal. (Rire). Donc il se pose quand même parfois des questions. Il y en a qui masquent et d'autres qui vont en parler. Moi, ça ne m'est jamais arrivé qu'une fois, ça. Une fois, il y a très longtemps, un auteur qui m'a dit « c'est la 4^e compagne qui s'en va. Il y a vraiment un problème chez moi. Il faudrait que vous me conseilliez quelqu'un pour m'aider etc. ». Donc on a un peu approfondi, et effectivement, il se rendait compte qu'il était violent verbalement. Et que donc, finalement la relation se terminait chaque fois, et il en était triste. Il s'était rendu compte de ça. Et il s'est inscrit dans une démarche qui a été couronnée de succès, d'ailleurs. (rire) Mais sinon, effectivement, c'est plutôt ne pas vouloir le dire, le masquer plus longtemps ou avoir des explications, des excuses, et des choses comme ça.

Un autre obstacle aussi, c'est le fait d'être médecin de famille et que parfois, on a peur de mettre à mal cette relation en abordant le sujet de manière directe. Et aussi le fait que... la relation... médecin-patient, n'est pas toujours... unique. Enfin, ... J'ai beaucoup trop de consultations où ils viennent à plusieurs. Et je trouve que ça s'accroît de plus en plus. On vient pour plein de problèmes, chaque patient vient avec deux ou trois problèmes, et vient avec le fiston parce qu'il tousse aussi. Et vient avec monsieur parce que lui aussi, il y a un bouton qui a changé etc. Et on est de plus en plus dans des consultations où il y a deux ou trois personnes et où ça devient

difficile d'aborder des problématiques. Même avec des adolescents où je dois parler de sexualité. Combien de fois je dois dire « écoutez madame ou monsieur, je vais vous demander de sortir parce que je voudrais parler de certaines avec votre fille ou avec votre fiston, à l'aise ». Certains comprennent très bien, d'autres sont... « mais enfin, docteur... ». Donc c'est ces consultations familiales et pluri-membres posent des problèmes quand il y a ce genre de situations. Même chose quand on constate à ce moment-là, lors de l'examen clinique, c'est difficile de dire, alors que le père ou la mère est là, « qu'est-ce qu'il s'est passé ? » etc. C'est des barrières, cet aspect médecin de famille qui fait qu'on a aussi des consultations familiales. Je pense à la consultation d'hier soir, je pense que sur la dizaine de consultation que j'ai eue, il y en a bien 5 où la personne n'était pas seule.

Q : Ce qui peut poser problème à plein de niveaux.

R : Oui. Ou bien quand je dois examiner un enfant, pas un petit. Je dis « voilà, maman est là. Je dois te déshabiller. On ne la ferait pas sortir ? ». Certains « non, non, je préfère qu'elle reste ». Et d'autres « Oh oui hein ! ». Alors « allé madame, on sort ». (Rire). C'est vraiment régulier qu'on doive faire ça. Et ça permet aussi d'avoir, à ce moment-là, une relation vraie. Et aussi, de renforcer la relation qu'on a avec le jeune parce qu'il se rend compte qu'on a du respect pour sa personne, sa pudeur, ses secrets.

Q : Est-ce qu'il y a des motifs particuliers pour lesquels les hommes auteurs viennent en consultation ?

R : Sans certitude, des besoins d'ITT.

Donc euh... Je vois que mes auteurs identifiés ou suspectés, c'est quand même des gens qui... Peut-être un petit peu plus souvent que les autres, ou comme certains autres, quand ils ont des problèmes au travail demandent des ITT parce qu'ils ont eu un problème, ils ont eu une gastro-entérite. Mais ils ont besoin d'un jour. Juste un jour, mais ils ont besoin d'un jour. Et puis ils ont besoin d'un jour aussi le mois suivant. Des choses comme ça. Ça, je suspecte ce genre de choses chez des potentiels auteurs. Enfin, les hommes qui demandent ça, parmi ceux-là, il y a des auteurs.

Et aussi des hommes... enfin, c'est souvent dans ce sens-là mais ça... J'ai un de mes collègues, il a l'inverse : c'est l'homme qui est victime. ...Où l'homme me téléphone pour avoir un certificat d'incapacité de travail pour madame. « Ma femme n'est pas bien, elle a vomi, etc. Elle ne saura pas aller travailler aujourd'hui. Est-ce que vous pourriez me préparer un certificat etc. Parce qu'elle ne saurait vraiment pas venir chez vous ». Et donc monsieur qui fait une demande de certificat courte durée pour son conjoint... Voilà. J'ai appris à demander « vous sauriez quand même me la passer au téléphone ? » (rire). Et souvent, elle va confirmer parce qu'il est à côté. Mais, j'ai l'impression de sentir si effectivement madame n'est pas bien ou si madame est en difficulté. Voilà. Ces demandes de certificats par téléphone pour des très courtes durées, pour un jour, c'est le cachet des auteurs.

Pour quoi d'autres pourraient consulter les auteurs... ?

Probablement aussi qu'ils ont, si je vois à part un, tous ont des problèmes de sommeil. (Rire). Des problèmes de type anxieux, insomnie, ... Mais c'est plus des... C'est des liens que je mets, mais tous les hommes qui ont des problèmes de sommeil ne sont pas... (rire) ne sont pas des violents.

Q : Si je vous parle d'une association possible entre les auteurs de violence conjugale et le côlon irritable, insomnies, assuétudes et addictions, et le fait d'avoir été victime de violence en tant qu'enfant. Est-ce que ça vous parle dans votre pratique ?

R : Passé de violences, certainement ! Certainement. Il y a une tendance à la répétition des choses. Mais on n'est pas toujours au courant de ce vécu. On est même rarement au courant de ce vécu sauf si on est déjà à (soigner) la deuxième ou la troisième génération de tout ça.

Côlon irritable... Voilà... C'est possible, mais je n'en sais... Je ne l'ai pas constaté ou je n'ai pas été sensibilisé à ça. Et les addictions, ben oui ! Mais... Est-ce que les auteurs ont tendance à picoler ou est-ce que quand on picole, on élimine cette inhibition de la violence et qu'on la libère... ? Moi j'ai quelques amis qui ont, comme on dit « l'alcool méchant ». Donc quand ils boivent, ils deviennent violents, agressifs etc. Alors que moi, si j'ai bu un verre de trop, je deviens complètement con (rire) et totalement inoffensif. Donc voilà. Est-ce que les hommes violents boivent ou bien certains qui boivent lèvent des barrières d'inhibition qui font qu'ils deviennent violents ? Je ne sais pas le dire. Et je pense que les drogues c'est... voilà. Je n'ai rien remarqué comme ça.

Q : Donc dans votre patientèle, les patients auteurs de violence ne sont pas spécialement des patients qui ont des problèmes d'addictions, c'est ça que vous voulez dire ?

R : Exactement. Exactement.

Q : Au niveau de la prise en charge, y-a-t-il quelque chose de spécifique pour ces patients ? Je parle de la prise en charge générale de ces patients, pas spécialement la prise en charge des violences. Si deux patients viennent pour insomnie, dont un que vous avez identifié comme auteur. Est-ce que la prise en charge sera différente ?

