

Université Paris 5 - René Descartes
U.F.R. de Sciences Sociales

Thèse pour le doctorat d'université en éthique médicale
Présentée et soutenue publiquement par

Madame Irène FRANCOIS ép PURSSELL
Le 14 novembre 2006

Titre

**Légitimité d'une intervention médicale dans la
vie privée d'une personne victime de violence
conjugale.
La violence conjugale est-elle un objet médical ?**

Directeur de thèse : Pr Christian HERVE

Jury :
Pr Quentin DEBRAY
Pr Olivier JARDE
Pr Daniel ROUGE
Pr Pierre Victor TOURNIER

“ Batti, batti, o bel Masetto,
la tua povera Zerlina !
Starò qui come agnellina
le tue botte ad aspettar !
Lascerò straziarmi il crine,
lascerò cavarmi gli occhi,
e le care tue manine
lieta poi saprò baciare !
Ah, lo vedo, non hai core!
Pace, pace, o vita mia!
In contenti ed allegria
notte e di vogliam passar!”
Don Juan, Mozart. Acte 1, Scène 4.

Au delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Elle est fondée sur un rapport de force ou de domination. Elle ressortit au désir d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant. Contrairement au conflit, mode relationnel interactif susceptible d'entraîner du changement, la violence est perpétrée de façon univoque et destructrice.

Préambule à l'enquête ENVEFF

A Monsieur le Professeur Quentin DEBRAY

Nous connaissons ses travaux et sa place dans la psychiatrie française.

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre jury.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respect.

à Monsieur le Professeur Olivier JARDE,

Ses hautes fonctions ne l'ont jamais départi de son calme et de sa disponibilité.

Nous savons son engagement pour l'avenir de notre discipline, et sommes d'autant plus honorée qu'il accepte de juger ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect .

à Monsieur le Professeur Daniel ROUGE,

Il nous a guidée et conseillée avec bienveillance dès nos débuts en médecine légale.

Nous sommes très honorée qu'il accepte de juger ce travail, qui intervient à un tournant de notre parcours.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et du profond respect que nous avons pour lui.

A Monsieur le Professeur Christian HERVE

Il nous a accueillie dans son laboratoire et nous a encouragée à mener les travaux qui nous tenaient à cœur.

Que ce travail témoigne de notre reconnaissance, et de notre souhait de poursuivre sur ce chemin.

A Monsieur le Professeur Pierre Victor TOURNIER

Nous nous sommes rencontrés et parfois affrontés au sein de l'Association Française de Criminologie. Nous avons toujours eu beaucoup de respect pour ses travaux criminologiques, et sommes très honorée qu'il accepte de juger notre travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respect.

Cette thèse est une étape dans un travail de longue haleine, que je compte poursuivre. Elle constitue plus un étape dans mon cheminement, une mise en forme de ma réflexion actuelle, qu'un travail achevé.

Je tiens à remercier ici tous ceux qui, par leurs remarques, amicales ou non, leurs idées, utiles ou non, m'ont stimulée, poussée dans mes réflexions, et finalement aidée dans mon travail.

J'ai aussi une pensée pour les personnes du service de médecine légale, qui ont pris à leur compte une partie du travail et des astreintes,

Je remercie aussi mes proches. Sans leur patience et leur générosité, je n'aurais pas pu mener ce travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
1. Chapitre 1 : ARGUMENTATION ET DEFINITIONS.....	10
1.1. Argumentation :.....	10
1.2. Tentative de définition de la violence conjugale.....	11
1.3. La notion de victime	14
2. Chapitre 2 : LA MEDECINE ET LES VIOLENCES : CONSTRUCTION DU CORPUS	16
2.1. Objectifs :	16
2.2. Méthodologie :.....	16
2.3. Résultats	17
2.3.1. Histoire du viol, Georges Vigarello	17
2.3.2. Histoire de la criminologie, Laurent Muchielli (dir).....	28
2.3.3. Histoire de la médecine légale, Dérobert	29
2.3.4. La Médecine du crime, Marc Renneville	34
2.3.5. Traité de Médecine Légale, Orfila :	35
2.3.6. Etude médico légale sur les attentats aux moeurs , Jean Tardieu, 1879, 7° ed, Balliere et fils.....	37
2.3.7. Prise en compte de la victime au début du XX ^{ème} siècle	39
2.3.8. Conclusion :	41
3. Chapitre 3 : LE DISCOURS ACTUEL.....	43
3.1. Etude de la littérature internationale sur une année	43
3.1.1. Méthodologie :.....	43
3.1.2. Les résultats sont les suivants :	43
3.2. Etude de documents pédagogiques	46
3.2.1. Traité de Médecine Légale, Léon Dérobert, Flammarion 1974	46
3.2.2. Médecine Légale clinique : Médecine et violences, Michel Durigon, Michel Debout, Ellipse 1994	47
3.2.3. Principes de Médecine Légale, Campana.....	47
3.2.4. Encyclopaedia of Forensic Science, Academic Press 2006.....	47
3.2.5. Précis de Victimologie Générale, J. Audet et J.F. Katz, 1999, 570 pages 47	47
3.2.6. Dictionnaire des Sciences Criminelles	48
3.2.7. Médecine légale, L Roche, JP Do, L Daligand, Masson, 1982.....	49
3.2.8. Médecine de la Violence, Prise en charge des victimes et des agresseurs, E Baccino, 2006/.....	49
3.2.9. Traité de médecine interne, P Godeau, S Herson, JC Piette, 4° éd, Flammarion, 2004.....	50
3.2.10. Dictionnaire de la sexualité humaine, Ph Brenot, L'esprit du temps, 2004. 50	50
3.2.11. Traité de Santé Publique, F Bourdillon, G Brucker, D Tabuteau, Flammarion médecine-sciences, 2004.....	51
3.3. Etude d'un outil de diffusion d'unification de la pratique médicale : les bulletins du Conseil National de l'Ordre des Médecins	51
3.3.1. Méthodologie :.....	51
3.3.2. Résultats :	52
3.3.2.1. Etude des bulletins.....	52
3.3.2.2. Rapports et travaux.....	52
3.3.2.3. Colloques rencontres	52

3.4.	Etude du rapport Henrion, / Les femmes victimes de violences conjugales ; Le rôle des professionnels de santé	53
3.5.	Recherche sur internet par un moteur de recherche grand public (Google)	57
4.	Chapitre 4 : CAS CLINIQUES.....	59
4.1.	Madame A.....	59
4.2.	Madame B :.....	60
4.3.	Madame C :.....	62
4.4.	Discussion:.....	64
5.	Chapitre 5 : LES PRATIQUES.....	66
5.1.	Présentation du réseau ASDES :	66
5.2.	Evaluation des pratiques en matière de repérage et de prise charge des femmes subissant des violences conjugales.	66
5.2.1.	Méthodologie.....	67
5.2.2.	Résultats	68
5.3.	Etude qualitative du repérage systématique de la violence conjugale dans un groupe de 47 femmes enceintes.	73
5.3.1.	Méthode	73
5.3.2.	Résultats.	75
5.3.3.	Discussion.....	77
5.4.	Etat des lieux des modalités de la prise en charge de victimes de violence ASDES/partenaires.....	78
5.4.1.	Méthode :	78
5.4.2.	Résultats :	78
5.4.3.	Discussion.....	79
5.4.4.	Conclusion :	79
6.	Chapitre 6 : LA RENCONTRE ENTRE DISCOURS MEDICAL ET VIOLENCE CONJUGALE.....	81
6.1.	Le corpus médical : De quoi est constitué le corpus des connaissances médicales en matière de violence conjugale ?.....	81
6.1.1.	La définition de la violence conjugale :.....	81
6.1.2.	Les signes cliniques :.....	81
6.1.3.	Le diagnostic.....	81
6.1.4.	Le traitement.....	82
6.1.5.	Les aspects médico légaux :	83
6.1.6.	Le rôle du médecin.....	83
6.1.7.	Représentation de la femme	84
6.2.	Discours médical et violence conjugale : une rencontre impossible ?.....	86
6.2.1.	Discours médical et violence conjugale	86
6.2.1.1.	La violence.....	87
6.2.1.2.	La violence conjugale	89
6.2.2.	Représentation de la femme victime de violence conjugale dans le discours médical.....	92
6.2.3.	Q'est-ce que le couple ?	94
6.2.3.1.	Aspect linguistique :	94
6.2.3.2.	Le couple juridique.....	95
6.2.3.3.	Le couple mythique, le couple amoureux.....	98
6.2.3.4.	L'amour sur scène	99
6.2.3.5.	Le couple violent	100
6.3.	Comment, en tant que médecin, aborder la violence conjugale ?.....	104
	CONCLUSION	107

La violence conjugale est-elle un objet médical ?.....	107
BIBLIOGRAPHIE	110
ANNEXES	117

INTRODUCTION

Acteur essentiel de la naissance des sociétés et plus généralement des phénomènes liés à la vie, la violence en est aussi le principal facteur de déstabilisation et de destruction. Ses manifestations diverses interpellent les penseurs depuis la nuit des temps, puisque même les textes philosophiques les plus anciens se posent la question du sens de la violence dans les comportements humains [1]. Parmi les différentes formes de violence, si tant est qu'il soit pertinent de distinguer des formes de violence pour des raisons autres que didactiques, les violences envers les personnes posent un problème à toutes les sociétés, qui font face de manière différente selon les lieux et les époques, mais ne restent jamais indifférentes face à cette question de l'atteinte à l'intégrité de l'un des leurs. [2]

Le corps médical, en tant qu'acteur social, ne pouvait pas rester en dehors de cette question de la violence aux personnes. Les médecins ont pu s'associer aux philosophes pour expliquer la violence, aux politiques pour la combattre, mais aussi, et c'est aussi ce qui nous intéresse ici, au pouvoir judiciaire pour la prouver et l'évaluer.

Au fil du temps, la Médecine a acquis une connaissance particulière des violences, en cherchant et proposant des explications aux comportements des auteurs, et en étudiant leurs conséquences chez ceux que l'on nomme maintenant « *les victimes* ».

Le discours médical, y compris dans la description technique des blessures, a toujours peu ou prou repris à son compte le discours social sur les victimes.

Les médecins ont ainsi contribué, par exemple, à la sanction de mineures victimes de viol, en argumentant de la « pollution » de leur esprit par les faits commis sur elles. [3]

Parmi les violences les plus oubliées par les médecins, figurent les violences conjugales.

En effet, la violence conjugale, apparaît comme un phénomène social toléré voire admis, parfois justifié aux yeux de certains par la nécessité de corriger les femmes (les médecins n'affirmaient-ils pas, au XIX^{ème} siècle, que du fait de leur cerveau plus petit, les femmes ne pouvaient se diriger elles-mêmes dans la vie et devaient être sous la tutelle de leur mari ?...). Plus qu'une ignorance de la violence conjugale, il s'agit d'une impossibilité ou d'un refus de voir comment cette violence conjugale pouvait concerner la santé des personnes impliquées.

Cette attitude a duré jusqu'à très récemment, puisque l'item « *violence conjugale* » n'apparaît, par exemple pas dans le Traité de Médecine Légale de Dérobert [4] (dont

la dernière version date de 1974), et les items « *battered wife* » ou « *domestic violence* » ne permettent de retrouver des références dans la banque de données medline qu'à partir de 1975.

Cette date d'apparition est à mettre en perspective avec les revendications des mouvements féministes d'une reconnaissance du problème de la violence conjugale, et le reproche de la complaisance des médecins (encore majoritairement des hommes) à l'égard des maris violents.

Notre objectif, à travers ce travail, est de questionner la position médicale par rapport aux violences conjugales.

Ce questionnement nous amènera tout d'abord à étudier comment s'est construit le rapport de la Médecine à la violence, et notamment la clinique médico-légale des conséquences des violences. Tout au long de ce travail, c'est la place et la fonction du discours médical qui nous intéresseront et nous guideront, comme indicateurs de la prise en compte ou non par les médecins de la personne qui subit la violence .

Puis, nous étudierons la place des femmes victimes de violences dans la littérature médicale contemporaine, avant de présenter des évaluations sur le terrain des pratiques effectives des médecins par rapport à des situations de violence conjugale.

La confrontation de ces discours et pratiques à l'étude de cas cliniques, nous permettra d'évaluer la pertinence du discours et du corpus médical pour venir valablement en aide aux personnes concernées.

1. CHAPITRE 1 : ARGUMENTATION ET DEFINITIONS

1.1. Argumentation :

La justification de ce travail relève de deux types d'arguments, personnels et contextuels.

La violence conjugale, nous l'avons dit en introduction, ne représente qu'une partie, certes pas la plus visible, des violences aux personnes.

Cette discrétion apparente du phénomène, sa tolérance par de nombreux groupes culturels en des temps et des lieux si divers, ne peut que susciter intérêt et curiosité.

Sur le terrain, dès le début de notre activité de consultation en psychiatrie, il est apparu que « *les difficultés conjugales* » (ce que l'on nommait aussi « conjugopathie »), si l'on écoutait bien et posait quelques questions précises, s'accompagnaient très souvent de comportements humiliants, d'insultes, menaces, brefs de comportements qui, sans porter directement et strictement atteinte au corps de la femme, visaient à la nier, l'annihiler, la faire souffrir. Ces femmes venaient en consultation pour « dépression », ou tentatives de suicide, parfois pour des pathologies de type psychotique. La violence subie au sein du couple était toujours au second plan, et il fallait vraiment poser des questions précises pour qu'elle apparaisse en tant que telle.

Par la suite, dans le cadre de la consultation de Médecine Légale, les femmes venaient faire constater des coups, mais évoquaient très longuement tous les autres aspects de leur relation au conjoint. Très vite, il nous est apparu que le ou les coups qu'elles venaient faire constater n'étaient qu'une partie de ce qu'elles vivaient, et que les marques sur le corps prenaient un sens particulier dans leur relation conjugale.

Si notre formation de psychiatre permettait d'écouter ces femmes, les moyens medico-légaux à notre disposition semblaient bien minces, et le certificat médical que nous leur remettions n'était qu'un pâle reflet de la réalité endurée.

La description minutieuse des blessures, témoins corporels des violences, ne rend pas compte de la peur ni de l'humiliation qui les accompagnent. De plus, ces blessures sont le plus souvent de faible gravité médicale, ne sont pas ou peu visibles (gifles, cheveux tirés), et génèrent donc peu d'incapacité totale de travail (ITT°). En dépit des modifications du Code Pénal, qui prévoit depuis 1994 la correctionnalisation systématique des violences entre conjoints, ces faibles ITT donnent une idée de bénignité des blessures qui contre dit ce que vivent les personnes concernées[5, 6] . Enfin, l'ITT est une notion conçue pour une agression unique, et l'épuisement psychique du aux agressions quotidiennes répétées pendant des années ne peut être transcrite au travers de cet outil.[5]

De même, l'incitation à porter plainte ne trouvait pas chez les femmes rencontrées un écho très favorable : elles l'avaient déjà fait, sans obtenir le résultat escompté, ou elles ne voulaient pas nuire à leur conjoint violent.. ou elles ne se sentaient pas capables de le faire...

Le questionnement personnel engendré par ces rencontres, se trouvait en écho avec le contexte plus général de l'essor de la victimologie au cours des quinze dernières

années, tant en ce qui concerne sa lisibilité que par l'extension de son champ d'action. Dans ce mouvement d'expansion du champ de la victimologie, les femmes victimes de violence conjugale n'ont été prises en compte que dans un second temps. Il nous paraît important de souligner ici que seul un mouvement associatif de grande ampleur pouvait mobiliser l'attention des pouvoirs publics et des médias.

En 2000, avec les résultats de l'enquête ENVEFF¹, elle-même fruit d'années d'actions et de luttes, les violences conjugales devenaient « *problème de Santé Publique* ».

Le rapport Henrion [7] publié à la même époque, qui se voulait un encouragement et une aide pour les médecins face aux problèmes des violences conjugales, ne faisait que révéler, à nos yeux et au vu de notre expérience clinique quotidienne, l'embarras du corps médical.

Ce travail est donc né de la rencontre entre une pratique auprès de femmes qui venaient parler de leur vie, de leurs espoirs et désillusions, de leurs peurs, aussi, et d'un discours qui nous avait été transmis, de neutralité et objectivité médico légale, renforcé par un discours social qui, bien que tendant à la défense des femmes concernées, ne fournissait pas d'outils pertinents et paraissait lui même agressif.

Il nous fallait donc interroger ce discours, étudier de quoi est comment est constitué le corpus médical et médico légal concernant la violence conjugale.

Précisons que, au cours de ce travail, la violence conjugale était pour nous, certes un objet de recherche en tant que tel, mais aussi un modèle d'étude du rapport du discours médical par rapport à la violence, qui est au cœur de notre pratique médico-légale clinique quotidienne

1.2. Tentative de définition de la violence conjugale.

Le terme de « *violence* » justifierait à soi seul un développement sémantique. Rappelons que le mot violence vient du latin « vis », qui désigne aussi bien la force que la virilité, et qui a donné, dans notre langue, viol et violence....

Pour l'approcher, nous reprendrons les termes de F Héritier, en introduction au séminaire « De la violence » [8]:

« *Appelons violence toute contrainte de nature physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être animé; tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés (...). Des violences se veulent légitimes: ce sont celles de la loi, et des peines appliquées à ceux qui l'enfreignent. Selon leur nature et leur diversité, elles posent la question des conditions de légitimité de la révolte et de l'insoumission²* ».

¹ ENVEFF : Enquête Nationale sur la Violence Envers les Femmes en France, commanditée par le Secrétariat du Droit des Femmes et réalisée par téléphone en 2000 auprès de 6970 femmes. : www.univ-paris1.fr/IMG/pdf/questionnaireenveff.pdf.

² F Héritier De la Violence I, Odile Jacob ed, 2005, p.17

Cette définition est très générale, et renvoie aussi bien à des situations interpersonnelles comme celles que nous étudions ici, qu'à la notion de violence d'Etat.

Cette définition souligne que la violence peut se manifester sous la forme d'une contrainte psychique, ce qui est particulièrement pertinent en ce qui concerne la violence conjugale, nous le verrons plus loin.

Enfin, elle ne se limite pas aux violences physiques, dans la mesure où elle admet comme conséquence de la violence « le malheur, la souffrance... » d'un être.

En ce qui concerne la violence conjugale, la difficulté à donner une définition vient de la multiplicité des sources. Cette multiplicité participe de manière importante à la confusion et aux errements de toute sorte à propos de la violence conjugale.

Il paraît assez évident que la violence conjugale concerne le couple. Le terme de conjugal implique une certaine intimité, un caractère privé à cette violence.

Le Code Pénal, ne définit pas la violence conjugale en tant que telle, mais considère que les violences volontaires ou involontaires entre conjoints appellent des sanctions plus lourdes qu'entre personnes n'ayant pas ce lien, et relèvent du tribunal correctionnel quelles que soient les conséquences, évaluées par l'incapacité totale de travail, (ITT) [6].

Le discours féministe a une conception particulièrement large de la violence conjugale, comme l'atteste le questionnaire de l'enquête ENVEFF[9], objet de vives critiques. Cette enquête constitue la principale ou plus exactement la seule référence épidémiologique actuellement disponible sur la violence conjugale envers les femmes en France. Cette enquête s'intéresse à toutes les violences faites aux femmes. En arrière plan, l'idée que ces violences ont quelque chose de spécifique au fait qu'elles sont dirigées vers les femmes vues en tant que représentantes du genre féminin, et non pas comme personnes que l'on violenterait sans tenir compte de leur identité de genre. On ne peut pas ne pas voir ici le postulat que ces violences sont dues à la domination de la femme par l'homme.

Au chapitre « *cadre théorique et méthodologique de l'enquête* », il est mentionné :

« L'approche des violences envers les femmes s'inscrit généralement dans le cadre des violences interpersonnelles et par là même se réfère la plupart du temps aux situations « ordinaires » liées à la vie quotidienne et à la sphère du privé ; ces violences sont souvent occultées, voire déniées par les victimes elles-mêmes.

Au-delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Elle est fondée sur un rapport de force ou de domination. Elle ressortit au désir d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant. Contrairement au conflit, mode relationnel interactif susceptible d'entraîner du changement, la violence est perpétrée de manière univoque et destructrice.

Quelle qu'en soit la nature et quels qu'en soient les protagonistes, les actes violents sont toujours une atteinte à l'intégrité de la personne. L'atteinte à la personne est un nouveau concept éthique à valeur universelle, qui rencontre un large consensus : Cette définition de la violence en forme de postulat se réfère aux notions actuelles de respect des droits de la personne humaine. Elle semble opérationnelle en matière juridique, politique, et elle fait aussi ses preuves sur le plan heuristique. Mais sa quantification s'avère délicate, car elle recouvre une réalité complexe et très

diversifiée qu'il convient de décrire le plus finement possible. Par ailleurs, l'invisibilité du phénomène est un des écueils que doit dépasser l'approche des violences faites aux femmes »

Dans cette approche, c'est tout ce qui porte atteinte à l'intégrité de la personne qui est considéré comme violence. Il n'y a pas de réelle différence de nature entre les divers types de violence, dès lors que l'on ne respecte pas une personne, en l'occurrence une femme, on est dans la violence.

E Badinter [10] dénonce ce « *continuum de la violence* » qui va depuis les insultes jusqu'aux coups et au viol. Pourtant, même si les propos de certaines militantes peuvent irriter, il apparaît, avec l'expérience, que ce sont non pas seulement les coups, mais toutes les petites humiliations et blessures de la vie quotidienne qui constituent le climat délétère dans lequel vivent les femmes que nous rencontrons en consultation. Il est exceptionnel que les coups ne soient pas accompagnés d'injures, insultes, humiliations diverses, prononcées dans un contexte dans lequel celle qui les subit ne peut pas régir comme elle le voudrait, et qui permet parfois à leur auteur de faire croire à un trait d'humour.

Si, sur le plan conceptuel il peut sembler inacceptable d'amalgamer les différents types d'atteinte à l'intégrité, en pratique, c'est cet amalgame qui fonctionne pour réduire au silence celui ou celle qui en est la cible. Les régimes totalitaires ont depuis longtemps compris que l'humiliation est au moins aussi efficace que les coups pour obtenir ce que l'on veut des sujets.

Le principal reproche que l'on peut faire à cette approche féministe, est de considérer la violence conjugale comme la résultante d'un schéma social de domination d'un sexe par l'autre. D. Welzer-Lang [11], lui-même défenseur de cette théorie, en vient à se demander comment il se fait que tous les hommes ne soient pas violents...

De fait, considérer la violence conjugale comme une violence uniquement dirigée de l'homme vers la femme au sein du couple hétérosexuel est une aberration, régulièrement démentie. La violence psychique, les humiliations, existent aussi de la femme vers l'homme, et certains cas d'alcoolisme ou de dépression chez l'homme pourraient être mieux compris si l'on écoutait vraiment ce qu'ils disent de leur vie de couple. De même, les couples homosexuels, gays ou lesbiens, ne sont pas à l'abri des relations d'emprise, humiliations, violences physiques.

La définition de la violence conjugale telle que définie ci-dessus est pertinente parce qu'en rapport avec des éléments cliniques, mais la théorie qui la sous tend, de la domination d'un sexe par l'autre, ne saurait suffire à l'étude du problème qu'est la violence conjugale.

Une définition plus concrète est toutefois nécessaire : nous l'avons vu à l'occasion de notre DEA [12]. Nombre de médecins considèrent que la violence conjugale, ce sont des coups donnés « sans raison », sous l'emprise de l'alcool, et que des disputes qui se terminent par des coups ne constituent pas vraiment de la violence conjugale. La plupart ignorent la violence psychologique, et encore plus sexuelle.

La violence conjugale qui nous a amenée à ce travail peut de définir comme un système de relation qui vise à établir l'emprise de l'un sur l'autre, par le contrôle de tous les aspects de ce sa vie, qu'elle soit sociale, professionnelle, culturelle, sexuelle, économique.

Nous ne parlerons pas dans ce travail de « difficulté relationnelle », de mésentente, ni de la « *dispute qui tourne mal* ». Nous parlerons de situations de couple dans lesquelles l'un des deux a perdu toute liberté d'agir et même de penser, se trouve réduit à un objet dans les mains de l'autre.

Cette approche permet de prendre en compte la violence au sein de tous les types de couples.

Toutefois, dans le cadre d'un tel travail, une limitation est nécessaire pour mieux cerner l'objet de notre travail. C'est pourquoi nous nous limiterons à la violence conjugale la moins mal connue, à savoir celle subie par la femme au sein d'un couple hétérosexuel.

Enfin, la violence conjugale que nous aborderons ici concerne celle qui touche des femmes ayant choisi leur conjoint. Plus exactement, nous ne prendrons pas en compte la violence conjugale prétendue « *culturelle* » au sein des couples « *arrangés* ».

Car ce qui désarçonne le médecin, mais aussi toutes les personnes qui interviennent auprès des femmes subissant de la violence conjugale, et qui contribue à susciter de l'agressivité à leur égard, c'est cette impression que « *si elles restent, c'est que ça leur convient* » ou que « *elles restent pour l'argent* »..., c'est-à-dire cette impression d'acceptation de la violence conjugale par celles-là mêmes qui la subissent, acceptation apparente qui est encore utilisée par certains médecins pour justifier de ne pas s'en mêler, « *car cela fait partie de la vie privée* ».

C'est donc la violence conjugale qui concerne des personnes apparemment libres de leurs faits et gestes et de leur choix de conjoints, qui constitue l'objet de notre travail.

1.3. La notion de victime

Le terme de victime s'est généralisé au cours des dix dernières années, et apparaît parfois comme une revendication, la revendication « *du statut de victime* ».

La victime n'a pas de réelle place dans le processus pénal, car l'objectif du procès pénal est le rétablissement de l'ordre public, avec une sanction de celui qui a perturbé l'ordre public, et il est clair que la victime n'a historiquement pas sa place ici.

Initialement ignorée dans les théories criminologiques, la victime, objet ou cible du fait criminel, à travers les premières théories victimo-criminologiques, est devenue partenaire du fait criminel, dans le célèbre couple auteur victime de Van Henting.[13], [14], [15]. Ces théories, qui faisaient notamment état de la notion de ce « *couple* » a, dans les agressions sexuelles, associées aux théories psychanalytiques sur le masochisme, ont le connu le sort de beaucoup d'autres théories : isolées de leur contexte, vidées de leur sens, elles ont été instrumentalisées, réifiées, au profit, dans ce cas particulier, des auteurs d'infractions, notamment de viol, pour les exonérer de leur faute : la victime avait cherché les ennuis. Si l'on revient à la source de ces textes, on s'aperçoit que le discours est beaucoup plus nuancé.

Il fallu toute la force du militantisme féministe pour faire évoluer les choses.

Actuellement, le fait d'être « *victime* », se revendique au procès pénal, ou au sein d'associations, avec parfois un discours tout aussi réifiant pour la-dite victime, devenue icône du malheur, dont on « *salue la dignité* »³ et dont la souffrance et/ou la dignité sont reprises dans les plaidoiries tant de la défense (pour souligner qu'elle est toujours en vie et « *digne* », donc non atteint ?) que de la partie civile, leur misère étalée au grand jour pour mieux faire apparaître la noirceur du coupable.

Dans le domaine de la violence conjugale, on sort de siècles de silence et de culpabilisation des femmes concernées. Alors, dans la dynamique du mouvement de balancier qui va d'un excès à l'autre, un certain nombre de guides affirment qu'il faut dire à la femme, pour l'aider, « *qu'elle est victime, que c'est son mari qui est coupable, qu'elle n'a rien à se reprocher...* ». On fait ici bon marché de la culpabilité, non pas pénale, mais inconsciente, beaucoup plus redoutable.

Nous verrons, à travers les cas cliniques, à quel point la violence conjugale se noue à deux. Vouloir à tout prix faire de la femme une victime qui n'a rien à se reprocher est un non sens thérapeutique, mais aussi dépouille la femme de toute responsabilité dans sa vie, ce qui s'apparente à une nouvelle violence.

Nous avons conscience du caractère quelque peu iconoclaste de notre propos, du risque d'utilisation détournée. Toutefois, dans ce travail, nous ne pouvons pas ne pas souligner les ambiguïtés de certains discours.

Au cours de ce travail, si le terme de victime peut parfois être utilisé en raison de son caractère extrêmement générique, il sera chaque fois que possible évité, précisément en raison de son caractère beaucoup trop général et réducteur à la fois, au profit de « *femmes concernées par la violence conjugale* ».

³ (ce sur quoi les journaux ont lourdement insisté, lors du procès Dutroux : un magistrat a salué à plusieurs reprises la dignité d'une victime survivante, l'élevant sur un piédestal : parce qu'elle a connu l'enfer ? parce qu'elle y a survécu ? parce qu'elle rappelle celles qui n'ont pas été retrouvés à temps ?)

2. CHAPITRE 2 : LA MEDECINE ET LES VIOLENCES : CONSTRUCTION DU CORPUS

2.1. Objectifs :

Il s'agissait ici pour nous d'étudier et de comprendre comment la Médecine a appréhendé les violences, comment le corpus qui nous a été transmis s'est construit.

2.2. Méthodologie :

Une approche historique était nécessaire. N'étant pas nous même historien, nous avons étudié des textes et ouvrages relatant l'histoire de la médecine et de la violence, en pointant au fur et à mesure d'une part ce qui concerne le rôle du médecin, d'autre part ce qui concerne les représentations de la personne, particulièrement de la personne victime de la violence. Nous avons complété cette lecture d'ouvrages historiques, par la lecture d'ouvrages de référence datant du 19^e siècle, soit de la période de construction de la médecine dite moderne.

Les ouvrages suivants ont été étudiés :

- Histoire du viol, Georges Vigarello, Seuil, Paris, 1998
- Histoire de la criminologie française, Laurent Muchielli (dir), L'Harmattan, Histoire des Sciences Humaines, 2001
- La médecine du crime, Marc Renneville, Le Septentrion, 2002
- Une série d'articles intitulés : Histoire de la Médecine Légale, Léon Dérobert, dans la revue Zacchia, ,1973 (9)1 :1-38 ; 1973 (9)2 :161-192, 1973 (9)3 :341-382 ; 1973 (9)4 : 533-547
- Un chapitre du Traité de Médecine Légale de Orfila : Les agressions sexuelles, Paris, 1836, t1 : p 1-43 et 144-189
- Etude médico légale sur les attentats aux moeurs , Jean Tardieu, 1879, Baillière et fils ed, Paris.

Dans chacun de ces ouvrages, nous avons procédé à une lecture minutieuse, en relevant tout ce qui concerne :

- la place du discours médical, c'est-à-dire ce qui est générateur de théorie,
- l'étude des blessures,
- la place du discours médical par rapport aux autres discours (social ou judiciaire),
- les représentations de la victime.

Nous présenterons les résultats de manière synthétique, une présentation analytique étant proposée en annexe.

2.3. Résultats

2.3.1. Histoire du viol, Georges Vigarello

Cet ouvrage est fondé sur l'étude des décisions judiciaires rendus au Châtelet et concernant des affaires de viol.

Nous avons sélectionné cet ouvrage en raison de ses qualités en matière d'histoire, et aussi parce que le viol est l'archétype de l'agression de l'homme envers la femme. Nous avons lu cet ouvrage en y repérant de façon systématique tout ce qui avait trait à l'intervention d'un médecin (ou autre professionnel de santé compte tenu du contexte historique), que ce soit auprès de l'auteur, de la victime, ou au travers d'un discours adressé à la société.

Nous avons également tourné notre attention vers ce qui concerne la victime, et noté quand et comment il est parlé d'elle.

Dans un premier temps, nous reprendrons la structure de l'ouvrage :

1° Partie : Ancien Régime

Généralités :

L'auteur souligne que le mode de vie de l'époque, exposait davantage que de nos jours à la violence. Celle-ci était considérée comme normale entre certaines classes sociales, et le seuil de tolérance était très nettement supérieur à ce qu'il est de nos jours.

La composition de la société en classes de niveaux différents joue un rôle important dans la façon dont sont traitées les affaires de violences aux personnes et plus particulièrement le viol.

Les agressions sexuelles sont considérées comme d'autant plus graves que la victime appartient à un niveau social élevé, et/ou que l'auteur appartient à une classe défavorisée de la société.

L'homme qui viole une femme d'une classe sociale supérieure à la sienne est beaucoup plus sévèrement sanctionné que celui d'une classe élevée qui agresse une femme de « basse appartenance ».

Les violences doivent être manifestes, et donner lieu à des signes importants pour être reconnues, les violences morales ne sont pratiquement pas prises en compte.

Intervention du médecin :

Dans l'Ancien Régime, le médecin est cité de manière quasi exclusive pour prouver la réalité des faits (souligné par nous), par un constat des blessures physiques.

Des « médecins jurés » et des « matrones jurés » ont été sollicités par la justice durant toute la période de l'Ancien Régime : on leur demandait d'attester de la réalité des signes de viol, c'est à dire de la véracité des dires de la victimes.

Dans le contexte de l'Ancien Régime, on observe :

La construction progressive et approximative d'une clinique, en rapport à la fois avec la représentation que les médecins de l'époque ont du viol, et les connaissances anatomiques :

Il existe un débat sur la réalité de l'existence de l'hymen : certains affirment que ce « voile » n'existe pas, d'autres en font une description qui ne correspond pas à la réalité anatomique (et qui ne permettra donc pas aux premiers de l'identifier !).

Le corollaire de ce débat est la pertinence de la rupture de l'hymen comme signe permettant d'affirmer la défloration, assimilée au viol.

Seules les lésions graves concernant les parties génitales sont retenues comme signe de viol : ce que l'on appelle de nos jours « violences associées », les coups, strangulations, blessures par armes blanches ou à feu, ligotage...ne sont pas pris en compte.

Les signes de viol décrits alors sont « des parties naturelles rouges et enflammées », des écoulements «de matière verdâtre », un « gonflement » des organes génitaux.

Aucune place n'est laissée aux signes subjectifs tels que la douleur ou une gêne fonctionnelle.

La violence morale n'apparaît pas comme telle. La séduction est évoquée, mais plus comme un type de relation à laquelle la femme aurait consenti que comme un moyen de duper la victime pour la violenter.

Des signes de lutte physique sont mentionnés pour la première fois en 1769. Auparavant, le non consentement de la femme au rapport sexuel était attesté par des signes non médicaux : désordre dans la pièce, meubles renversés et brisés, témoignages de témoins directs attestaient de la réalité de la lutte de la femme.

Aucun signe de sodomie n'est décrit, alors que ce type de viol est décrit.

Les conséquences psychologiques ne sont pas mentionnées.

Progressivement, les médecins vont rechercher des signes indirects de viol, certains (Zacchias) affirmant que l'on peut reconnaître une femme violée au changement de la forme de son visage, de son cou, de son odeur.

Une autre clinique apparaît, celle perçue par l'entourage de la victime :

Ceci est remarquable surtout pour les viols d'enfants, dont l'entourage est alerté par des signes indirects (qui sont toujours d'actualité), mais non repris par les médecins : douleurs pour s'asseoir, douleur à la marche, troubles de l'alimentation, prostration, pleurs, douleurs abdominales

Ces signes amènent généralement les parents à consulter un médecin ou une sage femme, qui fait le diagnostic.

Un positionnement progressif des médecins dans l'élaboration de la preuve

L'intervention d'un médecin ou d'un chirurgien pour attester de la réalité d'un viol est obligatoire à partir de 1670. Dès cette époque, on observe des querelles concernant la compétence des chirurgiens désignés.

Leur avis semble irréfragable : ils affirment qu'il y a eu viol ou non sur le seul examen gynécologique, et il semble que la tribunal accepte leur constat, ce qui ne signifie pas que l'auteur sera sanctionné !

