

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—
**Tome XXVIII
publié le 1.12.2004**



*VINGT-HUITIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2004*

Dépistage des violences faites aux femmes

R. HENRION*
(Paris)

INTRODUCTION

À l'image de « la femme battue » qui s'impose lorsqu'il est question des violences faites aux femmes, s'ajoute fréquemment celle de la femme agressée ou violée dans quelque ruelle sombre ou parking désert. Mais de ces deux figures emblématiques, c'est surtout l'agression dans l'espace public qui cristallise les peurs. En fait, paradoxalement, la famille, loin d'être cet espace protégé, privilégié et heureux qu'il devrait être, est le lieu où s'observent les violences les plus fréquentes, sinon les plus graves, envers les femmes et c'est électivement le dépistage de ces violences que nous étudierons.

Elles se manifestent par des comportements masculins agressifs et destructeurs, ne se limitant pas aux coups et sévices corporels mais incluant d'autres formes de violences : verbales, psychologiques, sexuelles, voire économiques. Souvent insidieuses, elles s'installent progressivement et se développent selon des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps suivant les paliers d'une inexorable escalade, entrecoupés de périodes de rémission pendant lesquelles la femme, prête à pardonner, reprend espoir.

* Académie nationale de médecine
16 rue Bonaparte, 75272 - PARIS CEDEX 06

Elles se distinguent des conflits entre époux ou concubins, encore appelés « conjugopathies », par le caractère inégalitaire de la violence exercée par l'homme qui veut dominer, asservir, humilier son épouse ou sa partenaire. Elles se distinguent aussi des violences sado-masochistes dans lesquelles la femme accepte ou sollicite les coups.

Pendant longtemps, ces violences n'ont concerné que la police, la justice et les travailleurs sociaux. Peu à peu, le rôle des médecins, qui se limitait à la rédaction de certificats médicaux et aux soins d'urgence, est devenu primordial, notamment celui des gynécologues et obstétriciens parmi les plus aptes à mettre une femme en confiance, recueillir ses doléances et la conseiller.

L'IMPORTANCE DU DÉPISTAGE

Nombreux sont les médecins qui n'ont pas conscience de l'ampleur du problème et n'imaginent même pas que de tels faits puissent survenir dans leur clientèle. Ils pensent à tort que le phénomène est réservé à une population défavorisée. Ils ne croient pas que des violences puissent s'observer dans n'importe quel milieu quels que soient l'éducation, la religion, le statut marital, le niveau socio-économique, l'ethnie. Ils ont parfois tendance à s'identifier à leurs patientes d'autant plus qu'elles ont un mode de vie comparable et qu'ils connaissent la famille depuis de longues années.

Et pourtant, l'étude épidémiologique princeps, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff (16)) qui a porté sur 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans interrogées par téléphone, en a révélé la fréquence et les méfaits. Au cours des douze derniers mois, 10 % des femmes ont subi des violences, 24,2 % des pressions psychologiques, 2,5 % des agressions physiques et 0,9 % des rapports sexuels imposés. Rapportés à l'ensemble de la population française féminine de cette tranche d'âge, les chiffres sont impressionnants : environ 1 million 500 mille femmes auraient subi des violences, près de 400 000 auraient été frappées et 160 000 violées par leur mari ou leur concubin. La fréquence est homogène quelles que soient les catégories socio-professionnelles. L'enquête a aussi révélé que le médecin, hors violences aiguës, nocturnes, où c'est la police qui intervient, est le plus souvent le premier interlocuteur des femmes victimes de violence (24 % dans l'enquête Enveff (16) avant même la police ou la gendarmerie, 13 %).

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Une autre statistique de Saurel-Cubizolles et coll. (31) portant sur 761 femmes primipares ou secondipares accouchées dans trois maternités de la région Ile-de-France a montré que la fréquence des violences conjugales dans l'année suivant l'accouchement est de 4,1 %. D'autres études françaises ont mis en évidence l'activité des médecins généralistes (7) et des services médico-judiciaires (33). Elles confirment la fréquence des violences et les difficultés de prise en charge des victimes. L'enquête Enveff a été critiquée par certains épidémiologistes et sociologues français mettant en doute la validité de ses conclusions. En réalité, les enquêtes faites en Europe et aux États-Unis concordent avec celles faites en France.

En Europe (Angleterre, Suisse, Pays-Bas, Finlande), même si les statistiques portent sur des populations parfois différentes, même si la définition des violences est variable, des proportions semblables sinon plus élevées qu'en France ont été publiées (16, 18, 30). En Espagne, la situation est telle que le terme de « terrorisme conjugal » a été employé. En août 2003, 43 femmes avaient été tuées par leur mari ou leur compagnon depuis le début de l'année.

Aux États-Unis, dès 1989, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (2) avait alerté ses membres et adressé à chacun d'eux un bulletin technique d'information intitulé « *The battered woman* ». En juin 1992, c'est l'*American Medical Association* (9) qui a publié des recommandations. En 1995, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (3) a renouvelé sa mise en garde. En, 1993, Jones (17) écrit qu'il s'agit d'un véritable fléau, une femme étant victime de violences conjugales toutes les 12 secondes. En 1999, Eisenstat et Bancroft (11) ont rapporté qu'une femme sur trois se présentant aux urgences, une sur quatre consultant les médecins généralistes, une sur six consultant en obstétrique, ont été victimes de violences de la part de leur partenaire.