R : Oui. Oui. Comme j'aurai une prise en charge différente aussi si j'ai le patient avec un trouble du sommeil et que je sais que sa femme est gravement malade, ou qu'il a un cancer, etc. Je vais aborder aussi tout ce qui peut influencer la plainte qui est présente. Et je dis souvent aux gens « Votre estomac, ou votre insomnie, ça peut être lié au fait qu'il y a des problèmes qui ne sont pas résolus. Vous avez une certaine tension. Est-ce que vous pensez que ça pourrait être le cas chez vous ? ». Et puis si le patient dit oui, je dis « Et vous voulez qu'on en parle ? ». Voilà, donc j'ouvre un peu des portes sur ce qui peut être à l'origine ou entretenir la plainte qui est présente. Et en disant que même s'il y a ce genre de choses qui entretient, ce que je pourrais proposer comme proposition thérapeutique risque de ne pas être efficace dans le temps et la durée si on ne résout pas ce problème-là aussi. En espérant qu'ils saisissent la perche etc. « Bin oui, il y a des problèmes à la maison qui font que... » « Ah bon... ? ». Moi je suis toujours dans la grande prudence. « Est-ce que vous souhaitez qu'on en parle ? Est-ce que vous acceptez qu'on en parle ? » Et 9 fois sur 10, ils disent oui. De temps en temps c'est « non, je ne préfère pas, je ne suis pas prêt ». Sinon, c'est « oui docteur ». Alors « dites-moi un petit peu ce qui se passe avec madame. Il y a des difficultés, des conflits ? Est-ce que parfois, les conflits amènent à se battre, à s'injurier etc. ? ». On lance un truc et à ce moment-là, ils prennent. Et on avance. Parce qu'ils comprennent qu'on est aussi ouverts à ça. « Mais comme dans chaque couple, hein docteur... » « moi aussi, je rentre fatigué... ». Et alors on essaye de rentrer dans les détails et de voir ce qu'on pourrait mettre en place pour changer ça.

Q : C'est intéressant que certains patients vous disent « comme dans chaque couple ». Est-ce que ce sont des croyances ?

R : Oui. Et là, ça pourrait effectivement revenir à ce phénomène d'histoire familiale de violence, puisque « c'est comme ça, c'est comme ça dans tous les couples, dans toutes les familles »... En tout cas celles qu'ils ont connus. Et donc ça rentre dans la normalité même s'ils ne sont pas confortables avec. Et donc à ce moment-là, on doit essayer de comprendre ce qu'ils considèrent comme normal. Et peut-être déconstruire des choses en disant « mais vous trouvez ça vraiment normal ? ». Ou « est-ce que vous ne voyez pas d'autres façon de fonctionner ? ». Et essayer de voir s'il est preneur d'une optique. Mais encore une fois, ça prend du temps. Parce que les paroles qu'on dit, parfois c'est quelques mois après que le patient revient en disant « vous vous souvenez ce que vous m'avez dit ? ». Moi, je ne me souviens plus du tout, mais eux s'en souviennent. « J'ai beaucoup réfléchi, je pense qu'effectivement, il y a quelque chose qu'on devrait changer ». Effectivement, c'est un peu une approche en entonnoir : de questions générales, d'autorisation à approfondir. Et finalement, chez certains, on arrive à un résultat. Et chez beaucoup d'autres pas. Mais voilà.

Q : Maintenant si on parle de la prise en charge du problème de violences chez les auteurs. Est-ce que vous avez des ressources ? Est-ce qu'il y a quelque chose de particulier ? Qu'est-ce qui vous aide dans cette prise en charge ?

R : Ce qui m'aide aussi, c'est le fait que les gens aient confiance en moi, confiance dans ce secret médical. De nouveau, les auteurs comme les victimes. S'ils sont assurés que ça ne sortira pas, on peut aborder des choses plus concrètes, comment ils se sentent par rapport à ça, comment ils pourraient... qu'est-ce qu'ils pourraient mettre en place pour... Qu'est-ce qu'ils seront prêts à accepter de ma part pour améliorer la situation. Parfois c'est des choses très simples : on doit traiter le problème d'alcool si c'est l'alcool violent. Et ça permet de tout résoudre. Par contre, dans d'autres situations, c'est d'autres approches.

Moi, j'ai la chance d'avoir dans mon réseau une psychologue qui est à l'aise avec ça. Et qui donc est tout à fait preneuse aussi d'auteurs de violence. Sinon, je sais que Praxis...

Q : Ça vous est déjà arrivé de référer vers Praxis ?

R : Je l'ai fait une fois. Et il n'y est pas allé. Et je leur ai envoyé un message aussi une fois pour avoir un conseil. C'est pas évident. Maintenant, je sais que j'en ai un qui a été obligé d'y aller. Mais c'est pas par moi, c'est par... C'est son autorité professionnelle, puisque c'est un policier. Et c'est son commissaire qui l'a obligé à faire ça pour récupérer son arme de service.

Q : D'accord. Qu'est-ce qu'il s'est passé avec son arme de service ?

R : Il a violé sa femme sous menace de son arme de service. On en avait parlé avec madame. Je lui ai demandé de porter plainte. Et elle m'a dit « non, je ne veux pas non plus que tout ça s'emballe. Il va perdre son boulot etc. Je vais aller voir son chef de corps. ». « Méfiance hein ! » « Non, non, je vais aller voir son chef de corps ». Elle est allée le voir. Il l'a crue parce qu'il y a des détails qu'elle a donné etc. Donc il a mis en place certaines choses. Donc il a repris l'arme de service, il a repris les menottes, il l'a cantonné à un travail de bureau en disant « Quand la prise en charge sera mise, la confiance sera à nouveau ré-instaurée et vous retrouverez vos fonctions et vos autorités ». Et ça semble avoir marché. Ça semble avoir marché. Ils ont quand même divorcé. Parce que les actes étaient vraiment odieux. Odieux. Il l'a violé en lui mettant son arme dans la bouche. Donc euh... J'imagine bien... Arme chargée, en plus. Donc, je veux dire, vraiment, c'est d'une violence inouïe dont la patiente s'est difficilement remise.

Q : J'entends que vous travaillez beaucoup avec une psychologue ?

R : Oui. Enfin, beaucoup... Je travaille beaucoup avec elle. Parce qu'elle est proche et qu'elle est très professionnelle. Mais elle, elle a eu une expérience de prise en charge d'auteurs et de victimes lors de ses stages dans un hôpital universitaire et elle a continué à aller aux interventions. Et donc elle est restée dans le mouvement et elle est à l'aise par rapport à ça. Donc ça me permet de pouvoir orienter avec l'accord du patient vers elle.

Q : Vous proposez directement aux patients auteurs de se rendre chez cette psychologue ? Comment ça se passe ?

R : Quand ils acceptent qu'il y a peut-être des choses à mettre en place pour améliorer etc., je leur dis « moi, vous savez, je connais dans mon réseau d'autres professionnels de santé qui peuvent vraiment vous aider à réfléchir à ça, à désamorcer les processus. Quelqu'un qui est très professionnel, qui sera soumis au secret professionnel. Ce qui se passera chez cette personne, moi-même, je ne serai pas tenu au courant. Je serai averti que vous êtes pris en charge, et c'est tout. ». Je leur donne, en général, sa carte. Et elle, elle m'envoie un email en disant « tel patient débute sa prise en charge ». Et alors elle m'envoie aussi en disant « il n'est pas venu à son rendez-vous », ou bien « nous terminons le processus ». Donc elle me tient juste informé d'où on en est dans la démarche mais pas d'avantage.

Q : Au niveau de votre ressenti personnel, qu'est-ce que ça procure chez vous comme émotions ou comme sentiment lorsque vous êtes en consultation avec un homme auteur de violence ?