Aucun intérêt des médecins (ni de la société) pour l'auteur, ses motivations, les circonstances etc. Il est jugé en fonction de sa position sociale plus que selon d'autres critères.

Regard sur la victime :

Les procès pour viol sont rares : les victimes portent peu plainte, et les « arrangements » entre famille de victime et auteur sont une pratique courante.

Les points suivants sont opérants à cette époque :

- Tout d'abord, l'idée qu'une femme qui veut vraiment se refuser à un homme y parvient toujours : pour preuve, ce « test » effectué par un magistrat. Une femme se plaignait d'avoir été violée par un homme, et avait obtenu un sac d'écus en tant qu'indemnisation. Le juge a donné le sac à la femme, puis demandé à l'auteur de le lui reprendre : la femme s'est défendue et a gardé le sac. Ce qui prouve qu'elle était capable de se défendre, et que donc elle avait été consentante au rapport avec cet homme...à qui elle a donc du rendre le sac d'écus.
- Une femme mariée appartient à son mari : en cas de viol caractérisé, le dommage n'est pas causé à la femme, mais à son mari. C'est donc avec lui que des « arrangements » vont se négocier : argent, bétail, compensations diverses.
- Le viol est un crime particulier, qui souille autant son auteur que sa victime. Une femme violée était sanctionnée par la justice : maison de correction, inaptitude au mariage.
- La hiérarchie des crimes n'était pas la même que de nos jours. Ce n'est qu'au 19^e siècle que les atteintes aux personnes ont pris l'importance dont nous sommes les héritiers. Sous l'Ancien Régime, le blasphème et l'atteinte au pouvoir royal étaient beaucoup plus graves que le viol d'une fille de ferme.

L'étude des procès pour viol présentée dans cet ouvrage met en évidence une hiérarchie entre victimes :

Certaines femmes ne peuvent pas être reconnues comme ayant été violées : c'est le cas en particulier des prostituées. Quelles que soient la réalité, la violence de l'agression subie, le viol ne sera pas admis. La prostituée non mariée est à cet égard particulièrement vulnérable. La prostituée mariée appartenant à son mari, c'est à lui de décider s'il a subi un tort ou non et s'il souhaite en demander réparation.

Dans la quasi totalité des viols de femmes adultes, le discours de l'auteur consiste à démontrer que la femme en question menait une vie « dérégulée », non en conformité avec la morale : la victime était accusée d'avoir un ou des amants, de se livrer à des pratiques incestueuses : disqualifier la victime pour nier la violence subie est un moyen qui fonctionne très bien, car aboutit régulièrement à l'acquittement ou à des peines minimales.

Les enfants semblent plus protégés. Il ne s'agit toutefois pas d'une reconnaissance de leur vulnérabilité. Les rapports sexuels avec des enfants sont considérés comme « contre nature » par la morale chrétienne, et à ce titre plus régulièrement et lourdement sanctionnés. La victime n'échappe pas pour autant à la maison de correction et aux conséquences sociales : l'inaptitude future au mariage et la demande de réparation de ce tort (patrimonial pour les parents) semble être la principale motivation de cette attitude. Les sanctions sont d'autant plus lourdes que l'enfant est plus jeune. Les fillettes de plus de 8 ans sont, comme leurs aînées, disqualifiées par les auteurs et par les juges : « déjà instruite des choses de la vie », « vicieuse », « provocante »....

Pour une femme adulte et non mariée, le fait de ne plus être vierge était un signe d'avilissement qui exonérait l'auteur du viol de toute culpabilité.

Discussion :

Ce chapitre met en évidence une fonction médicale tournée uniquement vers la preuve matérielle des faits, basée sur une clinique encore balbutiante, et qui ne semble pas prendre en compte la subjectivité de la victime. Ceci est bien sûr à lire à la lumière des connaissances de l'époque. L'anatomie et la physiologie étaient moins précisément connues que de nos jours. La psychologie ne verra la jour que à la fin du 19^e siècle, lorsque les progrès à la fois médicaux et sociaux conduiront à une approche plus introspective et à une interrogation sur la vie intérieure des êtres humains. Il n'est donc pas surprenant que les médecins n'utilisent que les outils conceptuels et techniques dont ils disposaient à l'époque.

Plus remarquable est leur positionnement du côté de la loi, ou plutôt de l'appareil judiciaire, dont on perçoit ici les prémisses, et qui va aller en se confirmant au fil du temps. Le médecin est là pour constater, et pour établir la vérité matérielle. Dans le texte étudié ici comme dans d'autres, le constat médical apparaît au service de la justice, comme si sa fonction n'était pas de témoigner de la réalité de la blessure de la victime, mais de participer à la qualification des faits, du point de vue du juge et non aux côtés de la victime. Le positionnement du médecin expert comme « auxiliaire de la justice » point ici de manière assez nette.

Du point de vue victimologique, les conséquences du viol ne sont envisagées que sur le plan patrimonial, et non dans la perspective d'une réparation d'une atteinte à l'intégrité de la personne. Là encore, il importe de se replacer dans les conceptions de la personne opérantes à l'époque. La notion d'individu, qui éclate littéralement au moment de la Révolution était présente dans les esprits de certains intellectuels bien avant celle-ci, mais pas encore aussi répandue et intégrée au mode de pensée et de fonctionnement quotidiens que par la suite. Toutefois, l'absence de discours médical repérable à ce sujet est à interroger et à confronter avec la tradition d'humanisme affichée par le corps médical. La vocation de protéger les faibles était déjà affirmée dans l'idéologie médicale (cf Serment d'Hippocrate), et les victimes d'agressions sexuelles font partie des personnes parmi les plus faibles et en besoin d'être protégées : les femmes issues des couches sociales les plus défavorisées sont les plus exposées au viol et les moins à même de se défendre.

Une voie possible pour comprendre ce silence est l'absence de discours social des médecins à cette époque, contrairement, à ce qui se produira au 19^e siècle, durant lequel le corps médical appuiera un discours politique sur ses connaissances fraîchement acquises. Le caractère par trop approximatif des connaissances et la pauvreté des moyens thérapeutiques à leur disposition ne donnaient pas grande légitimité à un discours médical sur les victimes d'un crime aussi peu pris en compte par la société que le viol.

On verra toutefois que les médecins ont utilisé leurs connaissances pour défendre les auteurs.

2^e Partie : La fin du 18^e siècle

La fin du 18^e est marquée par de profonds bouleversements, dont la Révolution est l'emblème.

Le déclaration des Droits de l'Homme fait émerger la notion de personne : le citoyen est un individu libre, autonome, propriétaire de lui-même. « le viol est de plus en plus une blessure, de moins en moins un larcin » écrit Vigarello.

Tout d'abord, l'instauration d'un nouveau Code Pénal : son but est d'éradiquer les vices. Il est inspiré par la logique révolutionnaire de refus de l'arbitraire. Tout est décrit, classifié, et à chaque infraction correspond une peine. Les infractions deviennent laïques : il ne s'agit plus de pécher, mais de transgression d'une loi. Ce qui devient répréhensible, ce n'est plus le problème moral ou religieux, mais l'atteinte physique et la menace de l'ordre social.

Les violences sont donc classées en « légères » ou « graves », et les violences sexuelles n'échappent pas à ce mouvement : des violences « inférieures au viol » sont décrites : les attouchements et les attentats à la pudeur.

La sensibilité aux crimes sexuels s'accroît, mais pas dans la même proportion que les procès. Les crimes sexuels sur des enfants sont de moins en moins tolérés, de même que l'impunité des notables. De même, la tolérance aux crimes de sang diminue, la violence en général devient moins supportable.

Implication des médecins

Les connaissances s'affirment : L'existence de l'hymen n'est plus discutée, et sa rupture constitue dorénavant la preuve d'une pénétration sexuelle.

Le lien entre agression sexuelle et maladie vénérienne semble incertain : un médecin présente une telle maladie comme témoin de la gravité de l'agression, non comme conséquence directe.

Le rôle du médecin change peu :

A quelques anecdotes près (chirurgien qui prend part à la transaction « d'arrangement » ou qui accompagne une victime à l'Hôtel Dieu), les médecins ne sont mentionnés que comme auteurs de constats, qui confirment ou infirment la réalité de l'intromission de la verge.

Dans un cas, le médecin mentionne la souffrance de la victime et affirme que la maladie vénérienne dont elle est atteinte témoigne de la gravité de l'outrage subi.

Les pratiques évoluent :

Les constats deviennent beaucoup plus minutieux et détaillés. L'enquête judiciaire est de plus en plus précise, pour une justice qui aspire à moins d'arbitraire, les médecins répondent à la demande. Les lésions sont dénombrées et décrites avec une minutie qui va croissant.

Un discours apparaît :

Les médecins s'appuient sur les connaissances physiologiques pour affirmer l'infériorité physiologique de la femme par rapport à l'homme (p110) et cautionner ainsi une disqualification sociale de la femme.

De manière qui n'apparaît pas contradictoire, PA Mahon, adjoint de Lassus à la chaire de Médecine Légale de Paris, en 1794 (p115) affirme qu' « il est en pratique impossible à un homme seul d'imposer un rapport sexuel à une femme qui s'y refuserait vraiment ». Cette affirmation, auréolée du sceau de la science, permettra aux magistrats de récuser de nombreuses plaintes pour viol concernant des victimes adultes.

Regard sur la victime :

L'entourage perçoit des signes de souffrance qui ne sont toujours pas repris par le médecin ni par le juge. Ces signes ne sont pas différents d'une époque à l'autre (pleurs, prostration, refus d'alimentation...).

Le viol d'enfants fait l'objet d'une forte réprobation, mais l'enfant victime est lui aussi condamné (maison de redressement), et ce jusqu'au milieu du 19^e siècle. Il semble que l'accroissement de la précision de l'enquête s'accompagne d'une curiosité de plus en plus intrusive sur la vie de la victime. Les enfants sont ainsi suspectés d'être vicieux, provocateurs...ce qui exonère l'auteur de sa faute.

D'une façon générale, la question du consentement de la victime à l'acte sexuel est centrale. Elle se construit à partir de l'idée que la personne est autonome et dispose d'un libre arbitre que rien, pas même des manœuvres de séduction ou d'intimidation, ne peut remettre en cause. De ce fait, seule la force physique prouvée et manifestement supérieure (et l'on a vu ci-dessus ce qu'en dit la Faculté) peut contraindre une femme. La possibilité de la violence morale n'a pas de place.

Toutefois, la victime devient l'objet d'une transgression de la loi et n'est plus, juridiquement, englobée dans la même faute que l'auteur. (Ce qui ne résout pas la question de la honte).

La réparation juridique du dommage devient possible, seuls les dommages matériels sont pris en compte.

Enfin, vers 1750, ont lieu les premiers procès pour mauvais traitements à enfants.

La fin du siècle voit des mouvements collectifs demander des procès et soutenir une victime. Les « arrangements » perdurent mais sont de plus en plus officiels et devant témoins, et ont lieu indépendamment de l'action judiciaire.

Aspects juridiques :

La mise en place du Code Pénal et d'une hiérarchie des violences sexuelles s'accompagne d'un plus grand nombre de sanctions, l'acquittement est moins systématique. Toutefois, les violences sont très souvent déclassées, c'est à dire jugées par une juridiction inférieure à ce que leur réalité exigerait.

Discussion

Au cours de cette période, la notion de personne et donc de l'atteinte à la personne apparaît. Pour autant, cela ne résout pas tous les problèmes, car le corollaire de l'autonomie de la personne est que l'intimidation et la violence morales sont impensables.

Le rôle du médecin comme auxiliaire de l'enquête se précise et s'affirme, et influence les pratiques en rendant les comptes rendus beaucoup plus précis et détaillés, de façon à pouvoir répondre aux nécessités de l'enquête. On assiste là à une adaptation, une mise en conformité de la pensée médicale avec les exigences de la pensée juridique ou plutôt judiciaire.

Un discours se développe, dont le moins qu'on puisse dire est qu'il porte en lui même sa contradiction, et dessert les victimes. On observe bien ici comment les connaissances médicales se mettent au service de postulats sociaux qui concernent in fine le statut de la femme dans la société, sans véritable critique préalable de leur concordance entre elles. Les médecins reprennent, sans sembler en être conscients, les archétypes de la société dans laquelle ils vivent, et contribuent ainsi au maintien d'inégalités sociales. Ce principe de l'impossibilité du viol d'une femme adulte par un homme seul sera très (trop) bien entendu des magistrats, qui l'opposeront aux plaignantes pendant près d'un siècle.

La mise en exergue de l'autonomie et du libre arbitre des individus amène à se poser la question de ceux qui commettent des actes répréhensibles : la discussion de la perte du discernement de la part de l'auteur, de sa responsabilité pénale va débiter, et durer encore.

3° Partie : le 19° siècle

Le 19° siècle est marqué par le développement de ce qui a été décrit pour les périodes précédentes.

Le développement de la propriété maintient l'atteinte aux biens comme crime plus grave que l'atteinte aux personnes, mais la tolérance à la violence continue de décroître. La torture, les supplices publics ne sont plus acceptés. Les journaux, « les canards », prennent une grande place dans le récit des affaires criminelles.

C'est l'époque de la naissance de la criminologie.

Au plan juridique :

Le Code Pénal de 1810 étend la notion de violences sexuelles aux victimes de sexe masculin, et définit l'intention criminelle.

Une nouvelle révision, en 1832, prévoit une aggravation des peines pour les auteurs d'actes commis contre des enfants. Tout acte contre un enfant est présumé violent, et l'âge limite auquel un enfant est présumé apte à consentir est relevé .

Les agressions par ascendant sont également passibles de peines plus lourdes. C'est le début de la remise en cause de la toute puissance paternelle au sein du foyer, et la naissance d'un droit de regard social sur l'éducation des enfants.

Le viol est défini comme acte sexuel sans consentement et avec menace ou surprise. Le rôle de la menace est donc reconnu. C'est le juge et lui seul qui décide si il y a eu viol ou pas.

Implication des médecins

Les connaissances :

Elles évoluent peu sur le plan de la clinique. Les progrès viennent de la chimie : découverte de l'utilisation du chloroforme pour soumettre la victime, mais aussi de l'intérêt des taches, traces de sang ou de sperme.

Une typologie des hymens et de leur déchirure voit le jour. Une attention plus grande est portée à des blessures jusque là ignorées, telles les ecchymoses, et aux lésions situées hors de la sphère génitale. Toutes les blessures sont décrites.

On assiste surtout à une organisation des connaissances, dans une classification qui colle à la classification juridique. Les médecins prêtent une attention de plus en plus grande aux blessures et à leur description, et en viennent à proposer une nosographie qui décrit les lésions d'attouchements, d'attentat à la pudeur, et de viol. Le diagnostic différentiel entre viol, attouchements et onanisme n'est pas oublié.

L'existence de la violence morale est affirmée par Fodéré (aliéniste et professeur de Médecine Légale à Strasbourg), sa reconnaissance est dans un premier temps uniquement juridique.

Les médecins tentent de progresser dans leur capacité à apporter des preuves et des certitudes à la Justice. Ainsi, le Dictionnaire des Sciences Médicales explique que, avant d'affirmer un viol, il faut comparer les dimensions des organes génitaux de la victime et de l'auteur présumé.

Dans le même ordre d'idées, les corps médical affirme (p149) qu'un adulte ne peut pas violer un enfant, car les dimensions d'une verge adulte et d'une vulve enfantine sont incompatibles...ce qui aura comme conséquence la re-qualification d'authentiques viols en « attouchements » ou « attentats ».

Les pratiques :

En matière de violences sexuelles, les pratiques portent de plus en plus l’empreinte de la logique judiciaire, et les médecins s’engagent de plus en plus vers la détermination de la preuve. Les examens gagnent en précision et en détails.

Il est fait mention d’une mission (Tardieu 1857) qui demandait au médecin de dire « si l’examen dénote des habitudes vicieuses de l’enfant » (p172 et suiv).

Le discours :

Il est clairement moralisateur, cautionné par des connaissances présentées comme scientifiques donc irréfutables : à l’affirmation de l’impossibilité anatomique du viol d’enfant, de l’impossibilité physiologique de viol d’une femme adulte par un homme seul, assertions qui seront largement reprises par les magistrats et le corps social, s’ajoute la déclaration de Capuron, médecin légiste, qui proclame : « la femme doit préférer la mort à l’outrage ».

D’autre part, une forte suspicion pèse sur la victime, présumée menteuse. Tardieu n’écrit-il pas, en 1857 que « rien n’est plus courant ...que des plaintes d’attentats à la pudeur uniquement dictées par des calculs intéressés et de coupables spéculations »

Regard sur la victime :

La victime n’est plus sanctionnée par la justice pénale, mais sa situation reste très difficile. Nous avons vu que le regard médical est suspicieux, il en est de même du regard judiciaire (qui prend appui sur le discours médical) et social : le viol n’est reconnu que si prouvé par un médecin expert, et le mode de vie de la femme, (réel ou supposé), est régulièrement utilisé contre elle. Il arrive que le viol soit reconnu, mais que l’absence de signes de violences disculpe l’auteur, ou que celui ci soit acquitté « malgré le constat par le médecin de traces lutte de la femme ». La présence de témoins directs reste un des arguments majeurs pour faire reconnaître le viol.

C’est surtout notre regard contemporain qui fait apparaître des éléments de victimisation : les femmes seules, isolées, en situation de précarité sociale sont les plus touchées par le viol, et leur parole est mise en doute du fait même de leur situation sociale. Mais ces éléments n’apparaissent pas tels quels dans le discours de l’époque. Au contraire, c’est du fait de leur basse condition que ces femmes sont présumées dépravées et avoir des relations sexuelles avec les hommes qu’elles rencontrent.

Les viols collectifs connaissent une un pic de fréquence vers 1840. Ils touchent principalement des jeunes filles isolées, ayant un long trajet à faire seules pour regagner leur domicile après le travail ou le bal, et à qui l’on tend un guet-apens. Ces viols, lorsqu’ils sont révélés, sont peu sanctionnés.

Les victimes et leurs familles expriment de manière croissante leur désir de sanction officielle des auteurs.

Naissance du regard criminologique :

Le 19^e siècle est celui des grandes concentrations urbaines, et de l’émergence de nombreuses théories sur l’influence du milieu sur l’homme. Dans un premier temps, la ville étant sensée représenter le progrès, les individus qui y vivaient devraient être plus évolués que ceux restés à la campagne, donc mieux maîtriser leurs instincts, et il devait s’ensuivre une baisse de la criminalité. La violence était l’apanage des oubliés du progrès. En fait le 19^e siècle découvre que la violence concerne aussi bien la ville que la campagne et toutes les strates de la société : les abus commis par les notables, les instituteurs et les curés sont de plus en plus dénoncés .

C'est le développement de l'hygiénisme, et de l'implication des médecins dans la politique pénale (cf Muchielli, Renneville). Un débat a lieu sur les prisons, décrites comme lieu d'apprentissage du crime plutôt que de réinsertion (le mot de l'époque était plutôt réhabilitation, rééducation...).

En 1840 ont lieu les premières enquêtes sociales, et en 1841 une loi réglemente le travail des enfants.

Les études concernant les auteurs de crimes (dont le viol) stigmatisent en fait les classes les plus défavorisées de la société. Ce sont les plus pauvres, les mal logés, non instruits qui sont réputés commettre le plus de crime, en tout cas qui sont le plus souvent jugés et condamnés.

Les aliénistes remettent en cause la responsabilité de personnes qui « n'ont pas toute leur conscience », qui ne disposent pas de leur libre arbitre au moment où elles commettent le crime. Des magistrats commencent à demander des avis médicaux sur les auteurs .

L'âge, la situation matrimoniale et professionnelle des auteurs et de leurs victimes commencent à être étudiés, grâce, en partie, au registre national des sanctions.

Ces études aboutissent à la stigmatisation des classes « laborieuses », pauvres, des villes, nécessairement considérées (et avec l'assentiment des médecins) comme moins développées, de moindre sens moral, et plus brutales.

Discussion

Au cours du 19^e siècle, les médecins ont construit une clinique largement induite par les classifications pénales, et dont l'objectif était d'avantage de dépister les fausses allégations que de faire valoir la parole de la victime. La scientification (très relative avec le recul) des connaissances médicales leur donne un poids considérable auprès des magistrats, ce d'autant que les dites connaissances viennent renforcer les préjugés contre les victimes de viol.

Le médecin préfère s'intéresser au criminel et à ses motivations plutôt qu'aux conséquences du viol chez une personne dont la parole est avant tout à mettre en doute.

4^o Partie : le violeur

Discours criminologique des médecins

Cette partie de l'ouvrage est consacrée à la théorisation du violeur telle qu'elle peut s'inscrire dans les préoccupations criminologiques et médicales du 19^e siècle. En effet, les regroupements de populations dans les villes, les premières études de population, les progrès anatomo-cliniques, le discours des aliénistes, dans le contexte post révolution amènent à modifier le regard sur l'être humain et ses rapports avec la société.

Les médecins interrogent la normalité de l'auteur de crimes : celui qui fait le mal est-il un malade, ou un être mal intentionné ?

Selon les théories, la genèse du crime est sociale, héréditaire ou physiologique. Les implications sont grandes, car de chaque théorie découle une ligne d'orientation de la politique pénale, qui va jusqu'à interroger la légitimité de l'Etat à juger et punir.

On retrouve ici :

- la théorie évolutionniste, qui veut que le criminel soit un individu au développement incomplet, soit par atavisme, soit par régression à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie ;

- la théorie héréditaire dégénérative de Morel, selon laquelle les dégénérescences se transmettent mais s'éteignent car au bout de quelques générations les individus sont stériles ;
- la phrénologie de Gall ;
- les théories de Lombroso et de Lacaze : l'homme est-il un criminel né ?, quelle est l'influence de son mode de vie sur son devenir ?
- la théorie psychopathologique de Krafft Ebing ;

....

Nous retiendrons la multiplicité de ces théories, qui toutes renvoient à une conception de l'Homme, de son libre arbitre, de son déterminisme.

Il est à retenir aussi que la plupart de ces théories sont élaborées par des médecins, qui argumentent leur discours social et politique de connaissances en cours de construction, auxquelles ils mêlent des a priori dénués de fondements ou de preuves scientifiques, mais dont ils considèrent, dans un mouvement d'auto justification, qu'ils sont démontrés.

Un autre point à noter est l'émergence de l'interrogation sur la vie psychique et ses mystères. Les viols commis par des « gens de bien » sont de plus en plus dénoncés, mettant à mal l'idée que seuls les pauvres non instruits violent. La cause de ce comportement est donc ailleurs. Brouardel (p225) dit que l'homme qui viole est un homme frustré, et que la femme n'est pas choisie pour son attrait mais pour sa vulnérabilité. On approche ici de conceptions victimologiques plus contemporaines.

Ces théories médicales participent à démarquer les médecins du judiciaire :

Les médecins tendent à considérer les auteurs comme plus souvent non responsables pénalement que ne l'acceptent les juges, et c'est parfois un véritable bras de fer qui s'engage entre médecins et juges. L'intérêt pour la personnalité de l'auteur du crime se développe aussi parmi les magistrats.

Par ailleurs, les procès de parents maltraitants commencent à défrayer la chronique, et en 1895-96 est votée une loi sur les mauvais traitements à enfants : les violences physiques préoccupent bien plus le législateur que le viol.

Discussion :

L'ensemble des théories évoquées ici s'intéressent au criminel et à ce qui amène un être apparemment « normal » à commettre un crime. Ce sont bien les questions du statut de l'individu, de ses interactions avec la société et de son libre arbitre qui sont posées ici. La question de la victime n'est pas posée en tant que telle, c'est avant tout le trouble de l'ordre social que constitue le fait criminel qui est mise en exergue.

5° Partie : le 20° siècle

Ce chapitre aborde des questions tout à fait actuelles. Les conséquences du viol sur le devenir des victimes sont maintenant admises, mais cela a pris du temps. Les troubles de type névrose post traumatique ont d'abord été décrits dans le cadre des premiers accidents de chemin de fer, puis au décours de la Première Guerre Mondiale, et il a fallu de nombreuses années pour que ce concept soit appliqué aux victimes de viol.

Sous la poussée des mouvements féministes, les femmes victimes de viol refusent de se taire, et tentent de faire valoir leurs droits de façon publique. Le tournant en France, à cet égard, est le procès d'Aix en Provence, en 1974-75, à l'occasion duquel deux jeunes femmes violées ont demandé un procès public et affronté sa médiatisation.

La notion de souffrance psychique se répand (voire se banalise) et est mise en avant dans la plupart des procès.

Concernant les auteurs, on assiste aussi à une psychologisation de leurs actes, et à une médicalisation de leur prise en charge, à travers le suivi médico psychologique mis en place par la loi de 1998.

Rôle du médecin ?

Il est très peu abordé dans ce chapitre, si ce n'est à travers le rôle des experts amenés à se prononcer sur la dangerosité et le risque de récurrence des auteurs de crimes et particulièrement d'agressions sexuelles. La médicalisation apparaît comme un moyen de préserver une relative paix sociale

2.3.2. Histoire de la criminologie, Laurent Muchielli (dir)

Cet ouvrage rassemble les diverses théories, médicales ou non, qui ont au cours du XIX^{ème} siècle, tenté d'expliquer le fait criminel.

C'est un ouvrage dans lequel interviennent 16 auteurs, parmi eux des historiens, des sociologues, criminologues et un seul médecin, le Professeur Lanteri-Laura, qui est auteur d'un chapitre sur la phrénologie. La présentation et l'analyse des hypothèses psychanalytiques sont rédigées par un historien.

Dans son introduction, Laurent Muchielli résume ce que le reste de l'ouvrage démontrera : « *l'histoire des connaissances, fondées sur le paradigme anatomo-clinique, permet au médecin de former progressivement un corpus qui va venir soutenir une construction, une représentation de ce qu'est l'Homme* ».

Dans ce monde nouveau, post-révolutionnaire, que Renneville (Cf. infra) nommera « l'idéalisme juridique », l'être criminel est une anomalie, qu'il faut expliquer. Cette explication n'est pas neutre, car de la théorie sur la genèse du criminel, découle une théorie sur la prévention et le traitement du fait criminel et du criminel.

Globalement, les théories criminologiques posent la question de l'hérédité, de la part du libre arbitre de chacun, de l'influence des facteurs environnementaux, de la légitimité à punir (si le crime est une maladie, il faut le soigner, une disposition héréditaire, il faut la neutraliser...).

La dualité entre individualisation, pertinence des peines et protection de la société, se retrouve à chaque étape.

Les théories développées ont presque toutes une origine médicale, fondée sur des observations revendiquées comme scientifiques et donc ne pouvant être remises en cause, mais largement imprégnées du débat idéologique de l'époque, qu'elles nourrissent à leur tour.

Dans ces chapitres, apparaît aussi l'expert, comme instrument de la justice, pour « *établir le corps du délit et apprécier la santé mentale des prévenus* ».

La compétence des experts est d'emblée mise en cause, de même que la faible rémunération des expertises.

Les psychiatres semblent plus actifs, notamment pour faire reconnaître la légitimité de l'article 64 du Code Pénal, qui exonérait de procès pénal les personnes en état de pathologie mentale avérée au moment des faits.

Cette participation active du discours médical dans le débat social est considérée par Laurent Muchielli comme une prise de pouvoir par les médecins, un contrôle social fondé sur la Médecine et non légitime.

Les auteurs montrent que, à la fin du XIX^{ème} siècle début du XX^{ème} siècle, la criminologie quitte le champ médical pour celui des sciences sociales naissantes.

Discussion :

Dans toutes ces théories, le criminel est « *étudié à la manière entomologique ou botanique* », qui était l'approche de l'époque et reste le cas de nos jours.

Chaque théorie prétendait rendre compte des comportements criminels.

Toutefois, les crimes dont il est question concernent l'ordre public, via l'atteinte aux biens, vol notamment, l'atteinte aux personnes n'est pas abordée sous l'angle de la violence intra-familiale. La victime et son lien avec l'agresseur, n'apparaissent absolument pas dans ces théories ni au cours de cet ouvrage. Parmi les violences intrafamiliales, seul l'inceste est parfois mentionné, mais davantage comme un vice supplémentaire à charge des criminels, que comme un crime en soi. La violence conjugale n'apparaît jamais en tant que telle.

2.3.3. Histoire de la médecine légale, Dérobert

Le Pr Léon Dérobert a fondé et dirigé le département universitaire de médecine légale, et dirigé l'institut médico légal de Paris

Il est une figure marquante de la discipline.

Dans une série de quatre articles, Léon DEROBERT, alors directeur de l'Institut Médico Légale (IML) de Paris, retrace l'histoire de la spécialité.

Notre propos est de faire une lecture épistémologique de ces textes, en tentant de comprendre comment cette spécialité s'est construite, définie. Quel en est le corpus ? sur quels postulats repose-t-elle ? quelles sont les relations avec le discours judiciaire ? enfin, dans un travail centré sur une approche éthique, nous nous intéresserons aux représentations de la personne qui s'expriment au travers de ces articles : comment sont présentés les « patients » du médecins légiste, auteurs ou victimes ?

D'emblée, L. Dérobert annonce que l'histoire de la médecine légale « se confond avec celle de la médecine et celle de la justice ». Ce faisant, il ne distingue la médecine légale ni de la médecine en général, ni de la démarche de la justice, et adosse d'emblée la médecine légale à la justice.

1 Les origines.

La médecine des origines est celle des peuples primitifs, animistes, magiques...L Dérobert parle d'un « fatras » sous lequel on peut trouver « *quelques grains d'une vérité acquise par l'expérience et l'observation des faits* ».

(La pertinence de l'approche « primitive » et du sens non scientifique que peuvent donner certaines sociétés à des symptômes ne sont pas reconnus ici).

Dans les paragraphes concernant les Assyriens et Babyloniens, puis les Egyptiens et les Hébreux, L Dérobert s'attache aux textes religieux. Les détails de la pratique des médecins ne sont pas abordés (sans doute par manque de documents écrits). Il

décrit ce qui pouvait être demandé aux médecins, sans évoquer les personnes concernées par l'examen ou les faits.

En ce qui concerne les Grecs, L Dérobert annonce d'emblée qu'ils ne faisaient pas de médecine légale, et démontre en fait que la plupart des grands axes actuels de cette spécialité étaient développés à cette époque.

A propos de la Rome Antique, L Dérobert dit qu'elle n'a pas inventé grand-chose, comparé à la Grèce..., puis énonce un certain nombre de points capitaux.

A propos des questions concernant l'avortement, l'euthanasie, il pose des questions bien actuelles : la loi doit-elle nous dire les moyens que nous devons utiliser ? Ou doit-elle « seulement » donner aux médecins des missions qu'ils devront remplir dans les règles d'exercice de leur art ?

Dans ce paragraphe, L Dérobert situe bien la médecine légale par rapport à des lois, puisqu'il affirme que « *Rome nous met pour la première fois en présence d'un ensemble cohérent de lois ayant trait à la médecine légale* ». Les lois décrites dans ce chapitre sont plutôt des lois de santé publique, ou d'ordre public, qui impliquent la participation des médecins.

A propos des Arabes, L.Dérobert considère qu'ils ont surtout puisé dans les civilisations qu'ils conquéraient, et le fait que le Coran interdise l'ouverture des cadavres a été un frein au développement de la médecine légale durant cette période.

Les Chinois : Léon Dérobert commence par affirmer que l'on sait peu de choses sur les Chinois, alors que la thanatologie a manifestement été largement développée par eux. L' « Etude des blessures sur le cadavre », traité de médecine légale rédigé par les Chinois, comporte, selon Léon Dérobert, les mêmes chapitres que nos traités modernes.

Les Indes : Léon Dérobert est ici beaucoup trop succinct. Il ne fait que citer quelques lois concernant l'impureté des invalides, le châtement corporel des femmes enceintes

2 Les précurseurs du Moyen Age

Léon Dérobert débute par un exposé concernant les systèmes juridiques ou l'absence de système juridique, ce qui entraîne le fait qu'il n'y a pas de loi encadrant la médecine légale. (On pourrait plutôt dire que l'absence de système juridique, en ne définissant pas les droits a priori mais en laissant la place à un droit coutumier fondé sur l'ordalie et la vengeance plutôt que sur une hiérarchie et une tarification des offenses, ne permet pas à une profession de se définir comme auxiliaire de ce système (qui n'existe pas).)

Ce que montre ici Léon Dérobert, sans le dire, c'est que la médecine légale ne peut, dans une certaine mesure, trouver sa place que dans un état de droit, en tout cas dans un état qui se donne des lois et les moyens de les faire respecter.

Le seul texte auquel il peut faire référence concerne les modalités d'exercice de la médecine : la loi des Visigoths interdit « de saigner une jeune fille hors la présence du père.... » et qu'un médecin ne peut pénétrer seul dans une prison, pour ne pas être en mesure de fournir du poison à un détenu.

Dans certaines régions, l'examen des blessés était demandé, parfois par un médecin ou chirurgien, parfois par une personne non spécifiée. L'édit de Godefroy de Bouillon prévoit l'examen des accusés qui invoquaient une excuse de santé pour ne pas se présenter devant la cour.

De même, le duel judiciaire requérait la présence d'un médecin, pour déterminer si la raison d'arrêt du combat était valable ou non.

L'absence d'un système législatif cohérent nuit certes à l'identification de la médecine légale, mais avant tout à l'émergence de la profession de médecin. Le fait qu'il n'existait que deux écoles de médecine laissait la part belle à des apprentissages non contrôlés.

En 1260, la « Coutume de Paris » réunit, selon Léon Dérobert, « les éléments de base de l'expertise médicale ». Un groupe de médecins jurés est constitué, avec charge d'examiner les contrevenants.

Avec Philippe le Hardi, sont nommés des chirurgiens assermentés (1278), dont la fonction est « procéder aux vérifications judiciaires ».

Par la suite, les barbiers se voient notifier l'interdiction de faire de la chirurgie, mais l'obligation de déclarer les blessés.

La profession médicale s'organise, et, en 1423, seuls les titulaires d'un diplôme universitaire peuvent exercer.

En 1374, la Faculté de Montpellier reçoit l'autorisation « d'ouvrir des cadavres humains ». mais cette pratique reste marginale, en tout cas limitée à l'étude de l'anatomie jusqu'au 17^e siècle.

Léon Dérobert décrit ensuite des « procès aux cadavres », auxquels les médecins devaient assister, parfois participer en saignant le cadavre, par exemple.

Les médecins étaient également tenus d'assister aux tortures réalisées sous l'Inquisition, de façon à faire cesser les tortures lorsqu'il en était encore temps. (ces activités sont présentées sans commentaire).

Ld explique ensuite que les médecins experts, assimilés aux médecins légistes, prirent une place de plus en plus grande à partir du XIV^e siècle. Il insiste sur la place que tenait l'impuissance dans les clauses d'annulation des mariages, et le rôle des médecins experts pour attester de celle-ci.

Au cours de la deuxième moitié du 14^e siècle, le système juridique se stabilise un peu, et les médecins experts prennent une place de plus en plus repérable : impuissance, âge d'un fœtus.

Au début du 15^e siècle, l'exercice de la médecine se réglemente de plus en plus. Le recours à des médecins experts est exigé de manière de plus en plus systématique : chaque juridiction doit se doter « deux personnes de l'art de médecine et chirurgie, de la meilleure réputation, probité et expérience, pour faire les visites et rapports en justice ».

Louis XIV réorganise le système judiciaire, de telle sorte que toute justice émane du roi, et que le même système soit appliqué partout sur le territoire. Ces ordonnances exigent la présence d'un médecin dans toutes les circonstances où cela se justifie : excuses des accusés, prisonniers, voir si une femme condamnée à mort est

enceinte. La médecine légale se fonde vraiment en termes d'expertise, au service de la justice.