LES ALÉAS DU DÉPISTAGE

Il arrive que la victime, après plusieurs mois ou plusieurs années, ose parler spontanément à son médecin des violences qu'elle subit, soit parce que les épisodes deviennent plus fréquents et plus graves, soit parce que les enfants sont concernés, soit encore parce qu'elle a pris la décision de divorcer. Mais le plus souvent, le diagnostic est livré à la sagacité du médecin qui doit déceler la vérité devant des lésions plus ou moins évidentes.

Les lésions détectables

Certaines lésions sont aisément détectables bien que parfois volontairement masquées par la femme. Il s'agit de lésions traumatiques très variées : contusions, ecchymoses, hématomes, brûlures, morsures, plaies, traces de strangulation. Elles ont trois caractéristiques :

- elles siègent plutôt sur la face antérieure du corps, souvent au visage, sur le crâne ou au cou, au niveau des membres supérieurs aux points de préhension, du thorax ou des jambes. Dans une série de Kyriacou et coll. (19), le siège des lésions était dans l'ordre : la face, la tête, les bras et les mains, les jambes et les pieds, plus rarement la poitrine, le cou et le dos. Toutefois, on doit se méfier des lésions cachées par les vêtements et examiner la femme en entier ;

- elles sont multiples ;

- elles sont d'âges différents alliant toutes les couleurs de la résorption sanguine, ce qui est important car la femme allègue souvent une chute pour expliquer les lésions.

Les coups sont habituellement portés à main nue, mais toutes sortes d'objets peuvent être utilisés. L'emploi d'armes est plus rare.

Les lésions peuvent être graves. Elles sont facilement rapportées à un traumatisme lorsqu'il s'agit de fractures de dents, du massif maxillo-facial, des os propres du nez, d'un membre, ou d'une luxation. Elles le sont plus difficilement lorsqu'on constate une baisse de l'acuité visuelle due à un décollement de la rétine ou de l'acuité auditive due à une perforation du tympan.

Le dépistage plus délicat

Dans d'autres cas, le dépistage est plus délicat. La femme consulte pour :

- *des séquelles* telles qu'asthénie, douleurs musculaires limitant l'activité, entraînant une impotence fonctionnelle plus ou moins importante que le médecin devra apprécier pour déterminer l'incapacité totale de travail (ITT) qui concerne le travail personnel et les actes de la vie courante et non le travail professionnel.

- *l'aggravation de certaines pathologies chroniques* nécessitant un traitement continu et un suivi régulier à type d'affections pulmonaires (asthme, bronchite chronique, insuffisance respiratoire), d'affections cardiaques (insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle), ou de troubles métaboliques (diabète). La femme ne

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

suit pas son traitement du fait de son asthénie, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et l'en empêche.

– *des troubles psychosomatiques* dont l'étiologie est volontiers méconnue. Il s'agit de troubles digestifs à type de gastrite ou de colite, de lombalgies, de céphalées, de sensations d'engourdissement et de fourmillements dans les mains, de tachycardie et palpitations, de sentiment d'oppression et de difficulté à respirer, de troubles gynécologiques variés. Lorsque les différents examens complémentaires ne décèlent aucune lésion organique, le médecin doit évoquer la possibilité de violences conjugales.

– Le dépistage peut être encore plus délicat lorsqu'il s'agit de *troubles psychiques*. La violence psychologique précède souvent et accompagne toujours la violence physique. Elle est faite de propos dénigrants, méprisants, de menaces ou de chantage, et dure souvent depuis plusieurs années. Par un phénomène d'emprise, la victime subit sans rien dire les pires avanies, cherchant parfois même des excuses à son partenaire. Fréquemment, la violence dépasse la capacité psychique de la femme à la surmonter. Elle finit par être dans un état d'anxiété intense avec sentiment d'humiliation, de dévalorisation personnelle, voire de culpabilité. Elle souffre de troubles du sommeil (insomnie, cauchemars, réveils nocturnes), de troubles de l'alimentation (boulimie plus qu'anorexie), de troubles cognitifs (difficulté de concentration, d'attention et troubles de la mémoire), enfin de dépression que l'on retrouve dans plus de 50 % des cas, conduisant parfois à des tentatives de suicide ou des suicides. Pour tenter de faire face à la situation, de nombreuses femmes abusent du tabac, d'alcool, de drogues, de médicaments psychoactifs ou d'antidépresseurs, comme l'ont montré Webster et coll. (35), Martin et coll. (23), Amaro et coll.(1) sur des échantillons de mille à trois mille femmes enceintes interrogées. Ces troubles peuvent persister longtemps après que les violences ont cessé (Campbell, (6)).

– On peut également observer un syndrome bien connu des urgentistes : *le syndrome post-traumatique* commun à toutes les personnes ayant subi un traumatisme grave. Ce peut être des cauchemars, de brusques visions, des « *flash back* » où la femme revoit brusquement les circonstances du traumatisme, des réactions émotionnelles violentes à la moindre stimulation ou à des événements « gâchette » rappelant le traumatisme, une stratégie d'évitement des lieux rappelant le traumatisme, des troubles dissociatifs (dépersonnalisation).

L'ensemble de ces troubles peut aboutir à une désorientation, une confusion mentale, des pensées délirantes ou paranoïaques pour lesquelles même les psychiatres hésitent, ne sachant plus s'il s'agit de

femmes névrotiques ou psychotiques dont l'état a été aggravé par les violences ou si leur état est la conséquence de violences répétées pendant des années.