R : Parfois... C'est étonnant, mais par exemple, le policier violent avec son arme de service etc., je le vois et je ne suis pas... Quelque part, il y a eu un processus de soins qui s'est complété, c'est lui qui a été obligé par son chef de corps etc... Et voilà, je considère presque que c'est un problème psycho-médical qui a été réglé et il a retrouvé une position de patient normal. Alors que j'en ai un autre que j'ai soigné avant. J'ai fait des certificats de constat pour sa fille. Il a fait 8 ans de prison et il est revenu chez moi comme patient. Je sais qu'il a payé sa dette, quelque part. Il a été en fond de peine. Mais je suis toujours un peu mal à l'aise avec cet homme parce que je suis convaincu qu'on l'a mis 8 ans en prison mais qu'il n'y a rien qui a changé. Il reste problématique. Et fuyant. Si je lance des perches ou quoi, il ne va jamais les saisir. Et voilà, là, j'ai un certain inconfort.

Maintenant, dans la démarche pour sensibiliser un auteur ou un auteur potentiel, tout ce qu'on a décrit comme élément de suspicion, comment on en parle, comment on aborde tout ça, c'est extrêmement fatigant ! Il y a des jours où je n'ai pas le courage de me lancer dedans. Et je me dis ce sera pour une prochaine fois. Parce que c'est vraiment fatigant. Enfin, fatigant... Difficile !

Q : éprouvant ?

R : éprouvant ! Je ressors, en général, lessivé de ce genre de consultation où je fais attention à ce que je dis, aux mots que j'utilise, à la réponse qui va m'être donnée, comment je rebondis la dessus. Et je peux comprendre que certains n'ont pas envie de se lancer. Ou qu'à certains moments donnés, on n'ait pas envie puisque je suis dans le cas aussi.

Q : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin généraliste dans la prise de ces patients ? Est-ce qu'il y a une place ?

R : Elle est limitée, je pense. Elle est limitée parce qu'on n'est pas formé à la prise en charge de ses patients-là. On est plus, quelque part, peut-être l'élément qui peut être l'identificateur et quelqu'un qui propose un panel d'orientation et de prise en charge etc. On est plutôt l'aiguillage. Et je pense que ça, c'est déjà super. Donc si on arrive à le sensibiliser et à l'aiguiller, on a fait le job ! (Rire). Alors que moi, je ne suis pas à renvoyer un patient en dépression sévère chez le psychiatre nécessairement. Je me sens apte à le prendre en charge, l'accompagner, le référer à un psychologue et l'accompagner complètement jusqu'à la guérison. Autant, je ne me sens pas du tout armé et légitime pour reprendre en charge un auteur de violence, avec toutes les répercussions que ça peut avoir à son niveau, au niveau de ses proches etc. Donc non, je ne me sens pas légitime ni compétent.

Q : Est-ce que vous pensez à des pistes d'action concrètes pour le futur en médecine générale vis-à-vis des auteurs de violence conjugale ?

R : Comme vous le disiez au début de l'entretien, il n'y a pas beaucoup de littérature. Est-ce qu'il y a vraiment des éléments forts pour dire « ça, ça et ça, c'est à faire. Et ça, ça et ça, c'est pas à faire ». Donc quelque part, aussi, des guidelines ou des avis d'expert par rapport à des choses à faire et des choses à ne pas faire. Tout ça pourrait être vraiment utile. Mais est-ce que c'est suffisamment robuste pour les ériger en guidelines ? Est-ce que c'est juste des recommandations, peut-être, à faire ou des avis d'experts ? Je ne sais pas. Mais ça peut vraiment être utile, à ce niveau-là, pour éviter la répétition et permettre aux gens une prise en charge aussi au niveau des auteurs.

Q : Pour ne pas faire pire que bien ? C'est ça ? Parce qu'à certain moment, la prise en charge pourrait être dangereuse pour la victime.

R : Oui, tout à fait.

Et il y a des gens qui sont des (rire) « Ayatollah de l'EBM », comme je dis, qui, face à des recommandations qui n'ont pas un certain niveau de robustesse, disent « ça ne vaut rien ». Parfois les choses de maigre valeur sont mieux que rien du tout. Moi, je pense qu'effectivement, c'est le début de peut-être un mieux... S'il n'y a rien de mieux... Donc moi, je suis preneur. On sait bien que dans des choses aussi « touchy », aussi sensibles, on ne sait pas avoir des cohortes importantes, avec des évaluations très rigoureuses de différentes interventions. Et on doit quand même se contenter de choses, de l'expérience de certains en disant « Voilà, ça, ça, c'est dangereux. Ça, c'est à tenter. Et ça, c'est certainement à conseiller ».

Q : Est-ce que vous pensez qu'une formation de violence conjugale devrait avoir un côté victime mais aussi un côté auteur ?

R : Oui. Même si l'empathie de chacun va aller vers les victimes. (rire). « Parce que ce salopard... ! Il ne mérite pas, hein ! Faut le mettre devant le peloton d'exécution ! » (rire). Comme tous les proches d'une victime vont dire...

Mais je pense qu'effectivement il faut aussi ce versant-là. D'autant plus que c'est un patient et il a droit à nos soins, et il est peut-être en souffrance aussi... surement, même ! Donc effectivement, ça a tout son sens... De ne pas le nier, en tout cas. Il n'y a peut-être pas grand-chose... moins... Mais c'est certainement à aborder.

Q : Merci !

Retranscription entretien médecin n°5

Q : Combien d'auteur de violence conjugale estimez-vous avoir dans votre patientèle ?

R : ... Donc la plupart du temps, les auteurs, c'est quand vous détectez... donc les outils de détection que le médecin généraliste ou tout soignant d'ailleurs, tout intervenant en première ligne a, permettent de détecter précocement une dynamique de violence intrafamiliale et notamment entre partenaire. De ce fait-là, vous découvrez précocement la plupart du temps des femmes, mais aussi des hommes. Et, il m'arrive, de temps en temps, de détecter, si vous voulez, un auteur. Et notamment, dans les recommandations, par exemple on vous dit qu'au cours de la grossesse, il y a une augmentation du risque de violence. Et quelque part, c'est une des seules... C'est une, ce n'est pas la seule, des recommandations avec un certain niveau de preuve. Et donc, il m'est arrivé de détecter par ce biais-là. C'est-à-dire que quand j'ai le monsieur, je lui dis « au fond, comment ça va avec la grossesse ? Est-ce que ce n'est pas compliqué ? Parce que d'un côté c'est vraiment beaucoup de bonheur, mais c'est aussi des questions, c'est aussi parfois des peurs, des angoisses. Du coup, dans le couple, c'est pas facile ». Donc il m'est arrivé, et j'ai un cas devant moi, encore relativement récemment où le gars me dit « j'ai peur de moi, je ne me reconnais pas, j'ai peur de lui faire du mal. ».

Q : Est-ce que c'était dans le cadre d'une situation avec une grossesse ?