Le paragraphe suivant mérite d'être retranscrit en entier : « *le rapport médico-légal, qui est la certification en justice des lésions qui se trouvent avoir été faites au corps humain, vivant ou mort est oral ou écrit. Le rapport est dénonciatif, délivré sur réquisition des parties, par un chirurgien quelconque, provisoire en exécution de l'Ordonnance du juge par les jurés commis de la juridiction mixte sur réquisition des parties mais fait ou approuvé par les jurés commis* ».

Le chirurgien juré peut ainsi être sollicité pour : examiner des cadavres, faire des autopsies, examiner les femmes condamnées à mort et enceintes, les « femme déflorées », examiner les galériens avant leur départ, résoudre des questions d'identité, pour déterminer si le décès d'un patient est du à la mauvaise qualité des soins. (Toutes situations dans lesquelles les experts, médecin légistes ou non, sont toujours susceptibles d'être sollicités. La lecture du texte de Léon Dérobert permet de penser que ces situations sont définies par les besoins de la Justice, plutôt que par les médecins eux-mêmes).

La nomination des experts commence (déjà) à poser problème : en 1692, la nomination des experts n'incombe plus au premier médecin du roi, mais aux autorités urbaines. Puis, les charges deviennent héréditaires, ce qui permet tous les abus. Des collèges de chirurgiens rachètent des charges et se répartissent les affaires. Dans d'autres lieux, des personnes ont pu répondre à des réquisitions en n'étant ni médecin, ni chirurgien. Ceci s'accompagne d'un grand mépris de la Faculté pour l'expertise et la médecine légale, l'une étant assimilée à l'autre. Ces missions étaient laissées aux « chirurgiens de second degré » que sont les barbiers, et l'examen des femmes, dans les affaires de mœurs, laissé « à l'ignorance des sage-femmes ».

Dans ce contexte, Léon Dérobert considère que la médecine légale n'ap as fait de progrès au cours des 17^e et 18^e siècles. Il appuie ce jugement sur le fait que seuls trois rapports rédigés par des médecins légistes nous ont été transmis. Tous concernent la manière de présenter le rapport à la Justice.

Léon Dérobert ne fait pas ici le parallèle avec la lente progression des connaissances médicales durant cette période.

Il conclut ce chapitre par une citation de Lacassagne : « *les experts médicaux de cette période n'ont été remarquables ni par leur talent, ni par leur honorabilité* », ce qui va encore dans le sens de l'assimilation de la médecine légale à l'expertise, et considère que l'expertise résume la médecine légale.

Léon Dérobert consacre beaucoup d'importance à Antoine Louis, chirurgien, qui aurait écrit : « *S'il pouvait y avoir un objet plus noble que la conservation de la vie et de la santé des hommes, je n'hésiterais pas à regarder l'avantage que nous avons de faire des rapports en justice comme la plus belle prérogative de notre profession. S'en est du moins une partie très intéressante, qui suppose autant de lumière que de désintéressement. Elle demande une application difficile des principes de l'art et des connaissances sans bornes qui, dans beaucoup de cas, dépendent moins de l'étude et de l'expérience que de la justesses de l'esprit.* ».

Ce chirurgien avait une renommée telle qu'il avait convaincu la Faculté de Médecine de Paris de créer une chaire de médecine légale, mais la Révolution Française empêcha la réalisation de ce projet.

Au cours de ce premier article, Léon Dérobert a montré que la médecine légale ne se définit que par rapport à un système juridique qui sollicite la médecine, et que la médecine légale ne peut exister sans un système juridique suffisamment construit. Il assimile la médecine légale avec l'expertise, surtout dans la partie concernant le Moyen Age et l'Ancien Régime, alors que dans la partie concernant l'Antiquité, il inclut dans la médecine légale le droit de la santé, l'éthique, la déontologie.

3 les temps modernes

Léon Dérobert annonce que cette période est à la fois une période « positive » et « française ». Il résume brièvement les éléments politiques qui lui paraissent signifiants : abolition du servage, de la torture. Essor de la pensée scientifique, qui ne peut que faire progresser la « science médico-légale ». Dans le même temps, les nouvelles lois organisent l'intervention des experts. (*médecine légale = expertise*)

Il mentionne un ouvrage de médecine légale intitulé : « Lettre sur la certitude des signes de la mort où l'on rassure les citoyens de la crainte d'être enterrés vivants » (1752), confirmant là qu'il considère que la médecine légale concerne avant tout le domaine de la mort.

En 1794, l'Ecole de Santé de Paris, qui succède à la Faculté, abolie, établit la médecine légale dans l'un des douze enseignements obligatoires : « cours de médecine légale et d'histoire de l'art de guérir ». titulaire de la chaire : Lassus, adjoint : Mahon.

Le programme mérite que l'on s'y arrête : le premier article concerne l'histoire de la médecine légale et ceux qui l'ont pratiquée, ainsi que les qualités nécessaires pour « bien faire des rapports juridiques ». Les thèmes suivants concernent les blessures, les diverses modalités de décès et leur diagnostic, la grossesse, l'avortement, les maladies simulées, des thèmes d'hygiène et épidémiologie. (p162-163).

Léon Dérobert entame alors une étude des apports des « maîtres de la médecine légale » à la construction de la discipline.

4 la médecine légale à l'étranger

Cette quatrième partie est consacrée à un tour d'horizon de la médecine légale internationale. Il donne son avis sur la pertinence de telle ou telle école, et cite les champs couverts par la médecine légale dans les différents pays étudiés, soit Allemagne, Angleterre, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Colombie, Danemark, Espagne, Grèce, Italie, Pologne, Argentine, Roumanie, Suède, Tchécoslovaquie, URSS, USA, Yougoslavie.

5 l'exercice et l'enseignement de la médecine légale à Paris

Dans ce paragraphe, L Dérobert retrace l'histoire de la médecine légale parisienne. Il termine sur un constat inquiétant : la raréfaction de l'enseignement de la médecine légale, laissé à des initiatives personnelles propres à chaque UFR : lors de la création des 13 universités parisiennes, il n'y a pas eu de création d'emplois, les enseignants de l'ancienne chaire ont été répartis de manière non homogène, et étaient de toutes façons en effectifs insuffisants.

Discussion :

L. Dérobert, au travers de cette série d'articles très documentés, décrit surtout l'organisation de la médecine légale en tant qu'institution par rapport à d'autres institutions. Il définit clairement la médecine légale comme dépendant du système juridique du pays dans lequel elle s'exerce, et au service de ce système juridique. Les personnes concernées par cet exercice médical tout de même particulier ne sont pas mentionnées.

2.3.4. La Médecine du crime, Marc Renneville

Il s'agit d'un ouvrage extrêmement dense et détaillé dont nous ne reprendrons ici que les éléments utiles à notre étude.

Dans une première partie intitulée « *Idéalisme juridique* », l'auteur décrit, dans les années qui suivent immédiatement la Révolution Française, un état d'idéalisme juridique : c'est l'idée que les lois, par hypothèses justes et bonnes car établies de manière démocratique, vont améliorer le niveau de la morale et des mœurs, et permettre aux individus dont elles organisent la vie de s'améliorer.

Toutefois, la limite au respect des lois correspond aux limites de la nature humaine, et il faut donc étudier l'Homme pour comprendre les transgressions de la loi.

D'autre part, le XIX^{ème} siècle est porté par l'idée d'une amélioration de l'Homme, tant au plan physique qu'intellectuel et donc moral. Cette idée de progrès aboutit à classer les états sociaux en stades évolutifs, et donc à admettre une hiérarchie... dont la race blanche constitue le sommet.

Dans le même temps, n'oublions pas que c'est un médecin, le Docteur Guillotin, qui a mis au point une machine à exécuter, qui permet de faire des choses de manière propre et en abrégant les douleurs.

L'ensemble de l'ouvrage est une approche épistémologique très fouillée, qui montre comment les différentes théories s'interdépendent, se potentialisent entre-elles et interagissent avec le pouvoir politique. Cet ouvrage confirme l'importance des approches médicales dans la construction de la réflexion sur le fait criminel, mais dans le même temps met en évidence l'absence de réflexion du même monde médical sur la personne victime de ce fait criminologique.

2.3.5. Traité de Médecine Légale, Orfila :

Chapitre concernant les agressions sexuelles

Orfila était le premier Professeur de Médecine Légale en 1801. Il est surtout connu pour ses travaux en toxicologie. Mais il a rédigé un « Traité de médecine légale », dans lequel figure un chapitre : « *Des outrages à la pudeur* ».

Il décrit l'appareil génital externe de la femme, théorise sur la fréquence de la présence de l'hymen et la signification de son intégrité ou non comme caractéristique d'une défloration.

Il tente de donner aux médecins légistes des éléments pour le diagnostic de défloration :

«1°) parmi les signes qui peuvent annoncer la défloration, ceux qui sont tirés de l'état des parties sexuelles seulement offrent une certaine valeur ;6°) La plus grande décence et le plus grand ménagement doivent présider à des visites de ce genre (nдр : examens pour diagnostic de défloration), qui , pour être de quelque utilité, doivent être faites, en général, peu de temps après la date présumée de la défloration, parce qu'il suffit souvent d'un ou deux jours pour faire disparaître les traces que le corps introduit dans le vagin laisse après son passage ; 7°) il n'est pas inutile, avant de porter son jugement, d'examiner la caractèrè, les mœurs de la personne, son âge, sa conduite, ses occupations, l'éducation qu'elle a reçue, les mœurs des individus qu'elle fréquente, l'impression que la visite produit sur elle ; mais l'on ne doit avoir égard à des considérations morales de ce genre, qu'autant qu'elles s'accordent avec les données fournies par les parties sexuelles. 8°) le médecin n'oubliera jamais qu'en prononçant légèrement, il s'expose à déshonorer une fille dont la conduite a été exemplaire ».

Le paragraphe suivant concerne les « *moyens de connaître si la défloration, que nous supposons avoir été constatée, est le résultat de l'intromission d'un membre viril ou d'un autre corps* ».

Suit ensuite un long développement sur le traitement clinique et chimique des taches.

Enfin, un paragraphe est intitulé : « *la défloration a-t-elle été consentie ?* »

La façon d'aborder le sujet est un peu déroutante . ainsi, les lésions pourront dépendre de la taille du membre viril, mais aussi ne seraient pas les mêmes s'il s'agit d'un tel membre ou d'un « objet dur »...

On apprend aussi que « on peut observer un écoulement blennorragique purulent sans qu'il y ait eu viol, dans les affections catarrhales des voies urinaires et génitales à l'époque de la dentition , entre autres..

Suivent des exemples cliniques qui laissent perplexes le médecin du 21^e siècle que nous sommes :

Une enfant de 4 ans « rendait par la vulve une mucosité blanchâtre fort acre ; les grandes lèvres et le Mont de Vénus étaient rouges, tuméfiés et douloureux ; on voyait en outre quelques ulcères assez profonds fournissant une matière purulente... » . tout ceci est rentré dans l'ordre avec « des remèdes adoucissants »,

prouvant que la cause de ces lésions n'était pas un viol, mais « *l'affection catarrhale qui régnait alors épidémiquement à Paris* ».

Mais Orfila amène d'autres éléments comme preuve du viol ou plutôt de l'absence de viol ;

« Il suffira ... de comparer la force respective de l'accusé et de la plaignante, et surtout les organes génitaux des deux individus, pour écarter toute idée de viol ; on conçoit en effet qu'une jeune fille bien portante parviendra facilement à repousser un vieillard et un jeune homme valétudinaire.nous savons, à n'en point douter, qu'il a été impossible de violer certaines filles, quoique leurs bras, leurs jambes et leur tête fussent maintenus par trois ou quatre personnes. »

Il importe d'être prudent : « ..on a vu des filles assez perverses ou assez mal conseillées accuser leurs amans (sic) de les avoir violées, parce qu'elles avaient été délaissées après le coït...

La malveillance et la cupidité peuvent être portées assez loin de la part des mères ou des femmes à qui l'on a confié des jeunes filles, pour que les organes génitaux de celles-ci soient meurtris, dilacérés etc, dans l'espoir de faire condamner par haine ou par intérêt des individus qui ne sont aucunement coupables.

N'a-t-on pas vu aussi des femmes se mutiler elles-mêmes les organes de la génération, et se plaindre d'avoir été violées par un homme dont elles n'avaient jamais éprouvé que des refus ? »

Pour le diagnostic de viol chez la femme déjà déflorée, il faut être encore plus prudent :

« les meurtrissures....peuvent faire soupçonner la violence, à moins qu'il ne soit prouvé qu'elles sont le résultat de coups que les femmes se seraient portés pour en imposer.... C'est ici qu'il convient de comparer les forces de l'accusé et de la plaignante : car on ne peut pas se dissimuler combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, qu'un seul homme parvienne à abuser d'une femme adulte bien portante ; il n'en n'est pas de même si l'attentat a été commis par plusieurs personnes »

Suivent ensuite , en onze points, les recommandations pour faire ce diagnostic de viol. Il faut examiner minutieusement les parties génitales ; même si elles sont délabrées, cela ne prouve pas que la défloration n'a pas été consentie ; si il y a suffisamment de marques de violences, on envisagera le viol, « *à condition qu'il ne soit pas démontré que c'est elle même qui s'est porté des coups...* » ; si la femme déflorée depuis longtemps porte des contusions, on ne peut rien affirmer, car rien ne prouve que ces lésions sont en lien avec « *des débats amoureux* ». pour la femme adulte, « *le crime doit être constaté par des témoins et par d'autres moyens ...* ».suivent ensuite des affirmations concernant le fait que la normalité de l'examen n'exclut pas le viol, et que chez les très jeunes filles (5 à 7 ans), le consentement à la défloration est « peu probable ».la maladie vénérienne et la grossesse ne sont pas des signes pertinents pour le diagnostic de viol. Si une femme décède au décours d'un viol, il faut bien rechercher si la cause du décès est le viol ou indépendante.

Le point numéro 10 rappelle au médecin que s'il peut dire qu'il y a eu viol, il ne peut pas dire par qui. Toutefois, il est parfois utile, pour répondre à cette question, de comparer les organes sexuels des protagonistes « pour prouver que l'accusé n'est pas coupable ».

Cette partie se termine par un appel à la prudence de la part des médecins.

Nous avons largement cité ces extraits, car ils traduisent la défiance envers la parole des femmes et des enfants, qui sont les victimes les plus fréquentes des viols. On constate que ce discours médico-légal s'appuie sur les représentations sociales de ce qu'une femme peut ou non faire pour sauver son honneur. Finalement, même si Orfila dit qu'il ne faut pas traiter ces affaires à la légère pour ne pas ternir l'honneur d'une « fille dont la conduite a été exemplaire », on ne peut pas ne pas remarquer que, la première préoccupation du praticien est de ne pas accorder foi à des propos potentiellement mensongers. La femme n'apparaît qu'en fonction de l'état de son hymen (déflorée/non déflorée), sa moralité et son mode de vie se retournent contre elle.

2.3.6. Etude médico légale sur les attentats aux moeurs , Jean Tardieu, 1879, 7° ed, Balliere et fils.

En préambule, Tardieu annonce :

« Il ne faut pas chercher dans cette étude, des citations ou des développements empruntés aux auteurs qui l'ont traitée avant moi. La médecine légale comporte peu de recherches d'érudition, d'abord parce que le passé a peu de choses à lui donner, ensuite parce que les théories et les dissertations doctrinales ont trop souvent pris, dans cette discipline, la place qui doit revenir à l'observation pratique et à l'analyse raisonnée des faits »

Tardieu, médecin légiste, décrit, lui aussi, les éléments diagnostiques des agressions sexuelles, en ne décrivant que les organes génitaux, et en ne citant les paroles des enfants et des femmes que pour dire qu'il faut s'en méfier.

Il faut être prudents avec les signes d'inflammation, ou d'infection, qui révèlent des « actes dissimulés par l'ignorance ou, trop souvent, par le consentement tacite des enfants » ;

Il précise toutefois que les infections et écoulements ne sont pas physiologiques chez les enfants, et sont le plus souvent dus à des attouchements.

A ce propos, Tardieu considère que, de deux à dix ans, la pénétration du pénis dans le vagin n'est pas possible, pour des raisons de compatibilité anatomique. De ce fait, il ne constate pas viol chez les jeunes enfants, mais que des attentats à la pudeur.

Que retenir de ces lectures ?

Le choix des ouvrages n'est pas exhaustif, mais les recoupements sont suffisamment nombreux pour que, dans le cadre de ce travail, nous puissions arrêter là cette démarche, pour comprendre la construction du corpus médical à propos des violences.

Le discours médical élabore des théories concernant les auteurs des faits criminels. Ces théories sont fondées sur des constatations cliniques dont la pertinence n'a pas toujours été pérenne. Elles ignorent totalement la personne, que ce soit celle du criminel ou celle de sa victime. Le criminel est décrit comme un dégénéré, un pervers, un vicieux, ou sous influence de mauvaises conditions sociales. Il est décrit par ses caractères externes, catalogué, classé. Son propre cheminement, sa pensée, les événements de sa vie ne sont pris en compte que pour confirmer une

hypothèse, pas comme événement de vie d'une personne dont le médecin pourrait se sentir proche, un autre soi même.

La personne ayant subi les faits criminels est inexistante. Son corps est disséqué au scalpel ou par le regard qui scrute, inspecte, décrit, classe. Une véritable enquête a lieu sur le corps, considéré comme lieu de travail, scène de crime, complètement déconnecté de la pensée de la personne qui habite ce corps. Lorsque la personne est mentionnée, c'est pour souligner combien elle peut être menteuse ou vicieuse (surtout les femmes et les enfants).

Le but avoué de l'examen est la manifestation de la vérité, mais le médecin doit avoir à cœur d'éviter « *de salir la réputation d'un honnête homme* » lorsqu'il examine une victime. Sa préoccupation doit donc être davantage l'honneur d'un auteur présumé potentiellement accusé à tort, que l'honneur souillé de la victime.

La Médecine Légale, qui se définit comme auxiliaire de justice, et devrait être en première ligne pour venir en aide aux victimes, s'est construite en fait en intégrant la logique judiciaire, en lui adaptant les constatations cliniques. C'est ainsi que Tardieu parvient à décrire, sur les organes génitaux externes des femmes et des enfants, des lésions correspondant à chaque catégorie des infractions à caractère sexuel définies par le Code Pénal de l'époque.

Le discours médico-légal étudié ici donne une caution scientifique aux a priori et représentations négatives concernant les femmes.

Le discours médical plus empathique et compréhensif des victimes, ne viendra que plus tard, avec la psychanalyse, et la théorie du psycho-traumatisme et ses avatars.

Cette question des victimes n'intéressera la Médecine et surtout la Médecine Légale, dans un premier temps, que par le biais de l'indemnisation, notamment avec les indemnisations des premiers accidents du travail.

2.3.7. Prise en compte de la victime au début du XX^{ème} siècle

A travers le traumatisme psychique

Le débat s'est articulé ou plutôt non articulé à partir de deux grandes catégories de faits :

1) La constatation de l'existence de troubles multiples et invalidants chez des personnes ayant été exposées aux premières catastrophes des chemins de fer. Les catastrophes collectives, comme on les nomme, ont toujours existé. Ce qui apparaît comme nouveau, c'est qu'ici elles sont dues à une invention de l'homme, assimilée au progrès, et surviennent dans une société qui a pour idéal que le progrès pourrait la prémunir contre les drames naturels qui ont terrorisé les générations précédentes.

Des personnes non blessées lors de certaines catastrophes, voire seulement témoins, ont développé des troubles qui ont bénéficié de l'attention des médecins, et, compte tenu de la nature de leurs troubles, des neurologues et des psychiatres.

Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer ces états de santé, et aussi pour les traiter. On parlait d'un ébranlement nerveux et différentes théories ont été élaborées pour rendre compte du lien entre la violence de l'accident et les conséquences pour la personne.

2) Un élément social est venu profondément perturber l'approche de ces troubles : l'indemnisation des accidents du travail. La législation sur les accidents du travail, avec la présomption d'imputabilité, date de 1898. En deux mots, lorsqu'un ouvrier est blessé sur le lieu du travail, son employeur est présumé responsable et donc doit l'indemniser.

Les ouvriers blessés dans un accident du travail ont donc fait l'objet de toute l'attention des médecins évaluateurs. D'emblée, une suspicion est apparue, quant à l'utilisation des troubles pour obtenir une indemnisation indue : « la perspective de la rente y est tout, l'accident y est peu » [16] C'est ainsi que sont nés les termes de « sinistrose », ou « névrose de rente »..

L'abord des troubles post-traumatiques, avant même d'être réellement nommés comme tels, entre dans le champ médico-social et médico-légal. Des articles relèvent d'un discours politique concernant la propension des ouvriers faibles et peu scrupuleux à escroquer leurs vertueux employeurs. D'autres insistent sur la nécessité de dépister les simulateurs et les exagérateurs.

La question d'un « *état antérieur* » apparaît simultanément : seuls les individus ayant une faiblesse préalable sont susceptibles d'être fortement impressionnés par un événement grave et d'en garder les séquelles.

3) La première guerre mondiale survient, et lorsqu'elle se termine, ceux qui ont survécu, gardent des troubles psychiques, à type de cauchemars, de réminiscence, état anxieux..., on parle alors de « névrose de guerre ».

On constate donc que le premier intérêt formel pour les victimes d'accident (on ne parle pas encore des victimes d'agression), est en fait celui d'une suspicion, une remise en cause de la réalité de leurs troubles et de leur sincérité.

Un deuxième axe s'est développé parallèlement, celui de la psychanalyse, et de la théorie du traumatisme. C'est essentiellement dans Au-delà du principe du plaisir, que Sigmund Freud [17] explique comment un événement d'origine extérieure à la vie psychique du sujet, peut venir bouleverser celle-ci, en réalisant une véritable effraction. Les symptômes de réminiscence, de répétition sont décrits comme des tentatives actives de l'appareil psychique pour retrouver le contrôle de la situation. Cette théorie est largement utilisée aujourd'hui, mais elle est souvent vidée de son contenu, et son sens premier semble oublié de la plupart de ceux qui la citent.

C'est la victimologie qui semble faire se rencontrer ces deux courants, le médico-légal et le psychologique. Plus précisément, le mouvement féministe militant à l'origine du mouvement victimologique. La victimologie se construit après la deuxième guerre mondiale, à partir de la criminologie. L'intérêt des chercheurs se déplace depuis le criminel vers celui qui subit le fait criminel, c'est-à-dire la victime. La prise en compte de la psychologie de la victime, a permis d'abord d'expliquer qu'elle se trouve en situation de victime (Van Henting, Mendelson, Abdel Fattah). Ces théories, utilisées dans le cadre des procédures, en particulier lors des viols, ont contribué à rendre les femmes violées responsables de leur malheur. Là encore, c'est un détournement de ce qu'avançaient les auteurs.

Ce n'est que très récemment, en fin de compte, que les conséquences d'une agression sur la victime ont été étudiées, à la fin des années 1970.

Les théories freudiennes, les écrits de Ferenczi ont été remis au goût du jour, parfois et même souvent instrumentalisés et vidés de leur sens. C'est ainsi que le syndrome de répétition et l'identification à l'agresseur envahissent les médias et les prétoires, et que les associations de victimes réclament « *justice pour faire leur deuil* ».

Le discours médical initial se trouve ainsi utilisé à des fins de reconnaissance sociale, de sanction judiciaire ou d'indemnisation.

La question du traitement apparaît progressivement, restant, elle, abordée par les médecins.

Dans cette émergence de la victime, des dates marquent des tournants :

- 1976 : le procès d'Aix-en-Provence, (deux jeunes femmes violées demandent un procès public et y sont présentes)
- 1985 : attentats à Paris,
- janvier 1986 : fondation de SOS Attentats qui exerce une action extrêmement importante sur les pouvoirs publics.
- En effet, c'est à la suite des attentats de 1985, à Paris, que les victimes se sont organisées, et sont parvenues à se faire entendre. Du fait que les attentas

n'avaient pas d'auteur connu, les victimes n'avaient accès à aucune réparation. Un travail colossal a été réalisé auprès des pouvoirs publics, mené notamment par l'association SOS Attentats, aboutissant à une procédure d'indemnisation pour les victimes d'attentats, à partir du Fonds de Garantie.

La loi du 6 juillet 1990 permet l'indemnisation des victimes de toutes les violences, c'est-à-dire y compris des agressions dont l'auteur est inconnu ou insolvable. Auparavant, la loi du 3 janvier 1977, qui crée les CIVI, ne permettait que des indemnisations très limitées.

A la suite des attentats de 1995, ce sont les cellules d'Urgence médico-psychologique (CUMP) qui ont été mises en place, d'abord de manière empirique, puis sous la forme d'un réseau national, institutionnalisé en 1997. L'objet est la prise en charge immédiate, sur place, des « *traumatisés psychiques* » afin de prévenir les troubles post-traumatiques. Ces structures sont maintenant sollicitées de manière systématique soit en cas d'accident collectif, soit lorsqu'un accident ou une agression perturbe l'équilibre d'un groupe social : ex : prise en charge des enfants de toute une école à la suite de l'enlèvement et du meurtre de l'un d'entre eux, aide aux populations lors d'inondations...

On est passé, en 100 ans, de la suspicion de simulation, à la médicalisation préventive systématique. D'un extrême à l'autre, quelle place est-elle laissée à l'expression de la subjectivité de la victime ?

2.3.8. Conclusion :

Il s'agissait, redisons-le, de comprendre d'où vient notre corpus de connaissance, comment il s'est construit, avec quelle représentation de la personne subissant des violences.

On voit donc que les médecins, qui se sont d'abord consacrés au personnage du criminel, avec leurs outils, ont ensuite pratiquement déserté le champ de la criminologie, en ce sens qu'ils n'ont plus produit de théories, celles-ci émanant de la sociologie.

L'intérêt porté par le discours médical aux victimes est historiquement très marqué par la défiance, vis-à-vis des femmes, des enfants, et des classes sociales dites inférieures. Le corps médical cherche non pas à entendre les personnes, mais à vérifier si elles disent vrai. La défiance érigée en système écarte les médecins de la vérité vers laquelle ils prétendent tendre. Lorsque des précautions sont annoncées pour réaliser un examen (voir Orfila), c'est pour insister sur le délai dans lequel il doit être réalisé, et non pas pour attirer l'attention sur le respect de la pudeur de la patiente...

Le discours social a plus tard, et très récemment, pris appui sur le corpus psychiatrique. Le corps médical a en quelque sorte « rattrapé le train » avec les CUMP et la psychothérapie des victimes.

Si donc nous pouvons regretter que nous aînés ne se soient guère souciés de la personne humaine dans leurs propos sur les victimes, et n'ont même pas étudié formellement la question des violences conjugales, (mais comment l'auraient-ils pu, avec de pareilles convictions concernant les femmes ?) il nous appartient d'étudier le corpus médical actuel à ce sujet.

3. CHAPITRE 3 : LE DISCOURS ACTUEL

Pour étudier le discours médical actuel sur la violence conjugale, nous avons procédé en plusieurs étapes : tout d'abord, afin d'avoir un panorama de la place de la violence conjugale dans les publications médicales, nous avons étudié les publications référencées dans Medline au cours de l'année 2004.

Nous avons complété cet aperçu par l'étude de deux dictionnaires de médecine et d'un traité de médecine interne.

Nous avons ensuite ciblé notre étude sur des travaux pédagogiques dans le domaine de la médecine légale, afin d'évaluer ce qui est transmis sur ce sujet.

L'étape suivante a été de déterminer s'il y avait un discours médical unifié, au delà des spécialités, en quelque sorte un « discours officiel » à propos de la violence conjugale. Nous avons donc étudié les publications du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

L'étude du rapport Henrion suit, car ce texte fait référence, est cité dans tous les documents institutionnels, et son auteur est obstétricien et membre de l'Académie de Médecine, ce qui représente une autre instance normative des pratiques.

Enfin, la question de la place du discours médical dans l'ensemble des discours à propos de la violence conjugale se posait : nous avons donc fait une recherche sur un site internet généraliste et très fréquenté, Google, pour étudier cette place.

3.1. Etude de la littérature internationale sur une année

3.1.1. Méthodologie :

Nous avons étudié la base de données MedLine, sur toute l'année 2004. Cette base de données recense les publications médicales parues dans des revues avec comité de lecture et ayant une notoriété suffisante.

Les mots clefs demandés étaient : « domestic violence ». Parmi les articles répondant à ces mots clés, nous avons retenu ceux qui concernaient les violences au sein du couple, entre adultes.

Une grille de lecture était élaborée, permettant de déterminer la spécialité des auteurs, de la revue, et la modalité d'approche du problème : psychologie, sociologie, épidémiologie, traitement, facteur de risque, cas clinique, aspects médico-légaux. Ces documents sont présentés en annexe.

3.1.2. Les résultats sont les suivants :

Pour l'année 2004, 621 643 publications étaient référencées par MedLine. Parmi elles, les mots clefs « domestic violence » permettent de retenir 1 274, dont 298

concernent notre thème de recherche. Parmi ces publications, certaines étaient écrites dans une langue que nous ne pouvons pas lire de utilement. Lorsqu'il y avait un résumé en anglais, nous avons retenu le résumé, car il aurait été injuste de se passer des travaux espagnols, portugais, ou chinois.... Lorsqu'il n'y avait pas de résumé exploitable, nous n'avons pas retenu ces publications. De même, nous n'avons pas retenu les lettres et commentaires d'articles. Ce sont donc 224 références qui ont été retenues.

Les résultats complets sont donnés en annexe.

Il apparaît que trois spécialités sont dominantes parmi les auteurs dans les articles concernant la violence conjugale : la Santé Publique, suivie de la Psychiatrie, puis de la Gynécologie obstétrique. La Médecine Légale ne compte que 3 références pour la période étudiée.

Les revues les plus représentées sont celles de victimologie, puis de santé publique, psychiatrie, gynéco-obstétrique et médecine générale.

Les populations étudiées sont principalement des groupes de femmes (131 références), puis les hommes (26 références).

Les principaux aspects étudiés sont l'épidémiologie (74 références) les facteurs de risque (42 références), la question du dépistage (31 références).

Sont ainsi étudiés :

1) les facteurs de risques : conditions de vie, origine ethnique, niveau d'études, consommation de stupéfiants et/ou d'alcool de la femme et de son conjoint, lien avec des antécédents dans l'enfance (maltraitance notamment).

2) la symptomatologie : toute la pathologie fonctionnelle peut être corrélée à de la violence conjugale, les grossesses sont plus souvent compliquées, le poids de naissance des enfants plus petit...et les enfants semblent développer d'avantage de troubles.

Les quelques références à propos du traitement (20) concernent l'évaluation du traitement des hommes auteurs de violence conjugale, avec comme principal critère d'évaluation la récurrence au sens judiciaire du terme.

Une seule une publication, due à des sociologues, comprend des entretiens avec des femmes victimes de violence conjugale et permet d'appréhender le sujet en se situant un peu plus au cœur du problème.

Aucune autre publication n'aborde vraiment la question de la clinique de la violence conjugale.

Concernant le dépistage, c'est toujours la question du dépistage systématique qui est posée, parfois en donnant comme « *élément de suspicion* » des blessures atypiques ou en discordance avec le discours de la femme.

Dans la rubrique évaluation, ce sont des actions de dépistage qui sont le plus souvent évaluées. Soit la pertinence du dépistage est questionnée, soit est faire la démonstration que des actions de formation de soignants au dépistage permet de repérer d'avantage de femmes concernées par la violence conjugale.

Les études de psychiatrie ou de psychologie n'abordent pas vraiment la clinique de la personne impliquée dans la violence, mais plutôt la question de la prévalence ou de la fréquence de symptômes de type anxieux, dépressif,...chez des personnes concernées ou ayant été concernées par de la violence au sein de leur couple. Une fois le lien statistique établi, aucune proposition de théorisation clinique n'est formulée.

Enfin, la prise en charge et la thérapeutique réelle des femmes concernées par la violence au sein de leur couple n'est pas véritablement abordée : elle fait l'objet généralement du dernier paragraphe des articles, dans lesquels il est dit qu'il faut adresser la femme à un centre d'aide pour femmes victimes de violences conjugales, et l'encourager à porter plainte. On ne peut pas parler ici d'une véritable thérapeutique.

Il apparaît donc, à la lecture de tous ces articles, que la notion de violence conjugale pose un problème au corps médical, qui a la sensation de passer à côté d'un problème qu'il ne peut pas cerner. En effet, quelles autres pathologies sont-elles définies uniquement en terme de facteurs de risque, un diagnostic fondé sur une mise en doute a priori des dires de la patiente par rapport au mécanisme de survenue de ses blessures, et, comme traitement l'adressage aux services sociaux et le dépôt de plainte ?

La place tenue par les revues traitant de la victimologie, frontière entre le médical et le social est à souligner.

3.2. Etude de documents pédagogiques

Méthodologie :

Les références Medline concernent en principe des travaux de recherche. Il nous fallait étudier aussi ce qui se transmet entre les médecins à propos de la violence conjugale, c'est à dire les documents pédagogiques.

Notre travail ayant pour origine notre pratique, notre étude s'est portée sur des ouvrages de référence en Médecine Légale, Criminologie et Victimologie. nous avons complété par quelques ouvrages plus généraux.

Pour chacun d'entre eux, nous avons étudié si la violence conjugale est abordée et si oui sous quelles formes (chapitre spécial ou mention au cours d'un chapitre indifférencié), et selon quels aspects (type de blessures, psycho-pathologie, conduite à tenir, aspects médico-légaux, nature du lien auteur victime, conséquences).

Afin de ne pas être trop restrictif, nous avons choisi de procéder à une analyse de contenu ouverte, c'est-à-dire un recueil de tous thèmes abordés.

Les ouvrages suivants ont été étudiés, en raison de leur grande diffusion et/ou de leur ambition à être des ouvrages de référence :

- Traité de Médecine Légale, Léon Dérobert, Flammarion 1974
- Médecine Légale clinique : Médecine et violences, Michel Durigon, Michel Debout, Ellipse 1994
- Principes de médecine légale, Campana, ed Arnette, 2003.
- Encyclopaedia of Forensic Science :J.Siegel, PJ Sauko, GC Knupfer, Academic Press, 2006
- Criminologie et Psychiatrie, T Alberne, Ellipses, 1997.
- Précis de Victimologie Générale, J Audet, JF Katz, Dunod ed, 1999.
- Dictionnaire des Sciences Criminelles, Dalloz, 1994.
- Médecine légale, L Roche, JP Do, L Daligand, Masson, 1982
- Médecine de la violence, Prise en charge des victimes et des agresseurs, E Baccino, Masson, 2006.

- Traité de médecine interne, P Godeau, S Herson, JC Piette, 4° éd, Flammarion, 2004.
- Dictionnaire de la sexualité humaine, Ph Brenot, L'esprit du temps, 2004.
- Traité de Santé Publique, F Bourdillon, G Brucker, D Tabuteau, Flammarion médecine-sciences, 2004.

3.2.1. Traité de Médecine Légale, Léon Dérobert, Flammarion 1974

Il s'agit d'une somme des connaissances de la Médecine Légale au moment de la publication. Il s'agit d'un ouvrage pluridisciplinaire faisant intervenir 36 collaborateurs, tous impliqués dans les différents aspects de la pratique médico-légale (anatomo-

pathologie, toxicologie, psychiatrie, dommage corporel, médecine pénitentiaire,...). La violence conjugale n'y apparaît pas en tant que telle : ni de par le type de blessures, ni dans les différentes formes de victimisation. Elle n'apparaît pas non plus mentionnée comme circonstance de survenue de certaines blessures.

