



HAL
open science

Violences conjugales : repérer et aider les victimes.

Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, Pierre Chauvin

► **To cite this version:**

Cécile Morvant, Jacques Lebas, Jean Cabanne, Valérie Leclercq, Pierre Chauvin. Violences conjugales : repérer et aider les victimes.. Rev Prat MG, 2005, 702/703, pp.945-54. inserm-00089343

HAL Id: inserm-00089343

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00089343>

Submitted on 6 Dec 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes

Cécile Morvant¹, Jacques Lebas², Jean Cabane², Pierre Chauvin³.

¹Institut de l'Humanitaire, Paris, et Service des Urgences, Hôpital d'Aubenas, ²Service de Médecine Interne, Paris Hôpital Saint-Antoine, ³Inserm U707, Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, Paris.

Correspondance : Dr. Cécile Morvant, Quartier Combe Laurent 07120 Saint Alban Auriolles. email: cecilemorvant@wanadoo.fr. tel: 06 87 73 05 68.

Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes

De quoi parle-t-on ?

Le terme de violence conjugale (ou violence de couple) désigne un processus au cours duquel un individu utilise la force ou la contrainte pour promouvoir et/ou perpétuer des relations hiérarchisées et de domination sur son partenaire. Ces comportements agressifs et violents sont destructeurs quel que soit la forme et le mode : les violences physiques, sexuelles, verbales, psychologiques et économiques peuvent être autant de moyens utilisés par l'agresseur pour contrôler sa victime.

La violence conjugale, qui est dans la grande majorité des cas perpétrée par l'homme, s'inscrit parmi d'autres formes de violences de genre. Lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, en 1995, l'ONU a souligné combien ces violences traduisent " des rapports de force historiques qui ont abouti à la domination des femmes par les hommes ", et " constituent une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes " ¹. Toutefois, il y a lieu de parler de violence de genre et non pas seulement de violence à l'encontre des femmes. En effet, « la définition de la personne ne peut être réduite à ses particularités biologiques et c'est par une construction sociale et culturelle, susceptible de variations historiques que la différence anatomique des sexes a justifié une hiérarchie sociale et des représentations la justifiant » ². Les mêmes mécanismes s'appliquent à la violence des femmes à l'encontre des hommes et au sein des couples homosexuels.

La violence conjugale ne doit pas seulement être abordée sous un aspect social ou psychologique mais doit être aussi considérée comme un problème de santé publique : l'OMS a évalué que les femmes victimes de violences conjugales perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé et que la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violence conjugale coûte deux fois et demi plus cher que la prise en charge d'autres femmes ³.

Quantifier les violences conjugales

Dans les pays industrialisés, notamment au Canada et aux Etats-Unis, des enquêtes nationales observent qu'une femme sur cinq est victime de violences conjugales au moins une fois dans sa vie d'adulte ^{4,5,6}. En France, la violence conjugale reste sous-estimée malgré son ampleur : l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff) ⁷, réalisée en 2000 à la demande du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, a permis d'estimer la fréquence de ce fléau. L'indicateur global de violences conjugales fait apparaître que 9 % des femmes en couple au moment de l'enquête ont connu une situation de violences conjugales au cours des douze derniers mois. Les violences conjugales sont plus marquées chez les plus jeunes, particulièrement la violence de niveau grave. Les critères socio-économiques comme la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'études ou les revenus, ne sont pas discriminants. On peut en revanche considérer l'exclusion comme un caractère aggravant : les chômeuses et les étudiantes connaissent la fréquence la plus élevée de cet indicateur global (11 %) et une grande instabilité professionnelle ou le retrait du monde du travail semblent favoriser l'émergence de situations de cumul de violences. Si les niveaux de revenus et d'étude ne jouent pas, les situations d'exclusion sociale apparaissent essentielles, notamment lorsque le conjoint est lui-même au chômage. Parmi les femmes déclarant que leur conjoint souffre d'alcoolisme, l'occurrence de la violence est multipliée par un facteur 20. Enfin, l'enquête note certaines situations en faveur d'un phénomène de reproduction de la violence : le nombre de difficultés subies dans l'enfance est corrélé à la fréquence de violences de la part des proches et des parents à l'âge adulte, d'une part, et les enfants sont témoins de violences « très graves » dans deux tiers des situations, d'autre part. Enfin, les femmes victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans connaissent trois fois plus souvent que les autres des violences conjugales au cours de l'année précédant l'enquête.

Pour compléter ces données, rappelons que 65% des viols déclarés à la police ont lieu au domicile de la victime et/ou de l'agresseur et que, dans 69 % des cas d'agressions sexuelles, la victime connaît son agresseur ⁸. A Paris, 60 % des interventions nocturnes des services d'urgences policières concernent des violences conjugales.

Processus de la violence

La violence est le recours intentionnel à la force physique ou verbale pour parvenir à son but lors d'un conflit. La violence n'est donc pas une conduite accidentelle, même répétée (ni a fortiori un but en soi), mais le moyen utilisé par un des partenaires pour contrôler et dominer l'autre. Pour ce faire, tous les moyens sont bons : cris, insultes, menaces, chantage, intimidation, mais parfois toutes ces violences verbales et psychologiques ne suffisent pas à établir ce contrôle et les coups apparaissent. L'agresseur utilise un niveau de violence suffisant et

efficace pour maintenir l'agressé dans un état de domination. Ce contrôle permanent maintient la victime sous l'emprise de l'autre. Ainsi dévalorisée en permanence, isolée, rabaissée, la victime « s'enfonce » peu à peu, détruite psychologiquement et physiquement, ne sachant plus faire la part des choses entre ce qui relève ou non d'un comportement normal et acceptable. S'entendant dire au quotidien qu'elle ne mérite que ça, privée de repères, intériorisant les reproches qui lui sont faits, la victime en arrive à justifier et accepter ce qu'elle subit.