L'absence de tout signe perceptible

Il arrive aussi que la femme n'ait aucun signe perceptible. Selon l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes Françaises (Enveff), près d'une femme sur deux n'avait jamais parlé à quiconque des violences qu'elle subissait, deux sur trois des rapports sexuels qui leur étaient imposés. Ainsi, la violence peut être méconnue pendant de nombreuses années. En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de faire le diagnostic est de poser quelques questions simples : dans le climat de violence où nous vivons, avez-vous été l'objet de violences ? Était-ce dans le cadre familial ? Vous entendez-vous bien avec votre mari ou compagnon ? Qu'est-ce qui vous rend triste ? Voulez-vous m'en parler ? Les patientes seraient favorables à ce type de questions, du moins en Irlande (77 % selon Bradley et coll. (4)).

Si le médecin soupçonne la vérité, il doit mettre la femme en confiance, l'écouter, l'assurer de la confidentialité de leur entretien et s'efforcer de comprendre son sentiment de désespoir, sa tendance à nier les faits, voire à défendre son agresseur.

Les éléments d'orientation

Dans le doute, certains éléments peuvent orienter le diagnostic :
– *la personnalité de la femme* (5, 16). Il n'existe pas de profil type. Toute femme peut, un jour, se retrouver sous l'emprise d'un partenaire ou d'un conjoint violent. Toutes les catégories sociales sont concernées. Toutefois, les femmes jeunes (20 à 24 ans) sont deux fois plus touchées que leurs aînées (15,3 % versus 8 % au-delà de 45 ans). De même les étudiantes, les femmes sans emploi, celles élevées en institution et les immigrées de première ou deuxième génération originaires du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne sont plus souvent victimes. Dans les milieux immigrés, les rapports traditionnels au sein de la famille, caractérisés par l'autorité du père et la domination de la femme par le mari sont perturbés. La fréquence des violences est dans l'ensemble multipliée par deux chez les femmes d'origine africaine (19,3 % contre 10 %) et celle des violences très graves multipliée par trois (16). Enfin la fréquence des violences subies est multipliée par

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

quatre lorsqu'il existe des antécédents de violences sexuelles ou de maltraitance au cours de l'enfance (10,8 % versus 2,2 %) (16).

– *la connaissance de la personnalité de l'homme violent* (13). Certains apparaissent comme des immatures et impulsifs et deviennent violents à l'occasion d'un événement qui les dépasse. D'autres sont des psychorigides autoritaires ou des migrants qui arrivent de pays où les coutumes sont différentes. D'autres sont des jaloux compulsifs ou des paranoïaques qui éprouvent une méfiance quasi délirante à l'égard des femmes ou des pervers narcissiques qui, eux, ne frappent pas mais exercent sur leur partenaire une violence psychologique permanente qui peut être plus destructrice que des coups. On apprend que d'autres ont été témoins ou victimes de violence ou d'abus sexuels dans leur enfance, ou sont des alcooliques (30 % à 90 % des cas selon les statistiques), soit d'authentiques alcoolo-dépendants, véritables brutes familiales, soit des alcooliques occasionnels qui ne deviennent violents que lors d'une prise d'alcool facilitant le passage à l'acte. On peut en rapprocher les consommateurs de substances psychotropes. Dans l'étude de Thomas et coll. (33) la prise de drogues, non signalée il y a dix ans, est désormais présente dans 10 % des cas. Elle atteint et dépasse 30 % dans certaines séries nord-américaines (19). En fait, l'appréciation des causes de la violence masculine est variable selon le lieu géographique (campagne, ville, cité) et les interlocuteurs (médecins, écoutes téléphoniques, associations de défense des victimes).

– *la découverte de facteurs favorisants* (5). Il peut s'agir d'une importante différence d'âge, d'un couple mixte, homme d'origine étrangère et femme d'origine française, d'une situation de dépendance financière de la femme, d'une instabilité du couple, d'un refus de rapports sexuels, d'une infidélité, d'une instance de divorce ou d'une séparation récente, d'une grossesse, d'une mésentente ou d'un conflit à propos des enfants et de leur garde. D'autres facteurs concernent plus spécifiquement le partenaire : l'instabilité professionnelle, une mise au chômage récente ou la multiplication des périodes de chômage, l'infériorité du niveau scolaire, la consommation de substances psychoactives.

– *le comportement du couple*. La patiente, tantôt craintive et apathique, tantôt irritée et agressive, sursaute au moindre bruit, à la moindre stimulation. Ses déclarations peuvent être confuses ou incohérentes. L'homme est trop prévenant, répond à la place de sa femme ou lui suggère ses réponses, la contrôle par des expressions du visage ou des attitudes intimidantes.

Les cas particuliers

Les troubles gynécologiques

Les troubles gynécologiques sont variés. Ils seraient trois fois plus fréquents chez les femmes victimes que dans la population générale féminine selon Mc Cauley (22). Certaines lésions sont la conséquence directe des violences : lésions périnéales, infections génitales et urinaires à répétition, infections sexuellement transmissibles (IST). Parmi ces dernières, on peut distinguer les infections à *chlamydia trachomatis* responsables de salpingites et de stérilité ultérieure, les infections à papillomavirus (HPV), et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). D'autres troubles sont liés au retentissement psychologique de ces violences. Dellenbach et coll.(10) ont étudié 90 cas de douleurs pelviennes chroniques sans substratum anatomique. Dans 70 % des cas, ils ont retrouvé l'existence antérieure de violences sexuelles ou de maltraitance. Le même constat est fait par Mullen et coll. (25), Rapkin et coll. (28), Reiter et coll. (29), Walling et coll. (34), notamment en cas de violences sexuelles dans l'enfance. D'autres troubles peuvent s'observer : dysovulations avec irrégularités menstruelles et dysménorrhée, troubles de la sexualité à type de vaginisme, dyspareunie et anorgasme.