R : oui, oui. Et donc... Je trouve ça formidable dans le bon sens du terme. Que quelqu'un puisse vous dire ça parce que, en fait, alors ça, c'est une extrapolation que je fais, je ne crois pas qu'il y ait de la littérature dessus mais peut-être qu'il y en a, c'est un peu comme le suicide : le fait de dire « Tiens, est-ce que vous avez des idées noires, envie de vous suicider ? », on sait que le fait d'en parler, vous coupez l'herbe sous le pied de ce risque. Et je me dis qu'en acceptant, en accueillant cette confession et en en discutant correctement, de manière adéquate, il est possible d'éviter ça, justement. Et c'est-ce qui s'est passé, d'ailleurs. Parce que ce garçon, moi je le connais depuis l'enfance, il rentre tout à fait dans ce qu'on décrit. C'est un gamin que moi je connaissais parce que je travaille depuis longtemps dans un centre pour garçon en difficulté. Ce sont des jeunes abusés qui ont souvent vécus de la violence de plusieurs façons... Ben, il était tout à fait euh... Mais il est resté dans cette institution, donc vraiment avec une famille totalement inadéquate et qu'il n'a plus vu. Et quelque part, c'est le prototype du mec à risque. Sauf qu'il a eu un suivi, on a parlé de ça avec lui, il sait où se placer par rapport à ça. Et il a continué avec moi tout en sortant de cette institution. Il a eu une carrière de fonctionnaire communal. Et donc il m'en a parlé, et ça s'est fini. Ça s'est très bien passé. Et ça s'est même très... Parce qu'alors là, je lui ai dit « tiens, ton psy que tu suivais, est-ce que tu as encore un contact ? » « ah ben non,... » « est-ce que tu n'irais pas de nouveau le contacter ? ». Et donc c'était dans un centre de santé mentale qui le suivait depuis longtemps. Le gars était toujours là. Et donc finalement, bêtement... Et puis chaque fois que je le voyais « tiens, j'ai envie de te revoir dans 15 jours, qu'on en reparle. Tu m'en parles dès que tu ne te sens pas bien, tu viens » etc. Et ici, il m'avait présenté sa femme, enfin, sa compagne... pour me la présenter. Mais elle a son médecin traitant. Donc ce n'est pas ma patiente. Pour vous dire à quel point ça s'est bien passé entre guillemets, c'est qu'ils ont fini par se séparer. On sait que la séparation c'est un facteur de risque de... Et surtout quand il y a un enfant. Et bien ça s'est très bien passé. Et ils s'entendent très bien. Et voilà.

Comme quoi, je pense que... oui.. il y a moyen de gérer ça. Un garçon qui dit, ou n'importe qui qui dit « je risque de faire du mal » je crois qu'il faut accueillir ça de manière... Et il n'avait pas encore fait quoi que ce soit.

Q : Si je comprends bien, c'est un peu le moment où il y a quelque chose à faire en tant que médecin généraliste ?

R : Je crois qu'au moment... Je pense, en fait,... La grossesse est un des moments. Mais en réalité, chaque fois que quelqu'un est en mal-être, et bien doit raisonner cliniquement pour savoir pourquoi est-ce qu'il est en mal-être. On peut être en mal-être pour des tas de raisons différentes. Ça peut être parce qu'on a des difficultés au boulot, ça peut être parce que « mon partenaire me trompe, il veut me quitter », ça peut être « mes parents ne sont pas bien » « je suis inquiet pour mon enfant ». Il y a des tas de raisons d'être en mal-être. Et c'est vrai qu'une fois qu'il y a quelque chose qui ne va pas à la maison, et bien on va... Il y a plusieurs raisons qui peuvent être cumulées. Mais dès qu'on parle... De la même manière qu'on parle « ça ne va pas au boulot », on va dire « comment est l'ambiance au boulot ? Est-ce que vous avez une impression d'injustice ? Comment se passe le management ? Est-ce qu'il n'y a pas de pression ? » pour détecter une maltraitance au travail. De la même façon, dès qu'on parle « maison, famille », et bien, quelques questions : « ah oui, il est fort nerveux » ou « ah oui, on se dispute », « qu'est-ce que vous voulez dire par là ? Comment se passent les disputes ? Est-ce que parfois vous avez peur, vous êtes en tension ? ». En parlant de ça, vous trouvez des victimes et potentiellement des auteurs.

Donc ça, ça m'est arrivé une ou deux fois, c'est plus ancien, mais je me souviens que... c'est pas des centaines de fois hein... qu'il y a, comme ça, une proportion d'auteur qui n'est probablement pas la majoritaire, mais où ce sont des gens chez qui il y a vraiment une ambivalence, un ressenti négatif de culpabilité qu'ils ont, ou d'incompréhension de la situation dans laquelle ils sont. Ceux-là, et je pense qu'il me semble avoir lu ça dans les statistiques de Praxis, qu'il y a une... Donc il y a des gens qui sont tout à fait dans le déni, et donc ceux-là... voilà. Et puis il y a une petite proportion de gens, et c'est le genre de personnes qui vont aller spontanément chez Praxis, par exemple.

Q : Déjà pas mal d'informations très intéressantes. Quels sont les mots-clés auxquels vous pensez quand je vous parle d'auteur de violence conjugale ?

R : Moi qui parle beaucoup, je ne trouve même pas un premier mot (rire). « Être prêt à entendre ». Ce n'est pas un mot, c'est une phrase, mais je pense qu'il faut être prêt, il faut s'attendre à ce que ça puisse arriver. Ça fait partie des cas de patients, de situations auxquelles on n'a pas l'habitude... probablement tabou et où on se retrouve et on n'est pas préparé. Et donc, je pense que quand quelqu'un... quand vous détectez quelque chose... Donc moi, systématiquement quand un monsieur ou une dame me dit « ça ne va pas avec monsieur ou madame », d'office je creuse un peu.

Je suis persuadée aussi... Ah non, « persuadée » est un trop grand mot. Mais je dis il y a certainement une prévention à pouvoir faire. Je pense que... C'est-ce qu'on dit : on dit il faut systématiquement détecter chez une femme enceinte quand elle est seule, sans témoin. « Est-ce que tout va bien à la maison ? est-ce que monsieur est gentil ? ou madame, d'ailleurs ? Est-ce que tout va bien de ce côté-là ? », « Parce qu'on sait que c'est compliqué et que ça peut mettre des tensions », « oui, non », « S'il y a des tensions, quel type de tension ? Est-ce que vous avez parfois peur de votre partenaire ? Est-ce que craignez de rentrer à la maison ? », « oui, non », Si c'est oui, c'est déjà pas acceptable. Et on creuse et on creuse. Et à un moment donné, on est beaucoup plus précis : « est-ce qu'on vous injurie ? Est-ce qu'on vous crie dessus ? Est-ce qu'on vous humilie ? Est-ce que vous avez déjà été bousculée ?... ». Et donc voilà... Sans oublier la violence sexuelle qui est souvent même non perçue, non ressentie. Et je suppose que pour l'auteur, pareil. Bon, bref.

Donc ça, j'essaye de faire ça systématiquement, d'ailleurs c'est presque devenu automatique. Et donc, il faut être prêt à entendre un auteur. Voilà.

Q : Etre attentif ?

R : Voilà. Donc il y a des situations... Donc toutes situations, mais surtout grossesse, séparation et chaque fois aussi qu'il y a un mal-être.

Q : Vous venez de citer certaines situations. Comment est-ce qu'on comprend qu'un homme est auteur de violence ? Qu'est-ce qui vous met la puce à l'oreille ?

R : D'abord, il n'y a pas que les hommes qui peuvent être auteurs de violence. Moi, je me souviens d'un cas... Donc je suis le médecin traitant d'une femme. Et c'est une fille qui... On aurait dit un golden boy. Donc c'est une golden woman, je suppose, qu'on dit. Donc une fille qui a vraiment une carrière, boum, boum ! Trois enfants, la deuxième grossesse, des jumelles. Et lui, il a un boulot mais qui est moindre. C'est aussi un garçon... Et un jour elle me dit « je vais vous envoyer mon mari, parce que ça ne va pas du tout. Il est déprimé Au boulot, ça ne va pas du tout. Et je pense que c'est à cause de ça. Il faut vraiment que vous aidiez mon mari ». Donc, pour la première fois, je vois ce mari. Et il vient et il me dit « oui, au boulot, c'est difficile, etc. ». Et puis, je tourne autour, et je me rends compte qu'en fait, depuis que les jumelles sont nées... Donc il faut imaginer un gamin de 2 ans ½ et deux jumelles... Et donc elle, elle travaille beaucoup. Alors il me dit « elle travaille beaucoup, donc elle est très nerveuse ». « Ah bon, qu'est-ce que vous voulez dire par-là ? ». « Ben oui, vraiment, faut pas la réveiller, etc. ». Et de fil en aiguille, j'apprends en fait que lui, il va dormir dans le salon. C'est lui qui doit s'occuper des enfants si il et elles se réveillent et surtout pas madame. Et j'apprends aussi qu'il est isolé. Lui, il est d'origine française, sa famille n'est pas là. Donc il est englobé par la famille, bienveillante hein, de madame. Mais elle l'humilie devant tout le monde, etc. Donc finalement, ce n'est pas le boulot (de monsieur). En réalité, c'est le boulot qui ne va pas parce qu'il ne va pas bien à la maison. Et donc, cette dame, ... la quarantaine, la belle quarantaine, bienveillante, elle était maltraitante, elle avait un comportement maltraitant. Et je l'ai dit au monsieur : « vous savez que ce que vous vivez là, ce n'est pas tout à fait... c'est pas acceptable. Pourquoi est-ce qu'elle vous humilie ? Vous dites qu'elle vous dit par exemple 'ben oui, il n'est pas foutu de faire ça' », alors qu'il est tout seul, il n'y a pas sa famille... Dans des diners de famille, dire des choses comme ça... Et il le dit « je le vis comme de l'humiliation ».