On peut distinguer 4 formes de violence:

- Les violences verbales et psychologiques, sont souvent les premières à survenir, voire les seules à s'installer. Hurlements, insultes, obscénités, dévalorisation, menaces, propos culpabilisants, méprisants ou dénigrants sont le lot quotidien des femmes victimes. Parfois cela peut s'exprimer par l'absence de parole, de regard, comme si elles n'existaient pas, ou bien des regards et une pression permanente qui les tétanisent de peur car ils signifient pour elles des menaces.
- Les violences physiques sont plus connues et regroupent tous les coups portés : gifles, morsures, brûlures, bousculades, crachats, voire la séquestration, l'utilisation d'armes ou d'objets, la destruction de biens personnels, la privation d'utiliser des moyens de communication (téléphone, voiture, etc.).
- Les violences économiques sont très souvent associées aux autres. Quand la femme est salariée, ce peut être son salaire qui lui est confisqué, l'obligation d'arrêter ou de changer de travail ou de lui faire porter toutes les dépenses de ménage qui peuvent lui être imposées. Quand celle-ci n'a pas d'activité salariée, ce contrôle peut passer par le contrôle de toutes les dépenses au centime près, ou par la dispensation extrêmement parcimonieuse de l'argent pour les frais du ménage.
- Les violences sexuelles sont souvent peu explicitées dans le cadre des violences conjugales : il peut s'agir de sévices sexuels et de viols (rappelons que le viol conjugal est reconnu par la loi française) ou d'une contrainte à la sexualité ou à la pornographie, voire l'exploitation sexuelle.

Quelques soient les formes de violence utilisées, on note une escalade de la violence au cours du temps, allant de paire avec la dangerosité de l'agresseur. On peut retrouver sur de longues années des violences psychologiques, d'ailleurs souvent non identifiées par la victime elle-même, auxquelles vont venir s'ajouter des violences physiques et sexuelles au cours du temps. Il faut voir celles-ci comme un moyen supplémentaire utilisé par l'agresseur pour maintenir sa victime sous son contrôle, quand et parce que les violences psychologiques « ne suffisent pas ».

Dans de nombreuses situations, ne surviendront que des violences psychologiques et verbales, voire économiques, le comportement physique agressif n'étant pas utilisé pour dominer l'autre. Le contrôle psychologique et quotidien de la victime permet de la maintenir dans une situation de dépendance et d'isolement, et aboutit à une destruction morale dévastatrice.

On parle souvent de cycle dans la violence où se succèdent tour à tour des périodes où la tension monte chez le dominant (et la peur chez le dominé), suivie de l'agression elle-même, puis d'une phase de déni et de transfert des responsabilités, l'agressé(e) en arrivant à culpabiliser et se sentir responsable de cette agression. Enfin arrive la période de rémission (certains parlent de « sursis amoureux ») où l'agresseur tente de se faire pardonner et où la victime, souhaitant que tout s'arrête, reprend espoir et confiance en son conjoint.

Cette notion de cycle est surtout valable dans le cadre des violences physiques. M.F. Hirigoyen souligne, quand à elle, qu'il peut exister aussi, en sus de cette violence cyclique, une violence perverse, quotidienne, plus insidieuse et subtile⁹.

Conséquences psychosociales des violences

Le maintien sous l'emprise de la victime la mène à un isolement total, social et psychologique. La honte, la peur et les menaces entraînent le silence. Des insultes et des propos dévalorisants, ainsi que de l'image de « femme battue », découle une perte de l'estime de soi, le sentiment de « mériter » ce qui lui arrive, d'être une incapable. Les échecs pour en sortir, l'incapacité morale et physique à rompre ces violences renvoient à un sentiment de culpabilité. L'ambivalence vis à vis de l'agresseur, partagée entre l'amour et l'agressivité, l'espoir et le découragement peut souvent donner l'impression que la victime accepte et finalement « y trouve son compte ». En réalité, le processus de rupture est complexe et difficile ; il ne faut pas oublier que cela signifie un échec conjugal et familial en sus de toutes les difficultés matérielles qu'un départ entraîne. Souvent la victime est aussi l'objet de pressions de la part de son entourage, de reproches quant à la conduite adoptée et/ou de conseils irréalistes (« tu n'as qu'à », « tu exagères », « tu devrais », etc.). Partir ou quitter son conjoint pour en finir avec ces violences est lourd de conséquences : sociales, économiques, affectives, familiales et professionnelles, sans compter le risque de poursuite des violences voire de meurtre qui parfois suivent le départ. L'absence d'appui de

son entourage, d'appui juridique, de soutien et d'accompagnement social, et l'isolement sont autant d'entraves rencontrées au moment du départ. Au contraire, une bonne connaissance de ses droits et des recours possibles sont nécessaire, ainsi qu'un soutien pluridisciplinaire.

Qui sont les agresseurs ?

Dans 98 % des cas la violence est perpétrée par le conjoint de sexe masculin. Pourtant les femmes peuvent elles aussi être violentes et des cas de violences, notamment psychologiques, de la part de certaines femmes commencent à être décrits. Toutefois, il arrive aussi que ces violences exercées par les femmes soient une réponse à la violence dont elles sont elles mêmes victimes : l'utilisation de la violence est, dans ce cas, mécanisme de défense contre une violence subie, ce qui est différent de la violence dont nous parlons qui est une violence exercée dans un but de domination. On peut aussi retrouver une situation de violence conjugale au sein de couple gay ou lesbiens : cette forme de violence, à inclure dans les violences de genre, est similaire à la violence conjugale des couples hétérosexuels et démontre, s'il en était besoin, que la notion de sexe n'est pas à prendre uniquement dans son sens biologique, mais aussi social et historique : les hommes – puisque c'est d'eux qu'il s'agit le plus souvent, ne sont pas violents « par nature » et leurs comportements violents ne peuvent s'expliquer par des motifs biologiques.

Mécanismes sous-tendant la violence conjugale :

Les féministes et les sociologues du genre (des « gender studies » Nord-américaines) ont beaucoup mis en avant le contexte social et les inégalités de statut social entre les hommes et les femmes pour expliquer ce besoin de domination. Ils montrent à quel point, aujourd'hui encore, y compris dans les sociétés modernes occidentales, le poids des stéréotypes de genre – en particulier éducatifs – cantonnent toujours les hommes à un rôle dominant et les femmes à une identité sociale maternelle, mélange de douceur et de compassion, de passivité et d'abnégation. Ces stéréotypes, et leur reproduction, sont sûrement en partie responsable de ces violences, mais ne sont pas suffisants pour tout expliquer .