La grossesse

C'est un moment privilégié pour dépister les violences. Tous les auteurs considèrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant (30). La fréquence des violences conjugales au cours de la grossesse varie de 3 à 8 % (Amaro et coll. (1), Webster et coll. (35), Martin et coll. (23)) avec des chiffres extrêmes de 0,9 % à 20,1 % dans une enquête de Gazmararian et coll. (12). Ces violences sont graves car elles retentissent à la fois sur la mère et l'enfant.

D'abord, la grossesse peut ne pas être désirée. Elle peut être la conséquence d'un viol conjugal, avoir été décidée par le couple pendant une période d'accalmie ou être la conséquence de l'impossibilité pour la femme d'utiliser une contraception. La grossesse aboutit alors à des interruptions volontaires ou à des déclarations tardives et à des grossesses mal surveillées avec leurs conséquences : accouchements prématurés, retards de croissance in utero. Dans une étude de Parker et coll. (26), les consultations seraient trois fois plus tardives chez les adolescentes victimes de violences (21,9 % au troisième trimestre versus 7,5 %), deux fois plus chez les adultes (15,8 % au troisième trimestre versus 8,7 %). Aux violences s'associent souvent un tabagisme, parfois l'usage d'alcool ou de drogues, des désordres alimentaires, une

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

anémie maternelle, des infections urinaires, toutes conditions qui retentissent sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant. Les auteurs américains insistent sur la fréquence de l'usage d'alcool et de drogues et sur le danger de l'association d'alcool et de cocaïne.

Les violences physiques en elles-mêmes peuvent entraîner des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort fœtale, des hémorragies, voire des ruptures utérines.

Le malaise de la femme s'exprime après l'accouchement par une carence de soins à l'enfant, un allaitement déficient, des douleurs abdominales et pelviennes persistantes. Les victimes ont plus souvent des épisodes de dépression dans les suites de couches et font plus souvent des tentatives de suicide.

L'enfant est lui aussi touché par la violence : mort fœtale in utero ou mort-né, retard de croissance in utero (9,5 % des enfants pesaient moins de 2500 g dans l'étude de Parker et coll. (26)). Les lésions fœtales, fractures de membres ou plaies par armes blanches sont très rares car le fœtus est protégé par le liquide amniotique.

D'une manière générale, les femmes victimes se plaignent d'être très isolées. Dans l'étude de Saurel-Cubizolles et coll. (14), un an après la naissance de leur enfant, 46 % d'entre elles ne s'étaient confiées à personne de leur entourage.

La présence d'enfants au foyer

La violence dont l'enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime. Dans l'étude de Thomas et coll. (33), 68 % des enfants avaient été témoins de scènes de violence. Les enfants adoptent alors trois attitudes : la fuite, l'observation silencieuse ou l'intervention. Ils développent toujours un sentiment de culpabilité, adoptent parfois un comportement d'adulte et se sentent investis d'un rôle de protection vis-à-vis de leur mère.

Comme pour leur mère, la violence conjugale a de nombreux impacts sur leur santé. Ils peuvent souffrir de lésions traumatiques, de troubles psychologiques, de troubles du sommeil, de l'alimentation, d'anxiété, d'un état dépressif. Ils peuvent aussi souffrir de troubles psychosomatiques de type régressif : troubles sphinctériens à type d'énurésie ou d'encoprésie, troubles du langage, voire de retards staturo-pondéraux qui se corrigent lorsque l'enfant est placé dans de meilleures conditions. Ils peuvent enfin avoir des troubles du comportement : désintérêt ou surinvestissement scolaire, fugues, agressivité pouvant conduire à la délinquance et à des conduites addictives,

tentatives de suicide. Ces enfants, qui cumulent souvent de nombreux handicaps, sont susceptibles de reproduire au cours de leur vie la violence, seul modèle de communication qu'ils connaissent.

LES SUITES DU DÉPISTAGE

Le rôle du médecin ne doit pas se limiter au dépistage (20). Il doit évaluer la gravité de la situation, reconstituer l'histoire, faire le constat des lésions, rédiger le certificat d'incapacité totale de travail (ITT) sur réquisition ou non d'un officier de police judiciaire. Il a aussi un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances.

L'évaluation de la gravité

On doit évaluer l'augmentation de la fréquence des actes de violence, leur ancienneté et leur aggravation, leur retentissement sur les enfants au foyer, l'existence d'une grossesse, d'une dépression, de tentatives de suicide de la femme et la peur qu'elle ressent pour sa vie ou celle de ses proches. On doit aussi prendre en compte le contexte d'alcoolisme chronique, de toxicomanie ou de maladies psychiatriques du partenaire, les menaces de mort proférées, les antécédents d'agressions graves. On doit se garder de sous-estimer le caractère très destructeur qu'un climat de violence à long terme exerce sur la femme, quelle que soit la gravité des signes cliniques apparents. L'examen a posteriori des cas d'homicide a permis de constater que si les acteurs de santé et la justice avaient tenu compte des signes d'alerte, le drame aurait souvent pu être évité.