Donc je dis « est-ce que vous en avez déjà parlé ? », « ben non, elle me crie dessus devant les enfants », toutes des choses comme ça.

Et donc les femmes peuvent être maltraitantes. Et ce qui est marrant c'est qu'elle est venue juste après pour me dire « Merci, vous avez beaucoup aidé mon mari. Vous savez, je me suis rendu compte... ». Il y a une chose qui est claire c'est que je les ai vu un certain temps et que je ne les vois plus. C'est maintenant que vous m'en parlez... Lui était prêt à partir. Est-ce qu'il est parti ? Je ne sais pas, je les ai perdus de vue. Mais en tout cas, ça peut être une femme.

Q : Bien sur, on est tout à fait d'accord. Je ne le nie pas du tout. Personnellement et au vu de l'écrasante majorité du genre masculin dans les violences conjugales, j'ai décidé de faire ce travail sur les hommes auteurs. Ce qui me ramène à ma question : Comment est-ce que vous comprenez qu'un homme est auteur de violence conjugale ?

R : Donc la plupart du temps, je dépiste quelqu'un qui est maltraité. Donc ce quelqu'un est maltraité, donc la configuration la plus courante, statistiquement c'est une dame, elle est maltraitée. Et du coup, je sais que le mari ou le partenaire est maltraitant. La plupart du temps c'est comme ça.

Et j'ai eu... Alors soit, vous ne connaissez pas. Je me souviens d'un cas, une dame d'une 50aine d'années, femme au foyer. Donc deux adultes et un ado comme enfant. Le monsieur, très belle situation. Et donc j'apprends que cette dame ne va pas bien. Et donc je détecte assez facilement... cet entonnoir, c'est facile comme tout. Et donc « ah, bon.. ben ».

Q : Donc ici, c'est elle qui est la victime ?

R : C'est elle qui est victime. Et donc, cette dame était passée par des phases de dépression, par des tentatives de suicides... Tout ce qu'on voit dans la littérature. Et comme c'est dans la bourgeoisie, c'est quelque chose de beaucoup plus confidentiel. Madame va un mois en hôpital psychiatrique, pour se reposer, etc. Et donc tout est centré sur elle, alors qu'en fait, c'est de la maltraitance. Elle s'est retrouvée bousculée, elle s'est retrouvée par terre, elle a eu de gifles. Et donc cette dame, que je continue à voir, un jour, à cette époque-là, maintenant elle est séparée de son mari. C'est lui qui est parti pour une autre. Donc un jour, alors qu'ils étaient encore ensemble, ce monsieur est venu. Et vraiment, c'est spécial, parce qu'il est venu, et je pense qu'il venait pour voir qui j'étais. Parce que j'ai vraiment senti que c'était un manipulateur. Donc évidemment, on la boucle... On ne dit rien, etc. Il a fait semblant de venir pour lui, alors qu'il n'en avait rien à faire. J'ai du mal à me souvenir, je pourrais retrouver dans mon dossier, probablement. Mais j'ai vraiment senti qu'il était là... C'était vraiment pour voir qu'est-ce que je savais. Mais bon, il n'a rien su. Moi j'ai senti ça comme ça. Vous ne pouvez rien faire. Enfin, en tant que médecin, à ce moment-là, vous ne pouvez rien faire. Vous devez vous centrer sur la victime et l'amener à se centrer sur elle-même, tout en se protégeant, etc. Vous ne pouvez rien faire.

J'ai eu un autre cas beaucoup plus récent. C'est une dame qui a deux enfants, séparée. Elle rencontre quelqu'un et ce quelqu'un se trouve être quelqu'un de violent. Donc elle vient chez moi pour tout autre chose, on creuse et hop, de nouveau on tombe la-dessus. « Ecoutez, c'est de la violence », il y a des documents qu'on peut montrer, ils se reconnaissent, etc. Et de fil en aiguille, ce monsieur, en pleine consultation est venu ici...

Q : Lui n'était pas un patient à vous ?

R : Il n'était pas un patient à moi. Et il est venu. Mais il est venu faire un esclandre ici. Alors je n'ai rien risqué parce que c'était une consultation tout venant, donc il y a du monde. Et donc j'ai haussé la voix et j'ai dit « monsieur, vous n'avez rien à faire ici. S'il vous plait, vous partez ». Et j'ai évidemment contacté la dame pour dire, parce que ce n'est pas mon patient, que je ne savais pas où il allait mais qu'en tout cas, il était venu et que je préférais qu'elle ne soit pas seule chez elle. Donc ce gars est venu. En fait, j'étais ici, et je vois qu'on frappe à la porte. Et c'est quelqu'un de la salle d'attente qui me dit « écoutez, il y a un monsieur qui s'énervé, il veut vous voir ». Et je dis « il n'a qu'à attendre ». Et puis il est venu entre deux patients et il me dit « Qu'est ce que vous avez dit à madame untel ? ». Je lui ai dit « monsieur, je n'ai rien à vous dire ». Donc il n'y avait pas de relation entre nous où j'avais à cacher quoi que ce soit. Je n'étais pas dans le contrat de secret professionnel avec lui. Donc c'est lui qui... Donc là je n'ai pas eu du tout de mal de... Donc voilà. Ça c'est le genre de personnage où vous dites, de par le comportement, comme avec l'autre, ce sont des gens... Je crois que le médecin, face à ça, il ne sait rien faire tout seul. Là, vous devez vous centrer sur la victime. Maintenant, je me souviens d'une jeune femme où là, manifestement, le partenaire auteur de violences qui étaient principalement psychologiques mais quand même presque physiques parce qu'il y avait notamment un réveil systématique. La personne s'endormait, il la réveillait, donc c'est physique quasiment. Et donc, elle finissait par se cacher dans son bureau. Ça, c'est vraiment

le cas où vraiment il y avait une détection précoce. J'ai vraiment vu cette dame changer, elle qui était en pleine santé mentale, très heureuse dans sa vie, dans son métier. Et pour une fois, elle décide de se mettre avec quelqu'un. Et là, alors que je ne la voyais jamais, ou quasi jamais, elle commence à venir souvent, et pour des trucs vagues. Tout à fait comme dans les livres. Et puis, c'était un comportement vraiment, comment est-ce qu'on dit, harcelant et gueulant et critiquant et humiliant et rabaissant. Donc on était à ce stade-là, si on peut parler de stade. Et où il y avait quand même aussi de la violence sexuelle, puisque, quelque part, pour ne pas avoir de crise, elle acceptait des rapports dont elle n'avait pas envie. Donc ça, je lui ai quand même dit. Mais où finalement, elle n'était pas isolée, elle avait son boulot, elle avait ses amis. Il y avait tout un contexte qui faisait que, très simplement... enfin non, pas très simplement, elle a pu s'extraire. Une psy normale. Se dépatouiller pour avoir un autre logement. Enfin, des trucs très embêtants à faire mais il n'y avait pas... On était assez tôt dans le processus. Et la personne n'était pas détruite. Et du coup, voilà. Ce garçon, au travers de ce qu'elle m'a dit, si je l'avais rencontré, il est possible que j'aurais pu l'aider. Parce qu'au travers de ce qu'elle disait, c'était quelqu'un qui était mal dans sa peau par rapport à ça. Je devine, je ne sais plus très bien pourquoi. Je me dis que là, il est possible. Vous voyez ?

