

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉMOIRE

pour le

**DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE**

par

Agnès VIEILLARD-BARON épouse CHAUVET

née le 18 juillet 1977 à Paris XI

présenté au jury de l'Inter-Région Ouest le 8 octobre 2007

**LE GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN FACE AUX
VIOLENCES CONJUGALES**

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Philippe

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I – COMMENT DEFINIR LES VIOLENCES CONJUGALES ET LEUR CONTEXTE ?	5
1 – Les schémas les plus courants de violences conjugales	6
La spirale de la violence	6
Les modes d'agression	7
Les conséquences en termes de santé	7
2 – Les principales caractéristiques des contextes à risque	9
L'âge	10
L'origine ethnique	10
Une histoire personnelle perturbée	11
Un bas niveau social	11
Une vie de couple non stable	12
L'état de grossesse	12
Un conjoint fragilisé	13
Le contexte psychoculturel	13
Des facteurs de risque cumulés	14
II – COMMENT DEPISTER ET PRENDRE EN CHARGE LES VIOLENCES CONJUGALES ?	15
1 – Viser un dépistage de qualité	16
La place privilégiée du gynécologue-obstétricien	16
Les opportunités de dépistage	18
Envisager un dépistage systématique	20
Repérer les signes et instaurer un dialogue	22
L'importance de la qualité d'écoute du médecin	23
2 – Initier une prise en charge globale	24
Evaluer la gravité des violences	24
Rédiger le certificat médical	25
Orienter vers un réseau	27
CONCLUSION	30
ANNEXES	
Outils pour le dépistage et la prise en charge des violences conjugales	

INTRODUCTION

Les violences conjugales sont un phénomène qui n'a malheureusement rien de nouveau, mais dont la société comme les professionnels de santé publique ont pris conscience tardivement, en France comme au plan international. En effet, elles sont souvent mal connues, banalisées ou occultées, alors même que les chiffres sont alarmants : en France, près d'une femme sur dix déclare subir ou avoir récemment subi des violences de la part de son conjoint ou de son ex-conjoint (52) et, tous les trois jours, une femme meurt des suites de violences conjugales (30). Une des principales difficultés de prise en charge des violences conjugales vient du fait qu'elles se situent à la limite entre la sphère privée des relations individuelles intérieures au foyer et la sphère publique qui garantit aux femmes un droit à la liberté et à la dignité et vise à maintenir leur intégrité physique et psychologique. A quel titre viendrait-on s'immiscer dans l'intimité des foyers, où s'exercent le plus fréquemment les violences conjugales ? De quel droit jugerait-on nécessaire de venir en aide à des femmes qui ne pensent pas être en difficulté ?

La complexité de l'imbrication des sphères privée et publique pose un problème de délimitation et de définition des violences conjugales : il convient de distinguer les violences conjugales des simples disputes, afin d'éviter l'ingérence dans des situations privées, mais aussi afin de cerner les situations dans lesquelles il faut agir au lieu de fermer les yeux au nom d'un respect outrancier de l'intimité du couple. L'Organisation Mondiale de la Santé, reprenant les termes adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1979, définit la violence à l'égard des femmes comme (68) : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. [...]

Est considéré comme acte violent, tout acte, omission ou conduite servant à infliger des souffrances physiques, sexuelles ou mentales, directement ou indirectement, au moyen de tromperies, de séduction, de menaces, de contraintes, ou de tout autre moyen, à toute femme, ayant pour but et pour effet de l'intimider, de la punir, ou de l'humilier, ou de la maintenir dans des rôles stéréotypés liés à son sexe, ou de lui refuser sa dignité humaine, son autonomie sexuelle, son intégrité physique, mentale ou morale, ou d'ébranler sa sécurité personnelle, son amour-propre ou sa personnalité, ou de diminuer ses capacités intellectuelles ».

Ainsi, les violences conjugales ne se limitent pas à la sphère privée : elles touchent au contraire à des questions de société essentielles. Au plan juridique, elles requièrent une législation à même de faire respecter les droits des femmes ; au plan social, elles supposent une meilleure connaissance et une prise en charge adaptée des situations ; au plan médical, elles posent de véritables problèmes individuels mais aussi de Santé Publique.

Sur le plan juridique, la législation relative aux violences conjugales et aux droits des femmes se renforce peu à peu. Alors que les violences exercées par les hommes sur les femmes bénéficiaient, depuis des siècles, d'une forme de tolérance sociale, la Convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes (43), votée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1979 et ratifiée par la France en 1983, a ouvert une approche nouvelle des droits humains et permis de renforcer les dispositifs législatifs et juridiques pour l'élimination des inégalités entre les sexes en droit et en fait. La plate-forme d'action de Pékin (69), adoptée en septembre 1995 à l'issue de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, a renforcé cette position et invité les gouvernements à mener des actions pour prévenir et éradiquer les violences envers les femmes. En France, parmi les mesures les plus récentes, on retient à la fois des modifications législatives - avec la loi du 4 avril 2006, qui renforce la prévention et la répression de la violence au sein du couple, et la

mise en place d'un Plan global 2005-2007 de lutte contre les violences faites aux femmes - et des actions destinées au grand public - dont la campagne d'information « Stop violences. Agir, c'est le dire » lancée en 2005 et la diffusion début 2007 de courts métrages réalisés par des cinéastes de renom.

Sur le plan social, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) (52), réalisée en 2000 à la demande du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, est une référence incontournable. Elle a porté sur un échantillon représentatif de près de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des douze derniers mois. C'est dans l'intimité de l'espace conjugal que sont perpétrées le plus de violences de toutes natures.

Sur le plan médical, ces violences réclament une prise en compte en matière de Santé Publique, puisqu'elles ont des conséquences graves sur la santé : selon l'OMS (46), les femmes victimes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé. Elles peuvent souffrir de lésions traumatiques, allant jusqu'au décès, de pathologies chroniques, de troubles psychologiques, psychosomatiques, d'atteintes gynécologiques, de grossesses compliquées... Les enfants, qui sont très fréquemment témoins des violences parentales, sont également victimes (48). De plus, les coûts engendrés par la prise en charge de ces violences sont très élevés (84).

L'enjeu de mon mémoire consiste à montrer à quel point la prise en charge médicale des violences conjugales est importante, et de quelle manière le gynécologue-obstétricien peut y contribuer. Au-delà des soins apportés aux violences visibles, il convient également que les médecins se montrent attentifs aux violences moins immédiatement visibles et réceptifs aux souffrances cachées, voire parfois niées par les femmes. En effet, d'après les enquêtes aussi bien françaises qu'internationales, les femmes victimes se tournent ou souhaiteraient

se tourner préférentiellement vers un médecin pour révéler ces violences, notamment médecin généraliste, urgentiste, psychiatre ou gynécologue-obstétricien.

En tant qu'interne de gynécologie-obstétrique, j'ai été sensibilisée à ce phénomène par le biais d'une étude (97), réalisée par une élève sage-femme, sur le dépistage des violences conjugales en maternité, au CHU de Nantes. Me destinant à exercer dans un service de Protection Maternelle et Infantile, je me suis sentie particulièrement concernée par cette question et j'ai décidé d'y consacrer ce mémoire de spécialité.

Le gynécologue-obstétricien me semble à même de jouer un rôle essentiel auprès des femmes victimes de violences, puisqu'il les accompagne de manière assez régulière dans leur parcours de santé et puisque la nature même de sa spécialité le fait entrer en contact avec l'intimité des femmes. Mais c'est un rôle délicat, car il n'est pas simple de se montrer attentif aux violences conjugales dans la pratique quotidienne ni de fournir de l'aide aux femmes qui en ont besoin. Quelle est exactement la place du gynécologue-obstétricien au sein du jeu d'acteurs médicaux, sociaux et juridiques qui touchent au problème des violences conjugales ? Quelles nouvelles formes d'attention doit-il apporter à ce phénomène ? Quel diagnostic, quel dépistage, quelle prise en charge sera-t-il conduit à intégrer dans sa pratique professionnelle ?

PREMIERE PARTIE

COMMENT DEFINIR LES VIOLENCES CONJUGALES ET LEUR CONTEXTE?

Définir les violences conjugales n'est pas aisé. En effet, **les termes employés pour désigner ces violences ont beaucoup évolué**, révélant par là même une évolution de ce que l'on entend par violences conjugales (62). Le terme « femmes battues » n'est plus utilisé, car il ne recouvre pas la totalité des violences conjugales : il ne prend pas en compte les pressions psychologiques, pourtant prépondérantes. De même, le terme de « violences domestiques », bien qu'il soit souvent utilisé par les organismes internationaux, est incomplet : parfois confondu avec la violence familiale, il cantonne l'univers féminin au huis clos du foyer (52). Le concept de « violence conjugale » ou de « violence par le partenaire intime » (*intimate partner violence* ou *intimate partner abuse*) permet de recentrer l'analyse sur un seul type d'auteur - le conjoint ; il élargit l'approche à la relation avec des partenaires intimes, sans qu'il y ait nécessairement vie commune.