Les violences conjugales sont en effet une des causes principales de mortalité des femmes. La mort peut être l'issue ultime de la violence, qu'il s'agisse de suicides, d'homicides ou de décès dus à des lésions du foie ou de la rate par exemple. D'après le ministère de l'Intérieur, en France, 3 femmes meurent du fait de violences conjugales tous les quinze jours. D'autre part, dans une étude de Lecomte et coll. (21) sur une période de sept ans à l'Institut médico-légal de Paris, sur 441 cas, 31 % des homicides de femmes avaient été perpétrés par le mari, 20 % par son partenaire sexuel et dans seulement 15 % des cas le meurtrier était inconnu de la victime. Ces chiffres sont très proches de ceux des

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

statistiques nord-américaines où 30 à 60 % des meurtres sont perpétrés par le partenaire masculin.

Le dossier, le certificat et les soins

Il est indispensable de faire un dossier gardant la trace de la consultation, qu'un certificat soit établi ou non. Tous les éléments recueillis à l'interrogatoire et à l'examen doivent y être consignés. Dans l'enquête de Cécile Morvant (24), 50 % des médecins généralistes interrogés ne l'avaient pas rempli ou ne l'avaient fait qu'imparfaitement.

Le certificat est une pièce essentielle. Il est établi sur réquisition ou non d'un officier de police judiciaire, témoigne des dires de la patiente et doit comporter, outre l'identification du médecin et de la femme, la date et l'heure de l'examen, les dires de la victime, la description exhaustive des lésions en respectant les termes médicaux appropriés, la liste des examens complémentaires prescrits, les conséquences fonctionnelles des blessures et la détermination de l'ITT qui concerne, répétons-le, les activités usuelles de la victime et les tâches ménagères. C'est un document médico-légal capital qui détermine, en partie, l'opportunité des poursuites et l'importance des peines. Si l'ITT est égale ou inférieure à 8 jours, la peine est de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende, si elle est supérieure à 8 jours, la peine est de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Si la femme ne l'utilise pas immédiatement, le certificat constitue un élément de preuve. Le médecin doit émettre des réserves quant à un éventuel retentissement psychique ultérieur et indiquer qu'un nouvel examen sera nécessaire pour affiner la détermination de l'ITT.

Les soins ne doivent pas se limiter à traiter les lésions constatées mais aussi les manifestations douloureuses et le retentissement psychologique.

L'information et l'orientation de la femme

Si la situation paraît grave, le médecin peut décider *une hospitalisation immédiate* ou adresser la femme à *un service médico-judiciaire* où le personnel possède le savoir-faire pour le constat des lésions, l'établissement du certificat, les conseils à donner. Il peut aussi conseiller à la femme de *porter plainte* auprès de la police, de la gendarmerie ou du procureur de la république (soit en se rendant directement au service

du procureur, soit par écrit), en gardant un récépissé du dépôt de plainte, tout en sachant que ces plaintes n'enclenchent encore que rarement une action judiciaire. Après un classement sans suite, la victime peut se constituer partie civile auprès du Doyen des Juges d'instruction. Lorsque les faits établissent incontestablement une infraction pénale, la victime peut également recourir à la citation directe, avec l'aide d'un avocat.

Le médecin doit informer la femme de son *droit de quitter le domicile conjugal* et de partir avec ses enfants, à condition de savoir où se réfugier, d'emporter les documents importants (carte d'identité ou de séjour, passeport, livret de famille, carnet de santé, chéquier), et les éléments de preuves (certificats médicaux, témoignages, récépissé de dépôt de plaintes ou d'enregistrement de déclarations de main courante). Il doit alors conseiller à la femme de signaler son départ au commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie. Cependant, il n'est pas rare que la femme soit réticente. Divers facteurs interviennent dans sa conduite apparemment paradoxale : sa fatigue physique, son état dépressif, le souci de préserver l'unité familiale et les enfants, la crainte de ne pouvoir surmonter les obstacles matériels, la crainte d'affronter les institutions judiciaires, la crainte que l'abandon du domicile conjugal ne se retourne contre elle dans une instance de divorce, enfin la peur de représailles. À ce propos, on peut signaler à la femme que selon l'article 434/5 du nouveau code pénal : « Toute menace ou tout autre acte d'intimidation à l'égard de quiconque, commis en vue de déterminer la victime d'un crime ou d'un délit à ne pas porter plainte ou à se rétracter, est puni de trois ans d'emprisonnement et d'une amende ».