3.2.2. Médecine Légale clinique : Médecine et violences, Michel Durigon, Michel Debout, Ellipse 1994

Il s'agit d'un ouvrage clinique qui aborde les différents types de violence dont les agressions sexuelles et les violences sur mineurs. L'un des deux auteurs, clinicien, est auteur ou co-auteur de trois rapports ministériels, sur le suicide, le harcèlement moral au travail et la violence sur personnes âgées. D'autres types de violences (sexuelles, à enfants) sont abordés.

La violence conjugale n'y est pas mentionnée, d'aucune façon.

3.2.3. Principes de Médecine Légale, Campana

Cet ouvrage est multidisciplinaire, récent, et il annonce : « *faire le point sur l'état actuel des connaissances en Médecine Légale* ». La violence conjugale n'y apparaît pas. Les mauvais traitements à enfants et les agressions sexuelles sont traités. Les chapitres relatifs aux blessures, concernent les aspects mécaniques de leur survenue, et abordent le traitement. Toutefois, les blessures ne sont jamais corrélées à un contexte de survenue.

3.2.4. Encyclopaedia of Forensic Science, Academic Press 2006

Il s'agit d'un ouvrage en trois tomes, 1 500 pages et 5 glossaires. Il est international, pluridisciplinaire, présenté comme une somme des connaissances actuelles. Dans cet ouvrage, la spécialité des auteurs n'est pas mentionnée, seul leur établissement de rattachement est précisé dans le sommaire

Il comporte un chapitre sur les violences conjugales, qui correspond à des descriptifs de blessures constatées par les auteurs dans ce contexte. De la page 384 à 391, on trouve une étude détaillée des blessures, qui permet de les relier à un mécanisme, donc de conforter ou non les dires de la personne quant aux circonstances de survenue (c'est nous qui soulignons). L'ensemble de l'article évoque le diagnostic dans un service d'urgence, et insiste sur le fait que c'est le décalage entre le discours de la patiente et les constatations matérielles des blessures qui amène à suspecter le diagnostic.

3.2.5. Précis de Victimologie Générale, J. Audet et J.F. Katz, 1999, 570 pages

Dans la 4^{ème} de couverture, cet ouvrage annonce :

« De façon dynamique et didactique, ce précis :

- donne une définition de la Victimologie et un bref historique,
- présente les différents types de victimation,
- étudie le traumatisme et ses conséquences cliniques,
- analyse les conduites thérapeutiques,
- une réponse juridique et administrative à la demande de réparation. »

La 1^{ère} partie concerne l'historique et les aspects conceptuels. La 2^{ème} partie est intitulée « Les victimes ». Son 6^{ème} chapitre est intitulé « Les violences familiales », et c'est au sein de ce chapitre que figurent 2 pages sur les violences conjugales.

Sont décrits :

- Le type de violence : physique, psychique, sexuelle, économique et privation de liberté,
- Le cycle de la violence conjugale,
- L'impact du niveau socioculturel,

Un dernier paragraphe est intitulé : « Pourquoi restent-ils ensemble ? », Y sont énumérés les motifs avancés comme obstacles à la séparation et l'hypothèse que la femme concernée ne perçoit plus ce qui se passe autour d'elle.

Dans la suite de l'ouvrage, la partie n°3 intitulée « La souffrance » ne comporte pas de chapitre spécifique aux différents types de situations victimologiques. La partie « Conduite à tenir » décrit les organisations des secours et les différentes approches thérapeutiques à long terme, mais les situations décrites correspondent davantage aux accidents et aux catastrophes collectifs qu'aux violences conjugales.

Dans le chapitre consacré à la réparation, la situation particulière de la violence conjugale n'est abordée.

3.2.6. Dictionnaire des Sciences Criminelles

Sous la direction de Gérard Lopez et Stamatios Tzitzis, ouvrage paru en 2004, 1013 pages, Edition Dalloz.

La violence conjugale comporte un article de 4 pages (pages 976 à 981). Il est rédigé non pas par un médecin, mais par une personne chargée de mission à la Direction Régionale du Droit des Femmes d'Ile de France. Cet article prend appui sur les résultats de l'enquête ENVEFF, réalisée en 2000. Il décrit avec beaucoup de précisions les diverses étapes de ce que l'on appelle le cycle de la violence conjugale :

- Construction des tensions
- Explosion de la violence,
- Minimisation, déni, transfert de responsabilité,
- Rémission, fausse lune de miel

L'auteur envisage ensuite les différents modèles de rupture, rappelle les infractions pénales en rapport avec la violence conjugale. Le dernier paragraphe expose l'action

à effectuer envers les femmes concernées par la violence conjugale. L'auteur écrit : « *En attribuant explicitement la responsabilité de la violence à l'agresseur, l'intervention cherche à renforcer les victimes dans leur capacité personnelle à soutenir leurs difficiles démarches vers l'autonomie. Il s'agit de mettre à leur disposition l'ensemble des ressources judiciaires, sociales, en articulant les recours complémentaires associatifs, institutionnels, thérapeutiques et sociaux. Appeler violence conjugale et femme info service (numéro) est un premier acte pour tenter de fuir le piège de la violence conjugale* ».

3.2.7. Médecine légale, L Roche, JP Do, L Daligand, Masson, 1982

Ce petit abrégé, qui comme son nom l'indique, va à l'essentiel, comporte deux pages consacrées à la violence conjugale. Il y est question des difficultés de la femme concernée et du rôle du médecin traitant. On y trouve aussi une mise en garde contre la banalisation et la tolérance à ce problème. On note le l'aspect en quelque sorte précurseur de cet ouvrage, qui aborde cette question bien avant les campagnes de sensibilisation.

3.2.8. Médecine de la Violence, Prise en charge des victimes et des agresseurs, E Baccino, 2006/

Ouvrage rédigé par l'équipe de médecine légale de Montpellier, qui annonce en quatrième de couverture : « *Cet ouvrage est le premier à traiter ainsi de la violence sous l'angle médical, en présentant la prise en charge des victimes qui la subissent et celle des auteurs qui la commettent. Il permettra à tous les médecins confrontés à la violence de mieux appréhender tous les aspects (médical, social et judiciaire) des situations dans lesquelles ils peuvent être acteurs si leur assistance est demandée.* »

La violence conjugale est abordée dans le cadre d'un paragraphe dédié, au sein du chapitre 4, intitulé : « *Victimes de violences physiques (aspects pénaux)* ». (p 119-129).

Une définition de la violence conjugale est donnée « *processus au cours duquel une personne exerce à l'encontre de son (sa) partenaire, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs et destructeurs* ».

Suivent des données épidémiologiques (celles de l'enquête ENVEFF), un paragraphe concernant les aspects pénaux, et une partie concernant la démarche médicale : « *dépister, diagnostiquer, évaluer, signaler, assister* »

Dépister: les médecins devraient « *penser systématiquement (à la violence conjugale) lorsqu'une femme présente un ou plusieurs facteurs de risque...* »

Il est également écrit que « *il faut de la perspicacité associée, ainsi que du courage face aux problèmes de violence conjugale, car un signalement engage des conséquences qui peuvent avoir leur incidence sur son exercice* »

Dans le diagnostic :

« *La même compétence professionnelle est requise lorsque la victime allègue (c'est nous qui soulignons) une origine accidentelle aux blessures...* »

on peut également constater « *des lésions auto infligées qui sont présentées comme des violences induites par le conjoint* »

Suivent ensuite tous les troubles non somatiques liés à la violence conjugale.

Evaluer : outre les conseils et recommandation médico légaux fondamentaux pour la rédaction du certificat et l'ITT, il est précisé que « le risque d'être manipulé est important », et suivent des recommandations, dont celle d' « *être prudent dans l'interprétation basée sur les déclaratifs de la victime* ».

Signaler : la philosophie des auteurs se résume dans une phrase : « *Les personnels de santé peuvent jouer un grand rôle pour influencer une démarche de signalement, dont l'intérêt est évident : arrêter les violences et leur récurrence qui ne feront que s'aggraver si aucune mesure n'est prise* ».

Assister : « les violences conjugales sont des situations où le médecin est obligé éthiquement de sortir de son rôle strict de soignant somaticien ». suivent des conseils à propos des numéros de téléphone, de relais associatifs, etc.

Ce chapitre d'ouvrage est une synthèse du discours médical actuel sur la violence conjugale : seul ce qui est objectif et observable par le médecin est retenu, il faut toujours « suspecter » la violence conjugale, mais faire attention au risque de manipulation.

La prise en charge consiste à adresser la femme à des partenaires non médicaux, sans préciser ce qui en est attendu.

3.2.9. Traité de médecine interne, P Godeau, S Herson, JC Piette, 4^e éd, Flammarion, 2004.

Aucune entrée vers la violence, ni la violence conjugale ou la notion de blessure.

3.2.10. Dictionnaire de la sexualité humaine, Ph Brenot, L'esprit du temps, 2004.

Un article est réservé à la violence conjugale, et rédigé par un psychiatre psychanalyste auteur de nombreuses publications dans le domaine de la violence.

Dans un premier temps, l'auteur distingue l'agressivité de la violence, disant de cette dernière : « ...la violence est une effraction intrusive qui porte atteinte à l'intégrité de l'autre ».

Il distingue différents types de violences, selon leur visibilité pour un tiers : aiguës, paroxystiques, ou insidieuses, voire masquées. Dans ce dernier cas, la victime elle-même ne reconnaît pas la violence subie.

Il définit la violence conjugale en citant un autre auteur comme étant « une effraction destructrice de l'intégrité de l'autre partenaire au sein du couple ».

Il énumère ensuite les différents types de violence (verbales, physiques, matérielles, économiques...).

L'aspect juridique est abordé, puis « *comment accueillir, dépister, accompagner ?* ».

Les signes habituels sont signalés, mais ici sont intégrés à un contexte de plainte plus globale. : « *la plainte se formule moins en parole qu'en maux du corps avec le caractère imprécis, flou, parfois contradictoire, récidivant. Aucun signe n'est pathognomonique, c'est plus leur association qui est évocatrice. C'est ce climat indicible marqué par la honte et l'humiliation qui interpelle* ».

Suivent des données sociologiques, et « *la place du médecin* » et « *clinique de la violence* ».

Sont abordés « la place privilégiée » du médecin « pour recevoir et écouter des femmes qui peuvent trouver là, dans la consultation, un climat de confiance pour parler de ces violences, qu'elles taisent souvent dans la honte » l'auteur enchaîne sur la question du dépistage, du certificat médical, du signalement et du dépôt de plainte ;

La partie clinique mêle les difficultés psychologiques et affectives des femmes victimes de violence conjugale et les aspects juridiques.

Enfin, l'auteur insiste sur la nécessité d'une écoute de qualité, qui nécessite un travail personnel du thérapeute et un travail en réseau.

3.2.11. Traité de Santé Publique, F Bourdillon, G Brucker, D Tabuteau, Flammarion médecine-sciences, 2004.

Ce traité comprend un chapitre dédié à la violence conjugale (n°53, p 383-7).

Il est rédigé par le Pr Henrion, qui reprend ici les grandes lignes du rapport que nous avons étudié ci-dessus.

3.3. Etude d'un outil de diffusion d'unification de la pratique médicale : les bulletins du Conseil National de l'Ordre des Médecins

3.3.1. Méthodologie :

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) édite chaque mois un bulletin dans lequel il fait le point sur des questions de déontologie, d'évolution des pratiques, parfois aussi sur des problèmes particuliers que peuvent rencontrer les médecins.

Le CNOM organise aussi des réunions de travail sur un sujet donné, et cela donne lieu à des rapports et travaux, et il organise aussi des « *colloques rencontres* ».

Ces documents sont disponibles sur le site Internet du CNOM, accessible uniquement par les médecins.

Nous avons donc étudié le sommaire des bulletins, à la recherche de recommandations et/ou mises au point concernant la violence conjugale. Nous avons de même étudié les thèmes des travaux et rapports, à la recherche de ce qui concerne la violence conjugale.

3.3.2. Résultats :

3.3.2.1. Etude des bulletins

Le site du CNOM permet de retrouver 50 bulletins, de mai 2001 à mars 2006. (soit la période qui suit la publication de l'enquête ENVEFF et du rapport Henrion).

Aucun n'aborde la question de la violence conjugale.

D'autres aspects de violence sont abordés :

- modèle de signalement en cas de maltraitance d'un mineur (mai 2004),
- signalement des sévices et nouvelle rédaction de l'article 226-14 du Code Pénal : les commentaires, rédigés par un juriste, envisagent surtout les maltraitances sur mineurs et aux personnes vulnérables (handicapés, personnes âgées...). (La violence conjugale n'apparaît pas ici comme pouvant donner lieu à un signalement, alors que l'article 226-14 du Code Pénal prévoit la grossesse comme facteur de vulnérabilité).
- sévices à enfants (juin 2003),
- jurisprudence de certificats médicaux⁴ (juin 2001) : il s'agit de la présentation de l'ouvrage du Dr Anne Marie DUGUET, qui reprend les différentes décisions de sanction des médecins pour problème dans la rédaction du certificat.

Donc, au cours des cinq dernières années, malgré des prises de position officielles et une visibilité médiatique importante, le CNOM n'a jamais abordé la violence conjugale dans ses bulletins, adressés à tous les médecins inscrit au tableau.

Notons que le commentaire sur la modification de l'article 226-14 du Code Pénal, aurait permis d'inclure les violences conjugales dans les situations autorisant les signalements.

3.3.2.2. Rapports et travaux

Le site permet de les étudier jusqu'en 1998 inclus. Aucun n'aborde la violence et ses conséquences.

3.3.2.3. Colloques rencontres

En avril 2002, un colloque avait été organisé : « *la maltraitance : du phénomène de société au drame de Santé Publique* ».

Parmi les 11 intervenants : 5 médecins dont 1 médecin légiste, une avocate, 3 représentants de mouvements associatifs, 1 secrétaire d'état aux personnes âgées, 1 directeur de l'observatoire de l'enfance en danger. Ce rapport comporte 21 pages.

⁴ Jurisprudence professionnelle des certificats médicaux, ONM, CNOM, ed Berger Levrault, 2001, 361p.

En ce qui concerne la violence conjugale, c'est le Professeur Henrion qui intervient :

- il reprend les données de l'enquête ENVEFF,
- il énumère quelques uns des troubles auxquels sont exposées les femmes concernées par la violence conjugale,
- il dit que le médecin « *a un rôle stratégique en matière de signalement des violences physiques, car il est le premier consulté par les femmes victimes de violence conjugale* ».
(Ce qui est contredit à la fois par l'enquête ENVEFF et par un autre intervenant).
- selon lui, les médecins « *doivent être formés à la détection des cas de violence conjugale* ».
- il reprend les remarques des magistrats concernant la mauvaise qualité des certificats médicaux,
- il affirme que les médecins ne savent pas orienter les femmes,
- il explique la difficulté de certains médecins par une hésitation ou un refus à entrer dans l'intimité du couple,
- il signale également le sentiment de frustration des médecins par rapport à ces situations complexes, et à l'attitude ambivalente des femmes,
- il évoque aussi la situation de porte-à-faux par rapport au conjoint et les pressions et menaces dont certains médecins auraient été l'objet à la suite de signalement.
- il évoque également la mise en doute du témoignage de certaines femmes qui provoquent leur mari,
- il mentionne le fait que diagnostiquer une violence conjugale, demande 1 heure de consultation, et le manque de formation initiale sur le sujet,
- il évoque enfin la crainte des conséquences d'un signalement.

Une responsable de la Fédération Nationale Solidarité Femme, présente à ce colloque, rétorque dans les termes suivants : « *les femmes perçoivent les médecins comme un ennemi* ». Cette intervenante décrit ensuite la situation de nombreuses femmes, reprenant les étapes du cycle de la violence conjugale. Elle termine en affirmant qu'il faut porter plainte « *pour prendre conscience qu'elle est victime* ». Au médecin, cette intervenante reproche « *de ne pas se rendre compte de l'étendue des violences vécues par la femme* », d'être aussi le médecin traitant du mari, et elle insiste sur la nécessité d'une formation des médecins, des policiers, des avocats...

3.4. Etude du rapport Henrion, / Les femmes victimes de violences conjugales ; Le rôle des professionnels de santé

Rapport au Ministre chargé de la Santé, réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence d Monsieur le Professeur Roger Henrion, Février 2001.

Il s'agit d'un rapport paru en février 2001, de façon quasi concomitante avec les résultats de l'enquête ENVEFF.

Dans son introduction, l'auteur annonce l'importance du champ de la violence conjugale.

Sont évoqués

- l'épidémiologie,
- la sociologie,
- la prévention,
- dépistage et prise en charge,
- organisation des soins,
- participation des usagers,
- recherche et évaluation,
- défense des Droits de l'Homme.

A aucun moment n'apparaît la clinique.

Ce rapport présente tout d'abord une partie épidémiologique. A partir d'études française et étrangère et de l'enquête ENVEFF, il reprend les données concernant les caractéristiques socio-démographiques des femmes concernées par la violence conjugale.

1- Les conséquences de la violence conjugale sur la santé des femmes et de leurs enfants sont évaluées de la façon suivante :

- les lésions traumatologiques,
- les lésions et leurs sièges. « *Les lésions sont de nature variée et leurs sièges très variables* »,
- la pathologie chronique : toutes les pathologies sont susceptibles d'être aggravées par la violence conjugale,
- le décès.

Au plan psychiatrique, les conséquences de la violence conjugale sont : troubles émotionnels, psychosomatiques, du sommeil, de l'alimentation, cognitifs, PTSD, abus de substances.

Concernant les effets gynécologiques, obstétriques et pédiatriques, il propose une revue de la littérature sur les conséquences des violences conjugales sur la grossesse et les enfants.

2) Il évoque ensuite les aspects juridiques et déontologiques, rappelant les articles du Code Pénal concernant l'abstention de porter secours et le secret professionnel, et il évoque « *un conflit entre la prise en compte de l'intérêt du patient et l'obligation du secret professionnel* », mais termine par l'intérêt du signalement « *pour protéger* ».

3) Concernant le rôle des médecins, l'auteur annonce que « *le médecin est le premier interlocuteur et un acteur privilégié...Il a un rôle actif dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat...* ».

Cette partie de l'exposé en 7 objectifs :

- accueillir et être à l'écoute,
- dépister les violences. Il affirme que seul le dépistage systématique permet de dépister « *en l'absence de signes évocateurs* »,
- évaluer la gravité : conséquences des lésions, rapports sexuels forcés, conséquences physiques et psychiques,
- il recommande également l'évaluation du risque pour la vie de la femme, lequel peut conduire à recommander l'hospitalisation,
- assurer des soins et constituer un dossier,
- rédiger le certificat,
- informer et orienter : le médecin doit adapter son attitude en fonction de la gravité de la situation. Selon la gravité, le médecin peut proposer, selon ce rapport, une hospitalisation immédiate, adresser à un service médico-judiciaire ou alerter les associations.

Il termine par les difficultés rencontrées par les médecins :

- méconnaissance du problème,
- refus d'être intrusif,
- frustration de ne pas sentir efficace,
- isolement,
- manque de temps,
- crainte des retombés judiciaires,
- ne savent pas qui croire.

4) Concernant les agresseurs : uniquement des éléments épidémiologiques.

5) Le rapport se termine par des propositions de groupes de travail.

Discussion :

Ce texte reprend des données épidémiologiques connues et admises. Il tente de définir le rôle du médecin et sa tentative même montre la difficulté de la tâche :

- pas d'élément de diagnostic,
- la violence conjugale n'est que très rarement la plainte principale, et la plainte qui motive la consultation peut être trompeuse,
- absence d'outil thérapeutique : le médecin se doit d'écouter : n'est-ce pas là sa fonction quelle que soit la demande du patient ?

Il doit informer sur des droits, mettre en contact avec des associations, permettre un dépôt de plainte par un certificat efficace. Ce sont là les outils médico-légaux et médico-sociaux, pas les outils thérapeutiques habituellement maniés par les médecins. Ils se sentent en terrain inhabituel (intrusion dans la vie privée et comportement de la femme qui défend le conjoint violent).

Nous verrons, à l'occasion d'un travail préliminaire à celui-ci, à quel point il y a un décalage entre ce discours théorique et ce que font effectivement les médecins.

La méconnaissance du problème et le manque de formation sont mis en avant. Certes, la violence conjugale ne fait pas ou peu partie des programmes des facultés de Médecine. Mais, le Pr Henrion, pas plus que tous les auteurs que nous étudions ici, ne définissent la violence conjugale. Ils en constatent les conséquences,

évoquent des données statistiques qui tendent à décrire la population concernée. Mais le comment, le pourquoi, la nature intime du processus qui produit coups et insultes ne sont pas plus abordés ici que dans les autres textes.

En ce qui concerne la représentation de la femme, elle est ici considérée avec une compassion qui frise à la commisération : « *elle vit sous la contrainte, l'angoisse, la peur* ». Il faut « *lui faire exprimer son désarroi, comprendre son sentiment de vulnérabilité, accepter que la femme soit confuse et effrayée* ».

On ne donne pas la parole à la femme, on parle d'elle, comme d'une personne totalement passive et en état d'incapacité. Cela est le cas à certains moments, pas de manière continue, et doit être évalué cliniquement à chaque rencontre. S'il faut savoir envisager un tel état psychologique de la femme concernée par la violence conjugale, il faut aussi savoir s'adapter à des situations toutes autres, qui ne correspondent pas pour autant à des situations de « *sadomasochisme entretenu sciemment* » (page 28). Du moins, si l'on discute d'une dimension sadomasochiste dans le fonctionnement de certains couples, on ne considère pas pour autant, qu'il faille s'en désintéresser. On ne peut pas ne pas noter ici un a priori qui entérine sans l'approfondir l'idée que certains et certaines « *y trouvent leur compte* », c'est-à-dire se trouvent bien dans leur situation. Ces notions ne devraient pas être utilisées dans un document médical sans que ne soient prises en compte toutes leurs dimensions, notamment les notions de culpabilité inconsciente et mouvement psychopathologique qui amènent certaines personnes à rechercher la souffrance, sans pour autant être épanouies dans ces comportements [18].

Cette vision dichotomique de la femme victime, faible et apeurée, versus la sadomasochique qui se complait dans une relation de violence, pour confortable qu'elle soit à première vue pour l'esprit, en ce qu'elle permet au médecin de ne plus se préoccuper de la deuxième catégorie, traduit une méconnaissance du mécanisme et ne correspond pas à la réalité clinique beaucoup plus complexe.

Cette vision correspond aussi à une évolution du discours médical, passé de la défiance envers la femme à une attitude protectrice compassionnelle mais infantilisante, qui, en fin de compte, nie la personne tout autant que de la considérer a priori comme menteuse comme cela a été le cas au XIX^{ème} siècle.

3.5. Recherche sur internet par un moteur de recherche grand public (Google)

L'objet de cette recherche, sur un site généraliste, était d'avoir une idée de la place du discours médical dans un discours général sur les violences conjugales. Ce moteur de recherche a été choisi en raison de la pratique que nous en avons, et de son utilisation extrêmement fréquente.

Le mot clef « *violence conjugale* » permet d'obtenir 1 170 000 réponses. Nous avons étudié les 100 premières. Parmi celles-ci :

1) Les sites recensés sont les suivants :

- Associations diverses : 44
- Police Justice : 3
- Instances ministérielles et gouvernementales : 23
- IPSOS organismes de sondage : 2
- Journaux (extrait de Elle, Libération, Le Monde...) : 8
- Témoignages : 3
- Sites de rencontre : 1
- Autres : Fédération Internationale des Droits de l'Homme, CPLT, Amnistie : 7
- Encyclopédie : 1

2) Les sites médicaux recensés sont les suivants :

- Doctissimo
- Aesculap
- Santé.gouv
- Actualité sociale et hebdomadaire : qui publie le rapport Contenceau
- Le College of family practitioner du Canada
- Association Santé Publique du Canada
- Centre of excellence child welfare

Ces centres publient des études, des rapports avec des dossiers épidémiologiques ou juridiques.

Bien que le rapport Henrion affirme primordial le rôle du médecin, la personne concernée par la violence conjugale et qui cherche des informations sur Internet, trouvera essentiellement un discours associatif, d'aide, de conseils juridiques. C'est un discours le plus souvent inspiré du militantisme féministe.

A partir du contenu très volontariste du rapport Henrion, on aurait pu s'attendre à ce que le discours médical soit plus présent, tant en ce qui concerne les conséquences de la violence que en ce qui concerne ce que l'on peut et (devrait ?) pouvoir attendre d'un médecin.

Le rapport Coutanceau, cité par un site officiel, préconise une judiciarisation plus effective des hommes violents.

Le site Aesculap s'adresse aux médecins, donnant des exemples de questions à poser pour aborder le sujet avec les patientes et insiste sur l'effet bénéfique de l'action judiciaire pour éviter le pire et pour résoudre certaines situations.

C'est donc à une quasi absence du discours médical dans le discours général que l'on assiste.

4. CHAPITRE 4 : CAS CLINIQUES

Nous présenterons ici le cas de quelques-unes des femmes que nous avons rencontrées dans notre consultation, cas choisis bien sûr en fonction de leur complexité, mais bien réels.

4.1. Madame A

Madame A est âgée de 34 ans. Divorcée d'un premier mariage, mère de 2 enfants, âgés de 4 et 11 ans, elle travaille et a son propre logement.

Elle a une liaison depuis 1 an ½ avec un homme, Mr H, lui aussi divorcé, d'une amie de Madame A.

Ils ne vivent pas ensemble. Ils ont chacun un appartement et un emploi.

Son amie l'avait mise en garde, lui racontant que cet homme était manipulateur, menteur, mais n'aurait jamais mentionné de violence.

Dès le début de leur relation, il l'a humiliée par des propos insultants et dévalorisants. Madame A travaille dans un milieu hospitalier, et son ami lui répète sans cesse qu'elle n'a jamais été et ne sera jamais « *qu'une merde qui ramasse la merde des autres* ». Il refuse de la présenter à sa propre famille, l'en jugeant indigne.

Madame A dit qu'elle a toujours eu peur de cet homme, elle le lui aurait dit, et ça l'aurait fait rire.

Lors d'un repas chez des amis, il lui a demandé de lui donner quelque chose, elle n'a pas pu entendre car elle « *rigolait avec les autres* ». Il l'a alors arrachée de son siège, a quitté le repas, l'a emmenée de force chez lui où il l'a ensuite giflée violemment. Elle a pensé qu'elle devrait le quitter mais n'a pas osé à cause de la peur. Et puis elle s'est dit que c'était sans doute de sa faute à elle, ce que d'ailleurs lui confirmait son ami, lui reprochant son comportement indigne lors de ce repas.

Deux semaines avant notre rencontre, un autre épisode de violence a eu lieu. Pour un motif que Madame A ne précise pas, son ami l'a traînée par les cheveux à travers tout l'appartement en l'insultant et en la giflant.

Lorsque nous la rencontrons aux Urgences, c'est à la demande de la police. Son ami est en garde-à-vue.

Le matin même vers 6 heures, des voisins ont appelé la police en raison de hurlements qui provenaient de l'appartement de Madame A.

Elle relate les faits suivants :

Deux jours plus tôt, elle avait participé, non accompagnée, à un repas de service Elle justifie le fait qu'elle y soit allée seule par ces termes : « *puisque'il ne voulait pas officialiser, je pouvais sortir seule* ».

Le soir suivant, en discothèque, l'ami de Madame A. a ostensiblement joué à séduire toutes les jeunes femmes présentes. Madame A lui aurait demandé de cesser ce manège « *par respect pour moi* » dit-elle. Son ami s'est alors emporté, lui reprochant d'être sortie seule la veille, la soupçonnant d'avoir des aventures, lui disant que

personne lui a jamais dit ce qu'il devait faire et que ce n'est pas elle qui allait commencer. Puis, il lui a dit qu'elle n'a « *qu'à se faire le premier venu* », et que lui qui irait « *se faire qui il veut* ». Comme leur dispute dure et que Mr H commence à empoigner Mme A par le cou, le service d'ordre les expulse.

Ils sont alors partis chacun de leur côté. Madame A toutefois ne rentre pas directement chez elle. Elle veut « *parler avec lui* », tente de lui téléphoner, mais il ne répond pas. Elle va chez lui, mais il n'y a personne. Elle rentre chez elle et le trouve en bas de son immeuble. Elle dit : « *je n'ai pas pu refuser qu'il rentre* ».

Une fois dans son appartement, Madame A est battue à coups de poing, de pied, tirée par les cheveux. C'est l'intervention des forces de l'ordre qui met fin aux violences.

Elle est conduite aux Urgences pendant que son ami est conduit au commissariat de police. Le bilan lésionnel est le suivant : fractures multiples du bord externe de l'orbite avec disjonction fronto-malaire, divers hématomes profonds au niveau des bras, des hanches et des cuisses, raideur et hyperalgie cervicale.

Commentaire :

Madame A explique avec admiration à quel point cet homme est brillant, intelligent et cultivé. Elle sait qu'elle ne devrait pas rester avec lui, mais sa motivation semble bien hésitante. Ce qui est remarquable et témoigne de la nature complexe du lien entre Madame A et son ami, c'est qu'elle justifie qu'elle est sortie seule par le fait qu'il refusait d'officialiser leur histoire. Or au moment où de cette sortie, elle subissait déjà insultes et humiliations depuis 1 an ½, elle avait déjà été giflée et traînée par les cheveux... Pourtant elle continue d'espérer quelque chose de cet homme.

D'autre part, cette remarque laisse entendre que, si leur liaison avait été selon ses termes « *officielle* », elle aurait accepté de ne pas pouvoir sortir seule.

Elle n'exprime, lorsque nous la voyons, aucune colère, aucun ressentiment vis-à-vis de cet homme.

Il est également remarquable que, après avoir été publiquement violentée et humiliée en discothèque, elle ne soit pas rentrée directement chez elle, mais soit allée chez lui, pour finalement, avoir l'impression qu'il a forcé sa porte pour rentrer chez elle.

Cet homme va être sanctionné. Mais cela change t-il quelque chose au fait que, impressionnée par sa culture, effrayée, une femme aurait tout accepté si il avait proposé de l'épouser ?

4.2. Madame B :

⇒ *Nous avons rencontré Mme B dans le cadre d'une réquisition pour agression sexuelle :*

Lors de l'entretien, Madame B est divorcée de son conjoint, que nous nommerons ici Monsieur G. Depuis sa séparation, elle vit chez ses parents . Elle est âgée de 28 ans. Elle est enseignante . Durant tout le temps de l'entretien, Madame B se montre inquiète, tendue, se tord les mains, évite souvent le regard, et, en fonction des sujets qu'elle aborde, pourra être secouée de sanglots.

Elle dit être issue d'une famille sans particularité.

Elle raconte son histoire de la manière suivante :

Son ex-mari est un parent éloigné, qui vivait à l'étranger et ne venait en France que pour les congés. Elle s'est éprise de lui, et il lui aurait proposé de l'épouser, mais secrètement. Il semble qu'elle ait su dès le début que le véritable objet de ce mariage était l'amélioration de la situation administrative de Monsieur G. Elle a toutefois toujours voulu croire que ses sentiments étaient payés de retour.

Au début de leur mariage, ils ne vivaient pas ensemble, pour des raisons professionnelles et de discrétion. Cela n'a pas empêché que, dès les premières visites, les insultes ont fusé. Elle était traitée de « *bonne à rien* », « *prostituée* », et il lui disait qu'avec tous les défauts qu'elle avait, elle avait bien de la chance qu'un homme comme lui veuille bien d'elle. Il exigeait rapports sexuels et argent à sa guise.

Madame B nous dit avoir accepté ces humiliations et insultes d'emblée, car elle aimait son mari, et elle pensait qu'il était un peu nerveux à cause de sa situation administrative.

Lorsque la situation administrative de Monsieur s'est éclaircie, les brutalités physiques ont commencé.

Madame B s'est trouvée enceinte. Lorsque son époux l'a appris il lui aurait craché dessus, l'aurait insultée et lui aurait dit que cet enfant n'était pas de lui. Une décision d'IVG a donc été prise sans que Madame B ne puisse vraiment dire qui l'a prise. Son mari refuse dans un premier temps de l'accompagner à l'hôpital, elle le supplie et il finit par accepter mais au prix d'un rapport sexuel dans une posture et des conditions extrêmement humiliantes, qu'il lui reproche ensuite d'avoir acceptées, justifiant par là de nouvelles insultes.

Dans ce contexte d'insultes et d'humiliations permanentes, de la part d'un mari qui venait la voir de manière ponctuelle, elle a été touchée par les marques d'attention d'un collègue. Lorsque son mari l'a su, il l'a frappée à coups de bâton, et lui a fait subir les pires sévices et humiliations. Madame B dit qu'elle trouvait cette punition justifiée car elle avait commis une faute envers son mari. En même temps elle ne regrettait pas car cette relation avait été un moment de bonheur pour elle, et en même temps elle s'en voulait par sa faute de justifier les insultes de son mari. ...

Par la suite, les violences n'ont fait qu'augmenter. Elle explique qu'elle n'avait rien à dire, car elle avait commis une faute. Dans ce contexte de violence, Madame B s'est trouvée de nouveau enceinte. Elle raconte alors que son mari a cessé de la frapper de peur que les médecins ne constatent des traces lors de l'IVG. A nouveau, elle a dû le supplier et s'humilier pour qu'il accepte de l'accompagner à l'hôpital. C'est à cette occasion qu'il lui impose une sodomie.

A la suite de cette deuxième IVG, son mari redouble de violences à son égard et lui dit que compte tenu qu'elle ne vaut rien elle ferait aussi bien de se tuer. Madame B dit alors avoir réfléchi à se suicider tout en faisant sorte que ça paraisse un accident. Elle a envisagé plusieurs scénarii, mais elle n'a jamais pu passer à l'acte. Elle a dû à plusieurs reprises demander pardon de ne pas s'être suicidée....

Puis, la famille a appris l'existence du mariage civil. Madame B se trouve alors prise entre deux feux, et choisit de mentir, et de défendre son mari, y compris lorsqu'il s'en prend physiquement à l'un des membres de sa famille, et menace les autres..

Au cours de ces 4 ou 5 années de vie commune, la soumission de Madame B à son mari n'avait jamais de borne, et il semble que plus elle se soumettait, plus il était exigeant. C'est ainsi qu'ils avaient convenus qu'il ne la tapait pas sur le visage car elle avait trop de difficultés à cacher les traces de coups avec son maquillage. Le reste du corps était toléré. Elle avait également accepté, en échange « *d'épousailles officielles* » de tout accepter de lui : « *de faire la bonne, le sexe c'est quand il veut avec qui il veut* » et elle devait sortir et lui laisser l'appartement s'il ramenait des amies à la maison. Elle dit également qu'à une période de leur histoire, il envisageait de la prostituer et aurait à cette fin apporté à la maison un grand volume de préservatifs. Elle dit l'avoir remercié de cette attention.

Madame B dit avoir pu négocier un divorce, après que son mari se soit assuré que cela ne remettait rien en cause pour sa situation administrative. Elle raconte qu'elle lui a laissé l'appartement, est partie vivre chez ses parents, mais revenait vers lui deux fois par semaine pour son « *hygiène sexuelle* ».

Le divorce est maintenant prononcé, et Madame B dit avoir toujours très peur. Elle s'attend à ce qu'un jour il revienne vers elle et la tue.

Discussion :

Tout le discours de Madame B est émaillé de spasmes, de sanglots, d'expression de honte et de tristesse.

- Madame B semble avoir été complètement hypnotisée par cet homme. Elle dit que même quand elle a pu être seule dans un cabinet de consultation d'un médecin, le fait qu'il l'attende dans la salle d'attente suffisait à ce qu'elle sente sa présence et n'ose pas parler de ce qu'elle vivait.

Elle est confuse, notamment dans le déroulement de faits, et les dates se télescopent. A contrario, des épisodes restent présents de manière très détaillée dans sa mémoire, et en les évoquant, elle a des gestes comme pour essayer la souillure qu'elle ressent.