La violence conjugale n'est donc pas l'apanage des couples hétérosexuels : elle peut concerner aussi des couples homosexuels, d'hommes ou de femmes. Les auteurs comme les victimes peuvent être soit des hommes, soit des femmes. Mais, en termes de prévalence, **les femmes représentent sans conteste la très large majorité des victimes** et les auteurs des violences sont le plus généralement des hommes (52). Comme le souligne la Commission Genre et Violence (95) qui a participé à l'élaboration du Plan Violence et Santé, « qu'elles se dénomment violences faites aux femmes, violences domestiques, violences conjugales, ces violences s'expliquent spécifiquement par les « rapports de genre », c'est-à-dire la subdivision historique des rôles entre hommes et femmes, basée sur des justifications philosophiques, politiques, biologiques ou sociales, qui ont varié au cours de l'histoire ».

1 – Les schémas les plus courants de violences conjugales

- **La spirale de la violence**

La violence prend souvent une forme cyclique, avec la répétition de quatre phases (47) :

- Pendant la **phase d'escalade**, qui correspond à des violences psychologiques et verbales, la femme tente de maintenir l'équilibre de la situation et de maîtriser sa peur.
- Cette première phase est suivie d'une **explosion de la violence**, déclenchée par une contrariété, pendant laquelle l'homme semble perdre tout contrôle sur lui-même. La femme est alors terrorisée et tente de se défendre ou de se mettre à l'abri. Souvent, c'est durant cet état de choc que la femme commence à parler de sa situation à un proche ou à un professionnel.
- S'installe ensuite une **période de rémission** durant laquelle le conjoint a tendance à regretter ce qu'il a fait ou dit, à minimiser les faits, à vouloir les justifier par des circonstances qui lui sont extérieures. Il essaie de se faire pardonner et promet de ne plus recommencer. La femme se considère alors en partie responsable de ce qui vient de se passer. Cette attitude entretient chez elle l'espoir que son conjoint va changer et qu'il ne sera plus violent.
- Le couple entame une période dite de "**lune de miel**" : la femme découvre à nouveau un compagnon calme et prévenant. C'est ce qui l'encourage à poursuivre ou à reprendre la vie commune, à effacer de sa mémoire les scènes horribles qu'elle a vécues.

Mais plus le cycle se répète, plus est forte l'emprise de la violence sur la victime et plus les périodes de "lune de miel" sont courtes. À partir de ce moment, la femme peut être exposée quotidiennement au mépris, au contrôle, aux agressions, vivant dans la peur, l'insécurité, s'ajustant aux besoins du conjoint, se centrant sur ses humeurs. La femme se perçoit elle-même comme incompétente dans sa vie de couple et en dehors, et se juge responsable de la violence du conjoint. Dévalorisée à ses propres yeux, elle se sent incapable de faire évoluer et d'améliorer sa situation.

- **Les modes d'agression**

Les violences conjugales peuvent être regroupées en quatre catégories - violences physiques, psychologiques, sexuelles, économiques :

- La femme peut être atteinte dans son intégrité **physique** par des gifles, coups de poings, coups de pieds, sévices, strangulations, menace d'une arme, brûlure....
- La violence **psychologique** consiste à dénigrer, humilier la femme en tant que personne, ou se manifeste par des attaques verbales, des scènes de jalousie, des menaces pour l'isoler de ses proches, pouvant aller jusqu'à la séquestration.
- Il arrive aussi que la femme ait à subir des relations **sexuelles** sous la contrainte, accompagnées de brutalités physiques, d'insultes, de scénarios pornographiques humiliants, voire de viols collectifs.
- Une violence de nature **économique** peut aussi s'exercer, entraînant pour la femme une privation de moyens ou de biens essentiels, un contrôle ou une spoliation.

Toutefois, opérer une distinction systématique entre violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles s'avère peu pertinent, car, dans de nombreux cas, **ces formes d'agression s'entrecroisent** (52). C'est pourquoi les auteurs de l'ENVEFF ont élaboré un indicateur global de violences conjugales, subdivisé en deux niveaux qui rendent compte de la progression de la gravité des situations : d'une part le niveau grave, d'autre part le niveau très grave qui recouvre les situations de cumul de violences. Selon les résultats de l'ENVEFF, en 2000, une femme en couple sur dix vit un niveau très grave de violence conjugale et trois femmes sur dix le vivaient, parmi celles qui se sont séparées récemment.

• **Les conséquences en termes de santé**

Les violences conjugales ont une incidence majeure sur la santé des femmes et sont à l'origine de troubles très variés. Selon l'OMS (46), les femmes victimes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violences conjugales coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes.

Les **pathologies induites par la violence conjugale** sont diverses :

- Les **lésions traumatiques**, souvent multiples, d'âges différents et de nature très variées (érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures). Ces lésions siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités, mais peuvent également être dissimulées sous des vêtements. (17, 46)
- Les **pathologies chroniques**, nécessitant un traitement continu et un suivi régulier, sont susceptibles d'être déséquilibrées ou aggravées, parce que les femmes peuvent être privées de leur traitement, ou empêchées de consulter par leur conjoint, ou parce que leur état dépressif est trop important (17).
- Les **troubles psychiques** tels que troubles émotionnels, psychosomatiques, cognitifs, ou encore troubles du sommeil, de l'alimentation, abus de substances psycho-actives. Les dépressions et le syndrome de stress post-traumatique toucheraient près de 50% des femmes victimes (17, 46).
- Les **troubles gynécologiques** : lésions traumatiques périnéales, infections urinaires et génitales à répétition, douleurs pelviennes chroniques inexpliquées, troubles de la sexualité, troubles de règles notamment (17, 46).
- Les **complications obstétricales** marquées par un plus grand nombre de fausses-couches, précoces ou tardives, de décès néonataux, de prématurité, de rupture prématurée des membranes, de décollement placentaire, de traumatismes physiques, etc (9, 26, 27, 46, 51, 70, 73, 76, 98).
- Les **répercussions pédiatriques** : lésions traumatiques accidentelles ou volontaires, troubles psychologiques, psychosomatiques, comportementaux.
- Les **décès** : les violences conjugales sont une des principales causes de mortalité des femmes, que ce soit par suicide ou homicide (46).

2 - Les principales caractéristiques des contextes à risque

Il n'y a pas de profil type de femme victime de violence conjugale. Comme le rappelle Amnesty International dans un rapport de 2004 (5) : « Partout dans le monde, des femmes subissent des actes ou des menaces de violence. C'est une épreuve partagée, au-delà des frontières, de la fortune, de la race ou de la culture. A la maison et dans le milieu où elles vivent, en temps de guerre comme en temps de paix, des femmes sont battues, violées, mutilées, en toute impunité. »

Toutefois, dans les vingt dernières années, de nombreuses enquêtes ont été conduites afin de mieux cerner les spécificités des cas de violences conjugales. Je me suis également intéressée à cette thématique dans le cadre de la communication « Quelles femmes sont victimes de violences conjugales ? » que j'ai présentée lors du colloque sur « Les violences conjugales, rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations et la justice », qui s'est tenu en juin 2007 à Nantes. Pour répondre à cette question, en essayant de dépasser les nombreux préjugés et présupposés qui pèsent sur le sujet, j'ai effectué une revue de la littérature médicale française et internationale. A partir d'une soixantaine d'articles parus dans les dix dernières années, j'ai retenu **13 enquêtes** en raison de leur grande envergure et de leur rigueur méthodologique (cf. tableau page suivante).

Ces études présentent des différences nombreuses et importantes en matière de méthodologie et d'objectifs, concernant notamment la définition des violences, la population cible, la méthode de passage de l'enquête, le questionnaire utilisé, la forme de publication des résultats. Elles sont donc peu comparables entre elles, du moins pour ce qui est des données chiffrées. Néanmoins, leur rapprochement permet de mettre en lumière des éléments récurrents dans l'analyse des situations de violences conjugales.