D'autres auteurs soulignent le rôle du phénomène de reproduction de la violence dont nous avons déjà parlé. Beaucoup d'hommes violents ont subis ou été témoins de violence dans leur enfance. Les traumatismes psychologiques engendrés par ces situations, ni repérés ni pris en charge, trouvent leurs conséquences à l'âge adulte. Les modèles auxquels on est confronté dans l'enfance (la violence comme mode de résolution des conflits ou comme mode d'expression d'un ascendant ou d'une forme de supériorité), l'image stéréotypée transmise du couple avec la femme dominée par l'homme, le choix inconscient (et binaire) qui s'opère entre les deux statuts de victime et d'agresseur (et les bénéfiques, au moins symboliques, qui s'attachent à chacun d'eux) sont autant de facteurs influant sur le comportement à l'âge adulte.

Des personnalités pathologiques, conséquences ou non de ces traumatismes vécus dans l'enfance, ressortent plus particulièrement : immaturité, impulsivité, profils psychorigides, paranoïaques, jaloux ou pervers narcissiques.

Impacts des violences sur la santé

Les lésions traumatiques : contusions, plaies, brûlures, fractures, hématomes sont les plus fréquentes. Elles sont de localisations variées, multiples et d'âges différents. Les parties du corps cachées, parce que non visibles, ou bien le visage et les extrémités parce que plus accessibles, sont fréquemment touchées.

Le décès : par suicide, homicide ou conséquence d'une lésion traumatique grave, le décès est parfois malheureusement l'issue fatale de la violence. A l'Institut médico-légal de Paris, sur 652 homicides de femmes constatés en 10 ans, 51 % des meurtres étaient perpétrés par le mari ou partenaire, 34 % par un proche ou une connaissance et seulement 15 % par un inconnu¹⁰.

Les impacts psychologiques : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'impuissance, auto-dévalorisation) sont les premiers signes. De nombreux troubles psychosomatiques expriment le mal-être de ces victimes (douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer etc.). On retrouve fréquemment des troubles du sommeil, conséquence du stress et de l'anxiété ou bien en lien direct avec la violence (on peut citer l'exemple de la femme qui ne se permet de dormir qu'une fois que son conjoint dort et ne risque donc plus de l'agresser...). Beaucoup de victimes présentent des troubles de l'alimentation, une perte d'appétit notamment. Des conduites alimentaires contraintes sont aussi observées, du fait d'une impossibilité de s'alimenter normalement, parce que l'agresseur les en empêche ou bien ne leur dispense pas l'argent nécessaire à l'achat de nourriture. Enfin, on retrouve également des troubles cognitifs (difficulté de concentration et d'attention, perte de mémoire) qui sont autant de sources de difficultés lorsque la victime devra entamer les

multiples démarches nécessaires pour sortir de cette situation. Certains de ces troubles de l'attention peuvent se révéler « faux » quand certains agresseurs cachent, par exemple, certaines affaires de leur victime, pour lui faire perdre contenance et assurance...

Les pathologies psychiatriques et abus de substances : les états d'anxiété et de panique sont une réponse directe au stress quotidien dans lequel sont les victimes et la dépression est aussi une conséquence de cette situation vécue comme une impasse. Les tentatives de suicides sont plus fréquemment retrouvées chez les victimes de violence. Dans l'Enveff, 5 % des femmes victimes de violence conjugale ont fait une tentative de suicide (contre 0,2 % chez les femmes n'ayant pas subi de violences). Dans certaines études anglo-saxonnes, plus de 50 % des femmes victimes de violence conjugale présentent des symptômes de dépression et 29 % ont fait au moins une tentative de suicide^{11,12}.

La prescription de médicaments à visée psychique et antalgique est presque un fait commun pour ces patientes : les femmes victimes de violences conjugales reçoivent 4 à 5 fois plus fréquemment des traitements psychotropes que les femmes de la population générale¹³ et on estime qu'elles font 5 fois plus de tentatives de suicide¹⁴.

L'état de stress post-traumatique : syndrome commun à toutes les personnes qui ont subi un lourd traumatisme, est particulièrement présent chez les femmes victimes de violences conjugales. Il regroupe différents symptômes : une ré-expérience des événements du trauma, des réactions émotionnelles ou physiques exagérées provoquées par un événement gâchette, des stratégies d'évitement, une hyper excitation, des troubles dissociatifs. La moitié (entre 46,7 % à 58 % selon les études) des femmes violentées présentent un syndrome post-traumatique^{15,16}.

Des troubles psychotiques : certains sont en fait une forme clinique du complexe de stress post-traumatique. Ces troubles psychotiques sont liés à des états de désorientation ou de confusion mentale, des altérations du niveau de conscience et des pensées délirantes ou paranoïaques. Il ne s'agit pas de psychose schizophrénique.

La violence peut également exacerber des troubles psychotiques et certains troubles présentés par les victimes peuvent passer pour des troubles psychotiques. Par exemple la peur et la terreur engendrés par la violence, à tort, peuvent passer pour des troubles paranoïaques.

L'abus de substances psychoactives : c'est une tentative d'auto médication pour faire face à l'anxiété et à la violence. Il peut s'agir de tabac, d'alcool, de médicaments à visée antalgique ou psychotropes (anxiolytiques, somnifères etc.). Un tiers des femmes victimes de violences conjugales ont consommé de façon régulière des médicaments psychotropes, antidépresseurs ou hypnotiques selon les données de l'Enveff⁹.