Mais des gens comme ça, qui s'amènent, vous sentez qu'il y a une sorte de pression, où vous sentez qu'on vous menace, quelque part, même si c'est voilé. Un comportement agressif. Ça peut être un simple... on vous toise... C'est plus un ressenti. Je pense que dans l'evidence based medicine, on a beaucoup occulté le côté d'impression clinique. Et du coup, on s'assied dessus. Et je pense qu'il faut dire aux jeunes « prenez conscience de ce que vous ressentez », tant au niveau clinique, physique, mais aussi au niveau psychologique. De se dire « qu'est-ce que tu ressens ? », « j'aime pas ». Et bien il faut conscientiser ce « j'aime pas » et le pourquoi. C'est un peu ça par rapport à ces auteurs-là.

Q : On vient de parler des méthodes d'identifications. Qu'est-ce qui vous aide à identifier ? Qu'est-ce qui facilite l'identification ?

R : Alors, le lien thérapeutique, c'est le premier exemple dont je vous ai parlé, où il y a une alliance thérapeutique depuis toujours. Mais là, je pense que malheureusement... Ça, je le dis sans savoir, ce n'est pas basé sur la littérature, c'est vraiment mon ressenti de quelqu'un pour qui la violence intrafamiliale et domestique est quand même un thème que je connais bien, que j'ai étudié et que je pratique. Et donc, je me dis, je ne pense pas qu'on puisse avoir un lien thérapeutique avec, en tout cas, une partie des auteurs, c'est-à-dire ceux qui sont totalement dans le déni, qui sont eux-mêmes... enfin, les deux derniers cas dont je vous ai parlé. Alors soit ce sont mes patients et alors là, ça veut dire que si ce sont des patients et que je les garde comme patients, c'est qu'il y a une partie d'eux où l'alliance thérapeutique est possible. Alors instinctivement je me dis que ça c'est des gens qui s'ils sont dans le mal-être, à un moment donné, ils pourront le sortir parce que n'importe qui peut être victime, et n'importe qui peut être auteur, finalement. Et donc le lien thérapeutique, je crois qu'effectivement, ça peut aider. Mais dans le premier cas, c'est un peu ce que je vous ai dit, dans le sens où c'est quelqu'un que je connais, il y a une alliance. Je lui dis « alors, comment ça va ? », « je ne me reconnais pas, j'ai peur de moi ».

Q : Dans ce cas-là, le lien thérapeutique était établi et le sujet des violences est arrivé ensuite.

R : C'est ça. Mais je crois que, imaginons que, ... Mais je crois que c'est le cas pour toutes les détections de violence en dehors du fait que ça vienne par la victime. C'est-à-dire que j'ai quelqu'un en face de moi, homme, femme, ici homme. Et puis un jour, pour une raison ou pour une autre, dès que ça ne va pas... Alors, effectivement, il y a la configuration où vous avez un couple, vous avez l'un et vous avez l'autre, il y a un lien thérapeutique avec les deux. Et en connaissant le problème d'un côté, par exemple du côté victime... Mais je suis aussi avec une alliance thérapeutique pour le garçon, imaginons ici. On peut imaginer qu'effectivement... Bon, maintenant, je vous rappelle que si vous avez la détection d'une violence chez une victime, même si vous êtes très bien avec l'auteur, si vous commencez à faire une détection de violence du côté auteur, c'est dangereux. Donc je ne vais jamais... Même si je le sais, je vais faire comme si de rien n'était. C'est un des principes.

Q : Est-ce qu'alors c'est plutôt une barrière à la détection pour identifier un auteur quand vous suivez un couple ?

R : Non ! Non ! Ce n'est pas une barrière. Qu'est-ce que je vais faire, je vais revenir au principe : je me centre sur la victime quand la victime est là. Et je dis « écoutez, centrez-vous sur vous. Lui, c'est lui. Vous, qu'est-ce que vous allez faire pour être mieux ? Qu'est-ce que vous décidez ? Je voudrais que vous alliez voir un psy. Qu'est-ce que vous pourriez faire d'autre ? Peut-être reprendre du travail. ». Donc ça, c'est partenariat, entretien

motivationnel, machin. Donc la discussion : protéger, est-ce qu'il y a un risque, quel risque, actions de protection, etc.

Q : Et quand vous avez l'auteur de violence conjugale en consultation ?

R : Avec l'auteur, je vais faire semblant de rien.

Q : Jusqu'à ce qu'il y ait une brèche ? Vous parliez tout à l'heure de l'anxiété, « je me sens anxieux ». A ce moment-là, est-ce que vous allez... ?

R : Alors, si ça vient de lui, « tiens vous êtes anxieux. Pourquoi, etc. ».

Q : Pour quelle raison les auteurs de violence conjugale viennent vous voir ? Est-ce qu'il y a des motifs particuliers ?

R : Mais, donc... Je pense que s'ils sont dans le déni, ils vont venir comme n'importe quel patient.

Q : Est-ce que vous remarquez des liens entre les motifs de consultation chez des auteurs suspectés ou identifiés ?

R : Bon alors, les auteurs où j'ai eu via la victime et pas via l'auteur lui-même, généralement ce sont des gens chez qui vous n'avez vraiment pas envie de commencer à fouiller. Vous sentez vraiment le côté négatif et délétère. Moi, c'est dans mon expérience à moi. Par contre, via la victime quand... En fait, je me rends compte que je n'ai pas eu, peut-être par défaut de détection moi-même... Donc, les cas que j'ai, c'est soit le garçon vient et me dit « j'ai peur de moi, etc ». Donc je me centre sur lui. Si c'est via la victime et que ce sont vraiment des gens malveillants ou enfin « ouille ouille, ouille », de toute façon, est-ce que... Alors je dois réfléchir... Il y a eu beaucoup de détection que moi j'ai faite ou ne connaissait pas l'auteur et ce n'étaient pas des patients à moi. Est-ce que j'ai eu un cas où j'ai travaillé sur les deux... ? Ça ne me dit rien comme ça.

Q : Je ne pense pas que c'est un défaut de détection. On peut se concentrer sur le cas que vous avez amené où le patient vous a dit qu'il avait peur de lui. C'est déjà un bon exemple.

Si je vous parle d'insomnie, côlon irritable, addictions, antécédents de victime de violences conjugales quand était enfant...

R : Ah oui tout ça !!

Q : Chez cette personne-là, ça vous parle ?

R : Donc ça, c'est vraiment les facteurs de risque. C'est un peu comme... Donc, si vous regardez tous les gens qui sont en mal-être, tous les gens qui ont des addictions, qui ont des troubles de santé mentale, qu'est-ce que vous avez donné d'autre comme exemple... ?