Les mentalités évoluant, *l'éloignement rapide du conjoint violent* du domicile conjugal est de plus en plus souvent appliqué. Le conjoint, dans les cas de violences graves ou d'antécédents judiciaires, peut être placé en garde à vue, déféré en comparution immédiate ou cité à comparaître dans un délai maximum de deux mois pendant lesquels il est placé sous contrôle judiciaire. Certains procureurs éloignent le mari et lui imposent un séjour dans un foyer d'accueil pendant un temps plus ou moins long avant de regagner le foyer conjugal, ce qui, semble-t-il, fait réfléchir certains agresseurs. Enfin, la nouvelle loi sur le divorce du 26 mai 2004, dans son article 22, stipule que : « Lorsque les violences exercées par un époux mettent gravement en danger son conjoint, un ou plusieurs enfants, le juge peut statuer sur la résidence séparée des époux, en précisant lequel des deux continuera à résider dans le logement conjugal. Sauf circonstances particulières, la jouissance du logement conjugal est attribué au conjoint qui n'est pas l'auteur des vio-

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

lences ». Mais cette loi ne concerne que les couples mariés. En fait, ce que souhaiteraient la ministre de la Parité et de l'Égalité professionnelle et les associations de victimes serait l'éviction du conjoint dans tous les cas de violences caractérisées, même en dehors de toute procédure de divorce, même si aucune plainte n'est déposée par la femme. Reste que dans les cas graves où l'homme est un jaloux compulsif, un pervers, un psychopathe ou encore un migrant, l'agresseur peut retrouver sa femme et la tuer, même après un délai de plusieurs mois.

Si la femme ne veut pas porter plainte immédiatement, elle peut faire *consigner les faits au commissariat de police* (registre de main-courante) ou à la gendarmerie (procès verbal de renseignement judiciaire), en conservant la date et le numéro d'enregistrement du signalement. Cette formalité n'entraîne pas de poursuite judiciaire mais sera un élément utile si la femme décide ultérieurement de porter plainte, de divorcer ou de se séparer.

Une autre solution est de conseiller à la femme de *s'adresser aux associations d'aide aux victimes*, qui peuvent se porter partie civile, ou à la délégation départementale ou régionale aux droits des femmes.

Le médecin est souvent isolé. Il ne doit pas le rester. Il peut s'assurer d'un lien avec l'hôpital le plus proche, se renseigner sur l'existence d'un réseau local, avoir les adresses et les numéros de téléphone des associations, prendre contact avec le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, la Délégation départementale ou régionale du Droit des femmes. En définitive, l'intervention la plus efficace peut consister à donner le nom et le numéro de téléphone d'un organisme utile : Tribunal de Grande Instance, associations ou délégations départementales du Droit des femmes.

Le signalement

Si le médecin juge qu'il devrait alerter les autorités mais ne peut le faire parce que la femme ne le veut pas ou que les conditions ne s'y prêtent pas, il serait utile qu'il puisse s'entretenir avec un substitut de procureur ou un policier, sans rompre le secret professionnel, et préparer ainsi une réponse mieux adaptée lors d'une récidive.

Si le médecin estime que la femme est en danger de mort et refuse obstinément de porter plainte, il doit faire un signalement au procureur de la République en vertu de l'article 223-6 (articles 9 et 44 du code de déontologie) et de l'article 226-14 : le secret n'est pas applicable « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligées

à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ». Cependant, le médecin ne doit jamais mentionner directement le nom de l'agresseur et doit employer la formule « aux dires de la femme » afin d'éviter une violation du secret professionnel (articles 226-13 du code pénal et 4 et 51 du code de déontologie).

L'article 226-14 laissant dans l'imprécision la notion « d'état physique ou psychique », il est important de tenir compte de certains facteurs de fragilité de la femme, en dehors de la grossesse qui est un facteur aggravant ainsi que la menace avec arme. Ces facteurs ont été signalés dans le rapport « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé » paru en 2001 (13) : un état de santé délabré, la présence d'enfants au foyer, une dépression, une tendance suicidaire ou une tentative de suicide, une menace de mort.

La prévention

Elle peut s'exercer au cours de la grossesse puisque l'on sait qu'une femme qui a été elle-même victime de violences ou témoin d'actes de violences entre ses parents a tendance à reproduire cette maltraitance sur ses propres enfants.

LA RÉTICENCE DES MÉDECINS

Quel que soit le pays considéré, la réticence des médecins a des causes identiques bien décrites dans la thèse de Cécile Morvant (24) faisant état d'une enquête portant sur 235 médecins, l'article de Parsons et coll. (27) où l'enquête porte sur 933 médecins, et ceux de Chez et Jones (8), Horan et coll. (15), Sug et Inui (32).

Beaucoup de médecins pensent que toute enquête est une intrusion dans la vie privée du couple et craignent d'offenser leur patiente en posant certaines questions. Ils ont été formés au respect de l'intimité, l'article 51 du code de déontologie précisant d'ailleurs que le médecin ne doit pas s'immiscer, sans raison professionnelle, dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patientes. Ils sont découragés par l'attitude de certaines femmes, leur réticence à se confier, leur ambivalence, leur refus de quitter leur compagnon, de porter plainte, mais aussi par la fréquence des retraits de plainte ou des décisions de médiation

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

qui les mettent en porte-à-faux. Ils savent la difficulté d'agir sur le comportement de l'agresseur. Dans certains cas, ils ont du mal à déterminer les responsabilités respectives. Ils se méfient de ces femmes qui provoquent sans cesse leur mari par des attitudes agressives ou soumises, sans parler des couples qui entretiennent des relations sado-masochistes. Ils hésitent d'autant plus que certains hommes psychorigides ou pervers narcissiques sont très manipulateurs, et se présentent comme des hommes respectables et sympathiques. Les médecins peuvent aussi douter de la parole des enfants et craindre de devenir un instrument dans les mains de l'un quelconque des protagonistes, notamment lorsque les couples divorcent et se disputent la garde des enfants. Ils peuvent aussi être l'objet de menaces physiques ou de pressions de la part d'un conjoint occupant une fonction sociale importante. D'autres médecins se plaignent du manque de temps car il en faut indiscutablement pour écouter et rassurer les patientes traumatisées, les examiner et les conseiller.