Des pathologies chroniques aggravées ou déséquilibrées : diabète, asthme, maladies coronariennes nécessitent des soins, consultations, traitements réguliers ainsi qu'une bonne observance. Il est parfois difficile chez ces femmes de pouvoir s'absenter du domicile pour consulter, parfois elles n'ont pas en leur possession la carte de sécurité sociale ou l'argent nécessaire. L'agresseur peut aussi utiliser la maladie de sa compagne pour la confiner dans une situation de dépendance et de destruction. Les affections génitales : les violences sexuelles entraînent des troubles gynécologique tels que des lésions périnéales lors des rapports sexuels violents, des infections sexuellement transmissibles (chlamydia, herpès, hépatite B, VIH, etc.), des douleurs pelviennes et dyspareunies, des dysménorrhées.

Les grossesses pathologiques : la fréquence de la violence conjugale pendant la grossesse varie de 3 à 8 % selon les études¹⁷. La grossesse peut être la conséquence d'un viol conjugal ou de l'interdiction par le conjoint d'utiliser un contraceptif. Parfois, la grossesse est une tentative de « repartir à zéro », de répondre à une promesse, dans les périodes d'accalmies du cycle de la violence. Elle peut aboutir à une ou des IVG, plus ou moins désirées ou choisies...

Outre tous les symptômes psychologiques que la femme victime de violence conjugale peut présenter, enceinte ou non, les violences physiques ont de nombreuses conséquences sur l'évolution de la grossesse : hémorragies, rupture utérine, décollement rétro-placentaire, fausses couches, menaces d'accouchement prématuré. Le fœtus peut présenter des lésions, fractures, une hypotrophie ou mourir in utero.

Enfin il faut noter une carence de soins pré et post-nataux chez certaines femmes : leur situation de violence est la cause d'une difficulté d'investissement dans la relation maternelle, de stress, d'un état dépressif, de désillusions.

Impacts des violences conjugales sur les enfants :

L'Enveff nous rappelle que deux tiers des enfants sont témoins des scènes de violence. Etre témoin signifie en fait qu'ils sont eux-mêmes victimes de violences psychologiques, sans parler des coups directs ou indirects qui peuvent leur être portés. Le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux mêmes maltraités serait de 6 à 15 fois plus élevé¹⁸, qu'il s'agisse de violences psychologiques ou physiques^{19,20}.

Lésions traumatiques, troubles du comportement et de la conduite, troubles somatiques (troubles sphinctériens, retard staturo-pondéral, troubles de l'audition, du langage), troubles psychologiques^{21,22} (perturbation du sommeil, troubles alimentaires, anxiété, dépression, stress post-traumatique, idéation suicidaire, abus d'alcool ou de drogues) sont la longue énumération des conséquences de ces violences vues et subies. On retrouvera aussi des difficultés d'adaptation sociale et des états dépressifs à l'âge adulte, ainsi qu'un risque de reproduction de la violence pendant l'enfance, l'adolescence ou durant la vie adulte.

Quel rôle pour les professionnels de santé ?

Suspecter et identifier la violence, évaluer les situations de chaque patiente et organiser la prise en charge. Pour étayer ce chapitre, nous nous baserons sur une étude que nous avons effectuée en 2000.

Cette étude a été réalisée auprès d'un échantillon aléatoire stratifié sur le sexe et le département d'exercice, de la population des médecins généralistes de la région Ile de France. Cet échantillon a été constitué par l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral (URML) à partir de sa base de données exhaustive des médecins généralistes libéraux. Un auto-questionnaire a été adressé par courrier aux 1000 médecins tirés au sort. Il comportait 12 questions fermées. La violence conjugale et les objectifs de l'étude ont été préalablement définis en début de questionnaire. Les médecins étaient interrogés au sujet des 5 dernières patientes (au maximum) les ayant consulté et dont ils savaient ou soupçonnaient fortement qu'elles avaient été victimes de violences de la part de leur conjoint. Les données recueillies ont été analysées sur Epi-Info version 6 (CDC, Atlanta, GA, 1994) et StatView (Abacus Concept Inc, Berkeley, CA, 1992). Les comparaisons de pourcentages ont utilisé le test du Chi2 et les moyennes de variables quantitatives le test non paramétrique de Wilcoxon.

Au total, 235 réponses ont été obtenues spontanément, parmi lesquelles : 34,5% de femmes (moins que les 40,6% médecins généralistes femmes de la région, mais la différence n'est pas significative), 2,7% ayant moins de 35 ans, 69,5% de 35 à 50 ans et 27,8% de plus de 50 ans (distribution significativement différente de celle des médecins généralistes de la région : respectivement 10,4%, 63,5%, 26,0%, $p < 10^{-3}$). La distribution géographique des répondants est aussi significativement différente de la population de référence ($p < 0.01$), avec deux départements légèrement sous représentés.

Suspecter et identifier la violence :

Que ce soit face aux nombreuses conséquences médicales de la violence, ou face à une femme extrêmement triste, nerveuse ou inquiète, face à une patiente qui consulte sans cesse ou oublie ses rendez-vous, il faut suspecter une situation de violence. Le praticien doit interroger directement la patiente, par des questions simples, dénuées de tout préjugé. Il est important que la patiente soit entendue et crue, et de le lui dire. Il ne s'agit pas d'émettre des doutes ou de remettre en cause ce qu'elle peut raconter, car rares sont les personnes qui vont inventer des histoires de violence. Afin de ne pas accroître son sentiment de culpabilité et de honte, l'attitude et l'écoute du médecin sont primordiales. Il est indispensable que la patiente soit interrogée seule. La présence d'un tiers (enfant, conjoint ou proche) peut l'empêcher de l'exprimer voire la mettre en danger.

Une majorité (59,6%) des médecins répondants déclarent avoir reçu en consultation au cours des 12 derniers mois, des patientes de plus de 18 ans, battues, violées ou victimes d'autres types de violences de la part de leur conjoint, partenaire ou ancien partenaire. Parmi les médecins qui déclarent suivre des patientes violentées, seulement 7,7% effectuent un dépistage actif, c'est-à-dire interrogent eux-mêmes directement leur patiente pour savoir s'il y a violence. Dans la très grande majorité des cas (84,6%), c'est la femme elle-même qui s'est signalée comme victime de violence conjugale. Dans 4,6% des cas, les praticiens s'en sont tenus à des soupçons et dans 2,1% des cas, ils en ont été avertis par une tierce personne.