Origine / année	Auteur	Echantillon	Technique de collecte	Référence
-----------------	--------	-------------	-----------------------	-----------

USA / 2007	Bonomi AE	370	BRFSS, WEB	Gerontologist
USA / 2006	Thompson R	3 568	BRFSS, WEB	Am J Prev Med
Canada / 2006	Stat. Canada		Tend. Stat. 2006	Agence Santé Pub. Canada
USA / 2005	Weinsheimer	95	questionnaire	J Trauma
USA / 2003	Bensley L	3 527	BRFSS	Am J Prev Med
USA / 2002	Rickert VT	727	DAS	Am J Obstet Gynecol
USA / 2002	Vest JR	18 415	BRFSS	Am J Prev Med
GB / 2002	Richardson J	1207	Auto-questionnaire	BMJ
USA / 2001	Koziol-Mc Lain J	695	BRFSS	Am J Prev Med
USA / 2000	Coker A	1 401	ISA, WEB, AAS	Am J Pub Health
USA / 2000	Durant T	21 970	PRAMS	Am J Prev Med
Canada / 1999	Stat. Canada	25 876	Enquête sociale générale	Agence Santé Pub. Canada
USA / 1998	Dearwater SR	3 455	PSSS, AAS	JAMA

- **L'âge**

Ces violences sont très liées à l'âge : les tranches d'âge choisies diffèrent selon les enquêtes, mais d'une manière générale, **les femmes jeunes** sont plus exposées que leurs aînées (29, 31, 81, 94, 100). En France, selon l'ENVEFF (52), les 20-24 ans sont deux fois plus touchées que les femmes plus âgées. D'après une enquête réalisée en centre de planification familiale au Texas (82), les jeunes mères mineures semblent particulièrement exposées.

Mais il ne faudrait pas oublier les femmes plus âgées : un article récent publié dans la revue *Gerontologist* (11), montre que **les femmes âgées de 65 ans et plus** sont également plus fréquemment victimes que celles des autres tranches d'âge.

- **L'origine ethnique**

En France, selon l'ENVEFF (52), les femmes immigrées ayant une relation de couple déclarent plus de violences conjugales que les autres, mais les différences de taux sont significatives seulement pour **les femmes originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne**, qui déclarent des taux de violence de niveau très grave deux fois plus élevés. **Le contexte et la situation migratoires** sont importants. De façon plus générale, les

tensions et les conflits engendrés par le repli sur les valeurs traditionnelles au sein du couple ou au sein de la communauté immigrée, par l'éloignement des membres de la famille restés au pays d'origine, par le sentiment de dévalorisation sociale vécue par le conjoint peuvent déboucher sur des situations de violences graves ou très graves. Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne présentent de surcroît des problématiques de polygamie et d'excision.

- **Une histoire personnelle perturbée**

Si rien ne prédestine une femme à devenir victime, les enquêtes françaises et internationales sont unanimes pour affirmer que **les femmes qui ont subi, dans l'enfance, des sévices et des coups ou des abus sexuels**, sont cinq fois plus exposées que les autres aux violences physiques et quatre fois plus aux violences sexuelles (8, 25, 52, 82, 94). Le fait d'avoir été témoin de violences parentales dans l'enfance est également un facteur de risque (8, 94). Mais, s'il existe une liaison forte entre problèmes vécus dans l'enfance et violences conjugales, ce qui va dans le sens d'une « reproduction sociale » des violences, il ne faut pas pour autant généraliser : la majorité des enfants victimes ne seront pas des adultes victimes.

- **Un bas niveau social**

Il existe beaucoup de préjugés sur le niveau social des femmes victimes : on aurait tendance à penser que les violences sont le lot des femmes appartenant à un milieu défavorisé, ce qui n'est pas exact. Toutefois certains facteurs sociaux prédisposent à la violence conjugale.

Un bas niveau d'étude est retrouvé comme facteur favorisant dans plusieurs études anglo-saxonnes (31, 53, 82, 94, 100). En France, en revanche, il n'y a pas de différence significative en fonction du capital scolaire : un capital de formation élevé ne protège pas des violences du conjoint, surtout si le conjoint a un niveau d'études inférieur (52).

Le chômage est un facteur de risque, notamment la multiplication des périodes de chômage (52, 55, 81). La situation par rapport à l'emploi compte plus que la catégorie socioprofessionnelle (52).

Le faible niveau de revenus est aussi un facteur de risque, mais il est difficile d'établir un seuil de revenus significatif (53). Selon l'ENVEFF, la fréquence des violences dépend moins, à partir d'un certain seuil de revenus, du niveau économique du ménage, que de la possibilité pour la femme d'accéder à cet argent.

- **Une vie de couple non stable**

Les femmes séparées ou divorcées sont plus exposées, d'autant plus que la séparation est récente (22, 25, 29, 52, 81, 100). Ainsi, on dénombre, selon les diverses enquêtes, 7 à 10 fois plus de violences chez les femmes ayant rompu au cours des 12 mois précédents. Ceci est également observé dans les cas de rupture d'union après la naissance d'enfants, puisque leur présence nécessite le maintien de contacts entre les anciens conjoints.

Les couples non cohabitants et les couples instables sont plus à risque (52, 100).

- **L'état de grossesse**

Les chiffres de prévalence sont très variables : la violence conjugale toucherait 10 à 30% des **femmes enceintes** (38). Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (37), datant de 2005, avance des chiffres allant de 4 à 11% au Canada, Royaume-Uni, Suède et Suisse, de 14 à 32% en Egypte, Ethiopie, Inde, Mexique, Nicaragua, Pérou. Et en Inde, 16% des décès de femmes enceintes seraient dus à un acte de violence du partenaire. Les auteurs canadiens rapportent que 89% des femmes violentées au cours de leur grossesse l'ont été lors d'une grossesse non désirée ; ils estiment que les femmes ont trois fois plus de risque d'être victimes de violences lorsque la grossesse n'est pas désirée (46). **La période du post-partum** est également à risque : en France, d'après une enquête de 1997(88), 4,1% des femmes étaient touchées par la violence conjugale au cours des 12 mois suivant la naissance.

La grossesse est donc une période particulièrement à risque, souvent marquée par l'apparition des violences ou leur recrudescence (87). D'après les statistiques canadiennes de 2006 (22), 21% des femmes victimes de violences ont été agressées pendant leur grossesse, et, dans 40% des cas, c'était le début de la violence. Cela peut s'expliquer par

des transformations physiques, une plus grande dépendance affective et financière (87), des remaniements du couple et du schéma familial qui rendent la femme plus vulnérable. La violence peut être dirigée contre la femme enceinte et non contre l'enfant, ou le conjoint peut, au contraire, manifester jalousie ou colère envers l'enfant à naître (64) . Le mécanisme de la violence est encore mal compris, mais l'existence de facteurs de risque chez certains hommes est admise : la jalousie ou l'ambivalence induites par la grossesse, l'augmentation des difficultés financières, la majoration de la dépendance de la femme durant cette période, la diminution de la disponibilité sexuelle de la partenaire (79).

- **Un conjoint fragilisé**

Le chômage du conjoint est un facteur de risque (52, 88).

Des addictions comme **l'alcoolisme ou la toxicomanie** (21, 25, 53, 107) sont également des facteurs de risque. Selon l'ESG Canada (21), dans plus de 40% des actes de violence, l'agresseur avait consommé de l'alcool. Selon l'ENVEFF, l'agression la plus importante au cours des 12 derniers mois a été perpétrée une fois sur quatre lorsque le conjoint a bu de l'alcool.

- **Le contexte psychoculturel**

Il est nécessaire de compléter ces caractéristiques sociales et démographiques par une approche psychologique et culturelle. En effet, les femmes sont influencées par **les stéréotypes véhiculés par des sociétés patriarcales**, tels que « les hommes sont actifs et dominants » et « les femmes passives et soumises » (56).

Elles sont aussi influencées par **le modèle du couple parental**, par leur entourage et, on l'a vu, par leur histoire personnelle et les antécédents de maltraitance dans leur enfance.

Enfin, **le contexte religieux** est important. Suivant l'ENVEFF (52), deux facteurs apparaissent : le fait d'avoir été élevée dans une religion, quelle qu'elle soit, et l'importance accordée à la religion. En France, les femmes vivant dans une ambiance imprégnée de religiosité sont deux fois plus souvent confrontées à la violence conjugale que celles qui accordent peu ou pas d'importance à la religion.

- **Des facteurs de risque cumulés**

En conclusion, l'analyse de l'ensemble de ces enquêtes montre qu'il existe bien des critères démographiques, sociaux, psychologiques et culturels associés à une augmentation des violences conjugales, mais, plus que chaque facteur de risque pris isolément, **c'est avant tout le cumul des facteurs de risque qui doit accroître la vigilance du gynécologue-obstétricien.**

Ces enquêtes font apparaître également que de nombreuses femmes victimes n'entrent pas dans ces critères. On doit donc retenir que **toute femme est potentiellement victime de violences conjugales.**

Ainsi, les facteurs de risque qui ont été mis en évidence sont peu opérants pour un dépistage systématisé. En revanche, ils constituent un faisceau de critères auxquels le gynécologue-obstétricien doit prêter attention, dans une approche globale de la femme qu'il reçoit en consultation. Une écoute attentive, par un professionnel sensibilisé à cette problématique, et le dialogue sont les clés du dépistage des violences conjugales en consultation de gynécologie-obstétrique.