Q : Insomnie

R : des insomnies, donc des troubles psychologiques etc. Donc effectivement, vous avez une surreprésentation, en tout cas de victimes. Je suppose aussi d'auteur. On sait que l'alcool n'est pas un facteur de risque de dynamique violente mais que, en tout cas je pense ne pas me tromper pour dire que c'est un indicateur de risque. C'est-à-dire que c'est souvent associé. Soit à la victime, soit à l'auteur.

Q : Vous parlez de comorbidité ?

R : Voilà, soit à la victime, soit à l'auteur, qui est désinhibé, par exemple. Donc effectivement, le fait aussi des difficultés financières, tout ce qui rend difficile la vie dans une famille. Dans tous ces cas-là, vous allez avoir une surreprésentation des problèmes de violence. Ceci dit, dans la majorité des cas, il n'y aura pas de violence. C'est toujours la même chose, il faut faire attention. Il y a des associations statistiques. C'est comme pour les filles, on dit « attention les IST, attention une fausse couche, attention, etc ». Ok, ce n'est pas pour ça qu'on ne va pas être attentif, mais ce n'est qu'une surreprésentation dans ce type de pathologie. La plupart du temps, heureusement,

ce ne sera pas le cas. Donc il faut... On a ça en tête. Tout dépend de l'état mental de la personne. Quelqu'un qui vient avec une IST et où vous voyez que finalement l'état mental... De toute façon, on peut toujours demander « comment ça va, psychologiquement, est-ce qu'il y a autre chose ? ». Mais si vous voyez qu'il n'y a rien, alors voilà, c'est une IST quoi... Mais effectivement, ce sont des facteurs associés.

Q : Un autre facteur c'est les antécédents de victime de violence étant enfant. Comme dans l'exemple que vous avez cité.

R : Alors, ça, voilà, voilà, voilà ! (Corrobores)

Et de même qu'une femme qui a été victime de violence dans l'enfance a plus de chance aussi, malheureusement, de trouver. Maintenant, moi, j'ai eu beaucoup de détection... En fait, on... Si on ne s'en tient qu'à ces facteurs de risque, le risque c'est de louper les autres. Parce que, par exemple quand je vous parle de la femme qui était toujours très bien etc., et puis pour la première fois, elle rencontre quelqu'un. Jamais vécu de violences chez elle. J'ai eu un autre cas comme ça, une toute jeune fille. Moi je connais les parents, quoi. Ils sont géniaux. Enfin, il n'y a jamais eu de violence dans cette famille. Et puis, elle, toujours pimpante. Et puis, tout d'un coup à 16 ans, elle se met à fumer, elle vient chez moi, 10 fois par jour, enfin 10 fois par mois. Des certificats médicaux pour l'école alors que je n'en avais jamais fait avant. Elle avait un petit ami. « Et comment ça va avec ton petit ami ? », et puis alors elle se met à pleurer parce que le gars l'a boxé parce qu'elle en avait marre d'être humiliée, etc. Elle n'avait jamais rencontré ça avant. Et donc les facteurs de risque qui sont un peu des idées reçues aussi. Si vous ne vous callez que là-dessus, vous loupez les autres. Donc ça doit nous guider, ça doit nous alerter, mais ça ne doit pas stigmatiser parce que bien souvent, il n'y aura pas. Et en même temps, si vous vous axeZ là-dessus, et que vous vous dites « oui, oui, ah non, bonne famille, jamais eu de problèmes », et bien vous loupez aussi. Donc c'est à double tranchant. Donc à la fois, on doit être alerté et en même temps ne pas se dire, « oui, d'office, il y a », mais dans l'autre sens, ce n'est pas parce qu'il n'y a pas ces facteurs de risque qu'il n'y a pas de violence. C'est ubiquitaire. On le dit toujours, c'est ubiquitaire.

Q : Pour la question suivante, je pense déjà avoir la réponse mais je voudrais clarifier. Est-ce qu'il y a une prise en charge particulière pour les auteurs de violence conjugale ? Donc si j'ai bien compris, dans l'exemple que vous avez cité où ce garçon que vous aviez suivi et qui était dans une institution depuis longtemps, là, je pense qu'il y a eu une prise en charge particulière. Mais si je prends l'autre exemple de ce couple que vous suiviez où vous avez identifié qu'il y avait de la violence via madame. Monsieur venait aussi en consultation et vous avez fait semblant de rien, donc là, il n'y avait pas de prise en charge particulière. C'est juste ?

R : De la femme...

Q : Mais par rapport à l'auteur ?

R : L'auteur, c'était la femme.. Ah oui, non non non.

Là, ce gars-là, franchement manipulateur. Donc il a tenté de me manipuler. Donc la vous n'avez rien à faire. Tout ce que vous pouvez faire c'est protéger madame. Vous ne pouvez pas... C'est le genre de gars, il ira chez Praxis que s'il est obligé et si on lui dit « c'est ou la taule, ou la plainte, ou praxis ». Vous ne l'aurez pas sinon. A mon avis. Je peux me tromper mais je pense que c'est ça. Ce gars-là, il va... C'est pour ça que ces gens-là, vous ne pouvez même pas demander. Dès qu'il y a de la violence dans un couple, la thérapie de couple est contre-indiquée ! Contre-indiquée ! Parce qu'il va... voilà non, non non. Et alors vous ne savez pas ce qu'il y a après.

Q : Et de nouveau, dans le cadre de votre premier exemple de cet homme que vous suiviez, c'était quoi la prise en charge ?

R : Là, je lui ai dit « est-ce que tu n'irais pas revoir ton psy ? ». Et ça a suffi. C'est pour ça l'analogie avec le suicide, le risque suicidaire. Vous vous coupez l'herbe sous le pied. Et je lui ai même dit.... J'ai encore eu ça récemment... J'ai dit « si vous ressentez ça, vous me rappelez hein ! ». Et donc il faut évidemment dire « Merci de me le dire. Ça ne doit pas être facile. S'il y a quoi que ce soit vous me rappelez ». Mais c'est récent, c'est récent, et je n'arrive plus à... Mais donc voilà, il y a ce suivi là.

Q : Est-ce que c'était un.e psychologue spécialisé.e ?

R : Non. Euh, non. Je pense que justement, ça, c'est le rôle du généraliste. C'est que quand vous entendez les prises en charge dans les milieux spécialisés, donc les hébergements pour femmes battues, les centres, tous ces trucs-là,... En fait, c'est comme, par analogie, ce qui se passe en première ligne et ce qui se passe en milieu hospitalier. Donc ces personnes ont une expérience de ce qui est déjà dramatique. Et nous, c'est ça l'enjeu, c'est que quand vous avez des généralistes qui sont armés par les outils qui existent et qui sont validés, vous arrivez à détecter des dynamiques violentes. Et moi, je dis toujours qu'avant même qu'une première goutte d'hémoglobine soit sortie, avant qu'il y ait quoi que ce soit, vous voyez la dynamique violente. Le contrôle, quoi, de l'un par l'autre, la peur de l'un par l'autre, etc. Et donc là, il suffit bien souvent : prise de conscience de quelqu'un, soutien en disant « madame, vous devez vous centrer sur vous. L'autre ne va pas changer. Et il ne changera que s'il prend conscience. Et vous n'y arriverez pas, vous. C'est vous, vous ! Qu'est-ce que vous pourriez faire pour vous. Alors peut-être qu'il changera, du coup. Mais vous, qu'est-ce que vous pouvez faire ? ». C'est ça en fait. Et alors là, vous pouvez, du coup,... Les outils qu'on a peuvent aider parce qu'ils se reconnaissent dans le cycle de la violence. « Ah oui, c'est vrai, c'est comme ça ». Et alors là, ce n'est pas forcément spécialisé. Vous avez des traitements de première ligne qui ne sont pas forcément courts, parce que c'est un chemin quand même et que ça remet beaucoup de choses en question, évidemment... Hein, une histoire d'amour etc...