Lors de la consultation qui a permis de découvrir la violence conjugale, 50,1% des femmes consultaient pour avoir un certificat médical, 40,1% pour des troubles psychologiques, 30,6% pour des lésions traumatiques, 31% pour une prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'hypnotiques ou d'antalgiques (Tableau 1). Les autres motifs de consultation étaient les suivants : demande de soins pour le mari ou les enfants (6,9%), recherche d'informations sur la violence conjugale, les associations ou les démarches administratives (6,3%), abus de substances (tabac, alcool ou drogues : 5,4%), affections génitales (2,5%) et suivi de grossesse (1%).

Même si, dans notre étude, la majorité des médecins reçoivent en consultation des femmes victimes de violence conjugale, le repérage des femmes victimes de violence conjugale en médecine générale reste donc très probablement insuffisant. Selon certains auteurs, la présence réelle de la violence s'avérerait 10 fois plus fréquente que ne le perçoivent les médecins²³. Une des raisons de cette sous-estimation est l'absence de repérage "actif" de la violence conjugale par les professionnels de santé. Dans notre étude, c'est la patiente qui, dans la grande majorité des cas (84,6%), aborde la violence qu'elle subie alors que l'on sait que la plupart des femmes

victimes de violences conjugales n'osent pas parler de ce qu'elles vivent : dans l'étude nationale canadienne², seulement un quart des femmes qui sont violentées en parlent à leur médecin. Plusieurs raisons expliquent cette réticence : sentiment de honte, menace du conjoint, incompréhension des médecins, crainte de voir leurs enfants placés en famille d'accueil, etc., auxquelles il faut ajouter, si la femme est étrangère, l'obstacle de la langue et – si elle est, de plus, en situation irrégulière de séjour – la crainte de voir sa situation révélée aux services de police. L'amélioration du repérage des victimes par les professionnels de santé passe par une meilleure connaissance des comportements et des pathologies qui sont fréquemment reliés ou secondaires à la violence conjugale.

Les troubles psychologiques, la demande de médicaments à visée psychique ou antalgique et les lésions traumatiques sont les principaux motifs de consultation qui ont permis aux médecins de notre étude de repérer la violence conjugale. Dans une étude italienne menée auprès de 668 médecins²⁴, 57,3 % d'entre eux considèrent les signes physiques comme le principal motif de suspicion de maltraitance et 33,2 %, les problèmes psychologiques et émotionnels.

La consultation obstétricale est un moment favorable au repérage de la violence conjugale : celle-ci peut pré-exister ou débiter avec la grossesse. Dans notre étude, la grossesse est très rarement citée comme une occasion de repérage de cette violence (1%). En revanche, dans une étude Nord-américaine²⁵, 25,9 % des gynécologues obstétriciens femmes et 18,9 % des gynécologues obstétriciens hommes réalisent un dépistage actif de la violence domestique et, depuis plus de dix ans, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande vivement le dépistage systématique de la violence conjugale chez toutes les patientes^{26,27} et que toutes les femmes enceintes aient au moins une consultation seule avec le médecin.

Selon les déclarations des médecins généralistes de notre étude, seules 2,5 % des patientes consultaient pour des troubles gynécologiques lors de la découverte de la violence. Cette faible proportion peut être due à une insuffisance du repérage de la violence face à des pathologies gynécologiques, au fait que les femmes peuvent s'adresser directement à des gynécologues de ville, à une faible pratique de la gynécologie par les médecins interrogés, ou encore à une dissimulation plus grande des femmes de ce type de violence (comme semble le montrer le fait que ce type de violence n'est retrouvé que dans 15,4% des cas).

Les signes d'appel médicaux pour repérer la violence sont donc nombreux, mais non spécifiques : c'est peut être une des raisons pour laquelle les médecins ne repèrent pas suffisamment la violence conjugale face à ces troubles.

Evaluer la situation de la patiente :

Le dossier médical sera rempli de façon la plus exhaustive possible, en notant les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires réalisés. L'histoire de la patiente et les formes de violences subies doivent être évaluées. D'une part cela permet à la patiente de raconter ce qu'elle vit et donc de mettre des mots sur ce qu'elle subit, ce qui est une thérapie en soi, d'autre part cela permet au praticien d'évaluer les besoins de la patiente et d'organiser la prise en charge. Savoir dans quel contexte consulte la patiente permet, par exemple, de repérer dans quelle phase du cycle de la violence est la patiente : juste après une scène violente, dans la phase de rémission etc., sa demande et ses besoins ne seront pas les mêmes. Après une crise, la patiente éprouve de la colère, souhaite rompre ces violences et elle aura une demande d'aide immédiate (certificat, plainte, départ etc.), alors que dans la phase de rémission, elle aura pour objectif d'essayer de repartir à zéro avec son conjoint (retour au domicile, plainte retirée, faits niés ou pardonnés). La sécurité de la victime sera évaluée de façon systématique : risque suicidaire, risque léthal, présence d'arme à la maison, menaces de mort, risque encouru par les enfants, etc. Enfin, il est utile de connaître le niveau d'autonomie de la patiente, son isolement, sa situation professionnelle, l'emprise du conjoint, l'environnement socio-familial, les aides professionnelles reçues et les moyens financiers à sa disposition.

Le type de violence est connu par la plupart des médecins (98,4%). D'après eux, la violence physique concerne 3/4 des patientes (73,3 %, Tableau 2), 63,6 % des femmes subissent des violences verbales, 51,5 % des violences psychologiques et 23 % des violences économiques. La violence sexuelle est, on l'a vu, la forme de violence la moins rapportée (15,4 % des cas).

Avant l'intervention du médecin, une majorité de patientes n'ont pas de contacts avec d'autres professionnels : 59 % n'ont pas eu de contacts avec une association spécialisée, 53,3 % n'en ont pas eu avec un travailleur social. La police est l'institution qu'elles contactent le plus fréquemment d'elles mêmes (39,6 %). La famille ou les proches restent leur principal soutien (pour 62,4 %).