<p style="text-align: center;">DEUXIEME PARTIE</p> <p style="text-align: center;">COMMENT DEPISTER ET PRENDRE EN CHARGE</p> <p style="text-align: center;">LES VIOLENCES CONJUGALES ?</p>

Dans la majeure partie des cas, les violences conjugales sont difficiles à identifier. Si certaines femmes adressent à leur médecin une demande d'aide directe, explicite, ou encore une demande urgente de secours en cas de crise aiguë, d'autres formulent des demandes indirectes, implicites (23). En l'absence de demande manifeste d'aide, il revient donc au

médecin de repérer les cas de violences. Cette identification se révèle très complexe car les violences ne sont pas nécessairement physiques, et, même dans ce cas, les femmes victimes sont fréquemment dans le déni de cette violence et l'occulent dans leurs propos. La capacité d'écoute, de décodage, d'approche prudente du médecin sont alors des éléments déterminants pour aider la femme à parler en toute confiance.

Toutefois, en l'absence de signe évocateur, la seule possibilité de découvrir des violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens mais très peu pratiqué en France. Cette réflexion est assez courante : « je n'osais pas le dire, mais si mon médecin m'avait posé la question, j'en aurais parlé » (99). Dans ces conditions, la réflexion sur la nécessité d'un dépistage systématique et sur les modalités qu'il pourrait suivre prend toute sa légitimité.

Une fois dépistées les situations de violences conjugales, reste à savoir comment les prendre en charge. Le médecin ne sait pas toujours comment venir en aide à des femmes qui, en situation délicate au sein de leur foyer, se trouvent sans recours et ne savent pas où aller. Il convient donc de préciser de quelle manière le gynécologue-obstétricien peut les aider, du fait de la spécificité de sa spécialité, mais aussi vers quels autres intervenants il peut se tourner.

1 - Viser un dépistage de qualité

- **La place privilégiée et difficile du gynécologue-obstétricien**

Les **médecins** ont une place tout à fait à part dans la prise en charge des violences conjugales. Selon l'ENVEFF (52), les femmes victimes se confient à un médecin dans 24 % des cas, tandis qu'elles ne font appel à la police ou la gendarmerie que dans 13 % des cas.

Ceci est lié à plusieurs facteurs :

- Le médecin a une identité professionnelle rassurante, liée à sa place de soignant, ce qui le distingue des services sociaux, de la police ou la gendarmerie.
- Le médecin est soumis au secret médical, ce qui facilite les confidences.

- Le suivi à long terme lui permet de connaître les patientes, d'établir un rapport de confiance, préalable indispensable à la révélation de violences.

Le **gynécologue-obstétricien** a une place privilégiée, en tant que médecin, et donc au même titre que les médecins généralistes et urgentistes, mais aussi du fait de sa spécialité. La plupart des gynécologues ne se sentent pas particulièrement concernés par les violences conjugales, qu'ils considèrent comme un problème social relevant de la médecine générale, et pourtant leur rôle peut se révéler capital :

- La gynécologie touche à l'intimité physique puisque le corps est examiné entièrement nu, ce qui permet au médecin d'observer des lésions qui pourraient rester cachées sous les vêtements et d'être ainsi alerté.
- L'examen gynécologique permet de mettre en évidence des mutilations sexuelles qui peuvent être une forme de violences conjugales, ou certains symptômes qui peuvent être liés avec des violences, comme des dyspareunies, un vaginisme, ou plus généralement, certaines douleurs abdominales ou pelviennes chroniques.
- Le suivi à long terme, le plus souvent annuel, peut permettre au gynécologue (et plus encore au médecin généraliste) de bien connaître les patientes.
- Le plus souvent, les femmes consultent seules pour le suivi gynécologique, ce qui peut permettre d'ouvrir un espace de parole n'intégrant pas le conjoint. Cela s'avère beaucoup plus difficile pour le médecin généraliste, puisqu'il connaît souvent le conjoint violent et peut être pris dans un conflit d'intérêt. La victime peut, dans ce cas, avoir peur que ses révélations ne soient répétées au conjoint ou qu'une intervention maladroite du médecin ne crée des représailles.
- Le gynécologue peut découvrir des violences conjugales en abordant la question de la contraception : certains conjoints exercent des pressions psychologiques sur leur femme, les obligeant à prendre une contraception alors qu'elles ont un désir de grossesse, ou au contraire, cherchant à les en empêcher, en allant même jusqu'à cacher ou détruire les ordonnances, contre leur gré.

Toutefois, même si les médecins, et le gynécologue-obstétricien plus particulièrement, semblent bien placés pour dépister les violences, force est de constater qu'elles restent insuffisamment diagnostiquées en France, d'après le rapport Henrion (46). Selon une revue de la littérature publiée en 2000 (103), sur le dépistage des violences conjugales par les professionnels de santé, les manques de formation, de temps, de moyens efficaces sont les principaux **obstacles à ce dépistage**.

- De nombreux médecins ont le sentiment d'être isolés (46). Ils ne sont pas toujours familiarisés avec le travail en réseau, ne connaissent pas les correspondants appropriés auxquels passer le relais (42). Ils ont tendance à gérer seuls le problème en prescrivant des traitements symptomatiques comme des anxiolytiques ou des antidépresseurs, qui atténuent certains symptômes, mais engendrent un véritable cercle vicieux.
- Pour le docteur Van Wassenhove (99), il s'agit d'un sujet difficile à aborder : les médecins se réfugient derrière la notion d'intimité de la patiente à préserver, mais cette réserve ne serait que le reflet de leurs propres peurs. Selon le docteur Lopez (56), le dépistage des violences conjugales ne s'inscrit pas dans la culture médicale et les médecins ne sont pas tous préparés à recevoir les réponses des femmes. Parfois leurs réticences s'expliquent par un passé de violence qui les concerne personnellement.
- Ils expriment souvent un sentiment de frustration, estimant qu'aucun remède n'est efficace dans de tels cas et que les perspectives d'amélioration sont faibles. Ils ont l'impression de ne pouvoir contrôler la situation : ils sont découragés par la complexité du problème, l'attitude des femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence, leur refus de quitter leur compagnon ou de porter plainte (46, 92).
- Les médecins craignent également les retombées judiciaires, d'autant plus que leur situation par rapport à la loi est délicate : ils sont pris entre leur devoir de protection des patientes et les impératifs du secret professionnel. D'autres ont peur d'un scandale qui serait préjudiciable à leur relation de confiance avec leur clientèle.

- Le manque de temps constitue un obstacle important (46, 92). Des révélations n'interviendront que si le médecin est bien sûr sensibilisé à cette problématique, mais aussi si sa disponibilité horaire et psychique, et ses capacités d'écoute sont suffisantes.

- **Les opportunités de dépistage**

La consultation de gynécologie-obstétrique

Il est possible de dépister des violences conjugales lors de toute consultation de gynécologie-obstétrique, dans le cadre du suivi comme en consultation d'urgence. L'ouverture de dossier peut être une occasion d'interroger la femme sur d'éventuelles violences conjugales, actuelles ou antérieures.

La période de grossesse

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la grossesse est une période particulièrement à risque de violences conjugales, mais c'est également une période riche d'opportunités, marquée par des remaniements à la fois familiaux et psychiques. La femme est, pendant sa grossesse, dans un état de « transparence psychique » (15) qui facilite la prise de conscience, et peut permettre d'amorcer une prise en charge.

La répétition des contacts avec la femme enceinte lors des consultations mensuelles de suivi de grossesse permet d'établir un lien privilégié qui favorise la révélation des violences et aide à leur prise en charge. L'entretien prénatal précoce s'inscrit dans une approche globale intégrant l'ensemble des données biologiques, émotionnelles et environnementales ; il pourrait parfaitement servir de déclencheur à la prise de conscience ou à la révélation des violences. Dans le cas de couples pour lesquels le conjoint participe à l'entretien, il peut être nécessaire, si des violences sont suspectées, de proposer un nouvel entretien à la femme enceinte seule.

La demande d'Interruption Volontaire de Grossesse

Les gynécologues exerçant en Centre de planification familiale sont particulièrement concernés par les violences conjugales. En effet, beaucoup de demandes d'Interruption Volontaire de Grossesse y font suite. Il est question de violence physique dans 40% des cas

de demande d'IVG et, chez 16% des femmes victimes, le problème relationnel est considéré comme la seule raison de demande d'IVG, contre 6,8% des femmes non victimes (40). La grossesse peut ne pas être désirée, parce qu'elle résulte d'un viol conjugal ou de l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception.