Mais deux raisons semblent prédominer pour expliquer leur réticence.

– L'une est commune à de nombreux pays : l'insuffisance ou l'absence de formation. En France, nombreux sont ceux qui n'ont reçu *aucune formation* au cours de leurs études, contrairement aux sages-femmes et aux infirmières. Ils ne savent comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions. Ils redoutent d'aggraver la situation par des réactions inadéquates. Paradoxalement, les étudiants vont rarement aux cours organisés par leur doyen. Ils ne prennent conscience de leur ignorance qu'une fois installés et brutalement confrontés aux diverses violences.

– L'autre est plus spécifique à la France : la crainte des *retombées judiciaires*, surtout si les médecins sont amenés à faire des signalements au procureur de la République. Ils connaissent mal les lois et les arcanes de la justice et ne se sentent pas toujours soutenus par les conseils ordinaires départementaux. On doit reconnaître que, face à la loi, leur situation est délicate. Ils sont pris entre le devoir de protection de leurs patients et les impératifs du secret professionnel, entre l'article 223-6 du code pénal et 44 du code de déontologie médicale sur l'obligation de porter secours, et la jurisprudence soulignant qu'il convient d'apprécier « si le péril est imminent et constant et nécessite une intervention immédiate » et d'autre part l'article 226-13 du code pénal et 4 du code de déontologie médicale prévoyant de sévères sanctions pour violation du secret professionnel.

Quoi qu'il en soit, les médecins doivent prendre garde à la manière de rédiger les certificats, et à rester le plus objectifs possible.

Certains maris ou concubins n'hésitent pas à porter plainte auprès des conseils de l'Ordre à propos de certificats qu'ils disent faux, mensongers ou tendancieux, déplaçant ainsi le procès de l'agresseur vers le soignant.

Dans l'étude de Chambonnet et coll. (7), 82 % des médecins pensent qu'il s'agit effectivement d'un problème difficile à gérer, les difficultés étant dues dans 61 % des cas au comportement de la femme elle-même, dans 64 % aux difficultés de l'exercice de leur métier, dans 34 % au conjoint et dans 30 % à la lenteur de la réponse des partenaires sociaux. Le résultat de ces craintes et du manque de formation est que, si les médecins font des certificats dans 80 % des cas, ceux-ci ne sont pas toujours correctement rédigés. Les médecins font moins de 10 % de dépistage systématique. Ils ne recueillent pas toujours les données cliniques et les examens complémentaires (50 % des cas). Ils ont tendance à gérer seuls le problème (70 % des cas) et à ne prescrire que des traitements symptomatiques : anxiolytiques, antidépresseurs, antalgiques, hypnotiques, qui atténuent les symptômes mais ne traitent pas la cause et risquent d'enclencher un véritable cercle vicieux. Ils ne donnent les renseignements utiles à la femme que dans 45 % des cas (7).

La réticence des médecins s'exprime par le très faible pourcentage de signalements émanant de leur part, environ 10 % dans le cas de violences conjugales et 2 % dans celui des maltraitances d'enfants.

CONCLUSION

Les violences faites aux femmes sont devenues un problème majeur de santé publique (18, 30), impliquant de plus en plus les médecins et le personnel de santé. L'enquête Enveff (16) a révélé que les femmes victimes s'estimaient en moins bon état de santé que les femmes n'ayant jamais subi de violences. 16 % ont qualifié leur état de « moyen » et 4 % de « médiocre » ou « mauvais ». Elles ont des affections chroniques plus fréquentes et la probabilité d'avoir été hospitalisées (12 % en dehors de la grossesse) ou en arrêt de travail au cours des 12 derniers mois est significativement plus élevée. Enfin, elles ont une consommation accrue de médicaments psychotropes (22 %). D'autre part, selon l'Organisation mondiale de la santé, les femmes victimes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes. Les violences

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

contribuent également à surcharger l'activité des services de secours de la police et à encombrer les tribunaux. À Paris, en 2002, 49 % des « mains courantes » et 60 % des interventions nocturnes de la police ont concerné des violences familiales.

Il serait essentiel que les gynécologues et gynécologues-obstétriciens apprennent à mieux dépister ces violences, à les identifier précocement, à traiter les femmes victimes et à leur donner des conseils avisés, recommandations contenues dans un récent rapport de l'Académie nationale de médecine (14).

Résumé

La famille, loin d'être cet espace protégé qu'il devrait être, est le lieu où s'observent les violences les plus fréquentes envers les femmes. Elles se manifestent par des comportements masculins agressifs ne se limitant pas aux coups et sévices corporels mais incluant d'autres formes de violences : verbales, psychologiques, sexuelles, voire économiques. Souvent insidieuses, elles s'installent progressivement et se développent selon des cycles dont l'intensité augmente avec le temps. Les lésions traumatiques sont très variées et siègent plutôt sur la face antérieure du corps. Elles sont multiples et d'âges différents. Les lésions peuvent être graves : fracture des dents, du massif maxillo-facial, des os propres du nez ou d'un membre, décollement de la rétine ou perforation du tympan. Elles sont à l'origine de séquelles limitant l'activité, entraînant une impotence fonctionnelle que le médecin devra apprécier pour déterminer l'incapacité totale de travail (ITT). Toutes les pathologies chroniques peuvent être aggravées. Les troubles psychosomatiques sont nombreux, notamment les troubles gynécologiques. Au cours de la grossesse les violences peuvent provoquer des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort fœtale. Les retards de croissance in utero sont fréquents. À l'extrême, les violences peuvent entraîner la mort de la femme, qu'il s'agisse de suicide, d'homicide ou de décès dus à des lésions internes. Les troubles psychiques sont non moins graves et 50 % des victimes souffrent de dépression conduisant parfois à des tentatives de suicide. Pour tenter de faire face à la situation, de nombreuses femmes abusent de tabac, d'alcool, de drogues ou de médicaments psychoactifs. D'autres présentent les signes d'un syndrome post-traumatique.