-Un autre élément est extrêmement présent, c'est la culpabilité. Culpabilité qui lui fait accepter des tas de comportements comme des violences et des humiliations comme étant une punition méritée pour une faute réelle ou supposée. Mais aussi lorsqu'elle parle, on entend qu'elle a comme une sorte de regret de ne pas avoir su faire ce qu'il fallait pour gagner l'estime de son ex-mari. Ceci la renvoie à un sentiment d'incapacité, de ne pas avoir été à la hauteur, et entretient sa culpabilité. Lorsque je lui demande si elle l'aime encore, elle me répond « *je ne sais pas, j'ai peur* ».

4.3. Madame C :

Madame C nous est adressée avec la réquisition suivante :

⇒ « *Bien vouloir effectuer un examen psychiatrique et médical sur la personne de Mme C née le (...) – dans le cadre d'une enquête ouverte pour violences conjugales et viols sur sa personne.*

Madame C est âgée de 50 ans. Elle vit du RMI, seule la plupart du temps, sauf lors des visites de son mari.

Son récit est très confus, elle se perd dans des détails. Il faut à plusieurs reprises à la fois la laisser parler mais aussi essayer de revenir à ce qui motive l'entretien. Elle n'ordonne pas ses pensées, consacre beaucoup de soins à des détails, mais ne peut préciser des faits qui pourraient paraître marquants. Lorsque, la voyant perdue dans son propre discours, je lui pose des questions pour la ramener à notre sujet, cela la perturbe, et il lui faut de nouveau du temps pour reprendre le fil du discours.

Madame C était troisième d'une fratrie de sept enfants. Elle dit que son père était violent avec son épouse et ses enfants. Elle s'est mariée rapidement dès l'âge de 18 ans pour quitter le domicile familial. Son mari s'est très rapidement révélé violent, lui faisant subir tant des coups que des violences sexuelles de toute sorte.

Elle dit que dans sa région d'origine, la tolérance envers les violences conjugales est plus grande qu'ailleurs, mais malgré cela son premier mari a été incarcéré à plusieurs reprises. Elle signale que lorsqu'il sortait de prison, il était encore « *plus méchant* » et qu'il la retrouvait « *où qu'elle se cache* ». Elle a eu de cet homme quatre enfants. Le plus jeune serait décédé à 9 mois, à la suite de coups portés par le mari. Elle affirme qu'il n'y a eu aucune procédure à la suite de ce décès.

Madame C dit qu'elle avait demandé à plusieurs reprises le divorce d'avec cet homme, et que la procédure n'aboutissait pas.

L'un de ses frères, installé en Bourgogne, l'a fait venir avec ses trois enfants. C'est depuis cette région qu'elle a pu organiser son divorce d'avec son époux. Elle raconte qu'au moment où elle arrivait dans notre région, l'homme qui avait été son mari et l'avait quittée pour une autre femme tout en refusant de divorcer, a tué sa seconde femme et violé sa fille de 9 ans. Il a été condamné à 15 ans de réclusion mais est sorti au bout de 8 ans. Lorsque Madame C est retournée dans sa famille 15 ans plus tard, elle avait toujours peur de rencontrer cet homme.

Elle est donc arrivée en Bourgogne, hébergée par son frère, lui-même marié et père de deux enfants. Madame C affirme avoir vécu plusieurs mois chez ce frère, puis avoir été mise à la porte du jour au lendemain avec ses trois enfants car elle refusait des rapports sexuels avec lui.

Elle a alors été hébergée par un autre frère.

Madame C rencontre alors un autre homme, avec qui elle part vivre à M, ainsi que ses trois enfants. Elle dit avoir eu « 17 ans de bonheur » avec cet homme, jusqu'à ce qu'il la quitte pour une femme plus jeune (parente de Mme C).

Madame C se retrouve seule, en difficulté. C'est là, qu'elle rencontre Monsieur M. Elle décrit un mariage rapide, avec une forte pression de la famille de Monsieur M, qui lui aurait dit par la suite qu'il ne l'avait épousée que pour régulariser sa situation, et pas pour elle.

Madame M raconte que, très rapidement, cet homme qui lui paraissait attentionné et idéal s'est avéré violent, exigeant et jaloux.

Les coups sont arrivés très vite. De plus, Madame C se retrouve contrainte à ne porter qu'un certain type de vêtement, et ne pas pouvoir sortir, ne pas pouvoir rencontrer d'autres personnes.

Elle décrit des sévices sexuels fréquents, répétés, violents.

Elle décrit également des scènes d'humiliation.

Son époux à la fois la violenterait et lui demanderait ensuite pardon tout en lui expliquant qu'elle lui appartient et qu'elle doit lui donner tout ce qu'il veut quand il le veut.

Madame C affirme que lorsqu'elle tentait de résister, son mari « la mettait chaos et faisait ce qu'il voulait ».

Madame C affirme que, par honte, elle n'a pas tout dit aux gendarmes et en particulier a minimisé certains sévices sexuels.

Madame C décrit des blessures liées aux violences conjugales successives, mais qu'elle n'a jamais fait vraiment constater.

Madame C a travaillé avec son père, puis la naissance des enfants et la jalousie de son mari l'ont confinée au foyer. Elle tente de trouver du travail depuis que son compagnon l'a quittée. Elle avait commencé un stage, qu'elle a dû arrêter par peur de sortir dans la rue.

4.4. Discussion:

On remarque chez cette dame, une apparence de grande passivité. Elle n'a jamais fait de véritable choix.

Elle a été mariée au premier homme qui s'est présenté, n'a pas réussi à le quitter, c'est lui qui est allé habiter avec une autre femme tout en revenant la violer régulièrement. Elle a quitté sa région d'origine lorsque son frère l'a fait venir.

C'est à la suite d'une altercation avec celui-ci qu'elle a été mise à la porte et c'est lorsqu'un homme l'a prise chez elle qu'elle en est partie.

C'est de nouveau lorsque ce même homme n'a plus voulu d'elle qu'elle s'est retrouvée seule et qu'elle a été mariée avec un homme qui a voulu ce mariage auquel elle était consentante mais pour lequel elle n'a pas été très active.

Actuellement, lorsque je lui demande comment elle en est venue là, elle m'explique que c'est une amie qui lui a dit de porter plainte.

Tout ce passe comme si cette dame n'avait pas la possibilité intrinsèque de prendre des décisions pour elle-même.

Un autre point marquant est le fait que Madame C ne se définit que par rapport aux violences qu'elle a subies. Elle ne peut jamais parler d'elle-même, de ce qu'elle ressent de ce qu'elle souhaite, de ce qu'elle pense. Elle ne peut pas non plus décrire son mari, dire ce qui l'intéresse dans la vie, ce qu'il fait.. Elle ne parle que des violences subies.

Ceci est assez fréquent chez les femmes ayant subi des violences conjugales : celles-ci finissent par résumer la vie de ces femmes, et ces femmes finissent par ne plus se résumer elles-mêmes qu'à ces violences et à la souffrance qu'elles génèrent.

Il est à noter que Madame C n'a aucun projet d'avenir, aucun souhait personnel.

Elle décrit une peur permanente, la conviction que quelqu'un de la famille de son mari va forcément la tuer un jour ou l'autre.

Lorsque l'on parle du fait qu'elle a eu deux unions très violentes, elle répond que lorsqu'elle a pris conscience de l'échec de cette deuxième union, il lui a semblé qu'elle n'avait pas d'autre solution que tuer son mari et d'aller en prison, car elle ne pourrait jamais être heureuse.

Elle ne dort pas, prend du poids. Elle dit sortir très peu. Toutefois, elle se rendrait auprès d'une psychologue et rencontrerait l'assistante sociale de la gendarmerie. Elle se décrit comme très isolée.

Elle dit avoir de bonnes relations avec ses enfants, qui sont dans la région. Elle n'a pas de réel projet, toute sa pensée est occupée par la violence de son conjoint. Madame C apparaît comme ballottée par les événements plus que dirigeant sa vie. Des idées de passage à l'acte peuvent survenir, tant sur le mode auto agressif que hétéro agressif. Pour le moment, la peur domine la pensée de Madame C. On pourrait dire que cette dame n'a pas d'existence propre, que tous ses actes, toutes ses pensées, sont dictées par l'anticipation anxieuse de ce que va faire son conjoint.

5. CHAPITRE 5 : LES PRATIQUES

Nous avons dit que notre problématique de recherche se fondait sur notre pratique, qui ne peut servir à elle seule de référence. Il nous fallait recueillir de manière plus rigoureuse ce qu'il en est, sur le terrain, de la pratique des médecins par rapport aux femmes concernées par la violence conjugale. Nous avons eu la possibilité d'effectuer ce travail au sein du réseau ASDES, à Nanterre.

Nous avons eu un premier axe, auprès des médecins du réseau, puis dans le cadre de la consultation d'obstétrique, et enfin auprès des associations partenaires. Ces travaux ont eu lieu au cours de l'année 2001-2002.

5.1. Présentation du réseau ASDES :

Le réseau ASDES est un réseau ville-hôpital dont l'objectif est la prise en charge globale, médico-sociale, des patients. Quelque soit le motif de la consultation, un dépistage des facteurs de risque dont on connaît l'incidence sur la mortalité et la morbidité est proposé, au cours d'une consultation longue.

Le repérage des situations de violence, en particulier intra familiales est inclus dans cette démarche.

Sont partenaires de ce réseau l'hôpital Max Fourastier de Nanterre, des médecins généralistes et spécialistes, mais aussi des associations, dans des actions de sensibilisation à l'éducation à la santé qui pourront concerner soit le personnel de l'association soit les personnes auxquelles ils s'adressent dans le but de créer une véritable interaction et rencontrer les personnes dans leur milieu de vie.

Dans une telle perspective, des associations sont partenaires du réseau ASDES . Elles ont pour objet l'éducation à la santé, l'aide dans l'obtention des droits, l'assistance aux victimes d'infractions ou d'agression, ou, de manière plus générale, la constitution et la pérennisation du lien social (associations dites de quartier, par exemple). Nous proposons ici d'étudier ce qu'il en est de cette coopération en ce qui concerne les violences conjugales.

5.2. Evaluation des pratiques en matière de repérage et de prise charge des femmes subissant des violences conjugales.

Ce travail a été réalisé dans le cadre de notre DEA, car les résultats ont largement alimenté notre réflexion et nous ont incité à poursuivre notre recherche. Nous n'en présenterons donc ici qu'une version abrégée :

Les constats suivants ont été faits préalablement à cette évaluation : au sein d'une structure tournée vers une démarche de santé publique et de prévention comme la policlinique de l'hôpital Max Fourastier de Nanterre, les médecins n'adressent que très exceptionnellement des patients à la consultation spécialisée pour les victimes de violences. D'autre part, la rubrique « violences familiales » du dossier de santé publique proposé pour chaque patient n'est pratiquement jamais complétée .

Une expérience a été réalisée au sein de l'un des services de cet hôpital, qui montre que le dépistage systématique sous forme de questions simples et directes est à la fois bien accepté et rentable en matière de dépistage de situations méconnues. (cf infra)

Ce travail avait donc pour objectif d'évaluer les pratiques des médecins de la policlinique et du réseau ASDES* en matière de repérage et de prise en charge des VIF, afin de préciser pourquoi il existe un sous repérage, et d'envisager les moyens d'y remédier.

5.2.1. Méthodologie

Population:

La population étudiée est constituée par les médecins exerçant au sein du Département de Consultations de Santé Publique de l'Hôpital Max Fourestier de Nanterre ou adhérant au réseau ASDES.

Le point commun à ces médecins est d'être inscrits dans une démarche de Santé Publique, donc de dépistage et de repérage des facteurs de risque.

Tous ces praticiens avaient été informés par courrier de notre travail, puis contactés par téléphone pour un rendez vous.

Méthode.

Un entretien semi directif était proposé aux médecins. Il était enregistré, puis retranscrit intégralement.

Toutes ces étapes ont été effectuées par une seule personne.

Les questions posées portaient sur les points suivants : représentation des VIF (violences intra familiales) par le médecin ; importance de sa pratique en matière de violence conjugale (VC) concernant des femmes victimes de leur conjoint ; modalités des consultations des femmes victimes de VC : (motif de la consultation, signes évocateurs ; attitude du médecin s'il pense que la patiente subit des VC mais n'en parle pas elle-même) ; modalités de prise en charge (certificat, soins, orientation : vers qui ? , traitement) . Les médecins étaient aussi interrogés sur ce qui leur paraissait être la prise en charge optimale des femmes victimes de VC, et le rôle du médecin dans cette prise en charge. Enfin, on demandait leur opinion sur l'intérêt d'un dépistage systématique des VC en pratique courante.

Des informations concernant la spécialité, le mode et l'ancienneté d'exercice du médecin étaient recueillies.

Si le médecin poursuivait la conversation, elle était enregistrée et retranscrite.

Traitement des données :

Les entretiens ont été lus par nous même et par une personne étrangère à l'étude, avec réalisation d'un test Kappa . En cas de score inférieur à 0,5, l'entretien était relu, et une solution consensuelle était choisie..

Les réponses ont tout d'abord été étudiées question par question, en colligeant les réponses et en les regroupant en fonction des sous questions.

5.2.2. Résultats

Population interrogée.

Parmi les trente trois médecins contactés par lettre puis par téléphone, dix neuf ont accepté de nous recevoir.

Les questions étaient toujours posées dans le même ordre. L'entretien durait, selon les médecins interrogés, de 10 à 60 minutes.

En fin d'entretien, nous laissons au praticien qui le souhaitait la possibilité de nous faire part de remarques plus générales sur le sujet.

Les médecins interrogés étaient, majoritairement des hommes, âgés de 29 à 60 ans, et ayant de 6 mois à 36 ans de pratique. Parmi eux, 12 sont médecins généralistes, et ont une ancienneté d'exercice supérieure à 10 ans.

Les entretiens se sont déroulés du 18 avril au 30 mai 2001.

Question 1 Représentation des VIF par les médecins interrogés

La majorité des médecins interrogés (14 sur 19) évoque la violence au sein du couple, et précise : « de l'homme vers la femme ».

Six personnes interrogées évoquent l'homme maltraité, pour dire que cela n'existe pas ou que c'est vraiment rare.

La violence dans le couple apparaît comme un passage à l'acte banal au cours d'une dispute pour 9 médecins .

La violence comme système de fonctionnement et de contrainte de l'un des conjoints par l'autre est mentionnée par deux médecins .

Les violences entre générations apparaissent : elles sont mentionnées 10 fois, et concernent les violences des parents vers leurs enfants mineurs.

Trois médecins, dont deux ayant une expérience en gériatrie, évoquent les violences envers les personnes âgées.

Pour la majorité des médecins interrogés (14/19), la violence, c'est « le coup ».

Les violences psychiques ou morales sont citées 10 fois, dont 8 avec des précisions : dénigrement, perversion, éducation trop rigide, pressions d'un individu... Huit médecins donnent des exemples de comportements violents :

Les violences sexuelles sont citées 3 fois, sous la forme de l'inceste et concernant les enfants.

Question 2 :Nombre de femmes subissant des violences conjugales rencontrées par les médecins interrogés :

3 médecins n'en rencontrent jamais : il s'agit de très jeunes médecins et d'un confrère n'ayant pas eu d'activité clinique ces dernières années.

8 en rencontrent de 1 à 5 par an :

4 médecins disent rencontrer de 6 à 10 femmes dans cette situation par an :

3 en rencontrent plus de 10 . : Parmi eux, un déclare détecter 3 à 4 femmes par semaine, soit environ 150 par an.

un médecin, de pratique gériatrique, dit que les comportements violents envers les personnes démentes sont son lot quotidien.

Types de violences :

- les coups sont le plus souvent cités : 12 fois.
- les violences morales et le harcèlement sont cités 4 fois
- le conjoint est présenté comme étant l'auteur des violences 15 fois,
- les violences envers les enfants sont cités 3 fois,

- les violences d'un enfant majeur à un parent âgé deux fois,

Tous les médecins qui ont rencontré des femmes subissant des violences conjugales citent un exemple précis.

Motif de la consultation :

Les médecins qui avaient présent à l'esprit un cas précis nous ont tous dit que les violences étaient le motif de la consultation.(n=12)

Cinq disent que les femmes concernées viennent « pour un certificat »

Pensez vous à des violences lors d'une consultation pour un autre motif?

On obtient deux catégories de réponses :

8 médecins pensent à des violences en présence d'hématomes, ou d'autres blessures physiques mal expliquées

Des signes fonctionnels, orientent vers une cause de mal être, le problème de couple, pas forcément les violences caractérisées.

Il arrive que la femme aborde spontanément le sujet lors d'une consultation pour un autre motif, mais il n'y a pas de schéma type : cela peut venir spontanément ou sur question du médecin qui demande s'il y a des problèmes à la maison.

Si vous pensez à des violences, abordez-vous la question ?

7 médecins ne répondent pas à la question : soit ils n'ont jamais rencontré de femme victime de violences conjugales soit leur pratique ne se prête pas ce questionnement
7 autres affirment que si ils sont amenés à envisager que l'une de leur patiente subit des violences, ils abordent le sujet .

Les autres ont des réponses plus nuancées, disant que cela dépend des cas de figure et de leur disponibilité, matérielle et psychique.

Les médecins qui affirment aborder la question avec leur patiente s'ils pensent qu'elle subit des violences sont ceux qui évoquent cette hypothèse en présence d'hématomes.

Aucun des médecins (sauf un), n'envisage que la démarche d'une femme qui vient chercher un certificat ne soit pas spontanée.

Question 4 :Prise en charge des femmes victimes de VC :

Lorsqu'ils rencontrent une femme victime de violences conjugales, 4 médecins déclarent rédiger un certificat médical de coups et blessures : (la demande de certificat comme motif de consultation est citée 6 fois). Ces certificats sont l'objet d'interrogations quant à leur finalité et leur utilité.

Quatre annoncent une démarche soignante : soin physique ou psychique. Aucun ne précise ce qu'il prescrit.

La majorité des médecins interrogés (12) adresse ces patientes ailleurs : à la consultation médico-judiciaire de la policlinique ou à des structures sociales, selon qu'ils exercent en ville ou à la policlinique.

Deux médecins déclarent rédiger un courrier et avoir un retour de cette consultation. Lorsque des conseils sont donnés, il s'agit d'orienter vers la consultation médico-juridique ou la structure sociale, ou de « devenir indépendante »

Question 5 :Prise en charge la plus adéquate à proposer aux femmes qui subissent des VC ?

Six des médecins interrogés sont sans idée à ce sujet

Trois mettent en avant le souhait de la personne concernée, et la nécessité qu'elle se prenne en charge elle même

La séparation comme solution est citée trois fois

La notion de protection, une fois :

Trois médecins mettent en avant la prise en charge sociale

Quatre préconisent de soigner le couple

Trois expriment une certaine méfiance quant à la légitimité pour le médecin à prendre en charge ce type de problème

Les autres réponses sont :ne connaît pas les moyens existants (n=1) ; l'approche psychologique doit être prioritaire sur le judiciaire (n=1), la prise en charge devrait pouvoir se faire dans l'urgence, sous la forme d'un hébergement et/ou d'un accueil

Un médecin propose de reprendre pour les adultes le schéma de l'assistance éducative actuellement en place dans le cadre de l'enfance en danger.

Question 6 :Rôle du médecin dans cette prise en charge?

Soutien, accompagnement, sont cités 8 fois 3 disent ne pas savoir :

Un évoque une démarche judiciaire :

La démarche diagnostique est citée par un médecin :

Question 7 : Pensez vous qu'un dépistage systématique serait souhaitable ?

Cette question a amené des réponses très diverses, presque toujours sur un ton beaucoup plus animé que le reste de l'entretien.

Parmi les 19 médecins, 6 ont une première réponse formellement négative : parmi ceux-ci, 3 considèrent que de toutes façons, le dépistage est fait, qu'ils connaissent suffisamment bien leurs patients :

Le dépistage est considéré comme nécessaire a priori 8 fois .

Les difficultés de ce dépistage sont abordées :manque de temps il ne faut pas être blessant ,la manière de faire n'est pas simple

D'autres, sans être hostiles, doutent de son utilité, deux disent ne pas avoir d'idée

Nous avons cherché les thèmes médico-légaux.

Les violences, constituent une infraction qui a des répercussions sur l'état de santé : l'aspect judiciaire ne peut être passé sous silence dans ces cas.

La notion de prise en charge judiciaire apparaît 2 fois, sans être précisée.

Notion de personne en danger :l'expression de risque vital est employée 5 fois : pour justifier la nécessité d'une séparation, par exemple par le biais d'une hospitalisation.

Un médecin envisage de faire un signalement, mais ne sait pas bien comment s'y prendre.

La protection des enfants issus d'un couple marqué par la violence est évoquée deux fois

Le certificat médical, motif de la consultation dans 6 cas, est cité comme étant rédigé dans trois cas, avec un doute sur son utilité.

Aucun des médecins ne cite le problème de l'ITT

Le secret n'est pas abordé sous l'angle médico-légal : trois médecins évoquent la confiance des violences comme en secret entre la patient et eux-même .

Globalement, la notion de violence reste vague, et représentée principalement par des coups. Les violences psychologiques sont souvent citées, mais rarement explicitées. Elles restent quelque chose de théorique, pour les médecins interrogés. La présentation de la VC comme une querelle qui va trop loin, est une manière de la banaliser.

Pratiques des médecins en matière de repérage et de prise en charge.

Les médecins affirment que les patientes victimes de violences conjugales "viennent pour ça", "elles en parlent". Cette affirmation est à rapprocher de la réponse à la question 2 : les médecins ont cité le nombre de femmes qui viennent les voir pour parler des violences qu'elles subissent dans leur vie conjugale . Celles qui n'en parlent pas ne sont donc pas repérées.

A propos de l'attitude en cas de « suspicion » de violences conjugales pour une patiente, ceux qui ont une réponse nuancée à cette question avancent , pour trois d'entre eux, l'argument de leur disponibilité comme limite . Cet argument est important, car il introduit la subjectivité du médecin, qui reconnaît ne pas être toujours "en état", ne pas avoir envie de discuter.

En fait, tous disent penser aux violences en présence de traces de coups, même si ils citent les signes de mal-être de dépression comme pouvant traduire des violences. Ceci nous ramène aux difficultés à repérer les autres types de violences .

Un seul médecin évoque la symptomatologie psychique d'une femme victime de violences, uniquement psychologiques : il s'agit d'un psychothérapeute.

Si l'on confronte cette réponse, à celles qui nous sont faites concernant des cas réellement rencontrés par les médecins, on remarque qu'il existe un décalage. celui-ci est le même que ce que nous avons pu constater question 1, à savoir que les violences psychologiques et leurs conséquences correspondent davantage à des connaissances théoriques qu'à des situations cliniques vécues.

Prise en charge des femmes subissant des violences conjugales

L'attitude des médecins est en contradiction avec les réponses de la question 6, concernant ce que doit ou devrait être le rôle du médecin.

D'ores et déjà, cette absence de réel accompagnement et de retour concernant cette prise en charge sociale ou juridique doit être interrogée : désintérêt pour cette question, scepticisme par rapport à l'efficacité, ou la passivité et l'ambivalence qui semblent caractériser l'attitude de ces femmes découragent-elles d'emblée le médecin?

Quel est le rôle du médecin ?

Les réponses obtenues à cette question mettent en lumière le hiatus entre ce que les médecins font, et ce qu'ils pensent qu'ils font ou devraient faire.

Un peu moins de la moitié (n=8) dit que le médecin a un rôle de soutien, d'accompagnement.

Si l'on confronte ces réponses à celles de la question 4, on ne peut que remarquer que cet accompagnement n'est pas fait : 12 médecins (y compris les 8 cités ci-dessus) adressent ces patientes vers des structures mal connues, sans toujours faire

un courrier et n'ayant de retour formel que dans un cas. Il ne s'agit pas d'un accompagnement, ni d'un soutien.

Le certificat, lorsqu'il est rédigé (4 fois), est présenté comme une formalité banale, et son devenir n'est pas connu.

Opportunité d'un dépistage systématique .

Nous remarquons tout d'abord que ceux qui refusent l'idée d'un dépistage systématique sont aussi ceux qui affirment que, toutes façons, ce dépistage est fait, car ils connaissent leurs patients : ils vont chez eux, savent tout d'eux.

Le colloque singulier médecin patient apparaît comme allant de soi, et se suffit à lui-même. Toutefois, apparaît aussi l'idée d'une limite à ce que peut faire un médecin, avec la notion d'ingérence : la violence est un problème « privé », « intime ».

Ce qui apparaît là, est une grande difficulté à communiquer sur ce sujet délicat.

Il est également intéressant de rapprocher les réponses à cette question de celles de la question 3, qui concerne la possibilité de poser la question aux femmes. Tous les médecins qui répondent, affirment ne pas avoir d'inhibition à aborder la question des violences conjugales devant des signes cliniques (le plus souvent des lésions témoignant de coups). Ceux qui admettent avoir parfois renoncé à aborder la question avec une patiente parce qu'ils ne se sentaient pas suffisamment disponibles, sont aussi ceux qui considèrent le dépistage comme une bonne initiative. D'autres, qui disent qu'il n'y a pas de raison de ne pas parler des violences conjugales à la question Q3, considèrent que le dépistage systématique n'est pas possible. car trop indiscret et pas du rôle du médecin.

Cette contradiction entre les deux types de réponse, ajoutée au fait que les médecins répondent que les patientes viennent pour parler des violences, nous autorise à penser que l'affirmation de l'absence de frein à parler des violences conjugales avec les femmes était une réponse théorique et de principe .

On peut donc retenir que ces médecins parlent des violences conjugales avec les femmes qui viennent les consulter pour ce motif, mais n'abordent pas ce sujet les premiers si la patiente ne le fait pas, hormis présence manifeste d'hématomes « suspects ». Mais de la part de la patiente, venir consulter avec le visage couvert d'hématomes n'est-il pas une manière de venir parler des violences subies ?

Aspects médico-légaux

C'est délibérément que nous n'avons pas introduit ces thèmes dans les entretiens, pour ne pas induire des réponses de type « contrôle des connaissances ».

Les médecins interrogés ne mentionnent pas du tout l'aspect infractionnel des VC, et le certificat médical n'est pas investi par eux à hauteur de son importance dans ces situations.

La notion de personne en danger apparaît de manière un peu abstraite, et un médecin qui l'évoque expose le cas d'une patiente réellement en danger, mais dont il ne réalise pas la gravité de la situation. Or, les femmes qui subissent des VC sont en danger de mort (11)

Les entretiens recueillis ici témoignent de la complexité de la relation médecin malade : la situation difficile, humiliante, de la femme victime de VC représente pour le médecin un cas de figure extrême : le soin à donner n'est pas celui auquel il est

familiarisé, il n'y a pas de schéma thérapeutique standardisé, et il craint de s'immiscer dans des affaires familiales qui ne sont pas de son domaine de compétence. En outre, une certaine incrédulité s'exprime parfois. Les médecins interrogés se montrent très sceptiques quant à l'utilité des certificats qu'ils rédigent.⁵

5.3. Etude qualitative du repérage systématique de la violence conjugale dans un groupe de 47 femmes enceintes.

De nombreux travaux concernant la violence conjugale émanent des gynécologues et obstétriciens et concernent la femme enceinte (cf supra) Dès 1993, l'American College of Gynecology and Obstetric proposait un programme de sensibilisation aux violences conjugales [3, 19].

En France, le Collège de gynécologie et obstétrique a élaboré un questionnaire minutieux à soumettre à toute femme enceinte, dans le but de repérer les facteurs de risque de complications et d'en limiter les conséquences [20]. Or, la violence conjugale ne figure pas parmi les facteurs de risque évalués.

Cette étude avait donc pour objet d'évaluer s'il est possible, utile et acceptable d'introduire des questions sur la violence conjugale dans ce questionnaire.

5.3.1.Méthode

Dans le cadre de la consultation de PMI implantée dans le service de gynéco-obstétrique de Nanterre, nous nous sommes intéressé aux femmes venant pour une première consultation prénatale. Nous avons constitué deux groupes :

Le groupe 1 : à qui les questions sur la violence conjugale ont été posées, était constitué de femmes enceintes, venant pour la première consultation pour la grossesse en cours (c'est à dire la consultation au cours de laquelle les facteurs de risque sont dépistés). Nous avons retenu pour cette étude des femmes venant seules à la consultation (celles accompagnées de leur conjoint ou d'un interprète n'étaient pas retenues pour ce groupe), parlant le français. Compte tenu du débat concernant la présence d'enfants en bas âge lorsque la femme évoque des violences conjugales [21, 22], nous avons exclu de cette expérimentation les femmes accompagnées de jeunes enfants.

Le groupe 2 : était composé de femmes venant consulter pour le même motif (première consultation prénatale), dans le même centre de PMI, au cours de la même période. Aux femmes de ce groupe n'étaient posées que les questions du questionnaire standard, sans mention explicite des violences conjugales.

Les questions concernant la violence conjugale devaient être aussi courtes et concises que les autres questions posées. Elles ne devaient pas alourdir le questionnaire. Il fallait qu'elles soient suffisamment claires, directes et simples pour

⁵ Il faut préciser que, dans le département des Hauts de Seine, il existe une consultation médico-judiciaire qui est un passage obligé pour le dépôt de plainte. Les certificats rédigés par les médecins traitants ne sont pas pris en compte par les services judiciaires, ce qui est une cause importante (mais pas la seule) de leur scepticisme et de leur absence d motivation.

permettre aux femmes de répondre en toute confiance. Elles devaient être aussi suffisamment précises pour que la réponse concerne bien les violences conjugales, mais ne pas induire de réponses faussement positives.

Une étude de la littérature Nord Américaine montre que la modalité de questionnement la plus pertinente est le questionnement oral direct (par rapport à des questionnaires écrits), et des questions directes plutôt que indirectes.[23-25].

Nous avons donc choisi les questions à poser en fonction de ces éléments, et retenu les formulations suivantes :

Durant votre vie de femme, avez-vous déjà été frappée ? si oui, par qui ?

Cette première question visait à repérer la violence physique, définie comme « agressions physiques ou sexuelles par un proche ou un conjoint dans un contexte de contrôle et de contrainte » [26]. Cette définition englobe toutes les atteintes à l'intégrité physique de la personne.

La deuxième question était :

Avez-vous déjà eu peur de votre conjoint ?

Elle visait à mettre en évidence les situations de violence psychique, souvent plus difficiles à admettre par les personnes concernées elles mêmes, et qui comprennent les « humiliations, harcèlement, menaces (par rapport aux enfants, de mort...), contrôle de chacun des faits et gestes de la vie quotidienne » [26].

Ces questions étaient posées par un médecin généraliste, dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale [27]. Les questions sur la violence étaient précédées par celles sur la consommation de produits toxiques, qui étaient introduites par une phrase du type : « je vais devoir vous demander des choses un peu délicates, mais c'est important pour le suivi de votre grossesse ». Les questions sur la violence étaient précédées par l'annonce d'une question « particulièrement délicate ».

En cas de réponse positive à une question, il avait été décidé de respecter le souhait de la patiente de parler plus ou non. Du temps était pris pour évaluer avec la femme si elle souhaitait recevoir une aide ou un conseil, et de qui. Elle était alors adressée soit à un médecin légiste, soit à un psychologue, soit à un travailleur social. Ces professionnels ont été interrogés à l'issue de l'étude pour connaître lesquelles des patientes adressées les avaient rencontrés et si une aide avait pu leur être apportée.

Information consentement :

La législation française autorise une intrusion de la part des médecins dans la vie privée des patients si le but en est une amélioration de l'état de santé. Dans le cas des violences conjugales, la santé des femmes est menacée, parfois leur vie, et la révélation est une étape nécessaire pour accéder aux personnes et aux structures susceptibles de venir en aide. D'autre part, le principe d'un questionnement systématique sur les violences intra familiales avait été accepté par le comité d'éthique dans le cadre du Département de Consultation de Santé Publique de l'hôpital de Nanterre .

Compte tenu de ces éléments, le comité d'éthique de la recherche n'a pas jugé nécessaire d'obtenir un consentement écrit à notre étude. Chaque question était posée de telle sorte que la femme comprenne qu'elle était libre de répondre ou non.

Le secret professionnel auquel le médecin est astreint constitue une garantie pour la femme : selon le droit français, personne, pas même son conjoint, ne peut connaître le contenu des entretiens avec le médecin. Toutefois, pour éviter des révélations maladroites et aussi en raison de comportements discriminatoires auxquels sont parfois confrontées les femmes victimes de mauvais traitements, nous n'avons pas reporté dans le dossier des femmes leurs réponses aux questions posées.

Les données étudiées étaient :

Acceptabilité de questions sur la violence conjugale : pour les patientes : étude de leurs réactions, de leurs réponses, et pour le médecin : comment a-t-elle vécu cette expérience.

Pertinence de ces questions : réponses inadaptées, questions mal comprises, nombre de réponses positives, et leur forme.

Les données obstétricales et socio démographiques des deux groupes de patientes ont été comparées.

5.3.2. Résultats.

Population : durant la période de notre étude, nous avons pu constituer un groupe de 47 femmes répondant aux critères d'inclusion dans le groupe 1. Nous avons donc choisi au hasard 47 dossiers de femmes venues durant la même période, mais non incluses dans le groupe (vues par un autre médecin du service).

La comparaison entre les deux groupes ne montre pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne les données socio démographiques et obstétricales.

Il s'agit de femmes jeunes, (26 à 29 ans), mariées ou vivant en concubinage, majoritairement sans emploi et bénéficiant de la Sécurité Sociale. Un peu plus de la moitié d'entre elles sont de nationalité française, et le père de l'enfant attendu est connu du médecin dans la majorité des cas (80%).

Les trois quarts d'entre ces femmes n'avaient pas de retard dans leur prise en charge obstétricale.

La plupart d'entre elles (86%) déclarent ne pas consommer de produits toxiques (alcool, tabac, drogues illicites).

Résultats du groupe 1:

Acceptabilité des questions sur la violence conjugale :

a) Réactions des patientes :

Aucune patiente à qui les questions ont été proposées n'a eu de mouvement de défense ou de refus. Une seule s'est montrée surprise, disant « ah, vous posez ce genre de question ? ». Aucune patiente n'a refusé de répondre ou n'a exprimé d'opinion négative par rapport au fait que de tels sujets soient abordés.

b) Vécu du médecin :

La jeune médecin qui a mené cette expérimentation a tout d'abord dû surmonter quelques réticences et idées reçues : l'idée que la violence conjugale concerne l'intimité du couple, et ne touche que les milieux défavorisés, et l'image de la femme enceinte comme porteuse de vie et d'espérance, donc protégée et respectée. Elle craignait de rencontrer des difficultés avec des patientes issues d'un milieu culturel proche du sien : cela n'a pas été le cas. Il lui a enfin fallu admettre que la violence

était un phénomène médical mal connu des médecins et qui méritait que l'on s'y intéressât.

Une fois ces barrages surmontés, elle n'a pas éprouvé de gêne ni de retenue particulières. Dans un seul cas, elle n'a pas osé poser les questions : la patiente était contrariée de ne pas rencontrer à l'hôpital le médecin de son choix, et la consultation a été marquée par une tension dès son début.

Pertinence du questionnaire :

a) Réponses aux questions :

o première question :

6 femmes ont répondu avoir déjà été frappées par leur conjoint,

2 femmes ont répondu avoir été frappées au cours de leur enfance, par l'un de leurs parents.

1 femme a répondu qu'elle avait été frappée par ses parents au cours de son enfance et par un conjoint.

o deuxième question :

2 femmes ont répondu avoir eu peur de leur conjoint ou avoir été menacée par lui.

Au total, 12 femmes ont répondu avoir été victimes de violences intra familiales au cours de leur vie, quelque soit le type de violence.