Lors d'un suivi par le service de Protection Maternelle et Infantile

Il n'existe à l'heure actuelle que très peu de postes de gynécologue en PMI, mais tout laisse penser qu'ils ont un rôle clef à jouer. En effet, les consultations de PMI sont ouvertes à tous, mais sont plus orientées vers le suivi des familles en difficulté. Un suivi en PMI est souvent proposé alors que des « signes d'alerte » ont été mis en évidence. Le médecin peut alors essayer de s'appuyer sur ce qui lui a été signalé pour aborder la question des violences conjugales. De plus, les consultations de suivi de grossesse, ou le suivi post-natal permettent d'établir un climat de confiance, que les visites à domicile contribuent à renforcer, en donnant accès à l'intimité des couples.

- **Envisager un dépistage systématique ?**

En France, il n'existe pas de recommandation concernant le dépistage des violences conjugales, ni en médecine générale, ni en gynécologie. En revanche, en ce qui concerne l'obstétrique, et particulièrement la préparation à la naissance et à la parentalité, la Haute Autorité de Santé recommande, depuis 2005 (44), un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité, dont font partie les violences conjugales. La mise en œuvre de cette recommandation récente est en cours.

A la différence de la France, les Etats-Unis et le Canada recommandent un dépistage systématique en médecine générale et l'encouragent vivement en gynécologie-obstétrique.

- Le *Council on Scientific Affairs* de l'*American Medical Association* préconise un dépistage systématique en médecine de premier recours, ainsi qu'une approche structurée de documentation et de renvoi aux ressources communautaires appropriées (3, 4).
- La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) recommande, pour sa part, d'être très vigilant et décrit les symptômes physiques et psychologiques

pouvant être présents au moment de l'examen (90). Sans encourager directement le dépistage systématique, la SOGC propose un bref questionnaire à utiliser lors de l'anamnèse.

- L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* adopte une approche similaire (2). SOGC et ACOG ont établi une marche à suivre de conseil, d'orientation et de suivi des patientes victimes de violence (54).
- Au Royaume-Uni, le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recommande le dépistage systématique de la violence domestique lors du suivi anténatal, à l'aide d'un questionnaire inclus dans l'interrogatoire social, à répéter lors du suivi (10). En dehors de la grossesse, les recommandations sont plus nuancées : le dépistage ne doit être envisagé qu'après mise en place d'un protocole d'intervention pour les femmes victimes et ne doit être réalisé que par des professionnels formés (45).
- Un dépistage systématique des violences domestiques est préconisé par l'*American Academy of Pediatrics* (1) chez les femmes accompagnant des enfants en service de pédiatrie.

Selon une revue de la littérature de 2002, les violences conjugales sont mieux détectées si un dépistage est pratiqué (78) et plusieurs études ont montré que l'utilisation de questionnaires permettait d'améliorer ce dépistage : PVS (35, 48), WEB (89), AAS (58, 59, 72), WAST (13, 14), ALPHA (19, 65), notamment. Un dépistage à chaque trimestre de la grossesse augmenterait le taux de détection de la violence de 5 à 8% au premier trimestre et jusqu'à 17% au troisième trimestre (63).

Pourtant la mise en oeuvre d'un dépistage reste difficile et partielle. Aux Etats-Unis, en dépit des recommandations en vigueur, seuls 37 à 39% des gynécologues pratiquent un dépistage systématique lors de la première consultation prénatale (24, 49, 74), et 27% lors de la première consultation de gynécologie ; mais le dépistage est plus fréquent, de l'ordre de 70%, lorsque le gynécologue suspecte des violences (49). On sait, grâce aux PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System), à partir d'informations recueillies chez près de 22 000

femmes, réparties dans 14 états américains, que 61 à 78 % des femmes n'ont pas abordé la question avec leur médecin pendant les visites prénatales (31). Le dépistage est difficile, même pour des médecins habitués (39). Au CHU de Nantes, une étude rétrospective a été réalisée en 2005 (97), suite à la mise en place d'un nouveau dossier d'obstétrique dans lequel apparaît la question « Avez-vous subi des violences ? » ; le dépistage a concerné, sur la période étudiée, 75% des patientes et a été bien accepté par les professionnels.

L'avis des femmes sur le dépistage des violences conjugales a été recueilli à plusieurs reprises. Une grande majorité est favorable à un dépistage systématique (12, 36, 75, 86) : 86% dans une enquête américaine de 2000 (18), 80% dans une enquête anglaise de 2002 (81). Concernant le dépistage systématique de la violence conjugale en maternité, il semble acceptable à condition qu'il soit réalisé dans un environnement sûr, que la confidentialité soit assurée, que le professionnel soit entraîné, fasse preuve d'empathie et ne juge pas (6, 83).

- **Repérer les signes et instaurer un dialogue**

Certains comportements ou symptômes doivent interpeller et amener à interroger plus spécifiquement sur d'éventuelles violences conjugales (101).

Certains comportements doivent alerter :

- Des consultations médicales fréquentes et répétitives évoquant une "surconsommation médicale".
- Une incohérence dans le récit des faits, un refus d'expliquer l'origine des blessures ou symptômes, un délai important entre l'accident et la demande de soins.
- Des retards ou "oublis" des rendez-vous, départs précipités de la consultation ou attitude pressée.
- Une dépendance vis-à-vis du conjoint : la femme le regarde avant de parler, semble en avoir peur.
- Des abus de substances tels que tabac, alcool, drogue, médicaments analgésiques ou antidépresseurs, anxiolytiques.
- Un refus de l'examen gynécologique, des IVG à répétition, un recours fréquent à la contraception d'urgence.

Chez le conjoint, il faut être attentif à :

- Une attitude envahissante, trop prévenante, à des réponses à la place de la femme, des tentatives de contrôle de la partenaire par des expressions du visage ou attitudes intimidantes.
- Des violences verbales, des critiques des actes de la partenaire.

Certains symptômes cliniques sont également des signes d'appel :

- Des lésions traumatiques, telles que contusions, plaies, brûlures, fractures.

- Des troubles psychologiques : troubles émotionnels (colère, honte, culpabilité, anxiété, état de panique), troubles psychosomatiques (douleurs chroniques, céphalées, asthénie, palpitations, difficulté à respirer, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation), dépressions, syndromes de stress post-traumatiques, troubles psychotiques. L'attention du médecin est attirée par des manifestations de nervosité, des sursauts, des pleurs, une inquiétude, une gêne, un embarras, des regards fuyants, une confusion.
- Des affections génitales : lésions traumatiques, mutilations, maladies sexuellement transmissibles, dyspareunies, troubles sexuels, douleurs pelviennes chroniques, infections génito-urinaires à répétition.
- Des pathologies chroniques aggravées ou déséquilibrées, comme le diabète, l'asthme.

Parallèlement à l'attention qu'il porte à ces comportements et symptômes, le médecin peut aussi aborder plus directement le sujet avec la femme, soit au travers de questions plus ou moins précises, librement formulées, soit à l'aide de questionnaires standardisés. Au cours des vingt dernières années, de nombreux instruments de dépistage des violences conjugales ont été créés, mais aucun ne semble meilleur que les autres (104). Le *US Preventive Services Task Force* conclut que les données sont insuffisantes pour recommander le recours à des outils de dépistage spécifiques, mais suggère aux médecins de surveiller les signes de violence et d'utiliser des questions pour un dépistage sélectif au cas par cas (96). Des exemples de questions informelles et de questionnaires standardisés sont proposés en annexe.

L'avis des femmes a été recueilli concernant les diverses techniques de dépistage. Les opinions divergent : dans une étude réalisée en 2006, deux tiers des femmes ont préféré une approche personnalisée à des questionnaires (PVS ou WAST) (57) ; dans une autre étude de 2006 (61), les femmes ont préféré un auto-questionnaire à un entretien en face à face.

Indépendamment du moyen utilisé pour dépister, une méta-analyse d'études qualitatives anglophones concernant les femmes exposées aux violences conjugales, publiée en 2006 (34), montre que les femmes souhaitent des questions non directives et ne comportant pas de jugement, personnalisées et appréciant la complexité des situations. Le caractère approprié ou non de la réponse du professionnel dépend du contexte de la consultation, du

fait qu'elles se sentent elles-mêmes prêtes et de la relation qu'elles entretiennent avec le professionnel.

- **L'importance de la qualité d'écoute du médecin**

Face à une femme victime de violences de la part de son conjoint (101) :

Ce qu'il faut faire

- La rassurer sur la confidentialité de l'entretien.
- La croire et le lui dire.
- La déculpabiliser, lui dire que ce n'est pas elle qui est responsable mais son conjoint.
- Dire que la violence conjugale est un délit punissable par la loi.
- Respecter ses choix.
- Orienter la patiente vers un confrère ou une structure adéquate.