La prise en charge de la patiente et l'orientation vers des structures adaptées :

La première chose à comprendre est que l'écoute est la première thérapie. La majorité des femmes n'ont jamais parlé des violences à quiconque. L'Enveff a montré que près de la moitié des victimes a parlé des agressions pour la première fois lors de l'enquête (les violences sexuelles étant les plus cachées). Seules 13 % des femmes ayant fait l'objet d'une violence conjugale physique se sont rendues au commissariat de police, alors qu'une femme sur cinq s'est d'abord adressée à son médecin. Le rôle et la place du médecin sont donc primordiaux.

Pour la victime, raconter c'est mettre des mots sur ce qu'elle vit, identifier les faits et les nommer, voire sortir du scotome ou de la négation. Beaucoup de violences psychologiques ne sont pas repérées par les patientes elles-mêmes, qui ne savent plus reconnaître ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, ce qui acceptable de ce qui ne l'est pas. La parole permet aussi de sortir de la honte et de l'isolement et va permettre à la patiente de repérer ses propres besoins, de cheminer dans sa réflexion. Il n'y a qu'elle qui peut décider et choisir ce qu'elle doit faire. Lui laisser aussi cette liberté, le droit d'hésiter, la latitude de prendre elle-même ses propres décisions, c'est l'aider à reprendre confiance en elle, en ses capacités à mener sa vie (capacités fortement remises en question par l'agresseur, voire l'entourage). Quelques fois, la patiente ne peut et ne doit commencer que par une réflexion et la parole avant d'entreprendre quoi que ce soit comme démarche : il faut respecter ce besoin et ce temps.

Quelle que soit la situation de la patiente, il est en revanche utile de lui rappeler ses droits et la loi : depuis le 1^{er} mars 1994, le Code pénal mentionne que la qualité de conjoint ou de concubin constitue une circonstance aggravante « des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne ». En conséquence, même s'ils n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT), ces faits de violence sont constitutifs d'un délit, donc passibles du tribunal correctionnel. Il est également important de lui fournir au moins les coordonnées de la structure locale spécialisée qui pourra l'accompagner et celles de l'écoute téléphonique nationale et anonyme « Violences conjugales Femmes Info Services » (01 40 33 80 60).

A partir de l'évaluation de la sécurité qui aura été faite, des mesures immédiates seront proposées pour la patiente : hébergement chez un proche, écartement des enfants, suppression d'une arme. Un plan de sécurité peut être établi en cas de récurrence de scène violente : avertissement des voisins (code pour les prévenir), enregistrement du numéro de téléphone de la police ou gendarmerie, protection des documents officiels (mise à l'écart, photocopies) qui seront nécessaires en cas de départ et qui sont souvent détruits par l'agresseur, mise à l'écart des enfants, préparation d'une petite valise en cas de départ dans l'urgence comprenant vêtements, clés, argent etc., mise à l'écart des enfants.

Enfin, selon les besoins de la patiente, celle-ci sera orientée vers différentes structures susceptibles de l'aider : police ou gendarmerie, justice, travailleur social, association spécialisée, psychologue, autre professionnel de santé. Une femme qui consulte immédiatement après une scène violente n'a pas les mêmes demandes que celle qui aura été dépitée sur les bases d'un syndrome dépressif : après une crise, elle souhaitera peut-être avoir un certificat médical, porter plainte et partir du domicile, alors que dans le deuxième cas, il sera plus utile de lui proposer un soutien psychologique avec un psychologue ou une association spécialisée, la patiente n'étant pas dans une démarche de départ mais de réflexion.

Dans notre étude, les médecins orientent principalement leurs patientes vers un(e) psychologue (51,7 %) et vers la police ou la gendarmerie (56,3 %). Le Tableau 3 compare les aides déjà reçues par les patientes et ce que les médecins leur proposent et met en évidence l'absence d'adéquation entre les deux : 59,3 % des patientes n'avaient jamais contacté une association et c'est seulement dans moins d'un quart des cas (22,7 %) que les médecins les ont orientées vers ce type de structure ; 53,3 % des femmes n'avaient pas effectué de démarches auprès d'un travailleur social et c'est dans moins d'un quart des cas (21,5 %) que les médecins leur ont conseillé de le faire. Une patiente sur cinq (19,4 %) a été orientée par le médecin vers une autre structure médicale.

Les 3/4 des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels qui sont susceptibles d'aider la patiente (social, police, santé, psychologues...). La moitié des médecins (44,7 %) ne savent pas si les patientes ont consulté auprès d'autres structures sanitaires. Trois-quarts (75,6 %) n'ont pas de contacts avec les autres professionnels de santé auxquels se sont déjà adressées les patientes.

Alors que, dans notre étude, peu de femmes bénéficient du soutien d'un professionnel non médical (hormis la police pour 39,6 % d'entre elles), elles sont rarement orientées vers d'autres structures susceptibles de les aider. Nous soulignerons notamment la faible orientation des patientes vers des associations spécialisées dans la lutte contre la violence conjugale et l'aide aux victimes qui proposent aux femmes écoute, accompagnement, orientation, aide dans les procédures administratives et judiciaires. En revanche, l'orientation vers un(e) psychologue est fréquente (51,7 %), probablement parce que les patientes présentent de nombreux troubles psychologiques, mais aussi parce que les médecins, comme beaucoup d'autres intervenants, "psycholisent" la violence conjugale ou, du moins, la traitent principalement sous son aspect psychologique²⁸.

L'orientation vers la police ou gendarmerie qui se fait dans un cas sur deux dans notre étude, va probablement de pair avec la rédaction du certificat médical qui a lieu dans trois quarts des cas : ce sont des réponses connues des médecins, concrètes et rapides à apporter. Elles ne sont pas suffisantes. En ce qui concerne le certificat médical, il est important qu'il soit bien rédigé, qu'il relate précisément les faits en reprenant les paroles de la victime et que toutes les lésions, physiques et psychologiques soient décrites. Si 79,5 % des médecins dans notre étude estiment être suffisamment formés pour la rédaction du certificat médical, certains magistrats et associations constatent l'existence de certificats incomplets voire inutilisables.