Parmi ces femmes, 9 ont connu la violence conjugale, 4 ont fait état de mauvais traitements durant leur enfance (agressions sexuelles pour 2 d'entre elles, maltraitance physique pour 2 autres). Une femme avait été à la fois concernée par la maltraitance durant son enfance et par la violence conjugale.

Parmi les 9 femmes qui faisaient état de violence conjugale, 3 déclaraient que cette violence était passée : elles étaient séparées du conjoint violent .

Pour les 6 autres, cette violence était toujours d'actualité : 4 vivaient toujours avec le conjoint, et deux subissaient toujours des agressions verbales et des menaces malgré une séparation.

Parmi les 9 femmes subissant de la violence conjugale, 7 déclarent recevoir des coups, et ne font pas état d'autre type de violence associée ; 2 décrivent des violences psychologiques, (violence verbale dans un cas, peur du conjoint dans l'autre).

Dans le cadre de cette étude, les femmes n'ont pas décrit les violences subies.

A l'occasion de ces questions sur la violence conjugale, des femmes ont parlé de leur conjoint : l'accueil de la grossesse par le couple, la réaction du conjoint à une grossesse accidentelle, la discussion d'un éventuel avortement. Pour l'une d'entre elle, cela a été l'occasion d'aborder les conditions de procréation de l'enfant.

Le fait d'aborder la question de la violence a amené une patiente concernée à demander un certificat médical. Elle n'a par la suite pas engagé de procédure à l'égard de son conjoint.

b) Forme des réponses :

Les femmes qui répondaient par l'affirmative aux questions sur la violence conjugale le faisaient selon deux modalités : la plupart (n=5) répondaient de manière très laconique, « oui, mon mari », (ou ex conjoint). Aucune n'a décrit les violences, leur durée, leurs modalités, ni évoqué ce qu'elle ressentait ou avait entrepris pour se défendre ou se protéger.

Une autre relatait par le détail une situation familiale extrêmement complexe.

La formulation des réponses négatives était :

Soit « non », sans autre commentaire,

Soit « non, il est très gentil ».

Nous avons eu une réponse faussement négative : une femme répondant n'avoir jamais reçu de coups, « mais parfois une gifle ».

c) Démarches des patientes victimes de violence conjugale :

○ *Après de l'assistante sociale :*

Parmi les patientes concernées par la violence conjugale, 2 ont accepté d'être adressées à l'assistante sociale. Parmi celles qui n'ont pas accepté : l'une ne reconnaissait pas la violence (« ce ne sont que des gifles »), une autre était séparée de son conjoint, une troisième ne semblait pas prête à entreprendre des démarches, une autre affirmait que les violences étaient passées. Cette dernière avait subi des violences lors d'une précédente grossesse, et cela s'est répété lors de la grossesse en cours. Elle a rencontré une assistante sociale extérieure à l'hôpital au cours du 6^e mois de sa grossesse.

Parmi les 2 patientes qui ont rencontré l'assistante sociale : pour l'une, le conjoint était davantage absent que violent, pour l'autre, il s'agissait du premier geste violent de la part de son conjoint, et la patiente a pu bénéficier d'une aide pour trouver un logement.

○ *Après de la psychologue :*

Toutes les femmes concernées par la violence ont été incitées à rencontrer la psychologue : une seule l'a rencontrée. Il n'y a pas eu de suivi ultérieur.

Résultats du groupe 2 :

Dans ce groupe, aucune patiente n'a évoqué spontanément des violences conjugales au cours du suivi ante natal. Une seule a fait mention d'un viol par un inconnu, un an auparavant. Aucune patiente de ce groupe n'a consulté l'assistante sociale, la psychologue, ni le médecin légiste pour un problème de violence. Pourtant, l'étude rétrospective des dossiers fait apparaître que deux patientes de ce groupe ont été hospitalisées pour des chutes « accidentelles », une autre pour douleurs abdomino pelviennes de cause indéterminée, une autre avait été adressée à la psychologue du fait d'un état de stress important repéré par la sage femme.

5.3.3. Discussion

Population étudiée :

La population du bassin de vie de l'hôpital de Nanterre ne reflète pas la population générale de la France [28]. Ceci a une incidence sur la lecture et l'interprétation de nos résultats. En effet, s'il est maintenant admis que la violence conjugale touche tous les milieux, il n'en demeure pas moins que sa fréquence et sa gravité est corrélée avec certaines situations.

Ces situations, qui constituent de véritables facteurs de risque pour la violence, ont été mises en évidence par l'enquête ENVEFF .

La population fréquentant l'hôpital de Nanterre, étant composée en grande partie de personnes issues de l'immigration, et plus particulièrement du Maghreb, sans emploi, isolées sur le plan social et affectif, avec un niveau de revenus particulièrement faible, une mauvaise maîtrise de la langue française, est donc particulièrement exposée à la violence conjugale.

Pour ce qui est de l'acceptabilité de notre questionnaire : nous n'avons aucune réaction de rejet de la part des patientes impliquées dans notre étude : nous ne pouvons pas exclure que des femmes ont répondu par la négative pour éviter de parler de ce qu'elles vivaient.

Quant à l'utilité du repérage, le nombre de cas repérés, associé à l'absence de réaction négative de la part des patientes, et au fait que poser ces questions a été l'occasion d'introduire le conjoint dans le dialogue médecin patiente nous amènent à penser que la démarche de s'enquérir systématiquement auprès des femmes de l'éventualité de violences conjugales est une démarche utile.

Reste que les femmes ainsi « dépistées » n'ont pas donné suite aux propositions d'aide. Nous n'avons pas les moyens de savoir si elles ont trouvé de l'aide ailleurs, ou si elles se trouvent toujours dans la même situation .

5.4. Etat des lieux des modalités de la prise en charge de victimes de violence ASDES/partenaires.

Etude de l'articulation des associations et des médecins, au sein du réseau, en ce qui concerne les violences intra familiales, et plus particulièrement les violences conjugales.

Le réseau ASDES ayant pour objectif une prise en charge globale des patients, les violences et leurs conséquences font partie des préoccupations des médecins faisant partie de ce réseau. Dans l'objectif de proposer une réponse adéquate aux personnes victimes de violence conjugale, un état des lieux des structures susceptibles d'intervenir s'imposait, d'autant plus qu'un travail préalable avait montré que les médecins du réseau connaissaient mal les structures relais. L'objectif est de mieux connaître les structures, dans le but de mieux travailler avec elles : améliorer l'orientation des femmes concernées, vers la structure la mieux adaptée, et , à terme, de développer des procédures de manière à rendre plus lisible et pertinente l'aide proposée aux femmes.

5.4.1.Méthode :

Nous avons rendu visite aux partenaires du réseau dont le but est l'aide aux femmes concernées par la violence conjugale, et leur avons soumis un questionnaire, au cours d'un entretien. Ce questionnaire est destiné à définir la structure , étudier son articulation avec le champs médical, préciser ce que seraient ses attentes et ses besoins par rapport au médical, et éventuellement envisager une collaboration plus structurée. Le questionnaire est joint en annexe 2

5.4.2.Résultats :

Nous avons pu rencontrer 8 structures, associatives ou institutionnelles, entre novembre 2001 et janvier 2002, soit 8 à 10 mois après la mise en place du réseau.

La principale information qui se dégage est une connaissance médiocre du réseau, de ses buts et enjeux par les personnes rencontrées, y compris par les partenaires.

Concernant la prise en charge des violences intra familiales, on observe d'une part que, hormis la fédération FVV, les diverses structures se connaissent peu ou prou, mais n'organisent pas de coopération formalisée.

D'autre part, l'intervention du médecin auprès des personnes victimes de violence intra familiale ne semble pas faire partie du schéma de fonctionnement d'associations ou d'institutions dont le but est précisément cette aide. Le médecin est celui auquel on adresse les personnes pour des problèmes strictement médicaux qui ne sont pas liés, dans le discours des personnes rencontrées, au vécu des situations de violence. Le soin du psychotraumatisme éventuel est toujours considéré comme relevant du psychologue, et le constat médico-légal est réservé à l'UMJ du département, avec un discours de disqualification du médecin traitant. Le rôle médical de repérage, d'accompagnement, voire de signalement des situations violentes n'est jamais envisagé.

Aucun partenariat avec le corps médical n'est réellement pensé, hormis un ou deux cas de personnes âgées dont le médecin était impliqué dans le maintien à domicile.

Les attentes par rapport au réseau sont des prestations de service telles que des consultations de psychologues, une plus grande disponibilité de médecins pour faire des certificats pour les personnes qui ne vont pas jusqu'à l'UMJ. Deux responsables envisageaient que, pour les nombreux cas de personnes maltraitées mais dont la famille empêche l'intervention de tiers, pour les personnes séquestrées ou pour les personnes signalées en danger mais pour lesquelles aucun dépôt de plainte ne légitime l'intervention de la police, un médecin puisse se rendre au domicile, examiner la personne pour attester de la réalité des mauvais traitements et permettre l'intervention des autres partenaires.

5.4.3. Discussion

Les deux points qui apparaissent prééminents dans ces rencontres sont d'une part la méconnaissance du réseau, et d'autre part la non reconnaissance du médecin comme acteur de l'aide aux personnes victimes de violence conjugale.

La place laissée aux médecins auprès des victimes de violence est à rapprocher de la position de l'intervention médicale d'une façon générale par rapport à ces questions. L'intervention du médecin est réduite à la rédaction d'un certificat, a priori suspect de non compétence ou d'être partisan, dans l'éventualité d'un dépôt de plainte. La présence d'une UMJ passage obligé de toutes les victimes d'agressions, contribue sans doute à renforcer peut-être cette disqualification du médecin traitant.

5.4.4. Conclusion :

On mesure ici le décalage entre les professions de foi sur le rôle irremplaçable du médecin, et la pratique. Les médecins ont de la violence conjugale une idée imprécise, et incomplète, puisque à la fois ils évoquent « la dispute qui tourne mal » et les coups. Ils émettent des idées sur ce qu'il faudrait faire, mais ne les mettent pas en application, faute de temps, de disponibilité...de savoir où s'adresser. Ils ne connaissent pas les partenaires potentiels.

Ceux-ci, à leur tour, ne considèrent pas le médecin comme un partenaire valable dans la prise en charge des personnes victimes de violences : le

médecin est là pour faire le certificat qu'on lui demande quand on lui demande, et encore, son certificat n'est pas toujours bien reçu par les autorités.

Un autre travail, que nous avons réalisé avec la coordination gérontologique, et qui concernait les personnes âgées maltraitées, illustre ce propos de manière caricaturale : des personnes âgées, qui ne sortaient plus de chez elles, subissaient des mauvais traitements de la part de leur entourage. Ces personnes recevaient chaque mois la visite de leur médecin traitant, qui n'avait fait le diagnostic d'aucune des situations de violence. Ce même médecin était complètement exclu de ce qui était mis en place ensuite, y compris lorsque la personne était laissée à son domicile...[ref](#) .

Beaucoup reste donc à faire en matière de partenariat et de prise en charge multidisciplinaire.

On assiste pour l'instant à une offre d'aides très diverses, pas toujours bien explicitées, et sans lien les unes avec les autres.

Bien sûr, ces travaux ne prétendent pas rendre compte de ce qui se passe ailleurs. ..

6. CHAPITRE 6 : LA RENCONTRE ENTRE DISCOURS MEDICAL ET VIOLENCE CONJUGALE

6.1. Le corpus médical : De quoi est constitué le corpus des connaissances médicales en matière de violence conjugale ?

6.1.1. La définition de la violence conjugale :

La définition de la violence conjugale n'est jamais vraiment discutée. Les auteurs soit ne l'abordent pas, et dénoncent d'emblée « *un problème de Santé Publique* », soit décrivent des différents types de violences, physiques, psychiques, économiques ou sexuelles, mais ne donnent pas de définition, en tout cas pas de définition médicale. Les définitions proposées sont tirées du discours judiciaire (violences aggravées, atteinte aux personnes), ou social (système de domination de l'un par l'autre).

6.1.2. Les signes cliniques :

Les connaissances sont appréhendées de manière statistique, sous la forme d'étude de l'existence de relation statistique entre violence conjugale et : catégorie socioprofessionnelle, ethnie, lien entre histoire de maltraitance dans l'enfance et violence conjugale, lien avec l'alcool, les troubles psychiatriques, les abus de substances, facteurs génétiques, violence conjugale chez les homosexuels, tentatives de modélisation de toutes ces variables, un nombre non négligeable d'articles concernant l'intérêt ou la nécessité du repérage systématique....

Les aspects cliniques ne sont abordés que en terme de fréquence statistique des différents troubles ou blessures.

Parmi ces publications, on en trouve une [29] fondée sur des interviews de femmes concernées par la violence conjugale, mais pas de travail approfondi à propos de cas cliniques, qui mettraient en évidence la mécanique intime de ces couples violents, et ce qui anime ces femmes dans leurs difficultés. Lorsque les aspects psychiatriques sont évoqués, c'est à travers des échelles d'évaluation et des liens statistiques entre la violence et des troubles psychiques actuels ou passés, évalués par des échelles standardisées

6.1.3. Le diagnostic

Le diagnostic n'est jamais évoqué en tant que tel. Aucun signe n'étant pathognomonique, la violence conjugale n'est pas diagnostiquée, elle est « *suspectée* », devant une discordance entre les blessures et les circonstances alléguées : donc par une attitude de doute à l'égard de la véracité des dires de la patiente .

La violence conjugale est dépistée, et non diagnostiquée, par une démarche active du médecin, soit de manière systématique, soit devant des signes dont la fréquence est liée à la violence conjugale, c'est-à-dire finalement, que toute symptomatologie pourrait donner lieu à doute et à « dépistage ». toute la symptomatologie clinique ou presque. Une fois « dépistée », il n'y a pas d'élément de confirmation du diagnostic ni d'évaluation médicale de la situation.

6.1.4. Le traitement

La rubrique traitement des publications étudiées témoigne de l'embaras du discours médical à appréhender cette question. Le Professeur Henrion parle « d'accompagnement », mais vers quoi ? Vers où ? Certes, on parle d'écoute, d'empathie, pourquoi pas de compassion, d'accompagnement...mais sans jamais détailler en quoi cela consiste, ni quels sont les objectifs à atteindre ni les modalités d'évaluation. Le médecin ne doit-il pas cette attitude d'accompagnement avec tous ses patients, quelle que soit leur pathologie ?

Seuls 18 articles traitent de la prise en charge : 10 concernent les femmes victimes [30-39], 6 les hommes auteurs [40-45], 2 le couple ou la famille [46, 47]. La plupart de ces traitements ont lieu dans le cadre d'une contrainte judiciaire.

La réponse fournie par tous les articles est unanime : séparer, porter plainte.

Il est remarquable que pour les femmes, on parle d'accompagnement, mais pas de traitement. Le dépôt de plainte est promu traitement. La sanction de l'auteur serait indispensable pour panser les plaies. Dans le discours victimologique actuel, la sanction pénale de l'auteur est présentée comme un préalable indispensable à « *la reconstruction psychique de la victime* ». Quelle déception alors, au procès, d'être confronté à un individu qui fait ce qu'il a toujours fait : nier, mentir et rejeter sur la victime la responsabilité de ses propres actes.

Un article [48] parmi ceux que nous avons étudiés est particulièrement édifiant en ce qui concerne l'efficacité potentielle du recours au système judiciaire. Les auteurs ont étudié les réactions de 20 hommes ayant fait l'objet de plusieurs interpellations par la police en raison de violences envers leur épouse ou compagne. Il apparaît que, lors de la première interpellation, ces hommes ont pensé que la police avait été appelée à la suite d'un erreur, d'un malentendu. Ils banalisent ce qui s'est passé, se présentent comme des hommes clairs, rationnels, posés.

La seconde interpellation est décrite comme un tournant : les policiers n'apparaissent plus aussi « compréhensifs » et aimables. Les auteurs décrivent une remise en question de l'image que ces hommes ont d'eux même, avec un décalage entre la conviction qu'ils ont d'être des individus normaux, calmes, contrôlés, et l'image d'homme violent qui leur est renvoyée, à laquelle ils ne peuvent souscrire.

Avec la répétition des interpellations, les hommes interrogés se sentent pris dans un complot entre leur conjointe et la police, victimes d'un système qui fait la part belle aux femmes, ils s'installent dans une position de persécuté, et ne se reconnaissent pas comme violents.

Toutes les publications évoquent le dépôt de plainte, comme solution inévitable et ultime. Mais aucune n'étudie ce qui se passe ensuite, et encore moins ce que cela apporte réellement au mieux-être de la personne concernée, ni la place du médecin

au-delà du certificat médical dont le rôle est bien restreint, et qui est présumé mal fait. En fin de compte, le résultat du traitement, ses complications et effets secondaires ne sont jamais abordés.

6.1.5. Les aspects médico légaux :

En ce qui concerne précisément la Médecine Légale, on constate que dans le cadre de l'enseignement de la Médecine Légale, les violences conjugales ne sont pas abordées en tant que telles. On pourrait envisager que les médecins légistes ignorent cette réalité. On peut plutôt envisager que, pour le point de vue structurel de la Médecine Légale, la violence conjugale produit « *des blessures* » peu différentes de celles observées dans les autres cas de violence volontaire. Tout se passe comme si le contexte de survenue des violences ne devait pas être pris en compte pour l'évaluation des blessures. Ce point de vue, effectif, s'origine dans l'idéal d'impartialité et d'indépendance qui fonde la pratique médico-légale, mais il conduit finalement à un contresens clinique, puisqu'il ne permet pas la prise en charge des conséquences psychologiques et plus généralement humaines des violences répétées dans le temps.

Les outils quotidiens d'une consultation de médecine légale : l'ITT, l'imputabilité des lésions, les notions d'IPP...ne sont pas confrontées à la réalité de la violence conjugale. Leur pertinence n'est pas interrogée, leur adaptation à la situation pas discutée. Or, l'ITT a été conçue en même temps que le Code Pénal, pour adapter la sanction à la gravité des blessures, ou plus exactement de leurs conséquences. Au départ, l'ITT représentait la durée pendant laquelle un ouvrier ne pouvait pas gagner sa vie du fait des blessures, et la limite entre juridiction de simple police et tribunal correctionnel était à un mois d'ITT. Cette notion est adaptée à une agression unique, produisant des blessures clairement identifiées. Or, la violence conjugale est une violence répétée, et les blessures physiques sont souvent de faible gravité médicale. Ce qui est destructeur, ce n'est pas la gifle reçue, mais le contexte délétère d'humiliation qui l'accompagne. l'ITT ne rend pas compte de la réalité vécue par ces patientes, quand bien même on parlerait d' »ITT psychologique « . Ceci, car en pratique, sauf en cas de blessure grave justifiant une hospitalisation, les femmes concernées par la violence conjugale n'interrompent pas leurs activités quotidiennes. Le corpus de la médecine légale ne s'intéresse qu' au certificat médical, pour dire qu'il doit être prudent, ce qui est le cas de tous les certificats, et objectif, ce qui est aussi attendu de tous les certificats. Mais l'objectivité interdit-elle de parler de la subjectivité.

6.1.6. Le rôle du médecin

Les articles traitant de l'évaluation des pratiques, évaluent l'intérêt du repérage, à l'exception de 2 articles qui montrent que selon la profession (juriste ou médecin), les mêmes situations ne sont pas considérées comme violentes.

Du point de vue du médecin, il faut s'interroger sur le sens de cette tendance : à quelle pathologie avons-nous à faire, quel désarroi rencontrons-nous, pour adresser

ces patientes aussi volontiers à la police, plutôt que de réfléchir à ce que nous pouvons faire pour elles ? Pourquoi revendiquer, avec le Professeur Henrion, un rôle de premier plan, si nous ne savons que leur dire d'aller se faire aider ailleurs ? L'élément clef, le certificat médical est lui-même présenté de manière défavorable.

Or, ce certificat médical est un moment important, parce qu'il correspond à l'inscription des blessures, physiques et psychiques, une prise en compte par le monde médical de ce que vit la femme. Le certificat médical donne aux conséquences de la violence conjugale, une réalité tangible, une matérialité aux yeux même de la femme dont il décrit les maux.

Si le médecin ne peut faire que ce certificat médical, qu'au moins il le fasse en pensant à ce qu'il représente pour la femme, comme soutien à sa parole, plutôt que comme document qui ne convient pas aux magistrats

On doit aussi souligner le décalage entre le discours du Professeur Henrion qui affirme que le médecin a un rôle prédominant, et l'absence du discours médical dans un site tout venant, Google.

Le discours officiel est très empressé auprès des femmes victimes de violence conjugale, la pratique est plus embarrassée, et, dans le débat social, ce sont les associations de victimes ou d'aide aux victimes qui mènent le jeu. Les médecins sont cités pour leur certificat médical, lequel certificat médical a pour but le dépôt de plainte.

Sur le site Généraliste Google, les rares sites médicaux s'adressent aux médecins. On aurait pu attendre un discours médical tourné vers les personnes concernées par la violence conjugale, leur parlant, depuis la place de médecin, de ce qu'est la violence conjugale, ses mécanismes, ses conséquences, et de ce que les médecins peuvent faire pour elles. Encore faudrait-il que tous ces aspects soient clairs dans l'esprit des médecins.

6.1.7.Représentation de la femme

En ce qui concerne la prise en compte de la femme, donc de la patiente, de son vécu, de l'expression de ses émotions..., le discours médical reste sourd. Pire, quand la parole de la femme est évoquée, c'est pour être mise en cause.

Certes, on n'est plus au XIX^{ème} siècle où Tardieu pouvait écrire qu'il fallait se méfier de la parole des femmes et des enfants. On continue toutefois à s'en défier, cette fois pour le bien de la femme. Ayant intégré le fait que les femmes mentent sur le mécanisme de leurs blessures pour éviter, par honte d'avouer qu'elles sont battues, les médecins se mettent en tête de suspecter des violences conjugales devant des blessures atypiques et ne correspondant pas aux dires de la femme. Rien n'est pire que les bonnes intentions.

Par compassion et dans l'idée de respecter la honte (réelle ou supposée), on compare de manière policière, les traces corporelles que sont les blessures au récit de la patiente. Or, le récit peut être véridique : avec l'expérience des consultations de

coups et blessures, on sait à quel point les versions d'une même rixe varient selon les protagonistes. La femme peut aussi avoir d'autres raisons que la honte pour donner une version personnelle des faits. : une étude [29] montre, cela est confirmé par notre expérience, que, lors des premiers temps où elle est soumise à la violence conjugale, la femme ne repère pas qu'elle est prise dans un système anormal. Elle ne dissimule donc pas ses blessures par honte, mais parce qu'elle les croit comme réellement accidentelles en ce sens que c'est un accident dans l'histoire de son conjoint et d'elle-même.

Plus tard, lorsqu'elle a intégré que les violences ne sont pas « normales », ni accidentelles, elle peut ne pas souhaiter les révéler par crainte des conséquences pour son mari, qui est souvent le père des enfants, et dont le moins que l'on puisse dire est que les relations avec lui sont complexes.

En fait, la personne qui subit les violences n'apparaît pas vraiment dans ces textes, à l'exception des articles basés sur des interviews de femmes battues ou de couples violents.

La digression ci-dessus a surtout pour objet de montrer à quel point, même au nom de la bienfaisance, on peut appliquer à une personne une présomption de vécu, agir en conséquence de cette présomption, et donc finalement être perçu comme agressif et provoquer des réactions contraires à celles escomptées.

Car à travers toutes ces études et descriptions (parmi lesquelles nous soulignons le manque criant d'étude psychopathologique), la femme n'existe pas. Elle est l'objet de calcul de probabilité, elle est porteuse ou plus exactement support de blessures. L'histoire de ces femmes ou plutôt de ces couples n'est jamais abordée de manière subjective : où et quand se sont-ils rencontrés ? Pourquoi ont-ils été attirés l'un par l'autre ? Quelles étaient leurs idées sur le couple, le mariage avant leur rencontre ? Au-delà des difficultés matérielles, dont on ne nie pas l'importance, qu'est-ce qui les unit si fort qu'ils ne peuvent pas se séparer ? Car enfin, qu'est-ce qui amène un homme à rester auprès d'une femme qu'il insulte, méprise, humilie ? Et une femme à accepter cette situation ?

Tout se passe en fin de compte comme si la violence conjugale était un objet accepté et repris sans nuance par le discours médical, qui tenterait de plaquer dessus les grandes catégories médicales de diagnostic et de traitement, et, bien sûr, cela sonne creux. Car la question de fond reste de savoir ce qu'est la violence conjugale et si elle est un objet médical comme le serait une maladie infectieuse par exemple. Ici, on parle de facteurs de risque et de conséquence, mais jamais de ce qui se passe entre les deux dans cette boîte noire qu'est la survenue de la violence conjugale.

Le débat autour du dépistage nous permettra d'avancer dans notre réflexion. En effet, le dépistage repose sur des questionnaires proposés aux patientes et non sur des éléments cliniques. La réponse, dont on sait qu'elle peut dissimuler la réalité, est le seul outil avec lequel travaille le médecin. Un débat a lieu, autour de cette question du dépistage : est-il pertinent ?

Ceux qui pensent que ce dépistage est utile et pertinent, mettent en avant le fait qu'il est une main tendue, que les femmes choisissent de saisir ou non. Pour celles qui ne souhaitent pas évoquer leur situation, certains auteurs évoquent l'image de la « *petite graine* » [49] qui a une chance de germer. Elles ont pu entendre que la violence conjugale est une anomalie et qu'elles peuvent en parler, éventuellement à leur médecin.

Sur le plan des principes déontologique et éthique, les défenseurs de dépistage avancent que dépister la violence conjugale, c'est rechercher des facteurs de risque pour diverses pathologies, et que la violence conjugale étant in fine une atteinte aux droits de l'Homme, c'est devoir de chacun de s'en préoccuper, et cela ne constitue donc pas une atteinte à l'intimité ni une immixtion dans les affaires privées, en l'occurrence le couple.

Les opposants affirment que ce dépistage n'a aucun sens, car ne conduit pas à un diagnostic de certitude (la seule parole de la femme ne constitue pas un élément suffisamment fiable) et ne déclenche aucune prise en charge spécifique ni efficace.

Notre positionnement personnel serait plutôt celui de la première attitude. Néanmoins, la deuxième attitude est intéressante en ce qu'elle tente de traiter la violence conjugale comme « *une maladie comme les autres* », avec un diagnostic et un traitement qui est plus ou moins efficace.

Ce raisonnement prouve en quelque sorte par l'absurde que la violence conjugale n'est pas une maladie, n'est pas un objet médical et sort des capacités usuelles des outils conceptuels médicaux. Indirectement, il renvoie à l'incapacité du corpus, ce qui nous intéresse ici, à appréhender ce phénomène qu'est la violence conjugale.

6.2. Discours médical et violence conjugale : une rencontre impossible ?

La difficulté du discours médical à aborder la violence conjugale s'articule autour des points suivants :

Une difficulté à saisir le phénomène, à le décrire, et à le faire entrer dans le cadre et la structure de la pensée médicale.

Cette difficulté/impossibilité nous amène à nous interroger le notion même de violence conjugale, et s'il est seulement possible de la dire autrement qu'en évoquant ses facteurs de risque et ses conséquences.

Enfin, à travers la violence conjugale, ce sont les représentations des rapports au sein du couple qui sont à l'œuvre. Aborder ces représentations nous amène inéluctablement à la question des rapports entre homme et femme et donc à leur représentation et plus particulièrement à la représentation de la position de la femme par rapport à l'homme dans d'autres discours et dans le discours médical.

6.2.1. Discours médical et violence conjugale

Le discours médical ne définit pas la violence conjugale. Il tourne autour. Les facteurs de risque sont largement décrits, toujours de manière statistique et sous forme d'éléments sociodémographiques : l'âge, la nationalité, le statut professionnel sont largement étudiés. Les éléments plus personnels du parcours de vie sont abordés, mais toujours de manière statistique : le fait d'avoir subi des agressions dans l'enfance serait lié à une plus grande fréquence des violences conjugales à l'âge adulte. Ces études ne précisent pas la nature des agressions, ni si les femmes concernées ont bénéficié ou non d'une aide, ni de laquelle. Rien ne permet non plus d'établir le lien intime, dans le cheminement de ces femmes, entre ces agressions dans l'enfance et les violences subies à l'âge adulte.

Il est également remarquable, que sont étudiés principalement les facteurs de risque concernant les femmes de subir de la violence conjugale. Des études s'intéressent aux hommes, mais en moindre nombre, et ne concernent que les hommes pris en charge en thérapie, presque toujours dans le cadre d'obligation de soins.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la femme vient consulter, alors que les conjoints, s'ils consultent également des médecins, ne le font pas en tant « *qu'homme violent* », mais pour d'autres troubles et ne parlent pas de leur comportement envers leur épouse. Le médecin qui traite un homme pour hypertension ou diabète, peut tout à fait ignorer qu'il maltraite son épouse.

L'autre aspect étudié, toujours sous l'angle statistique et épidémiologique, est constitué par la somme des conséquences des violences conjugales pour les femmes. Les conséquences pour l'homme ne sont pas étudiées par le discours médical, du moins pas dans ce qui constitue la base de données de ce travail. Les hommes violents ont intéressé des médecins, des psychiatres, et il a pu être démontré que cette violence peut être la résultante d'une souffrance indicible, impensable et qui se dérobe à celui de la même qui la porte en lui.

L'absence de discours sur les hommes violents ne peut pas être justifiée par l'absence de causes ni de conséquences pour eux. Peut-être est-ce un parti pris, plus probablement sont-ils moins étudiés car encore moins identifiés par le discours médical que la femme qui subit des violences conjugales. Il est significatif, à cet égard, que les études portant sur les hommes, ont été réalisées dans le cadre d'injonction judiciaire.

Pourquoi cette impossibilité ?

La violence conjugale réunit deux entités difficiles à dire.

6.2.1.1. La violence

La violence, par essence, est hors langage [8, 50] . Passage à l'acte lorsqu'il s'agit de coups, détournement du sens des mots, utilisés non pas pour créer du lien mais pour le détruire lorsqu'il s'agit des insultes, manipulation perverse du discours dans d'autres cas, mensonges : la violence n'est pas langage, elle est absence de langage ou négation du langage.

De plus, elle reste cachée. Même lorsqu'elle a lieu en public, la réalité de ce qui se passe est inaccessible à celui qui regarde. On peut voir des poings asséner des coups. Mais le témoin de cette scène ne sait rien de ce qui anime l'auteur des coups. Ces poings qui s'agitent ne sont que l'externalisation d'un conflit intérieur qui, souvent, échappe à celui -là même qui en est le lieu, le centre. Vouloir la destruction de l'autre, a fortiori s'il s'agit d'un proche, n'est pas chose anodine à vivre. Cela se produit lorsque, pour des raisons le plus souvent inconscientes, cet autre met en danger la survie de celui qui frappe [50, 51]. De ce conflit, celui qui regarde la scène, ne sait rien. Pas plus que ce qui se joue du côté de la victime : on peut, et le discours médical est très compétent à ce sujet, décrire minutieusement et parfaitement les lésions dues aux coups de poing. Mais ce qui se joue du côté de celui qui reçoit les coups ne peut être appréhendé que par un travail d'écoute de très longue haleine.

Ce que nous tentons d'expliquer ici, c'est que la violence ne se dit pas, ne se montre même pas. Elle peut se mettre en scène, avoir des témoins ou des spectateurs, mais ce qui se donne à voir de la violence, est toujours la résultante de la violence, pas la violence elle-même.

Une pièce de théâtre et un film nous amènent à confirmer cette invisibilité de la violence conjugale, même lorsqu'elle se déroule sous nos yeux.

La pièce de théâtre est *La mégère apprivoisée*, de Shakespeare [52]. Un homme se fait fort d'épouser une jeune fille réputée acariâtre et impossible, et de l'amener à être une épouse parfaite. Que fait-il ? Il manipule le langage, la contrarie sans arrêt, la réduit à jeûner, l'empêche de dormir... Il réalise de manière volontaire et délibérément caricaturale précisément ce que décrivent les patientes qui viennent à notre consultation. Il s'agit d'une comédie ancienne, peut-être. Il n'empêche que cette façon de réduire à néant la volonté d'une jeune femme qui paraît de très fort caractère, reste efficace de nos jours. Il est à noter que la preuve de la réussite de la méthode de ce prétendant au mariage, est que lorsque, à la fin de la pièce, trois jeunes mariés demandent à leurs épouses respectives de venir les rejoindre, la seule qui le fait volontiers, est celle qui a été « *domptée* » (c'est le terme utilisé en anglais dans le titre original).

Un autre exemple plus récent est un film qui a beaucoup fait rire, à savoir « *Le bonheur est dans le pré* » [53]. Le scénario en est connu de tous. Que se passe-t-il dans ce film ? Un homme, Francis, est victime d'une mégère, Nicole, qui est arrogante, méchante avec lui. Cet homme est doux comme un agneau, gentil et chef d'une entreprise qui fabrique des couvertures pour WC. Cet homme a un ami, Gérard, dont on ne connaît pas bien la situation matrimoniale, mais qui paraît libre et seul dans la vie, et bon vivant. Dans le film, Francis, harassé à la fois par un infarctus, son épouse acariâtre, sa fille caractérielle et son entreprise qui va mal, profite d'une émission de télévision pour se faire passer pour un autre et rejoindre l'autre bout de la France. Pendant ce temps, Nicole tente tant bien que mal de gérer l'entreprise. Devant de trop grandes difficultés, elle va demander de l'aide à Gérard. Il est vrai que c'est elle qui va lui demander de l'aide. Que se passe-t-il alors ? Il l'amène au restaurant et la force à manger plus qu'elle en a envie. Il la fait monter dans sa voiture et lui impose un rapport sexuel dans des conditions que nous pourrions sans problème qualifier de viol. Quelques jours plus tard, lorsqu'elle s'adresse de nouveau à lui car la situation est vraiment critique, il la rabroue vertement, évoque leur rapport sexuel en disant : « *on s'est un peu secoués dans la bagnole* ». Bref, il est odieux, violent, arrogant. Or, Nicole devient tout à fait adorable.

Lorsque Francis devenu Michel revient chez lui, d'abord il ne voit pas d'inconvénient à ce que Gérard ait pris sa place auprès de sa femme, mais il est épaté de la transformation : Nicole beurre les petits fours et est charmante et soumise... Mieux, à la fin du film, lorsqu'elle se sent mal devant une fabrique de foie gras, elle demande à ce que Gérard n'en sache rien car, dit-elle « *il met la barre très haut* ». Il s'agit bel et bien d'un processus de domptage, de maîtrise, qui fait rire tout le monde, car tout le monde sait bien que les femmes arrogantes ont besoin d'être remises à leur place, y compris manu militari. Ceci montre aussi que la violence est vraiment ce qui peut fonder un couple, car le couple entre Gérard et Nicole naît de cette première violence où il lui met de force dans la bouche un petit four lors du repas au restaurant. Et que nous pouvons, en toute bonne conscience, rire de ce qui se passe.

6.2.1.2. La violence conjugale

La violence conjugale a ceci de particulier qu'elle concerne l'intimité du couple. Il s'agit d'un deuxième écran à l'approche du problème. Le couple est par définition le lieu du privé, de l'intime et du secret. Certes, il est de bon ton de nos jours de ne pas avoir de tabous, et de confondre, parfois dans des livres largement médiatisés, intime et public.

Mais ce qui fait le couple, ce qui le noue, qu'en savons-nous ?

Car l'intimité du couple renvoie à quelque chose de l'ordre du secret, de la jouissance, c'est-à-dire à ce qui ne peut se dire[54]. Si ce qui pousse deux individus l'un vers l'autre pour former un couple peut se dire au décours d'un long travail psychanalytique, ce qui noue réellement leur relation est extrêmement difficile à expliciter.