Ce qu'il ne faut pas faire

- Faussement rassurer la patiente.
- Dire ou donner l'impression que tout va être réglé facilement.
- Dire qu'il faut ou suffit de partir pour en finir.
- Culpabiliser par des remarques comme « Pourquoi restez-vous avec lui ? Qu'est-ce que vous avez fait pour qu'il soit violent ? Si vous vouliez vraiment que cela cesse, vous partiriez ».
- Gérer le problème comme un simple conflit du couple.
- Avoir une attitude choquée ou catastrophée.

Si la patiente répond qu'elle n'est pas violentée, si elle reste évasive et/ou refuse de préciser quelle est la nature de ses soucis, s'il existe une forte suspicion de violence alors que la patiente le nie, le médecin doit faire passer le message à sa patiente qu'elle peut être aidée. En effet, beaucoup de femmes, malgré les efforts et les questions du médecin, n'oseront pas divulguer leur situation par honte et par peur. Toutefois elles doivent entendre qu'il est prêt à parler de la violence avec elles et à les aider. On peut dire simplement (101) :

« Je vous pose ces questions sur votre couple car de nombreuses femmes sont victimes de violences de la part de leur conjoint. Le médecin peut les aider et les soutenir »

Il est absolument inutile et dangereux que le soignant immisce son propre projet de prise en charge dans la vie de la victime. Pour espérer un résultat à long terme, elle doit elle-même réaliser la démarche de prise en charge, quand elle se sent prête (17, 108).

2 - Initier une prise en charge globale

- **Evaluer la gravité des violences**

Lorsque des violences conjugales ont été mises en évidence par le gynécologue-obstétricien, il est impératif d'évaluer leur gravité afin de prévenir un risque potentiellement grave et afin d'orienter au mieux la patiente.

Dans un premier temps, il est important de **caractériser les violences** en reprenant avec la femme l'historique (ancienneté de la violence, éventuelles séparations passées, éventuelles démarches déjà entreprises ou en cours) et la nature des violences subies (physiques, verbales, psychologiques, sexuelles, économiques). Des questions permettant de préciser les caractéristiques des violences sont proposées en annexe.

Le médecin évalue ensuite les **conséquences des violences** par un examen complet et un interrogatoire détaillé, noté par écrit, accompagné de schémas, à la recherche de :

- Lésions traumatiques, conséquences directes des violences physiques, souvent localisées sur le visage, le crâne, le cou et les extrémités.
- Troubles psychologiques, symptômes psychosomatiques.
- Grossesse.
- Atteintes génitales, absence de liberté à utiliser la contraception.
- Pathologies chroniques déséquilibrées.

Un complément d'interrogatoire permet ensuite d'évaluer le **danger lié aux violences**, et d'en faire prendre conscience à la victime. Il faut garder à l'esprit que beaucoup de femmes minimisent le danger qui les menace, et que c'est souvent lorsqu'elles quittent le domicile que les femmes sont assassinées. Des questions types, jointes en annexe, permettent d'évaluer les divers risques encourus : risque de sécurité immédiate, risque suicidaire, risque vital, ainsi que les risques auxquels sont exposés les enfants.

La femme victime a deux solutions : soit elle souhaite rentrer chez elle, soit elle veut quitter son partenaire et s'installer temporairement dans un lieu sûr. Le médecin établit donc un « plan de sécurité » en fonction de sa situation, de ses priorités et de ses choix (101).

- **Rédiger le certificat médical**

Les violences conjugales constituent un délit passible du Tribunal correctionnel. Si la patiente décide de déposer une plainte, le certificat médical est un élément de preuve retenu par le magistrat ; si la patiente ne souhaite pas déposer plainte, un constat médical pourra lui être utile plus tard. En aucun cas, le médecin ne doit refuser de donner un certificat descriptif. En tant que document à portée juridique, le certificat médical doit être établi de manière rigoureuse et suivre les obligations légales précisées en annexe.

Il doit également être le plus neutre possible : le rôle du médecin est de constater. Il doit se contenter de décrire ce qu'il peut voir et ne doit jamais interpréter. Il ne doit certifier que ce que l'examen clinique lui a permis de constater. En cas de violences sexuelles, il ne doit pas employer le terme de viol qui est un terme juridique. Dans le cas d'un certificat fait à la demande de l'intéressée, le certificat est remis en main propre à la patiente ; dans le cas d'un certificat fait sur réquisition, le certificat est remis à l'autorité requérante.

Le médecin doit également **fixer l'ITT (Incapacité Totale de Travail)**. Il faut distinguer l'ITT pénale, notion médico-juridique qui concerne le travail personnel, et l'ITT civile, notion médico-sociale, estimée par un arrêt de travail : « Est en ITT celui qui n'a pas la totalité de ses capacités » (85). L'ITT permet au juge d'évaluer les violences, d'apprécier le préjudice subi et la dangerosité de l'agresseur, de déterminer la peine. Le médecin, auquel il revient de fixer l'ITT, doit évaluer l'incapacité à effectuer des actes de la vie courante : il estime le retentissement fonctionnel et psychologique de l'agression, selon la Classification OMS, jointe en annexe. L'ITT peut être réévaluée ultérieurement si nécessaire.

Une ITT inférieure à 8 jours constitue une contravention ; une ITT supérieure à 8 jours constitue un délit. Selon l'article 222-13 du nouveau Code Pénal, les violences exercées dans le cadre familial sont considérées comme un délit quelle que soit la durée de l'ITT, même si elle est nulle. En effet, la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des « atteintes volontaires à la personne », depuis la loi n°92-683 du

22 juillet 1992, qui porte réforme des dispositions du Code pénal. La loi du 4 avril 2006 a élargi cette circonstance aggravante aux concubins, "pacsés" et anciens conjoints.

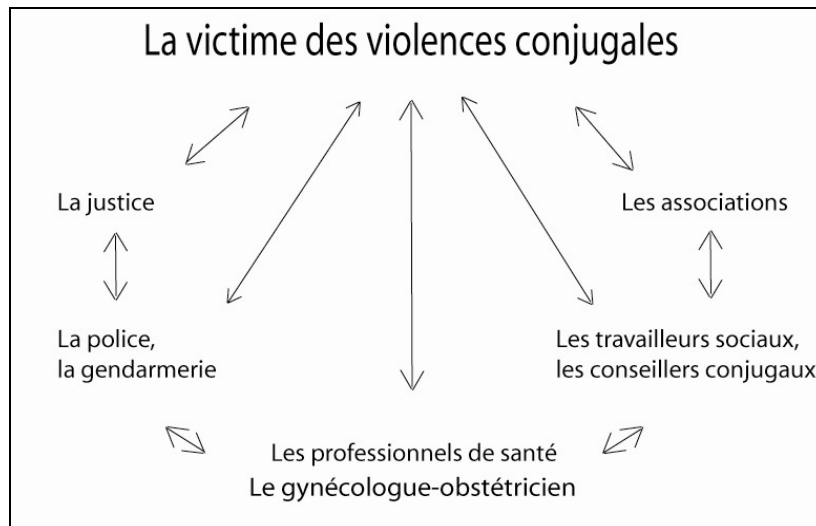
Au total, le médecin doit :

- Traiter les lésions et les troubles médicaux.
- Consigner les données de l'interrogatoire et de l'examen dans un dossier médical. Ce dossier permet de regrouper toutes les données recueillies lors de la consultation, de rédiger le certificat médical, de prouver l'ancienneté et la chronicité des dommages. Il peut être utile si le médecin est amené à témoigner en justice.
- Rédiger le certificat médical.
- Si possible, photographier les atteintes, avec l'autorisation de la patiente.

- **Orienter vers un réseau**

Pour le gynécologue, gérer seul la situation des patientes victimes de violences n'est ni possible, ni suffisant (101). Il est indispensable de trouver des relais efficaces pour accompagner les victimes, car le gynécologue n'a pas les compétences nécessaires pour aider ces femmes de manière globale. Trouver un lieu d'hébergement au moment du départ, déposer une plainte suite à une crise aiguë, faire connaître leurs droits aux femmes, leur réapprendre à penser par elles-mêmes et pour elles-mêmes par exemple, ne font pas partie du travail du gynécologue. Il est important qu'il sache que la prise en charge des violences conjugales comprend une reconnaissance à la fois personnelle, par la victime elle-même, mais aussi médicale, sociale et judiciaire - et que son intervention ne peut être que partielle (56). La prise en charge des victimes doit être globale, à la fois biomédicale, psychoaffective, socioculturelle et médicolégale : le réseau des intervenants se met en place selon leurs besoins (20).

Le réseau des intervenants dans les situations de violences conjugales



Les acteurs exercent dans des secteurs et des institutions diverses. Pour un fonctionnement efficace de ce réseau, les échanges doivent se faire à l'intérieur de chaque groupe, entre les différents groupes et, prioritairement, avec la victime, afin d'adapter les aides aux besoins.