Q : Est-ce que vous avez déjà référé un homme auteur de violence conjugale ailleurs que un.e psychologue ? Quelles sont vos ressources ?

R : Alors, mes ressources à moi, théoriques, c'est Praxis. Théorique parce que je ne l'ai jamais encore fait. Je sais que ça existe et je suis bien contente de savoir que ça existe. Et j'en ai déjà parlé d'ailleurs. J'en ai déjà parlé. Et le fait de vous dire ça, je me demande si à ce cas dont je n'arrive plus à... qui a du se passer il y a un an, un an et demi, je me demande si je n'ai pas donné les coordonnées. Donc voilà, je ne peux pas dire plus. Mais je sais que ça existe.

Q : Vous travaillez en privé. Est-ce que pour vous personnellement, il y a quelque chose que vous utilisez ? En parler à des collègues, s'il y a un travail avec un.e psychologue, est-ce que vous communiquez avec cette personne... ?

R : Bien sûr, j'ai un réseau de psy avec qui on travaille régulièrement. J'ai aussi des personnes ressources au niveau de la violence, pour trianguler. J'ai aussi des ressources au niveau des gens qui sont passé par l'ordre des médecins et donc je ne vais pas prendre de décision seule à ce niveau-là. Dites, le médecin privé tout seul dans sa campagne, c'est fini. Je veux dire, même si on travaille en solo, on ne travaille pas vraiment en solo.

Q : Au niveau de l'ordre des médecins, vous pouvez m'expliquer un peu plus ?

R : L'ordre des médecins, est-ce que je dévoile, est-ce que je ne dévoile pas.

Q : Quand vous connaissez une situation de violence conjugale ?

R : oui, voilà. Mais ça, c'est encore axé sur la victime, pour la protéger.

Q : Quel est votre ressenti à vous quand vous êtes face à un auteur ? Vous avez parlé tout à l'heure de négativité, « je préfère m'écarter » selon les gestes que vous avez utilisés. Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

R : Alors si c'est comme un patient qui dit « ah j'ai peur de moi », je suis désolée, quelqu'un qui dit « j'ai peur de moi », c'est quelqu'un pour qui je peux encore avoir de l'empathie. Et voilà. Comme je peux avoir de l'empathie pour cette femme qui maltraitait son mari parce qu'elle était surbookée, parce qu'elle était au bord de la crise de nerfs en permanence. Et d'ailleurs ici, il y a eu des thérapies de couple, dans ce couple-là. Et donc moi je suis tout à fait en empathie. Par contre, chez quelqu'un où vous sentez qu'il n'y en a pas de l'empathie, ça, c'est dur. Maintenant si par exemple j'ai le gars qui vient et qui a décidé d'être mon patient, là aussi c'est parfois dangereux de refuser. Parce que si vous refusez, si vous dites « écoutez, pour des raisons machin, je ne préfère pas être votre médecin traitant », c'est dangereux pour la victime. Donc ben, je crois que je, voilà. Mais en gardant de la distance et voilà.

Q : Est-ce que ça vous est déjà arrivé, à partir du moment où un homme vous dévoile qu'il y a des violences conjugales dans son couple, de référer vers un.e autre médecin généraliste ?

R : C'est dangereux. Je ne le ferais pas.

Q : D'accord. Même si vous ne suivez pas spécialement la compagne ?

R : Ah non, ah non, ça pas.

Q : Est-ce que vous vous êtes déjà dit « ok, ça je ne vais pas y arriver », pour plusieurs raisons ?

R : Ah non. Encore une fois, tout dépend : si vous avez à faire à un sociopathe, quelqu'un qui n'a pas d'empathie, qui essaye de vous manipuler, je ne vais pas spécialement... Enfin, je crois que ça dépendra. Je n'ai pas une seule réponse.

Q : Si je comprends bien, ça dépend de la façon dont lui l'amène.

R : Oui, et du risque. Donc si c'est par exemple quelqu'un qui est manipulateur machin, que je sens dangereux éventuellement, enfin dangereux entre guillemets, s'il continue vers moi, je ne vais pas forcément référer vers quelqu'un d'autre. Qu'est-ce que ce quelqu'un d'autre peut faire... ? Donc la seule chose que je dois faire attention, c'est de ne pas, moi, me mettre en danger. Mais enfin, c'est relativement rare. Le seul cas c'était ici avec...

Q : Avec cet homme revendicateur dans la salle d'attente ?

R : Oui, mais il n'était pas tout seul (dans la salle d'attente).

Q : Je reposais la question parce que vous avez dit plus tôt « si je les garde comme patients ». C'est pour ça que j'ai demandé si ça vous était déjà arrivé de mettre fin à une relation thérapeutique.

R : Non, je n'ai jamais mis fin à une relation pour ça. Soit parce que c'est dangereux, soit parce que vous sentez qu'il est, à la limite, même victime de ses propres trucs, en mal-être. Voilà.

Q : Qu'est-ce que vous pensez du rôle du/de la médecin généraliste dans la prise en charge des hommes auteurs de violence conjugale ?

R : Exactement comme pour les victimes, homme ou femme. Je pense qu'on a un rôle à jouer. Déjà pour cette partie de gens qui, à cause du mal-être, sont avec des comportements violents, ou bien à cause de leur comportement violent dont ils prennent conscience, ils sont en mal-être. Donc déjà pour ces gens-là, je pense qu'on a un rôle à jouer de détection, de démineur. Parce que nous, si on détecte quelque chose, c'est probablement à bas accès, enfin au début. C'est pour ça qu'il faut être proactif là-dedans. Il faut être proactif dans la recherche des causes du mal-être. Et dans la recherche des causes non biomédicales des problèmes de santé en général.

Q : Pour le futur, est-ce que vous avez idées de pistes d'action concrètes en médecine générale par rapport aux auteurs de violence conjugale ?

R : Donc encore une fois, si c'est comme dans le cas de mon premier patient, donc là, il y a un suivi. Le dépistage proactif, donc dans toutes les situations à risque, on sait que la violence entre partenaire augmente, les séparations, tous les facteurs de risque dont vous avez parlé, de dire « et comment ça va à la maison, et tout se passe bien, etc ? ». D'être constamment, sans trop insister non plus, parce que... mais toujours avoir ça en tête. Et donc en détectant les victimes, vous détectez les auteurs. Si c'est un couple que vous avez, et bien vous connaissez l'auteur. Si vous avez une alliance thérapeutique avec l'auteur, c'est que probablement c'est quelqu'un avec qui il y a un travail à faire. Et donc mon travail sera de maintenir l'alliance thérapeutique, de maintenir le secret professionnel, y compris par rapport à la victime. Et voilà. Je pense. Mais ce n'est pas facile. Il faudrait effectivement... Il n'y a pas vraiment de recommandations par rapport à ça. Et je trouve que votre question est extrêmement intéressante et il faudrait des recommandations là-dessus.

Q : Merci beaucoup

Annexe 5 :

Définition commune des violences conjugales adoptée le mercredi 8 février 2006 par les ministres fédéraux, communautaires et régionaux de Belgique :

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 manifestations, dans la sphère privée, des relations de pouvoir inégal entre les femmes et les hommes encore à l'œuvre dans notre société.

Cette définition s'inscrit dans le même cadre que la définition de la violence entre partenaires telle qu'adoptée par le Collège des Procureurs-Généraux qui considèrent la violences entre partenaires comme : toute forme de violence physique, sexuelle, psychique ou économique entre les époux ou personnes cohabitant ou ayant cohabité et entretenant ou ayant entretenu une relation affective et sexuelle durable.