Il n'est sans doute pas anodin que le Petit Robert [55], au mot « *conjugal* », mentionne : « *relatif à l'union entre époux* » et donne, parmi les exemples de locutions comprenant le terme conjugal : « *devoir conjugal* », en précisant : « *obligation réciproque pour les conjoints de ne pas refuser l'union charnelle* ». Les deux autres locutions sont « *domicile conjugal* » et « *fidélité conjugale* ».

Le terme de « *conjugal* » renvoie donc à une notion du devoir, y compris le devoir de chair.

Curieuse association, alors, des deux termes, violence et conjugale. La conjugalité serait-elle de fait, violence ? en tout cas, cette locution, « *violence conjugale* », laisse entendre que la violence fait le conjugal, c'est à dire le lien.

L'association de ces deux termes a quelque chose de trivial, en ce sens qu'elle lie le couple et la violence, comme une évidence. On peut avancer que cette association fait scandale, et que c'est ce scandale qui gêne à la compréhension de ce qui se passe dans le huis clos qu'est le couple. Car si la violence est « *abus de force* » (Petit Robert), qui définit l'usage normal de la force au sein du couple ? Qui définit les limites, les libertés de chacun, si ce n'est les deux membres du couple, par accord explicite ou tacite, mais intime ? Et si scandale des scandales, une femme accepterait d'être battue, comme punition d'une faute commise, ou parce que tel est le prix à payer pour « *garder son mari* », comme notre patiente, Madame A ?

La violence conjugale est restée longtemps secrète, précisément comme un secret d'alcôve, comme quelque chose que la femme doit accepter de son mari. Il a pu arriver que cette marque de la force du mari soit exhibée (lors de notre travail à Nanterre, il nous était expliqué que des femmes, chaque jour, exhibaient les marques des violences faites par leur mari, comme témoins de la vigueur, et donc de la virilité de leurs époux respectifs, d'où découlaient implicitement leurs qualités d'épouses).

Cette assimilation de la violence à la force, et en arrière plan à la virilité de l'homme, est consubstantielle à l'expression « violence conjugale ». Elle témoigne du lien indissoluble entre ces deux termes et rend bien pâle la notion de « violences aggravées » du Code Pénal.

Il nous faudrait donc admettre que, en tant que médecin, nous ignorons tout de la violence conjugale, (sauf bien sûr ce que nous pouvons en connaître à titre personnel). Car la violence conjugale ne se définit pas, elle est, et on parle autour d'elle.

Le discours médical ne peut s'en emparer, car elle échappe au discours et a fortiori à un discours dit scientifique. Ce discours médical ne peut qu'en saisir des éléments périphériques, tels que des traces sur le corps de la personne. Il peut aussi tenter d'approcher, en termes de facteurs de risque (la belle locution !) ce qui peut en faire, au sens propre du terme, le lit. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, qu'il ne puisse mettre en exergue de caractéristique particulière aux personnes concernées par la violence conjugale. Un phénomène qui relève de l'intime, du lit conjugal, ne peut se laisser définir par des données épidémiologiques. De même, les conséquences ne peuvent se laisser réduire à des éléments entrant docilement dans la nosographie, médicale ou médico-légale.

Car le discours médical, comme tout un chacun, doit rester devant le pas de la porte de l'intime, et n'y accède pas directement. Bien sûr, les médecins affirment pénétrer les secrets, et déjà, Hippocrate disait que le médecin étant admis à l'intérieur des maisons, devait taire les secrets dont il pouvait avoir connaissance. Mais les vrais secrets d'alcôve se laissent deviner. Les montrer au grand jour, c'est l'obscénité. Et peut-être est-ce là aussi un point de difficulté pour les tiers : écouter une femme décrire des sévices subis, c'est accepter d'entendre des obscénités. L'intention de nuire est obscène, la soumission, même sous contrainte, est obscène, l'excitation suscitée par ces récits est obscène. Finalement, parler de l'intimité du couple est obscène. Et d'ailleurs, la façon même dont le serment d'Hippocrate nous invite à « taire les secrets qui nous sont confiés », est une invitation à fermer les yeux sur ces secrets, à ne pas les voir ou à faire comme si « *nous ne les avons pas vus* ». C'est une véritable incitation à ne rien savoir de ce qui se passe dans l'intimité.

Or le discours scientifique médical, prétend à l'objectivité, à la clarté, à la neutralité mais ne revendique aucune aptitude à décrire l'obscénité. Il lui faut des objets médicaux, bien nets et bien lisses. Si l'on regarde d'un peu près le discours médical, on remarque que même l'obscénité éventuelle des symptômes et/ou des souffrances vécus par les patients, sont dissimulés sous les termes techniques savants, qui évacuent toute subjectivité, et donne une présentation scientifique, acceptable, à ce qui ne le serait pas en d'autres termes [56]

La violence conjugale se dérobe donc au discours médical du fait même de ce qu'elle signifie.

D'autres explications peuvent être avancées pour expliquer les difficultés du discours médical à saisir la violence conjugale. L'expression « violence conjugale » est une locution issue du discours social, reprise à l'envi par les associations de victimes, et tombée dans l'escarcelle médicale un peu par accident, ou plutôt par le reproche fait aux médecins par les associations de ne pas savoir bien répondre aux femmes qui se plaignaient à eux de violence conjugale (cf plus haut, le débat entre le CNOM et les associations féministes).. Les médecins ont alors repris ce pavé et ont tenté de le traiter comme un objet médical, mais le résultat est bien mince, nous le constatons ici.

D'autres domaines proches connaissent un sort similaire : la prise en charge des auteurs d'as et la question de la maltraitance à enfant. En ce qui concerne la maltraitance à enfant, on a longtemps reproché aux pédiatres de ne pas la voir (Silvermann 1953). Alors, ils en ont fait un chapitre particulier de leurs manuels, et créé des centres spécialisés, conformément aux demandes du politique [3] [10]. Mais, là aussi, on énumère des facteurs de risque, des signes d'appel, des suspicions, les définitions varient au fil du temps, la prise en charge passe par la judiciarisation (le signalement) et si quelques cas sont malheureusement clairs, le diagnostic reste très souvent fondé sur le décalage, les incohérences du discours des parents par rapport aux constatations cliniques sur l'enfant. C'est-à-dire, que ce diagnostic ne repose pas sur une démarche médicale, mais sur une démarche d'enquête et de suspicion, contraire à tous les dogmes de l'exercice médical, fondés sur la notion de confiance réciproque médecin patient.

En ce qui concerne les auteurs d'agressions sexuelles, le schéma n'est guère différent. Là encore, c'est une loi qui oblige les médecins à « *prendre en charge* » les auteurs d'agressions sexuelles. Ici, le terme n'est pas originaire du discours courant, social, mais d'emblée judiciaire. C'est l'infraction qui détermine un groupe d'individus qui deviennent ensuite une catégorie médicale... ce qui ne peut conduire qu'à l'échec « *des traitements* » préconisés, car tous les types de personnalité et de pathologie, peuvent conduire ceux qui en souffrent à un acte de la catégorie « infraction à caractère sexuel ». Mais le discours médical s'est tout de même emparé de cette entité, organisant conférences de consensus et publiant moult ouvrages sur la question.

Le point commun à ces trois catégories de violence (violence conjugale, maltraitance à enfant et auteurs d'as) est que le discours médical a dû s'en saisir contraint et forcé, et a tenté de les travailler à partir des données sociales, plutôt que de retravailler ces notions et d'oser affirmer que, peut-être, ces catégories de personnes, ainsi définies, n'entraient pas en tant que telles dans le champ de la Médecine.

Peut-on voir là une sorte de suivisme du discours médical par rapport aux exigences sociales, relayées par le législateur, c'est-à-dire, in fine, le politique ? L'empressement du corps médical à diligenter un rapporteur pour témoigner du souci qu'ont les médecins des femmes concernées par la violence conjugale (rapport Henrion) le laisse penser.

Toujours est-il que le discours médical, ne pouvant dire la violence conjugale, l'aborde de manière indirecte, et, pour des raisons de disponibilité, pourrait-on dire, ne peut qu'étudier les femmes qui subissent ou ont subi de la violence conjugale. Cela revient à étudier les conséquences d'un phénomène dont on ne sait rien.

Ceci participe à expliquer que les conséquences de la violence conjugale soient décrites d'une manière qui peut paraître un peu en décalage par rapport aux attentes des femmes concernées.

Ce décalage est accentué par l'exigence médicale, et encore plus, médico-légale, de neutralité et d'objectivité en matière de description des coups et blessures. Cette exigence impose aux médecins d'étudier et de décrire les blessures, in abstracto, en tant qu'objet anatomique, sans tenir compte du contexte. Bien sûr, depuis quelques années, le discours médical revendique une approche globale, ajoutant « *une évaluation psychologique* » au descriptif des blessures. La personne devient alors objet d'étude, son corps est le lieu d'un relevé topographique des blessures, dans une démarche similaire à la recherche d'indices sur une scène de crime, et son esprit, séparé de son corps, est étudié à l'aide de grilles d'évaluation du fameux PTSD.

Comment s'étonner, alors, que ce discours soit plaqué, pré formaté, et imprégné des représentations sociales du problème ?

Car faute de parler de la violence conjugale, on parle de « *la femme battue* », donc de la « femme victime ». Là encore, que savons-nous de ces femmes, qui ne nous renvoie pas à la question du rôle et de la place de la femme, dans notre société mais aussi au sein du couple ?

6.2.2. Représentation de la femme victime de violence conjugale dans le discours médical

Au XIX^{ème} siècle, la femme est infantilisée par le discours médical, qui prend appui, nous l'avons vu, sur ses connaissances neuro-anatomiques toutes récentes pour attribuer aux femmes des capacités intellectuelles moindres, dont découlerait un sens moral moindre, puisqu'une femme peut mentir et compromettre l'honneur d'un homme.

Qu'en est-il de nos jours ? Nous l'avons vu, une femme est « *apeurée...* » (*rapport Henrion*), elle ne parle pas (semble-t-il par honte ?) mais lui donne-t-on la parole pour dire cette honte ? Des impératifs sont énoncés : ne pas avoir honte, ne pas se sentir coupable, rappelons ce texte du Dictionnaire des sciences criminelles, qui certes, n'est pas issu du discours médical mais qui précise : « *« En attribuant explicitement la responsabilité de la violence à l'agresseur,... »* D'emblée, toute liberté pour la femme de penser autrement son histoire, de réfléchir à sa participation (même et surtout involontaire) à ce qui lui arrive, lui est ôtée. On décide à sa place, on l'ampute de toute capacité à penser par elle-même.

Le discours psychologique est utilisé pour justifier une position de faiblesse de la part de la femme, et vient soutenir une attitude de protection, peut-être bienveillante, mais qui frôle toutefois l'infantilisation. La présomption que la femme ne parle pas des

violences conjugales, porte en elles le germe du postulat qu'il n'est donc pas pertinent d'attendre quelque chose de son discours, et que, l'écouter n'est pas utile.

Bien sûr, les manuels disent qu'il faut écouter. Mais de quelle écoute s'agit-il ? Et au fond qu'est-ce qu'écouter ? De quoi nous parlent-elles, ces patientes qui arrivent à la consultation, avec « violence conjugale » en guise de « *motif de consultation* » ?

Elles décrivent les circonstances à l'occasion desquelles elles ont été frappées, insultées, humiliées. Elles évoquent les échanges de mots qui ont précédé et accompagné les coups. Elles décrivent ce qui s'est passé. Elles parlent aussi d'amour, de bonheur déçu, de désillusions, de la fierté d'avoir été remarquée par cet homme, de l'espoir que ça s'arrange, elles parlent de vie et de mort. Elles disent aussi leur attachement profond à cet homme qui les fait tant souffrir.

Sommes nous toujours prêts à entendre ce discours si peu rationnel ? On peut en douter, car tout est en place pour faire taire ce discours. : affirmer qu'elle ne peut pas parler, lui asséner que tout est du à l'autre, qu'il faut porter plainte, qu'il faut partir, etc, tous ces dispositifs bienveillants apparaissent aussi comme des injonctions à se taire et à suivre la « prise en charge » proposée ou imposée. Toutes ces injonctions, ces bons conseils répétés tout au long des manuels, sont autant d'occasions de dire à la femme victime de violence conjugale qu'elle n'est pas apte à savoir et à dire ce qui est bon pour elle, alors que nous, nous le savons, et qu'elle doit « suivre la prise en charge ».

Affirmer a priori que le seul coupable est le conjoint, au motif de vouloir aider la femme à se débarrasser de sa culpabilité, ne relève peut-être pas d'une si bonne intention qu'on pourrait le penser à première vue.

De quelle culpabilité parlons-nous ? Celle décidée par le juge, concernant une infraction ? Elle ne relève pas de notre compétence, nous ne pouvons pas nous prononcer à son sujet.

Alors, la culpabilité que nous portons en chacun d'entre nous ? du sentiment de culpabilité qui nous anime tous de manière plus ou moins importante et consciemment perceptible ?

Le vocabulaire de la psychanalyse [57] définit de la manière suivante ce sentiment : « *Le terme de sentiment de culpabilité peut désigner un état affectif consécutif à un acte que le sujet tient pour répréhensible, la raison invoquée pouvant être plus ou moins adéquate (remords du criminel ou auto-reproches d'apparence absurde), ou encore un sentiment diffus d'indignité personnelle sans relation avec un acte précis dont le sujet s'accuserait.*

Par ailleurs, il est postulé par l'analyse comme système de motivations inconscientes rendant compte de comportements d'échec, de conduites délinquantes, de souffrances que s'inflige le sujet, etc ;

En ce dernier sens, le mot sentiment ne doit être employé qu'avec réserve dans la mesure où le sujet peut ne pas se sentir coupable au niveau de l'expérience consciente. »

Ce sentiment, on le voit, est inaccessible à une rationalité, à un effort de volonté, encore moins à une injonction, fût-elle de bonne intention. Prétendre débarrasser quelqu'un de sa culpabilité relève du non sens, ou d'une idée de toute puissance. En tout cas, cela revient à vouloir priver une personne d'un élément de dynamique

intrapyschique, certes douloureux, mais qui fait partie d'elle. Vouloir l'en débarrasser de l'extérieur, revient à la priver d'un travail psychique qui ne peut être que salutaire.

D'autre part, en ce qui concerne la femme, la culpabilité n'est-elle pas une vieille histoire ? N'est-elle pas prononcée dès la genèse ? Condamnée dès l'origine à assumer la faute de l'homme, la femme porte en elle cette charge. Que signifie alors cette injonction médicale issue du militantisme féministe, à ne pas être coupable ? Dire à quelqu'un « *ne soit pas coupable* » peut s'entendre de différentes manières.

Cela peut s'entendre comme « *ne me parle pas de ta culpabilité, je ne veux rien savoir de ta culpabilité* ». Et on retrouve là cette discrétion qui est en même temps une surdité et une nécessité, induite par le serment d'Hippocrate. Mais, dire à quelque « *ne soit pas coupable* », c'est aussi admettre qu'il peut l'être, que peut-être il l'est, et c'est même en fin de compte le désigner comme coupable. Coupable de quoi, là est toute la question.

Et d'ailleurs, René Girard [58], ne nous a-t-il pas appris qu'une victime est toujours coupable, ne serait-ce que d'être victime, même si elle n'est pas coupable de ce qu'on lui reproche ? La victime est quelqu'un qui dérange. Elle dérange en étant différente, elle dérange en acceptant son sort, elle dérange du fait d'être qui elle est, là où elle est, au moment où elle est.

En répétant, que, dans le cadre de la violence conjugale, il faut inciter la femme à porter plainte, lui affirmer qu'elle n'est pas coupable, qu'elle a des droits, le discours médical dit en fait à la femme en fait que sa souffrance n'intéresse pas et ne concerne pas le médecin. Si son affaire doit se juger devant la justice, c'est qu'elle relève du judiciaire, donc d'une faute réelle ou supposée, et non point de l'écoute réelle d'une subjectivité et d'une souffrance. Il y a là une confusion entre la faute symbolique, souvent une transgression qui agit de manière inconsciente en générant de la culpabilité, et la faute pénale. Réduire cette culpabilité de la femme à un problème qui peut se traiter au moyen du Code Pénal, c'est réduire l'inconscient des deux protagonistes de cette situation de violence que sont les deux membres du couple, à rien, et ce qui les unit à un problème de réglementation.

Le discours médical, sous couvert de compassion et de prise en compte de difficultés psychologiques, procède ainsi à une réification de la femme victime de violence conjugale, en la réduisant à une somme de symptômes, en lui prêtant des sentiments sans se soucier de savoir si elle les éprouve vraiment.

6.2.3. Q'est-ce que le couple ?

Vaste question, que nous nous devons d'aborder ici, puisque le couple est le lieu de la violence conjugale. De notre place et dans ce cadre, nous ne pouvons aborder que quelques aspects.

6.2.3.1. Aspect linguistique :

Le Petit Robert nous apprend que l'étymologie est le mot latin « copula », qui signifie lien liaison.

Puis, il propose plusieurs sens :

En premier lieu, vient le sens animalier : lien servant à attacher ensemble des animaux de même espèce. Le mot couple désigne aussi deux choses de même espèce .

Puis vient le sens plus moderne, apparu au 12^e siècle : « un homme et une femme réunis ». suivent différentes locutions concernant le couple.

Suivent ensuite une utilisation régionale du mot, son utilisation en marine, en physique et en mathématiques : le mot couple signifie toujours une dualité.

Si le couple désigne un lien entre deux personnes, ou deux personnes unies par un lien, alors, L'expression « violence conjugale » mérite que l'on s'y arrête. Nous nous sommes adressé à un linguiste, pour mieux discerner la différence entre « violence dans le couple et violence conjugale » 6.

La langue française, contrairement, par exemple à la langue anglaise, crée volontiers, des adjectifs pour décrire une situation, des sortes de néologismes qui contribuent à l'évolution et l'enrichissement de la langue, tout en créant des expressions plus courtes que les paraphrases anglo-saxonnes. A titre d'exemple, l'expression actuellement en cours dans les publications anglo-saxonnes pour violence conjugale est « *intimate partner violence* ».

« Violence au sein du couple » ou « violence conjugale » auraient donc la même signification au plan linguistique, et ce serait par facilité de langage que « violence conjugale » aurait été retenue par l'usage.

On ne remettra pas en question cette opinion sur le mécanisme de l'émergence de cette expression. Toutefois, le résultat fait sens. Dans violence au sein du couple, on renvoie à la notion de dualité de deux éléments d'une paire, et de la possibilité de violence de l'un envers l'autre et réciproquement.

Violence conjugale renvoie à la notion de conjugalité et lie intimement le lien conjugal lui-même à la violence, comme si l'une n'allait pas sans l'autre.

C'est alors la conjugalité qui fait violence. Peut-être n'est-ce pas si loin, après tout, de la réalité du couple ?

Cette conjugalité est liée à la notion de devoir, d'acceptation par chacun de faits et gestes de l'autre : le devoir conjugal n'en est-il pas l'illustration ?

Il convient donc de tenter de cerner de plus près la nature de ce lien d'obligations.

6.2.3.2. Le couple juridique

En matière de violence conjugale, les textes étudiés mettent en avant « *les droits de la femme* », plus particulièrement les articles du Code Pénal qui aggravent les peines

⁶ Nous remercions le Professeur ERMAN pour ses conseils et idées

encourues en cas de violence volontaire lorsque celles-ci ont eu lieu entre époux ou concubins (sans préciser si l'auteur et la victime sont homme et/ou femme).

Le texte le plus important et fondateur de l'idée de couple est le Code Civil. Certes, ce Code ne définit pas le couple, mais il parle du mariage, qui a longtemps été la seule, et reste la principale modalité d'existence sociale du couple.

Que nous apprend le Code Civil [58]? Le titre 5^{ème} du Code Civil est intitulé « *Du mariage* ». Le chapitre I est intitulé « *Qualités et conditions requises pour pouvoir contracter mariage* ». Suit alors l'article 144 qui dit : « l'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant 18 ans révolus ».

Puis, le Code Civil pose les conditions suivantes : conditions d'âge, exprimée de manière négative et la condition du consentement. Les articles qui suivent font références aux différentes situations dans lesquelles le consentement peut être recueilli. A titre anecdotique, on remarquera que, alors que la Loi a récemment (4 avril 2006) affirmé que le mariage ne pouvait avoir lieu entre personnes d'âge inférieur à 18 ans, c'est-à-dire que le mariage ne peut avoir lieu que entre personnes majeures, les articles concernant le mariage des mineurs n'ont pas été retirés.

Le chapitre II concerne les formalités relatives à la célébration du mariage, le chapitre III concerne les oppositions au mariage, le chapitre IV concerne les circonstances de nullité du mariage.

Le chapitre V est particulièrement intéressant pour notre travail, il est intitulé : « Des obligations qui naissent du mariage » . La première obligation est celle qui consiste à « *nourrir, entretenir et élever les enfants* ».

Les articles suivants concernent ce que l'on appelle familièrement « *l'obligation alimentaire* » et « *les pensions alimentaires* » .

Le chapitre VI est intitulé « *des droits et des devoirs respectifs des époux* ». Les éléments suivants apparaissent : les époux se doivent mutuellement fidélité, secours, assistance. ... ils assurent ensemble la direction morale et matérielle de la famille... cela continue par la contribution aux charges du mariage, charges définies de manière financière et morale.

A l'article 215, les époux s'obligent mutuellement à une communauté de vie. Et enfin, toujours dans l'article 215, la résidence de la famille est un lieu qu'ils choisissent d'un commun accord. Enfin, il est précisé que les époux ne peuvent l'un sans l'autre disposer des droits par lesquels est assuré le logement de la famille ni de meubles dont il est garni. Celui des deux qui n'a pas donné son consentement à l'acte, peut en demandé l'annulation.

A l'article 216, chaque époux a la pleine capacité de droits ; mais ces droits et pouvoirs peuvent être limités par les faits du régime matrimonial .

Les articles 217 à 219 concernent les circonstances dans lesquelles les époux peuvent réaliser certains actes seuls, mais l'article 220 affirme la solidarité face aux dettes : toute dette ainsi contractée par l'un, oblige l'autre solidairement.

L'article 220-1 prévoit que l'un des époux peut manquer « *gravement à ses devoirs* » et mettre ainsi en péril les intérêts de la famille. La situation des violences exercées par l'un des époux et mettant en danger son conjoint, et/ou un ou de plusieurs enfants, est envisagée. Le Juge aux Affaires Familiales peut alors statuer pour

attribuer le logement à celui qui n'est pas l'auteur des violences. Ce qui est remarquable, c'est que les dispositions que peut prendre un juge en cas de violence, à savoir laisser le domicile à celui qui n'est pas l'auteur des violences, et se prononcer sur « *les modalités d'exercice de l'autorité parentale et sur la contribution aux charges du mariage* », sont caduques si « *à l'expiration d'un délai de 4 mois à compter de leur prononcé, aucune requête en divorce ou en séparation de corps n'a été déposée* ».

L'article 223 précise que chaque époux peut librement exercer une profession, percevoir ses gains et salaires et en disposer après s'être acquitté des charges du mariage.

Le Code Civil règle les rapports entre particuliers. Il constitue l'un des éléments sur lesquels Napoléon I a construit l'Etat Français, et, en dépit de nombreuses modifications depuis 1806, il reste un ensemble de textes par lesquels les questions de propriété et de succession sont réglées. Rappelons que le Code Civil est antérieur au Code Pénal qui date lui de 1810. Les questions patrimoniales ont donc prévalu, dans l'ordre chronologique, sur celles de l'ordre public

Si le Code Civil ne dicte pas nécessairement les rapports entre époux, sa rédaction ne reflète pas moins la conception des choses à un moment donné. Sans doute serait-il très intéressant d'étudier l'évolution de la rédaction des différents articles au fil du temps. On y constaterait la disparition du rôle très pondérant donné à l'époux, par exemple dans le choix du domicile conjugal.

Il n'en demeure pas moins que, même si la rédaction actuelle est plus « *politiquement correcte* » envers les femmes, le mariage génère des obligations, c'est-à-dire des actes, des contraintes, auxquelles on ne peut pas ne pas se soumettre, sous peine de « *rupture éventuelle* » du contrat de mariage. La première obligation consiste donc à assurer une vie décente aux enfants issus du mariage, mais aussi aux parents des deux époux.

Ces articles viennent nous rappeler que le mariage n'est pas uniquement l'union de deux individus. Cette union génère des obligations envers les deux familles. Si socialement la cellule familiale tend à se limiter autour d'un ou de deux parents et de leur(s) enfant(s), le droit lui, garde une notion beaucoup plus large de la famille, à travers cette obligation alimentaire.

Après ces devoirs envers leurs ascendants et descendants, (et seulement après), les époux ont entre eux des devoirs mutuels. C'est nous qui soulignons ce terme. Sa répétition à quatre reprises dans des articles successifs souligne la réciprocité (au moins théorique) des engagements des époux l'un envers l'autre. Elle insiste aussi sur la symétrie de cette relation. Il s'agit de ce que, en mathématiques, on appelle une relation d'équivalence. La répartition des charges du mariage (il est précisé financières et morales) doit se faire au prorata des capacités de chacun, mais les deux époux sont solidaires des dettes contractées pour l'entretien du ménage.

Le Code Civil prévoit donc la vie maritale comme un contrat (c'est bien sa fonction) et le lien entre époux fondé sur des obligations réciproques, l'entretien du ménage et les obligations familiales étant prioritaires sur la disposition personnelle des biens.

Dans cette perspective, et, soulignons-le, dans la rédaction du Code Civil, le couple marié est constitué de deux entités équivalentes en termes d'obligations.

Cette approche, nécessaire au règlement des litiges, est-elle pertinente dans la vie quotidienne ?

Le couple de nos jours reste une forme de contrat. Mais un contrat moral, conclu entre deux personnes qui se sont rencontrées en principe plus ou moins librement et qui, selon nos schémas sociaux actuels, s'aiment.

L'amour, voilà le fauteur de troubles. Celui qui « *rend aveugle* », « qui fait tout pardonner » qui fait perdre la raison...parfois la vie.

6.2.3.3. Le couple mythique, le couple amoureux

Adam et Eve [59],

La première représentation du couple qui concerne notre civilisation se trouve dans la Genèse .

Dieu crée Adam, et considère qu' « il n'est pas bon que l'homme soit seul ». Il lui propose alors tous les animaux comme compagnie, mais cela ne suffit pas. Alors, Dieu crée la femme . « *aussi, l'homme laisse-t-il son père et sa mère pour s'attacher à sa femme et ils deviennent une seule chair* ». (c'est nous qui soulignons).

Puis, Adam et Eve consomment le fruit de l'arbre de la connaissance. Adam alors, sommé par Dieu de s'expliquer, lui dit : « la femme que tu as mise près de moi, c'est elle qui m'a donné le fruit de l'arbre de la connaissance ».

Dieu maudit alors tous les protagonistes de cette histoire, mais pas dans les mêmes termes :

Pour la femme : outre la promesse des douleurs de l'enfantement, il lui dit : « tu seras avide de ton homme, qui te dominera ».

Pour l'homme, il lui dit « parce que tu as écouté la voix de ta femme et que tu as mangé le fruit de l'arbre...le sol sera maudit... » et l'homme gagnera son pain à la sueur de son front.

Tout est dit de la culpabilité structurelle de la femme : elle est la cause de la faute commise par son mari. Dès le début, l'homme rejette sur la femme la responsabilité de ses fautes, et Dieu entérine cette attitude, car il dit à l'homme qu'il n'aurait pas du écouter sa femme.

La femme reçoit pour mission d'être dominée par l'homme.

On comprend que, compte tenu de la place de la religion chrétienne dans notre civilisation, et plus particulièrement de son pouvoir temporel et moral (à travers la main mise sur les livres et l'enseignement jusqu'à une époque récente, l'invention de l'imprimerie constituant un tournant), ce schéma de répartition des rôles dans le couple se soit profondément ancré dans les consciences .

6.2.3.4. L'amour sur scène

Puisque l'amour est chanté et dit par des poètes et des musiciens, nous avons tenté de préciser, en rapport avec notre thème de travail, comment la constitution des couples et des rapports homme/femme sont représentés. Les grandes tragédies parlent des mythes qui irriguent et influencent nos modes de pensée et de comportement, car témoignent de sentiments humains intemporels, constants, dont l'expression varie selon les lieux et les temps mais pas la nature profonde. S'il est des lieux où les rapports homme/femme et l'amour sont, au sens propre, mis en scène, c'est bien le théâtre et l'opéra. Par affinité personnelle, c'est l'opéra qui a retenu notre attention.

A la première lecture, la vie des femmes, est définie, limitée par celle des hommes. Les époux sont choisis par les pères ou les frères. Tout amour hors du mariage prévu par la famille est sévèrement puni, le plus souvent par la mort.

On y voit aussi des hommes penser que la femme aimée leur appartient, est leur propriété, et préfère la tuer que la perdre dans les bras d'un autre (Carmen, Othello).

Les femmes dans cette tragédie, luttent à armes inégales avec le pouvoir masculin : Tosca ne peut lutter contre Scarpia que par une feinte, et il y répond par une autre feinte, Carmen est victime de la passion d'un homme..., Desdémone ne peut se disculper face à Othello. Quant aux femmes sur qui Don Juan pose ses regards, malheur à elles. La Maréchale n'a plus droit à l'amour d'Octavian, Mimmi, idolisée par Rodolfo, ne peut pas vivre une vraie vie....quant à Marguerite, son rêve lui coûte la vie. Rusalka paie non seulement le fait d'avoir aimé un humain alors qu'elle est « une fille de l'eau », mais elle est sanctionnée du fait de l'infidélité de son époux. Violetta parce qu'elle a trop aimé, n'a pas droit au véritable amour et à la reconnaissance sociale de celui-ci.

La vie des femmes est soumise à la loi définie et appliquée par les hommes et il n'y a ni pardon ni clémence pour celles qui tentent de s'y soustraire. Mais qu'en est-il du côté des hommes ?

Ils suivent eux aussi leur destin, qui est de rencontrer des femmes qu'ils tentent de maîtriser, souvent aussi au prix de leur propre vie. Roméo meurt (mais Juliette doit le suivre), Don Juan est puni,

Mais qui tire les fils du destin, auquel Homère nous apprend que même les dieux ne peuvent échapper ? Les Parques, c'est-à-dire des femmes. Certes, elles sont vieilles, laides, ce qui signe qu'elles ne sont plus désirables ni désirantes, et donc, en dehors de la vie. Mais elles en tirent les ficelles, au sens propre, et ceci chez Homère comme chez Wagner où ce sont les Nornes, ces trois femmes qui représentent trois étapes de la vie d'une femme, [60] qui tissent le fil de l'histoire tout au long de la Tétralogie. Elles déroulent le fil du récit, le tricotent à mesure,
Homme et femme semblent, dans nos mythes, cohabiter sur cette terre pour accomplir leur destin, chacun le leur, côte à côte.

Car ce que nous apprennent aussi ces mythes, et ce qui est exposé de manière caricaturale à l'opéra, c'est que chacun suit sa voie/voix, que l'autre n'est là que pour donner la réplique et permettre à ce qui est écrit d'advenir.

Ceci nous enseigne aussi que mariage et amour ne font peut-être pas, c'est le cas de le dire ici, bon ménage : Le Code Civil, rappelons-le n'introduit aucunement les sentiments dans le contrat. Aristote, dans son « Ethique de Nicomaque [1] », présente le couple comme une association d'un homme et d'une femme pour tenir la maisonnée, sans aucune référence à un sentiment amoureux .

Et si c'était là une représentation plus vraie que nature des rapports humains en général, et homme/femme en particulier ?

On nous a objecté, au cours de ce travail, que l'opéra met en scène des mythes, et que la majeure partie des grandes œuvres a été écrite avant l'émancipation de la femme et l'émergence de droits pour les femmes.

Certes.

Tournons-nous alors vers les best seller modernes. De quoi est-il question dans Sex & the City, cette série qui met en scène des businesswomen libres, modernes, actives... ? De l'amour, de la difficulté à trouver un homme, et surtout de le garder.

Dans Desperate Housewives, à quoi ces personnages passent-ils leur temps, si ce n'est à ne pas se rencontrer, et à avoir besoin les uns des autres ?

Ces deux séries ont un franc succès, car parlent de ce que nous connaissons tous, l'amour qui fait rêver et l'impossible communication entre homme et femme.

Car ce couple fondé sur le seul amour, la seule attirance personnelle, ce couple idéal et idéalisé, n'existe que sur les scènes et encore il ne peut exister que le temps d'une représentation, le temps de mourir. Ces mises en scène nous apprennent aussi que la violence est consubstantielle à l'amour, que l'amour peut naître de la violence et la violence naît de l'amour.

6.2.3.5. Le couple violent

Dans ces conditions, décrites par les plus grands textes et si bien explicitées par Lacan, comment s'étonner de l'existence d'une violence inhérente même à l'existence du couple ? Et tous ces couples mythiques, ne sont-ils pas marqués du sceau de la violence la plus extrême, celle qui donne la mort ?

Car, au-dessus de ce vide qui sépare homme et femme, homme et femme tentent jeter des ponts. Ces ponts sont parfois robustes, parfois moins. Tout dépend de ce dont ils sont faits.

Ils peuvent être faits de contraintes et de nécessités sociales et culturelles fortes. Dans ces conditions, les protagonistes du couple sont réunis en fonction de critères sociaux, religieux, patrimoniaux... Peu importe les sentiments qu'ils ont l'un pour

l'autre a priori. Ils ont une mission à réaliser en commun, fonder une famille et la faire prospérer.

Les ponts peuvent aussi être construits par les intéressés, qui éprouvent une attirance l'un pour l'autre, et un trouble que l'on appelle l'amour. Mais ces attirances ne sont pas dues au hasard. Chacun cherche en l'autre quelque chose en plus ou en manque dont il croit avoir besoin et qu'il croit y avoir trouvé. Et là, il nous faut bien dire que ce qui opère, c'est l'inconscient.

Dans les deux cas de figure, s'il y a amour, il y a nécessairement haine, mais du non amour peut aussi naître la haine, et celle-ci réunit les individus de façon beaucoup plus robuste que tout autre sentiment réputé plus noble.

Il nous faut donc admettre que tout couple comporte, par essence, un certain niveau de violence potentielle. La question reste posée de savoir pourquoi, dans certains couples cette « violence des sentiments » n'empêche pas la vie, et pourquoi, dans d'autres, elle conduit à des comportements de destruction.

Il est probable que ce qui conduit à cette violence dévastatrice, relève de la rencontre entre une ou deux problématiques intra psychique et des événements de vie face auxquels la seule réaction possible pour certains est la violence.

La violence, dans ces conditions, est une manifestation de la nécessité pour l'un des protagonistes de réduire l'autre, de le contrôler, peut-être de le détruire pour (de manière inconsciente, bien sûr) qu'il ne le détruise lui-même.

Les individus violents sont souvent, de manière inconsciente, terrorisés par l'étrangeté de l'autre en tant qu'autre, en particulier si l'autre est une femme.

Tout se passe comme si lors de la rencontre, chacun croyait trouver en l'autre ce qui lui manque, de ce manque intime, qui fait notre incomplétude à tous. Cette incomplétude serait consubstantielle à l'homme comme à la nature de la femme. Lacan explique ainsi que c'est parce que chaque femme comporte cette incomplétude, mais de manière différente d'une femme à l'autre qu'un homme comme Don Juan collectionne les conquêtes. L'énumération des « mille et tre » femmes séduites par Don Juan, montrerait ainsi que chaque femme peut se distinguer, s'individualiser, puisqu'on peut les dénombrer. Mais en même temps, aucune ne peut combler le manque de Don Juan, et cette quête est nécessairement sans fin. Chez certains hommes, cette quête peut s'accompagner d'une angoisse telle que l'objet qui leur échappe devient persécutant, menaçant pour eux-mêmes, pour leur intégrité physique et psychique, pour leur sentiment d'être soi et en vie. Un système de défense va alors se mettre en place, avec des modalités d'expression qui dépendront de l'histoire affective et de la structure de personnalité de l'intéressé. Des comportements de contrôle, d'atteintes physiques et psychiques de toutes sortes peuvent faire partie de ce processus [50, 51] .