Différents acteurs interviennent auprès de la victime et s'organisent en réseau dans ces situations qui sont souvent très complexes et lourdes à gérer. Mais la construction de ce réseau est **informelle** et sollicite des acteurs différents selon les cas, adaptés aux besoins propres de la victime. Chacun des intervenants du réseau assure une partie de la prise en charge du drame des femmes et des familles victimes de violences, dans le domaine spécifique qui est le sien. Une dynamique de groupe constitue le cœur même du réseau ; elle résulte d'une véritable « **action collective** » (67). En effet, le réseau est de l'ordre du collectif, c'est-à-dire du partage, et ne se réduit pas à la somme des compétences de ses acteurs. Il ne s'agit pas simplement de constituer un carnet d'adresses pour diriger les victimes vers les acteurs appropriés, mais de faire émerger un projet collectif et des pratiques communes.

Le travail collectif confère sécurité et sérénité aux différents acteurs du réseau, notamment au gynécologue-obstétricien. Pour apporter une meilleure aide à la victime, le médecin sera amené à se référer en permanence à son statut de soignant et à profiter au maximum de l'interdisciplinarité. Ainsi, le gynécologue peut proposer à la patiente des soins adaptés à ses besoins et à ses souhaits, mais n'a pas à intervenir dans la prise en charge médicale générale, sociale ou judiciaire (en dehors de la rédaction d'un éventuel certificat).

Le travail en commun, la réflexion collective permettent de prendre du recul face aux situations de violence souvent dramatiques. Ils aident notamment à lutter contre un mouvement inconscient d'identification projective qui fait que nous avons tendance à être violents avec les personnes ayant subi des violences (56). En prenant conscience de ce phénomène, les acteurs peuvent aider les femmes victimes d'une emprise perverse qui perdent progressivement confiance en toute forme d'aide possible. De la même façon, le travail en réseau aide à déjouer les tentatives de clivage entre les intervenants causées par l'attitude de l'agresseur, lui-même dans l'incapacité de mettre en mots les conflits, de repérer les moments de conflits, de laisser l'autre penser, sans culpabilité et sans honte (7).

Mais construire une représentation commune du problème à résoudre et rechercher collectivement des réponses oblige à une réflexion sur la manière nouvelle de se partager les tâches. Dans ce groupe informel d'intervenants, apparaissent des fantasmes de rivalité, de séduction, de clivage ou de déni, liés à la gestion du pouvoir. Les acteurs peinent parfois à travailler avec d'autres, tant ils sont pris dans leurs impératifs. En effet, comme ils ont tous une formation différente et une approche ciblée de la situation, il n'est pas toujours facile de trouver des terrains d'entente. Pour P. Boulot (102), « une collaboration ne peut s'instaurer que par l'expérience, à travers les échecs et les succès, et ne peut se produire qu'au fil du temps. On peut toujours décider autour d'une table qu'on va travailler ensemble, c'est au sein d'expériences cliniques, qu'il faut souvent régler en urgence, que se développe un véritable échange ». Il semble primordial que les différents acteurs se connaissent, se fassent confiance et communiquent, de façon à pouvoir faire appel à l'un ou l'autre facilement. Des rencontres peuvent être organisées afin de partager les expériences, reprendre les situations pour lesquelles la prise en charge a été satisfaisante, ou au contraire analyser les échecs pour identifier quelles ont été les failles.

Ces prises en charge en réseau sont facilitées par la création d'unités telles que l'UGOMPS (Unité de Gynécologie Obstétrique Médico Psycho Sociale) à Nantes, qui regroupe en un même lieu gynécologue-obstétricien, sage-femme, médecin généraliste, psychiatre,

psychologue, assistante sociale, médecin de PMI, pédiatre notamment, et travaille en collaboration avec le Centre Fédératif Médico-légal. La mise en place de ces unités particulièrement bien adaptées à la prise en charge des victimes de violences conjugales constitue une initiative efficace qui mérite d'être développée.

CONCLUSION

Les violences conjugales constituent un problème extrêmement préoccupant, tant au plan personnel des victimes qu'au plan de la société, aussi bien en terme de suivi médical individuel que plus largement de Santé Publique. Il est urgent de briser le silence. Le manifeste du 8 mars 2007 (66), signé par cinq médecins particulièrement impliqués dans ce domaine, intitulé « Les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Une urgence de santé publique », souligne que, en tant que citoyens et en tant que médecins, nous avons à dépister les victimes, femmes et enfants témoins, pour leur proposer des soins adaptés et pratiquer ainsi une médecine de qualité. En tant que citoyens et en tant que médecins, nous nous devons de mettre nos compétences au service des victimes, d'améliorer nos pratiques et de nous former pour mieux les accueillir et les accompagner.

Les médecins, quelle que soit leur spécialité, sont tous confrontés à des drames, et tout particulièrement les gynécologues-obstétriciens qui sont les « médecins des femmes ». Les consultations de gynécologie et de suivi de grossesse constituent des opportunités de dépistage qu'il faut saisir.

Il semble nécessaire de sensibiliser et former les professionnels de santé à cette question, dans la continuité des actions déjà entreprises auprès des professionnels de la Police, de la Gendarmerie, du Parquet notamment. Ces intervenants, épaulés par les associations, doivent se coordonner en réseaux formels ou informels, permettant une prise en charge multidisciplinaire réellement incontournable.

Les questions relatives au dépistage, à ses techniques comme à son caractère systématique, ne sont pas tranchées et mériteraient d'être approfondies. En dépit de ces incertitudes, on constate que le simple fait de dépister est déjà décisif : la dénonciation des violences conjugales constitue la première étape de la prise en charge, même si la victime ne révèle rien sur le moment (105). Toutefois, il n'existe encore que très peu de données démontrant qu'un meilleur dépistage permet de mieux prendre en charge les victimes (71, 93), le bénéfice des aides étant difficilement mesurable. L'évaluation des actions visant à améliorer la santé et le bien-être des victimes devra être une priorité des recherches à venir (106).

BIBLIOGRAPHIE

- 1- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998;101(6):1091-2.
- 2- American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic violence. [Technical Bulletin 209]. Washington DC, ACOG;1995;1-9.
- 3- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Violence against women : relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992;267(23):3184-9.
- 4- American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines for domestic violence. *Arch Fam Med.* 1992;1:39-47.
- 5- Amnesty International. Mettre fin à la violence contre les femmes : un combat pour aujourd'hui. [Rapport 570.405], 2004.
- 6- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Women's perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG* 2002;109:9-16.
- 7- Beloncle M. Quels hommes ? *Les violences conjugales. Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations et la justice* [colloque], Nantes, juin 2007.
- 8- Bensley L et al. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med.* 2003;25(1):38-44.
- 9- Berenson AB, Wiemann CM et al. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:1760-9.
- 10- Bewley S, Friend J, Mezey G. Violence against women, *RCOG Press*, 1997.
- 11- Bonomi AE et al. Intimate partner violence in older women. *Gerontologist* 2007;47 (1):34-41.
- 12- Bradley F, Smith M et al. Reported frequency of domestic violence : cross sectionnal survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324(7332):271.
- 13- Brown JB, Lent B et al. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* 1996;28(6):422-8.
- 14- Brown JB, Lent B et al. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract.* 2000;49(10):896-903.
- 15- Bydlowski M. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997.
- 16- Campbell JC. Abuse during pregnancy : progress, policy, and potential. *Am J Pub Health.* 1998;88(2):185-7.
- 17- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359(9314): 1331-6.

- 18- Carlson-Gielen A et al. Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):279-85.
- 19- Caroll J, Reid A et al. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns : a randomized controlled trial. *CMAJ* 2005;173(3):253-9.
- 20- Carton V. Proposition pour une prise en charge en réseau. *Les violences conjugales. Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations et la justice* [colloque], Nantes, juin 2007.
- 21- Centre canadien de la statistique juridique. Enquête Sociale Générale 1999. *Agence de santé Publique du Canada, Ottawa, 1999.*
- 22- Centre canadien de la statistique juridique. Mesure de la violence faite aux femmes. Tendances statistiques 2006. *Agence de santé Publique du Canada, Ottawa, 2006.*
- 23- Chambonet JY, Jarnet L et al. Violences conjugales...ou ménages dangereux. *La revue du praticien* 1996;344(10):25-30.
- 24- [Clark KA](#), [Martin SL](#) et al. Who gets screened during pregnancy for partner violence? *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1093-9.
- 25- Coker AL et al. Frequency and correlates of intimate partner violence by type : physical, sexual and psychological battering. *Am J Pub Health.* 2000;90(4):553-9.
- 26- Cokkinides VE et al. Physical violence during pregnancy, maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999; 93:661-6.
- 27- Covington DL et al. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *J Reprod Med.* 2001;46:1031-9.
- 28- Coy-Gaschen C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généralistes avec le questionnaire RICCP. Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine, Université Pierre et Marie Curie, Paris, 2005.
- 29- Dearwater SR et al. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA* 1998;280(5):433-8.
- 30- Direction générale de la Police et de la Gendarmerie nationales. Etude nationale des décès au sein du couple. Année 2006. *Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, 2006.*
- 31- Durant T et al. Opportunities for intervention. Discussing physical abuse during prenatal care visits. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):238-44.
- 32- Elliott BA. Screening for family violence : overcoming the barriers. *J Fam Pract.* 2000;49(2):137-8.
- 33- Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med.* 1999;341(12):886-92.
- 34- Feder G et al. Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals : a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med.* 2006;166:22-37.
- 35- Feldhaus KM, Koziol-Mc Lain J et al. Accuracy of three brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997;277(17):1357-61.
- 36- Fogarty C, Burge S, Mc Cord E. Communicating with patients about intimate partner violence : screening and interviewing approaches. *Fam Med.* 2002;34(5):369-75.
- 37- Garcia-Moreno C, Jansen HA. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368 (9543):1260-9.