Les enfants sont très souvent témoins des violences et les effets sont les mêmes sur eux que s'ils en étaient personnellement victimes. Devant de tels dégâts, les médecins doivent réagir. Leur rôle est primordial : dépister, apprécier la gravité de la situation, faire un dossier détaillé, établir un certificat utilisable par la justice, sur réquisition ou non, informer et orienter la femme, éventuellement faire un signalement. L'examen a posteriori des cas d'homicides a permis de constater que si les acteurs de santé et la justice avaient tenu compte des signes d'alerte, le drame aurait souvent pu être évité. Et

pourtant, nombre de médecins restent réticents. Beaucoup pensent que toute enquête est une intrusion dans la vie privée du couple. Ils sont découragés par l'attitude de certaines femmes, leur refus de quitter leur compagnon, de porter plainte, mais aussi par la fréquence des retraits de plainte ou des décisions de médiation qui les mettent en porte-à-faux. Ils savent la difficulté d'agir sur le comportement de l'agresseur. Ils éprouvent parfois de la difficulté à déterminer les responsabilités respectives. Ils hésitent d'autant plus que certains hommes psychorigides ou pervers narcissiques se présentent comme des hommes respectables. Ils peuvent aussi être l'objet de menaces physiques ou de pressions de la part d'un conjoint occupant une fonction sociale importante. D'autres médecins se plaignent du manque de temps. Mais deux raisons semblent prédominer pour expliquer leur réticence : l'absence de formation et l'éventualité de retombées judiciaires.

Bibliographie

1. Amaro H, Fried LE, Cabral H Zuckerman B. Violences during pregnancy and substance use. *AJPH* 1990; 80: 575-579.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. The Battered woman. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. 1989, Technical bulletin, n° 124.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic violence. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists. 1995, Technical bulletin n° 209.
4. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324: 271-273.
5. Bréart G, Saurel-Cubizolles MJ. Les violences conjugales. Données épidémiologiques. *Bull Acad Natle Méd* 2002; 186: 939-948.
6. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359: 1331-1336.
7. Chambonet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R. La violence conjugale: prise en charge en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 2000; 507: 1481-1485.
8. Chez R.A., Jones R.F. The battered woman. *Amer J Obstet Gynecol* 1995; 173: 677-679.
9. Council on scientific Affairs, American Medical Association. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267: 3184-3189.
10. Dellenbach P, Haeringer MT. Douleur pelvienne chronique. L'expression d'un problème psychologique. *Presse Med* 1996; 25: 615-620.
11. Eisenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Engl J Med*, 1999; 341: 886-892.
12. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz A. et al. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996; 275: 1915-1920.
13. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre Délégué à la Santé. Paris. La Documentation française. 2001.
14. Henrion R. Les violences familiales. Recommandations. *Bull Acad Natle Méd*, 2002; 186: 75-84.
15. Horan DL, Chapin J, Klein L, Schmidt LA, Schulkin J. Domestic violence screening practices of obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 785-789.
16. Jaspard M, Brown E, Condon S et coll. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. La Documentation française, Paris, 2003.
17. Jones RF. Domestic violence: let our voices be heard. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 1-4.
18. Krug EG, Dahlenberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la santé. Genève 2002.

DÉPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

19. Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E et al. Risk factors for injury to women from domestic violence. *N Engl J Med* 1999; 341: 1892-1898.
20. 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: 949-961.
21. 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: 15-16.
22. Mc Cauley J, Kern DE, Kolodner K. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995; 123: 737-746.
23. Martin SL, English KT, Clark KA, Cilenti D, Kupper LL. Violence and substance use among North Carolina pregnant women. *Am J Public Health* 1987; 77: 1337-1339.
24. Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales: analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes. Thèse. Paris. 2000.
25. Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1998; 841-845.
26. Parker B, Mc Farlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 323-328.
27. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stowall TG. Methods of attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *Amer J Obstet Gynecol* 1995; 173: 381-387.
28. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, Stampller FM, Naliboff BD. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 92-96.
29. Reiter RC, Shakerin LR, Gambone JC, Milburn AK. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and non somatic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 104-109.
30. Richardson JO, Coid J, Petrukevitch A et al. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 2002, 324: 274-277.
31. Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B, Lelong N, Romito P. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex*, 1997, 25: 159-164.
32. Sug NK, Inui T. Primary case physician's response to domestic violence. *JAMA*. 1992, 267: 3157-3160.
33. Thomas A, Telmon N, Allery JP. et al. La violence conjugale dix ans après. *Concours Med*, 2000, 122: 2041-2044.
34. Walling MK, O'Hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet. Gynecol.* 1994, 84: 200-206.
35. Webster J, Chandler J, Battistutta D. Pregnancy outcomes and health care use: effects of abuse. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1996, 174: 760-767.