Globalement, il ressort de notre étude que les médecins généralistes restent assez isolés et solitaires dans le suivi et la prise en charge de ces patientes alors que, au contraire, seule une réelle coordination entre les différents professionnels intervenant auprès des femmes victimes de violence conjugale est susceptible d'améliorer les réponses qui leurs sont apportées, d'une part, et de parvenir, du point de vue des médecins, à dépasser le sentiment d'impuissance que la moitié d'entre eux souligne dans notre étude.

La rédaction du certificat médical :

C'est une pièce utile et souvent exigée pour déposer une plainte, même s'il n'est pas obligatoire. Le certificat permettra au juge d'évaluer les conséquences des violences déclarées sur la santé de la victime. Il doit donc être précis. Les déclarations de la patiente doivent reprises « Mme X déclare avoir été victime de : ... ». Ensuite sont décrites les plaintes médicales de la patiente et les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires. La description des lésions somatiques doit être précise (taille, localisation, type). Il faut aussi décrire les impacts psychologiques (état de stress, syndrome dépressif, troubles du sommeil, etc.). En conclusion, il est utile de notifier si les lésions et symptômes décrits sont compatibles avec l'agression que la patiente dit avoir subie. Enfin doit être fixée une ITT (incapacité totale de travail), qui évalue l'incapacité à réaliser les actes de la vie courante (se laver, manger, faire ses courses etc.) et non pas le travail professionnel. Pour évaluer l'ITT, il faut aussi prendre en compte l'état psychologique. Par exemple une victime peut être gênée pour s'alimenter à cause d'une plaie de la lèvre mais aussi parce qu'elle a perdu l'appétit à la suite des violences²⁹. L'ITT peut être réévaluée ultérieurement si nécessaire.

Dans notre étude quatre médecins sur cinq (79,5 %) s'estiment suffisamment formés pour rédiger un certificat médical et 71,3 % d'entre eux en ont effectivement rédigé un au cours de la consultation qui a fait découvrir la violence.

Sensibiliser et former les professionnels de santé

Le secteur de la santé reste un des rares à ne pas avoir entrepris de formation systématique sur la thématique des violences conjugales. Peu nombreux sont les écoles, facultés de médecine ou les dispositifs de formation continue qui abordent le sujet. Près de deux tiers (60,3 %) des médecins de notre étude déclarent ne pas se sentir suffisamment formés pour bien repérer et prendre en charge les victimes de violences conjugales.

Si le repérage de la violence conjugale reste insuffisant, si les médecins ne pensent pas assez souvent à la violence conjugale, s'ils ne relient pas certains troubles médicaux à une situation de violence, s'ils se sentent isolés ou impuissants face à ces situations, s'ils ne rédigent pas toujours correctement les certificats médicaux, c'est aussi parce qu'ils ne sont pas sensibilisés et formés sur cette problématique.

La violence conjugale apparaît aujourd'hui comme un problème de santé publique face auquel les médecins doivent se mobiliser pour améliorer leurs pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes maltraitées et de leurs enfants. Cette amélioration passe par leur sensibilisation et leur formation professionnelle sur ce sujet, ainsi que par l'instauration d'une prise en charge en réseau avec la police, la justice, les travailleurs sociaux et les associations pour permettre aux patientes de recevoir une aide efficace³⁰. De même que bon nombre d'autres acteurs, les professionnels de santé ont donc un rôle important à jouer, rôle que l'ONU a souligné dans son rapport de la 33^{ème} session spéciale de l'Assemblée Générale en 2000³¹. L'OMS, dans son Rapport mondial sur la violence et la santé, a exposé les multiples conséquences en matière de santé des violences conjugales et souligne la nécessité pour le secteur de la santé de s'investir dans la recherche, la prévention et la formation³².

A la suite de notre étude, un travail collaboratif entre des professionnels de santé et des associations d'aide aux femmes victimes de violence conjugale français, espagnols, italiens, portugais et belges a été mené avec le soutien de l'initiative Daphné de la Commission Européenne. Le résultat de ce travail (concomitant, en France, avec la rédaction du rapport remis au ministre délégué à la Santé en 2001, sous la direction du Pr. Henrion³³) est un site Internet en cinq langues (www.sivic.org) destiné aux professionnels de santé qui les informe sur la

violence conjugale et ses impacts en matière de santé, et donne des recommandations pratiques pour le repérage et la prise en charge des femmes et des enfants dans chaque spécialité médicale.

Remerciements

Les auteurs remercient l'URML d'Ile-de-France qui a constitué l'échantillon aléatoire de médecins généralistes, la Fédération Nationale Solidarité Femmes, la Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité d'Ile-de-France ainsi que les membres du groupe de travail européen Sivic.

Tableau 1. Motifs de consultation lors de la découverte de la violence conjugale.

Motif	%
Rédaction d'un certificat médical	50,1
Troubles psychologiques	40,1
Prescription d'un anxiolytique, antidépresseur, hypnotique, antalgique	31,0
Traumatologie	30,6
Troubles psychosomatiques	16,0
Autre motif de consultation	10,9
Demande de soins par la femme pour son mari ou son enfant	6,9
Recherches d'informations sur la violence conjugale, de coordonnées d'associations spécialisées, d'aides dans les procédures administratives et/ou judiciaires	6,3
Toxicomanie	5,4
Affection génitale	2,5
Suivi de grossesse	1,0

Tableau 2. Type de violence exercée contre la femme.

Type	%
Physique	73,3
Verbale	63,6
Psychologique	51,5
Économique	23,0
Sexuelle	15,4
Inconnu	1,6

Tableau 3. Comparaison entre les aides déjà reçues par les patientes lors de la découverte de la violence conjugale et les orientations proposées par le médecin à l'issue de la consultation.