- 38- Gazmararian JA, Lazorick S et al. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996;275:1915-20.
- 39- Gerbert B et al. A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med.* 1999;131(8):578-84.
- 40- Glander S et al. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstet Gynecol.* 1998;91:1002-6.
- 41- Guth A, Pachter L. Domestic violence and the trauma surgeon. *Am J Surg.* 2000;179:134-40.
- 42- Gutmanis I et al. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Pub Health.* 2007;7:12.
- 43- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Convention sur l'élimination des discriminations à l'égard des femmes. [Résolution 34/180], New York, 1979.
- 44- Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la Parentalité [Recommandations pour la pratique clinique], Saint Denis la Plaine : HAS, 2005.
- 45- Health I. Domestic violence : the General Practitioner's role. *Royal College of General practitioners*, London, England, 1998.
- 46- Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. [Rapport au ministre de la Santé], 2001.
- 47- Hirigoyen MF. *Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple*, Paris, Pocket, 2006.
- 48- Holtrop T et al. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic : be prepared ! *Pediatrics* 2004;114:1253-7.
- 49- Horan D et al. Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 1998;92(5):785-9.
- 50- www.humanitary.org/ Site de l'Institut de l'Humanitaire.
- 51- Huth-Bocks AC et al. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Viol Vict.* 2002;17:169-85.
- 52- Jaspert M et col. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale, Paris : *La Documentation Française*, 2003.
- 53- Jewkes R. Intimate partner violence : causes and prevention. *Lancet* 2002;359(9315):1423-9.
- 54- Jones III RF. Domestic violence : let our voices be heard. *Obstet Gynecol.* 1993;81(1):1-4.
- 55- Koziol-Mc Lain J et al. Predictive validity of a screen for partner violence against women. *Am J Prev Med.* 2001;21(2):93-100.
- 56- Lopez G. Spirale de la violence. *Les violences conjugales. Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations et la justice* [colloque], Nantes, juin 2007.
- 57- McCord-Duncan E, Floyd M et al. Detecting potential intimate partner violence : which approach do women want ? *Fam Med.* 2006;38(6):416-22.
- 58- McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy : severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA* 1992;267:3176-8.

- 59- McFarlane J, Parker B. Preventing abuse during pregnancy : an assessment and intervention protocol. *Am J Matern Child Nurs.* 1994;19:321-4.
- 60- [McFarlane J](#), [Greenberg L](#), [Weltge A](#), [Watson M](#). Identification of abuse in emergency departments : effectiveness of a two-question screening tool. *J Emerg Nurs.* 1995;21(5):391-4.
- 61- McMillan HL, Wathen CN et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings : a randomized trial. *JAMA* 2006;296(5):530-6.
- 62- Maureen C et al. Intimate partner violence. New directions. *Ann NY Acad Sci.* 2006;1087:121-41.
- 63- Mayer L, Liebschutz J. Domestic violence in the pregnant patient : obstetric and behavioral interventions. *Obstet Gynecol Surv.* 1998;53(10):627-35.
- 64- Mezey GC, Bewley S. Domestic violence and pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104: 528-31.
- 65- Midmer D, Bryanton J et al. Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Can Fam Physician.* 2004;50:80-7.
- 66- Morvant C, Lazimi G, Piet E, Lopez G, Van Wassenhove L. Manifeste du 8 mars 2007. Les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Une urgence de santé publique.
- 67- Naiditch M. « Des réseaux et des femmes », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 68- Nations Unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, [Résolution 48/104], New York, 1993.
- 69- Nations Unies. Déclaration et programme d'action de Beijing [Rapport de la quatrième Conférence Mondiale sur les femmes. Beijing, Chine, 1995], New York, 1996.
- 70- Neggers Y et al. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obst Gynecol Scand.* 2004;83:455-60.
- 71- Nelson HD, Nygren P et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140(5):387-96.
- 72- [Norton LB](#), [Peipert JF](#) et al. Battering in pregnancy : an assessment of two screening methods. *Obstet Gynecol.* 1995;85(3):321-5.
- 73- Parker B et al. Abuse during pregnancy : effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol.* 1994;84:323-8.
- 74- Parsons L et al. Methods and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;173:381-7.
- 75- Pudukollu M. Domestic violence : screening made practical. *J Fam Pract.* 2003 52(7):537-43.
- 76- Rachana C et al. prevalence and complications of physical violence during pregnancy. *Eur J Obstet Reprod Biol.* 2002;103(1):26-9.
- 77- Raj A, Santana MC et al. Perpetration of intimate partner violence associated with sexual risk behaviors among young adult men. *Am J Pub Health.* 2006-;96(10):1873-8.
- 78- Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002;325:314-27.

- 79- Reel SJ. Violence during pregnancy. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1997;9(2):149-57.
- 80- Reid AJ, Biringer A et al. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *CMAJ* 1998;159(6):677-84.
- 81- Richardson J et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324(7332):274.
- 82- Rickert VI et al. The relationship among demographics, reproductive characteristics, and intimate partner violence. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(4):1002-7.
- 83- Rinard Renker P, Tonkin P. Women's views of prenatal violence screening. Acceptability and confidentiality issues. *Obstet Gynecol.* 2006;107:348-54.
- 84- Rivara F, Anderson M et al. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2007;32(2):89-96.
- 85- Rodat O. Le centre fédératif des activités de médecine légale. *Les violences conjugales. Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations et la justice* [colloque], Nantes, juin 2007.
- 86- Rodriguez MA, Sheldon WR et al. The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians. *J Fam Pract.* 2001;50(4):338-44.
- 87- Saunders EE. Screening for domestic violence during pregnancy. *Int J Trauma Nurs.* 2000; 6:44-7.
- 88- Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B, Romito P. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex.* 1997;25(2):159-64.
- 89- Smith PH, Earp JA, DeVellis R. Measuring battering : development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. *Womens Health* 1995;1:273-88.
- 90- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. *Violence against women* [Politique 46]. The Society, Ottawa, 1996.
- 91- Stenson K et al. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2001;22(4):189-97.
- 92- Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *JAMA* 1992;267:3157-60.
- 93- Taket A, Nurse J et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ* 2003;327:673-6.
- 94- Thompson RS et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med.* 2006;30(6):447-57.
- 95- Tursz A et col. Commission Genre et Violence. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé, [Application de la loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004], 2005.
- 96- US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence : recommendation statement. *Ann Fam Med.* 2004;2:156-60.
- 97- Valade I. Violences conjugales. Quel dépistage en maternité ? *Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme*, Nantes 2006.
- 98- Valladares E et al. Physical partner abuse during pregnancy : a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol.* 2002;100:700-5.

- 99- Van Wassenhove L. Comment aborder cette question en consultation ? *Les violences conjugales. Rôle des professionnels de santé, en réseau avec les associations et la justice* [colloque], Nantes, juin 2007.
- 100- Vest JR et al. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2002;22(3):156-64.
- 101- www.violences.fr Site d'information pour les professionnels de santé sur les violences conjugales.
- 102- Visier JP. et coll. « Pédopsychiatres, pédiatres, obstétriciens travaillent ensemble. Du holding à l'identification », in Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 103- Waalen J, Goodwin MM et al. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med.* 2000;19(4):230-7.
- 104- Waltermaurer E. Measuring intimate partner violence : you may only get what you ask for. *J Interpers Violence* 2005;20(4):501-6.
- 105- Warshaw C Alpert E. Integrating routine inquiry about domestic violence into daily practice. *Ann Intern Med.* 1999;131(8):619-20.
- 106- Wathen CN MacMillan HL. Interventions for violence against women : scientific review. *JAMA* 2003;289(5):589-600.
- 107- Weinsheimer RL et al. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *J Trauma.* 2005;58(1):22-9.
- 108- Zink T. Domestic violence. *Health Aff.* 1997;80:26-32.