Type d'aide	Reçue par la patiente (%)	Proposée par le médecin (%)
Police, gendarmerie	39,6	56,3
Travailleurs sociaux	18,8	21,5
Associations spécialisées	13,0	22,7
Travailleurs médicaux	20,9	19,4

Adresses utiles

Site Internet d'information pour les professionnels de santé, modèle de certificat médical : www.sivic.org

Site Internet d'information pour les victimes et listes des centres d'hébergement et d'accueil :
www.sosfemmes.com

Site Internet du Ministère de la Justice : www.justice.gouv.fr

« **Violences conjugales, Femmes Info Service** : 01 40 33 80 60

Permanence nationale téléphonique, ouverte du lundi au vendredi de 7h30 à 23h30 et le samedi de 10h à 20h (anonyme et gratuit)

Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) : 01 40 33 80 90

Fédère les associations spécialisées sur les violences conjugales, dirige la permanence d'écoute nationale et gère le site sosfemmes.com

Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM) : 08 10 09 86 09

Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CNIDFF) : 01 42 17 12 00, informations juridiques, conseils et orientations, antennes départementales

Viols Femmes Informations : 08 00 05 95 95, du lundi au vendredi de 10h à 19h

Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT) : 01 45 84 24 24

Organismes locaux : associations spécialisées (liste sur www.sosfemmes.com), CIDF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes), CHRS, Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Egalité (préfecture de région) et Chargée de mission départementale aux Droits des Femmes et à l'Egalité (préfecture du département)

Brochures, affiches, plaquettes sont obtenues auprès de la Délégation aux Droits des Femmes ou de la Chargée de mission départementale (préfecture) et auprès de la Fédération nationale Solidarité Femmes (à la demande).

Références

¹ Collective. *Report on the fourth World conference on women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations, 1996, 218p.

Mis en forme : Français
(France)

² Lebas J. *Commission Genre et Violence, Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé*. Paris, France, Mars 2005, 40p.

Mis en forme : Anglais
(Royaume-Uni)

³ Anonymous. *Violence against women: a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997, 28 p.

⁴ Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat* 1994; 14:1-22

⁵ Straus MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Family* 1986; 48: 465-79.

⁶ Romkens R. *Violence in heterosexual relationships : a national research into the scale, nature, consequences and background*. Amsterdam, Foundation for a scientific Research on Sexuality and Violence, 1989, 125 p.

⁷ Institut de Démographie de l'Université Paris 1. *Enveff, Les violences envers les femmes au quotidien, Rapport final*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes et à la formation professionnelle, Service des droits des femmes et de l'égalité, 2001, 240p.

⁸ Anonymous. *Viols et autres agressions sexuelles*. Paris, Délégation Régionale aux Droits des Femmes, 1999, 152 p.

⁹ M.F. Hirigoyen. *Femmes sous emprise, Les ressorts de la violence de couple*. Editions Oh, 2005.

¹⁰ Lecomte D, Tucker ML, Fornes P. Homicide in women, a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. *J Clin Forensic Med* 1998; 5: 15-6

¹¹ Hilberman E., Munson K. Sixty battered women. *Victimology*, 1997 ; 2:460-71

¹² Rounsaville B, Weissman MM. Battered women: a medical problem requiring detection. *Int J Health Services* 1979; 9: 461-93.

¹³ Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenburg, Fenley, eds. *Violence in America: a public health approach*. New-York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84.

¹⁴ Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stovall TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecologic patients for domestic violence. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173 : 381-7.

¹⁵ Astin, Oglan-Hand, Coleman. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women : comparisons with maritally distressed women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1995, 63, n°2, 308-12

¹⁶ Garibay-West C, Fernandez A, Hillard JR. Schoof. Psychiatric disorders of abused women at a shelter. *Psychiatric Quaterly* 1990; 61: 295-301.

¹⁷ Saurel-Cubizolles M J, Blondel B, Lelong N, Romito P. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex* 1997; 25: 159-164.

¹⁸ Rosalind J, Robert O, Isaac NE. Response to battered mothers in the pediatric emergency department: a call for an interdisciplinary approach to family violence. *Pediatrics* 1997; 99: 186-92.

Mis en forme : Anglais
(Royaume-Uni)

¹⁹ Campbell JC. Child abuse and wife abuse: the connections. *Med Medicine J* 1994; 43: 349-50.

Mis en forme : Suédois

²⁰ McKay MM. The link between domestic violence and child abuse: assessment and treatment considerations. *Child Welfare* 1994; 73: 29-39.

Mis en forme : Suédois

²¹ Graham-Bermann SA, Levendosky AA. Traumatic stress symptoms in children of battered women. *J Interpersonal Violence* 1998; 13: 111-28.

Mis en forme : Anglais
(Royaume-Uni)

²² Kolbo JR, Blakely EH, Engleman D. Children who witness domestic violence: a review of empirical literature. *J Interpersonal Violence* 1996; 11: 281-93.

Mis en forme : Anglais
(Royaume-Uni)

²³ Stark E, Flitcraft A. Violence among intimates: an epidemiological review. *In*: Hasselt, Morrison, Hersen, eds. *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press, 1988, pp. 293-318.

²⁴ Gonzo L. *Violenza alle donne : la cultura dei medici e degli operatori*. Bologna, Comune di Bologna, 1995, pp.1-14.

Mis en forme : Espagnol (Espagne -moderne)

²⁵ Collective. *The battered woman*. Washington, American College of Obstetrics and Gynecology, Technical Bulletin no. 124, 1989.

Mis en forme : Anglais (Royaume-Uni)

²⁶ Collective. *Clinical aspects of domestic violence for obstetricians/gynecologists*. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1994.

²⁷ Collective. *Domestic Violence*. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists, Technical Bulletin no. 209, 1995.

²⁸ Romito P. *La réponse des institutions sanitaires et sociales à la violence à l'encontre des femmes*. Rapport final Initiative Européenne Daphné, Trieste, 1999, 61p.

²⁹ Chariot P., Bouroka N. La violence dans le couple : aspects médicaux. *A. J. famille* 2003 ; 12 : 419-422.

³⁰ Lebas J., Morvant C., Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2002, 186, n°6, 949-961.

³¹ Anonymous. *Women 2000 : gender equality, development and peace for the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2000, 1-7.

Mis en forme : Français (France)

³² Anonymous. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, OMS, 2002 ; 4 : 99-135.

³³ Sous la direction de R. Henrion, *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport au ministre délégué à la Santé*, 2001, 81 p.