Quant à déterminer ce qui amène un homme à se construire de telle sorte que ses rapports avec les femmes se traduisent par de tels comportements. Seule une anamnésie psychodynamique fine, sur un temps de travail long (Claude Balier a suivi

en thérapie les patients dont il parle pendant plusieurs années) permettrait de répondre pour chaque homme et non pas pour tous.

Et du côté de la femme ?

Les mythes nous la montrent à la fois consciente de la nécessité d'être soumise, et tentant toutefois par amour de transgresser la loi, tout en se sachant condamnée, et en acceptant la sanction. On retrouve un peu de cette complexité dans les cas cliniques présentés plus haut :

Que fait Madame A, dont nous évoquons l'histoire plus haut ? Elle dissimule son mariage à ses parents en pleine connaissance de cause, elle a une aventure en toute connaissance de cause, et accepte la punition. Dans le cas particulier, elle va jusqu'à négocier, mais les termes mêmes de la négociation révèlent une soumission, un renoncement.

Madame B tente d'échapper à l'emprise paternelle, elle se soumet à un autre homme, et, paye toute sa vie durant.

Acceptation, soumission, renoncement, ces termes ne sont pas équivalents, tant s'en faut. Toutes les femmes ne vivent pas de la même façon, ne trouvent pas toutes les arrangements avec le destin qui leur est dévolu. Certaines, celles que nous rencontrons en consultation, paraissent subir ce destin, et en dépit de quelques tentatives de rébellion, d'avoir comme renoncé à quelque chose d'essentiel d'elles-mêmes. Accepter des rapports sexuels pour avoir la paix, accepter ce que demande l'autre sans envie de le lui donner, en sachant qu'il faudrait dire non, mais laisser aller, pour éviter une dispute ou des humiliations supplémentaires... qui auront lieu de toute façon.

Est-ce la relation d'emprise décrite par MF Hirigoyen [61], ou la répétition des violences qui les amènent à ce type de comportement ? Peut-être. En tout cas, cela y contribue, par la confirmation répétée quotidiennement de ce qu'elles savent ou croient savoir d'elles depuis toujours, à savoir qu'elles ne méritent pas mieux que leur sort.

Lorsqu'on leur demande comment elles ont rencontré cet homme dont elles se plaignent, et ce qui leur a plu en lui, la réponse la plus fréquente est celle de Madame C : « *il est brillant, spirituel, cultivé, sait plein de choses, sûr de lui...* ». On apprend parfois que cet homme était « le gendre idéal », pour la mère de la jeune femme : il était prévenant, offrant des fleurs à la futur belle-mère, et que c'est lui qui a accéléré les choses pour le mariage et ou se mettre en ménage : une première prise de contrôle ?

Dans des témoignages d'hommes recueillis par Welzer Lang [11], il apparaît clairement que très tôt dans la relation, à partir d'un premier renoncement à quelque chose, l'homme sait qu'il « *pourra tout se permettre* ».

Très troublante constatation, et, énorme pierre dans le jardin de ceux et celles qui font de la femme concernée par les violences conjugales, une victime sans aucune participation à ce qui se joue. Nous ne disons pas que cette participation, cette apparente complicité aux mauvais traitements se fait de gaieté de cœur. Simplement, cette femmes savent ce qu'elles font chaque fois qu'elles renoncent, et choisissent,

même si c'est un choix par la négative, de se soumettre, plutôt que d'affronter « autre chose », une autre situation, une autre vie, qui leur semble bien plus effrayante encore.

Qu'est-ce qui amène une femme à se laisser séduire par des apparences, un comportement d'exhibition sociale, et à renoncer à sa propre identité à la première occasion ?

« *Des siècles de domination machiste* », répondront certains. Pourquoi alors en France « *seulement 1 femme sur 10 est victime de violence conjugale* » ? Sodomasochisme, répondront d'autres (hypothèse envisagée par le Professeur Henrion). Il nous faut alors travailler cette question.

Freud nous apprend que le masochisme féminin est lié à la culpabilité [18]. Pas la culpabilité judiciaire, la culpabilité inconsciente bien sûr. Or qu'entendons-nous en consultation ?

Une jeune femme raconte que lorsqu'elle a commencé à parler à ses parents de ce qu'elle vivait avec son conjoint, ceux-ci lui auraient répondu : « *Il y a quelqu'un qui veut bien de toi, fais un effort* ». On apprend ensuite que cette jeune femme, par le passé a donné « *bien du souci à ses parents* » en vivant une adolescence houleuse au cours de laquelle elle aurait eu de mauvaises fréquentations, c'est-à-dire des jeunes gens qui ne convenaient pas à ses parents. Transgression, punition, culpabilité ?

Une autre nous dit « *j'étais pas encore casée à 25 ans, avec la tête que j'ai, je ne peux pas faire la difficile* » : que de renoncement !!!

Quelque chose, dans l'histoire de ces patientes, les amène à considérer qu'elles ne méritent pas une véritable existence, une place qu'elles occuperaient vraiment, pas seulement être la potiche faire valoir auprès d'un mari socialement brillant. Ceci nous renvoie directement au « sentiment général d'indignité » mentionné plus haut à propos de la culpabilité. Ce sentiment n'est pas toujours conscient, mais s'exprime dans les propos des patientes. Il contribue à les enfermer dans l'idée qu'elles « méritent » ce qui leur arrive, ne sont pas capables de faire mieux que ce qu'elles font, que leur conjoint leur fait des reproches justifiés...les propos diffamatoires et humiliants trouvent en elles un écho particulièrement fort. C'est en cela que nous nous autorisons à dire que ces humiliations, ces vexations, ne font que confirmer ce qu'elles savent d'elles mêmes, à savoir qu'elles ne sont pas dignes d'autre chose.

Cette recherche systématique d'un apaisement, quel qu'en soit le prix, ce renoncement à soi-même, nous conduisent à évoquer, en ce qui concerne les femmes que nous recevons, un mécanisme intrapsychique qui relève de la pulsion de mort.

Ne disent-elles pas, quand on leur propose de changer par exemple leur lieu de vie, de se cacher : « *de toute façon, il me retrouvera toujours* » ?

Les sentiments qui les habitent sont très mélangés, ils paraissent contradictoires, mais peut-être sont-ils les deux faces d'un même affect : fierté qu'un homme soit capable de tout pour la retrouver, certitude-acceptation que ce pourrait être pour la

tuer, sinon physiquement à court terme, en tout cas symboliquement et psychiquement à long terme par la reprise d'une vie commune laminante pour elles.

En tout cas, dans notre vie moderne, comme chez les héroïnes d'opéra ou de série B, les femmes payent leurs fautes, et la payent cher. Ces fautes peuvent être tout à fait mineures et symboliques, elles peuvent parfois passer tout à fait inaperçues aux yeux du commun des mortels du fait qu'elles représentent une transgression par rapport aux lois internes à la famille (exemple d'une jeune femme qui avait été à l'origine d'un divorce dans une famille où l'on ne divorce pas), mais elles entraînent une culpabilité dont sont porteuses toutes les femmes, et qui, dans des circonstances relationnelles et environnementales, qui ne sont pas si bien connues que ça, peuvent conduire à des comportements d'acceptation ou de tolérance apparente de violences, qui peuvent être qualifiées soit de victimation soit de masochisme selon le point de vue duquel on se place.

6.3. Comment, en tant que médecin, aborder la violence conjugale ?

Cette digression nous permet maintenant d'éclaircir quelques questions que nous avons posées au début de ce travail :

La violence conjugale, à la lumière de ce que nous venons de dire, n'est pas un épiphénomène qui surviendrait au sein de n'importe quel couple. La violence conjugale est un processus qui anime le couple, et nous irions jusqu'à dire qu'elle le fonde. Dès lors que ce qui conduit à la violence conjugale relève de processus intrapsychiques non conscients, il est difficile et disons même impossible de parler de la violence conjugale autrement que par périphrases et par contours. Le discours actuel qu'est le discours médical ne peut pas aborder cet aspect de dynamique intrapsychique, et ne peut aborder le phénomène de la violence conjugale que par ses aspects médicaux, c'est-à-dire en terme de facteurs de risque et de conséquence physique ou psychique.

Car la violence conjugale se vit au sein du couple, et naît de ce qui noue le couple. La violence conjugale en tant que telle ne se voit pas. Elle est vécue, subie, est source de souffrance, mais ce qui fait son essence ne se voit pas.

Si la violence, même lorsqu'elle est exhibée, ne se voit pas, le discours médical peut-il l'appréhender ?

Le discours médical est interpellé de toute façon par les personnes concernées par la violence conjugale, que ce soit pour en faire constater ou en traiter les conséquences, et de plus en plus, des thérapies pour homme auteur de violence conjugale sont mises en place.

Nous l'avons vu, le discours médical est essentiellement factuel, et ce qui ne se voit pas lui échappe nécessairement.

Reprenons nos résultats. Quelles sont les spécialités les plus représentées dans les publications que nous avons recueillies ?

Tout d'abord la Santé Publique. A la lumière de la réflexion précédente, cette prééminence de la santé publique dans les publications étudiées nous interpelle. Dès lors que nous considérons que la violence conjugale est un processus intime, intrapsychique qui ne peut se voir, on peut se poser la question de la légitimité et de la pertinence d'une spécialité tournée vers l'étude macroscopique des phénomènes sanitaires à l'appréhender. Mais de quoi est-il question ?

Tout d'abord, des facteurs de risque. Leur étude montre que, si la pauvreté et la détresse sociales facilitent l'émergence de la violence conjugale, celle-ci existe partout, mais serait plus dissimulée lorsque le niveau de vie augmente. L'intérêt de tels travaux est de démontrer que la violence conjugale n'est pas un phénomène dépendant de facteurs socio-économiques, ce qui permet de briser l'idée que la violence conjugale ne concerne que les personnes pauvres et alcooliques, et d'accréditer que la cause en est ailleurs que dans les phénomènes sociaux.

Ensuite, il est question des conséquences sanitaires. La Santé Publique fait donc sortir la violence conjugale de l'intimité du foyer, contribue à justifier un regard social, juridique ou médical sur ce processus. La violence conjugale, quelle qu'en soit la définition, a des conséquences importantes pour la santé des femmes. Ces conséquences concernent aussi les enfants : non seulement ceux que les femmes mettent au monde mais aussi ceux, plus âgés, qui vivent dans un milieu qui n'est pas favorable à leur épanouissement. La violence conjugale, par cette approche de la santé Publique, devient un phénomène qui concerne l'ensemble de la collectivité et non plus seulement la sphère privée. A noter toutefois que la violence conjugale concerne, nous l'avons vu, le couple et pas seulement les femmes. Des études sur les pathologies présentées par les hommes également impliqués dans une relation violente, s'avéreraient tout à fait instructives. Nous faisons le pari que, eux aussi, souffrent de pathologies dites « *liées au stress* ».

La deuxième spécialité la plus représentée est la gynécologie et l'obstétrique.

La gynécologie et l'obstétrique sont particulièrement bien placées pour constater les conséquences, notamment obstétricales des violences conjugales, les obstétriciens publient largement à ce sujet. Ces travaux, eux aussi, contribuent à légitimer un regard de la collectivité sur les couples concernés. Ces travaux ont ceci de remarquable, qu'ils semblent indiquer que le stress lié aux violences conjugales, engendre des conséquences particulières, identifiables parmi d'autres causes de stress de la femme, notamment chez la femme enceinte. Or, cela ne semble pas être le cas, les travaux faisant le lien entre une situation révélée et des complications. Il n'y a donc pas de réciprocity, à savoir que aucune pathologie n'est pathognomonique de la violence conjugale. D'autre part, ces travaux décrivent des complications obstétricales dues à la violence conjugale, ils n'en évoquent pas le traitement : on ne sait pas si ces femmes bénéficient d'une prise en charge spécifique du fait de l'origine de leur problèmes obstétricaux.

La psychiatrie

Si l'on suit l'argumentation que nous avons développée plus haut, la littérature psychiatrique devrait être particulièrement abondante en ce qui concerne la violence conjugale. Il n'en est rien. Les travaux psychiatriques étudiés ici établissent des liens statistiques entre antécédents de violences subies dans l'enfance et violence conjugale d'une part, et violence conjugale et pathologie psycho-traumatique d'autre part.

Or, il serait plus qu'utile d'affiner ces liens, au moyen d'études cliniques psychopathologiques suffisamment détaillées. Il faut dépasser, pour expliquer ces liens statistiques, les notions mal utilisées d'identification à l'agresseur ou de syndrome de répétition.

L'identification à l'agresseur a été décrite par Anna Freud . ce mécanisme est défini ainsi : [57] : « *le sujet, confronté à un danger extérieur, s'identifie à son agresseur, soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le désignent* »

Chez Ferenczi [62] , le résultat sur l'enfant objet d'abus sexuel de la part d'un adulte est une soumission totale à la volonté de l'agresseur.

Dans tous les cas, ce mécanisme est inconscient, et peut se manifester sous des formes extrêmement variées. Il serait un peu simpliste d'affirmer que « qui a été battu sera de nouveau battu (par son mari) ou battra (ses enfants) » . S'il est intuitivement pertinent de penser qu'un enfant maltraité sera plus vulnérable que d'autres à de mauvaises rencontres et à des relations pathologiques, ce lien de cause à effet ne peut suffire à expliquer la plupart des situations de violence conjugale.

Quant à la notion de répétition, elle est suffisamment complexe et débattue pour qu'on ne puisse admettre qu'elle soit résumée à l'idée que la personne « reproduit ce qu'elle a vécu ».

Il s'agit donc, du côté des victimes, de réaliser et de diffuser non pas des études statistiques qui se répètent, mais des études de cas cliniques qui permettent de mettre à jour ce qui, chez une jeune femme ayant tous les éléments pour réussir sa vie, l'amène à accepter l'inacceptable. A partir de là, des modalités d'aide ou de thérapie pourront être discutées.

Du côté de l'homme violent, cette question a été abordée, par C Balier, nous y avons fait allusion au cours de ce travail.

CONCLUSION

LA VIOLENCE CONJUGALE EST-ELLE UN OBJET MEDICAL ?

La violence conjugale telle que abordée ici ne peut pas être saisie par le discours médical.

Peut-on avancer que, pour autant, elle n'intéresse pas le médecin ?

La question préliminaire à cette réponse est : qu'est-ce qu'un médecin ?

C'est donc à une définition de la profession médicale que nous sommes conviés ici.

Le médecin est un professionnel qui a acquis suffisamment de connaissances sur le fonctionnement du corps humain, pour déceler, à travers la plainte du patient, la cause de cette plainte, et si possible de remédier à son mal. C'est donc tout un travail de lecture de signes auquel se livre le médecin dans l'exercice de son métier.

Pour ceci, le médecin pose des questions aux patients. Ces questions ont pour but de construire une symptomatologie, c'est-à-dire un ensemble de signes qui permettent de faire un diagnostic.

La description de ces signes doit répondre à certains impératifs. Il y a donc un changement de niveau de registre, entre la plainte du patient qui est du registre émotionnel et affectif, et la lecture que va en faire le médecin, qui va transformer cette plainte en signes ayant une topographie, une typologie, un rythme...

Le médecin ensuite, organise, hiérarchise, s'enquiert de signes associés et de facteurs de risque, et propose une hypothèse diagnostique. Il tentera de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, le cas échéant avec des examens complémentaires qui recueilleront eux-mêmes d'autres signes. Ensuite, il sera à même de proposer un traitement, qui peut être curatif, palliatif, à court ou long terme, médical, chirurgical, physiothérapique...

Ce descriptif très technique de l'acte médical, ne donne pas une idée de l'ambition de la mission du médecin. Le médecin, dans la tradition hippocratique, a pour ambition de soulager la souffrance, et de préserver la vie. Il nous faut alors nous demander ce qu'est le soin. Il est intéressant de remarquer, que, dans les dossiers hospitaliers, il y a un dossier de soins infirmiers, tandis que le médecin prescrit des traitements. On pourrait donc penser que le médecin traite mais ne soigne pas. On parle aussi de « *prise en charge* », expression généralement employée par les ouvrages qui traitent précisément de victimologie.

Actuellement, on considère que le soin ne s'arrête pas à la guérison du symptôme ou de la maladie somatique, et qu'il comprend aussi tous les aspects de la maladie : psychologiques, sociaux, professionnels, esthétiques...

Toutefois, la pratique médicale reste tournée vers le traitement de la maladie.

On parle de prise en charge globale de personne. Cette notion est rarement bien définie, et, le plus souvent, elle consiste à intégrer dans un service médical, un psychologue et un travailleur social pour les aspects non médicaux. Toutefois, dans cette configuration, chaque acteur effectue un travail partiel, et cela conduit davantage à un morcellement du patient qu'à une prise en charge plus globale. Il faut bien admettre que dans notre système médical, la notion de personne est bien difficile à intégrer. Ceci tient à notre conception de l'individu, et cela depuis fort longtemps. La séparation de l'âme et du corps a été prêchée par l'Eglise catholique, au moins, depuis le Moyen Age. Pour les philosophes et l'approche médico-scientifique, l'esprit et le corps restent indépendants l'un de l'autre.

Dans l'histoire de notre médecine moderne, le paradigme anatomo-clinique, qui attribue à chaque symptôme une lésion, a, certes, permis des progrès formidables dans la compréhension et le traitement de nombreuses maladies. Mais son association à la dissociation du corps et de l'esprit, dissociation qu'il contribue d'ailleurs à renforcer, empêche une compréhension globale de la personne que nous rencontrons dans notre cabinet.

Ceci est aggravé par le fait que la pratique médicale moderne s'est construite non seulement sur ces deux paradigmes, mais aussi sur une conception de l'hôpital public, dont le moins qu'on puisse dire est, qu'elle n'est pas fondée sur le respect de la personne. Les patients étaient en effet initialement soignés gratuitement, mais acceptaient implicitement de servir de cobaye pour les bourgeois qui finançaient l'hôpital [63].

Réifié, morcelé, le patient en demande de soins est ainsi objet d'étude, moyen d'apprentissage du métier. Ceux qui regrettent la médecine prétendue plus humaine du temps jadis, feraient bien de lire quelques ouvrages d'histoire de la médecine.

Que nous disent les médecins, de nos jours ?

Ils parlent du corps qui porte des marques, de la crainte de l'intrusion dans la vie privée, de la crainte des manipulations, et ils se sentent dépassés par certaines situations. Il y a un grand décalage entre le discours social volontariste des médecins généralistes, et la réalité de leur pratique. Pourtant, les médecins tentent d'appréhender plus globalement leurs patients. Mais les patients, qu'en disent-ils ?

Dans un ouvrage intitulé « *Un cancer pour la vie* » [64], basé sur des entretiens avec des groupes de patients atteints d'un cancer, la question se pose de savoir si le médecin doit ou non savoir si une femme est victime de violence conjugale, et si cela doit apparaître dans le dossier du médecin. Les patients eux-mêmes sont partagés, certains considèrent que cela relève de la vie privée, d'autres, que cette information peut permettre au médecin de mieux aider la patiente. On voit que, au-delà des difficultés du médecin à appréhender le problème, les patients eux-mêmes sont partagés sur le rôle que le médecin peut jouer en cette matière.

Le discours médical, structuré tel qu'il est, avec son histoire, sa scientificité, ne peut pas appréhender quelque chose d'aussi affectif et impalpable que la violence conjugale. Pour autant, la violence conjugale a des causes et des conséquences. Parmi ces causes, comme parmi ces conséquences, celles-ci peuvent être

appréhendées par le discours médical. Il en est ainsi de certains syndromes dépressifs, de certains troubles psychiques, et bien sûr des blessures somatiques. Toutefois, la prévention de certaines structures psychologiques, des difficultés d'identité et de construction de soi, n'appartient pas en tant que telle au corpus médico-scientifique actuel. Il n'en demeure pas moins que le médecin doit s'intéresser aux femmes et aux hommes impliqués dans une relation conjugale violente. Ceci, parce que cette relation est associée à une souffrance qu'il peut entendre, pour peu qu'il sache écouter. Parce que la violence conjugale a des conséquences sanitaires que le médecin ne peut ignorer. Parce que du médecin, quoi qu'on en dise, et malgré les revendications d'associations d'usagers et les commentaires que l'on peut lire çà et là concernant la loi du 4 mars 2002, on attend toujours un peu de compassion, d'empathie, de sympathie.

Mais aussi parce que la violence conjugale reste une atteinte aux personnes, et que à ce titre, en tant que citoyen, le médecin ne peut pas ne pas se sentir concerné.

Mais que peut faire le médecin ?

Tout d'abord savoir que la violence conjugale existe, est un mécanisme complexe, et ne répond pas à une logique rationnelle. Ceci est d'une grande difficulté, pour des professionnels dont tout le cursus est fondé sur une logique entre une cause, un effet et ses conséquences. Accepter cette complexité et cette irrationalité est indispensable, pour ne pas rejeter les patients impliqués, pour mieux supporter les revirements de situation, et peut-être aussi pour ne pas s'épuiser à vouloir à tout prix résoudre un problème qui le dépasse. Cela peut permettre aussi de nuancer une action, et de relativiser les injonctions, à déculpabiliser et à porter plainte. Le dépôt de plainte n'est pas une formalité, c'est une démarche lourde de conséquences, qui exige une préparation, réflexion et mise en place de moyens de protection de la femme.

L'option judiciaire actuellement recommandée par tous les bons manuels, pourrait être repensée. Elle ne peut être une bonne solution que si elle est construite avec la patiente : que peut-elle en attendre ? Quelles peuvent être les conséquences ? Il importe aussi que le médecin sache se situer dans cette action. Cette action est-elle un accompagnement de la patiente (comme on l'adresserait à un confrère ?) ou est-ce un rejet de la patiente hors du champ de la médecine, donc hors de l'intérêt que le médecin peut porter aux patients. Le médecin ne peut pas soigner la violence conjugale, il ne peut pas non plus la prendre en charge, mais il peut surtout s'intéresser aux personnes qui la vivent, dans un mouvement de sollicitude, au sens premier du terme .

BIBLIOGRAPHIE

Renvois bibliographiques

1. ARISTOTE, *Ethique de Nicomaque*. 1992, Paris: GF Flammarion. 316p.
2. Bessette, J., *Crimes et cultures*. 1999: L'Harmattan, "Logiques sociales". 310p.
3. Vigarello, G., *Histoire du viol*. 1998, Paris: Editions du Seuil, Points Histoire. 364p.
4. Derobert, L., *Traité de médecine légale*. 1974, Paris: Flammarion.
5. François-Purssell, I. and G. Moutel, *Evaluation des souffrances et douleurs liées à la violence conjugale: des outils médico-légaux inadaptés?* Le Courrier de l'Ethique Médicale, 2005. **5**: p. 22-23.
6. Girard, R., *La violence et le sacré*. 2 ed. 1998, Paris: Hachette Littérature, coll. Pluriel. 486p.
7. HENRION, R., *Les femmes victimes de violences conjugales/le rôle des professionnels de santé*. Rapport au Ministre chargé de la Santé, 2001.
8. Héritier, F., *De la violence*. Vol. 1. 2005, Paris: Odile Jacob. 396p.
9. *Enquête sur la Violence Envers les Femmes en France*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat aux droits des femmes et à la formation professionnelle, 2000.
10. Badinter, E., *Fausse route*. 2003, Paris: Odile Jacob. 188p.
11. Welzer-Lang, D., *Les hommes violents*. 1996, Paris: Petite Bibliothèque Payot.
12. FRANCOIS-PURSELL, I., *Evaluation des pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes subissant des violences conjugales*, in *DEA d'éthique médicale et biologique, Paris 5*. 2001.
13. Abdel Fattah, E., *Le rôle de la victime dans le passage à l'acte*. Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1973. **26**(2): p. 179-188.
14. Ellenberger, H., *Relations psychologiques entre le criminel et la victime*. Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1954. **28**(1): p. 103-121.
15. Mendelsohn, B., *La victimologie*. Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1956(2): p. 95-109.
16. Gautier, B. and H. Margeat, *La sinistrose*. Bull. Med. Leg et Toxicol., 1972. **15**(1): p. 19-23.

17. Freud, S., *Au delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*. 1973, Petite Bibliothèque Payot. p. 7-81.
18. Freud, S., *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, Psychose et Perversion*, PUF. p. 287-298.
19. Jones III, R., *Domestic violence: let our voices be heard*. *Obstetrics and gynecology*, 1993. **81**(1): p. 1-4.
20. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé). *Guide de surveillance de la grossesse*, 1996.
21. Zinck, T., *Issues to consider when screening for partner violence in front of children*. *Journal of Family Practice*, 2000. **49**: p. 130-6.
22. Elliot, B., *Screening for family violence: overcoming the barriers*. *Journal of Family Practice*, 2000. **49**: p. 137-8.
23. Freund, K., M. Sharon, and L. Blackhall, *Identifying violence in primary care practice*. *Journal of General Internal Medicine*, 1997. **11**(1): p. 44-6.
24. Mc Farlane, J., et al., *Assessing for abuse during pregnancy*. *JAMA*, 1992. **267**: p. 3176-3178.
25. Norton, L., et al., *Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods*. *Obstetrics and gynecology*, 1995. **85**(3): p. 321-325.
26. Campbell, J. and L. Lewandowski, *mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children*. *The psychiatric clinics of North America*, 1997. **20**(2): p. 353-374.
27. Gabreau, M., *Expérience de repérage systématique de la violence intra familiale chez la femme enceinte*. Thèse pour le titre de Docteur en médecine, Paris VI, 2001.
28. INSEE, *Direction régionale: recensement de la population*. 1994.
29. McCosker, H., A. Barnard, and R. Gerber, *Phenomenographic study of women's experiences of domestic violence during the childbearing years*. *Online J Issues Nurs*, 2004. **9**(1): p. 12.
30. Bennett, L., et al., *Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: a statewide evaluation*. *J Interpers Violence*, 2004. **19**(7): p. 815-29.
31. Bosch, K. and W.R. Schumm, *Accessibility to resources: helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse*. *J Sex Marital Ther*, 2004. **30**(5): p. 357-70.
32. Gorde, M.W., C.A. Helfrich, and M.L. Finlayson, *Trauma symptoms and life skill needs of domestic violence victims*. *J Interpers Violence*, 2004. **19**(6): p. 691-708.

33. Larance, L.Y. and M.L. Porter, *Observations from practice: support group membership as a process of social capital formation among female survivors of domestic violence*. J Interpers Violence, 2004. **19**(6): p. 676-90.
34. Levendosky, A.A., et al., *The social networks of women experiencing domestic violence*. Am J Community Psychol, 2004. **34**(1-2): p. 95-109.
35. McFarlane, J., et al., *Increasing the safety-promoting behaviors of abused women*. Am J Nurs, 2004. **104**(3): p. 40-50; quiz 50-1.
36. McFarlane, J., et al., *Protection orders and intimate partner violence: an 18-month study of 150 black, Hispanic, and white women*. Am J Public Health, 2004. **94**(4): p. 613-8.
37. Taylor, J.Y., *Moving from surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse*. Res Theory Nurs Pract, 2004. **18**(1): p. 35-50.
38. Zeman, L.D., *Domestic violence: a review for case managers of regulations, women's center services, and referral questions*. Care Manag J, 2004. **5**(1): p. 13-8.
39. Zweig, J.M. and M.R. Burt, *Impacts of agency coordination on nonprofit domestic violence and sexual assault programs in communities with STOP formula grant funding*. Violence Vict, 2004. **19**(5): p. 613-24.
40. Babcock, J.C., C.E. Green, and C. Robie, *Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment*. Clin Psychol Rev, 2004. **23**(8): p. 1023-53.
41. Bowen, E. and E. Gilchrist, *Comprehensive evaluation: a holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes*. Int J Offender Ther Comp Criminol, 2004. **48**(2): p. 215-34.
42. Cerulli, C., K.R. Conner, and R. Weisman, *Bridging healthcare, police, and court responses to intimate partner violence perpetrated by individuals with severe and persistent mental illness*. Psychiatr Q, 2004. **75**(2): p. 139-50.
43. Kanuha, V.K. and M.L. Ross, *The use of temporary restraining orders (TROs) as a strategy to address intimate partner violence*. Violence Vict, 2004. **19**(3): p. 343-56.
44. O'Farrell, T.J., et al., *Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence*. J Consult Clin Psychol, 2004. **72**(2): p. 202-17.
45. Taft, C.T., et al., *Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men*. J Consult Clin Psychol, 2004. **72**(2): p. 349-54.

46. Khawaja, M. and M. Tewtel-Salem, *Agreement between husband and wife reports of domestic violence: evidence from poor refugee communities in Lebanon*. Int J Epidemiol, 2004. **33**(3): p. 526-33.
47. Taft, A., D.H. Broom, and D. Legge, *General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study*. Bmj, 2004. **328**(7440): p. 618.
48. Buchbinder, E. and Z. Eisikovits, *Between normality and deviance: the breakdown of batterers' identity following police intervention*. J Interpers Violence, 2004. **19**(4): p. 443-67.
49. Ramsay, J., et al., *Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review*. Bmj, 2002. **325**(7359): p. 314.
50. Balier, C., *Psychanalyse des comportements violents*. 1998: PUF, le fil rouge. 287p.
51. Balier, C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. 1998, Paris: PUF, Le fil rouge. 253p.
52. SHAKESPEARE, W., *La mégère apprivoisée*. 1993, Paris: GF Flammarion. 224p.
53. Chatilliez, E., *Le bonheur est dans le pré*. 1995.
54. Lacan, J., *Encore*. Points essais. 1975, Paris: Editions du Seuil. 186p.
55. *Le Petit Robert, Dictionnaire de la langue française*. 1989.
56. Clavereul, J., *L'ordre médical*. 1978, Paris: Editions du Seuil. 283p.
57. Laplanche, J. and J. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*. 1988, Paris: PUF. 523p.
58. Girard, R., *Le bouc émissaire*. 2° ed. 1986, Paris: Livre de poche, Biblio essais. 310p.
59. *La Bible. Traduction oecuménique*. Vol. 1. 1979: Le Livre de poche. 1022p.
60. Clement, C., *L'opéra ou la défaite des femmes*. 1979: Figures, Grasset, Paris. 358p.
61. Hirigoyen, M., *Le harcèlement moral; La violence perverse au quotidien*. 1998: p. 211p.
62. Ferenczi, S., *Confusion de langue entre les adultes et les enfants*, in *Psychanalyse 4 ed 1982*, Payot: Paris. p. 125-135.
63. Foucault, M., *Naissance de la clinique*. 7°ed ed. 1963, Paris: PUF, "Quadrige". 214p.
64. Bataille, P., *Un cancer et la vie*. 2003, PARIS: Editions Balland. 359p.

Textes utilisés à propos des troubles post-traumatiques :

1. Abdel Fattah, E., La victimologie: quelle est-elle? Quel est son avenir? Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1967. 21(2): p. 113-121.
2. Abdel Fattah, E., La victimologie; qu'est-elle? quel est son avenir? (suite et fin). Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1967. 21(3): p. 193-201.
3. Abdel Fattah, E., Le rôle de la victime dans le passage à l'acte. Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1973. 26(2): p. 179-188.
4. Costedoat, Les névroses post-traumatiques. Annales de médecine légale, 1935. 15: p. 495-536.
5. Crocq, L., Evènement et personnalité dans les névroses traumatiques de guerre, in Evènement et psychopathologie. 1985, Simep: Lyon. p. 111-120.
6. Crocq, L. Les névroses traumatiques doivent être reconnues et indemnisées. in Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. 1985. Besançon: Masson.
7. Crocq, L., Les victimes psychiques. Victimologie, 1991. 1(1): p. 25-33.
8. Daligand, L., La thérapie des victimes au risque de la violence. Les cahiers de l'Actif. 249/249: p. 77-84.
9. Desjours, C., et al., Syndromes psychopathologiques consécutifs aux accidents du travail. Incidence sur la reprise du travail. Le travail humain, 1986. 49(n°2): p. 103-116.
10. Ellenberger, H., Relations psychologiques entre le criminel et la victime. Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1954. 28(1): p. 103-121.
11. Gautier, B. and H. Margeat, La sinistrose. Bull. Med. Leg et Toxicol., 1972. 15(1): p. 19-23.
12. Jallade, S. and M. Marie-Cardine, Les névroses post-traumatiques. Cahiers médicaux lyonnais, 1968. 44(12): p. 1211-1232.
13. Marin, A., Problèmes médico-légaux posés par les traumatismes crâniens. Cahiers médicaux lyonnais, 1962. 38(4): p. 339-345.
14. Mendelsohn, B., La victimologie. Revue Internationale de Criminologie et de Police technique, 1956(2): p. 95-109.

15. Mendelsohn, B., La victimologie et les besoins de la société actuelle. *Revue Internationale de Criminologie et de Police technique*, 1973. 26(3): p. 267-76.
16. Sizaret, P., Les névroses secondaires après arrêt de travail. *Rev. Med. tours*, 1966. 7(65): p. 309-318.
17. Sutter, J., Névrose post-traumatique et sinistrose. *Gaz.Med.de France*, 1982. 89(14): p. 1549-1552.
18. Vaiva, G., et al., *Psychotraumatismes: prise en charge et traitements*. 2005, Paris: Masson. 207p.
19. Vedrinne, J. and L. Daligand, L'évaluation des troubles psychiques post traumatiques. *Les cahiers de l'expertise judiciaire*, 1992. 4(3): p. 55-65.

Opéras cités

1. Bizet, G., et al., *Carmen*. 1875.
2. Dvorak, A. and S. Kvapil, *Rusalka*. 1901.
3. Gounod, C., Barbier, and Carré, *Faust*. 1859.
4. Gounod, C. and W. Shakespeare, *Romeo et Juliette*. 1867.
5. Mozart, W. and L. Da Ponte, *Don Giovanni*. 1787.
6. Puccini, G., Giacosa, and Illica, *La Bohème*. 1896.
7. Puccini, G., Giacosa, and Sardou, *Tosca*. 1900.
8. Strauss, R. and H. Hofmannsthal, *Rosenkavalier*. 1911.
9. Verdi, G., A. Boito, and W. Shakespeare, *Otello*. 1887.
10. Verdi, G., F. Piave, and A. Dumas, *La Traviata*. 1853.
11. Wagner, R., *Der Ring des Nibelungen*. 1876.

Ouvrages étudiés au chapitre 2

1. Histoire du viol, Georges Vigarello, Seuil, Paris, 1998
2. Histoire de la criminologie française, Laurent Muchielli (dir), L'Harmattan, Histoire des Sciences Humaines, 2001
3. La médecine du crime, Marc Renneville, Le Septentrion, 2002
4. Une série d'articles intitulés : Histoire de la Médecine Légale, Léon Dérobert, dans la revue Zacchia, ,1973 (9)1 :1-38 ; 1973 (9)2 :161-192, 1973 (9)3 :341-382 ; 1973 (9)4 : 533-547
5. Un chapitre du Traité de Médecine Légale de Orfila : Les agressions sexuelles, Paris, 1836, t1 : p 1-43 et 144-189
6. Etude médico légale sur les attentats aux moeurs , Jean Tardieu, 1879, Baillièrre et fils ed, Paris.

Ouvrages étudiés au chapitre 3

1. Traité de Médecine Légale, Léon Dérobert, Flammarion 1974
2. Médecine Légale clinique : Médecine et violences, Michel Durigon, Michel Debout, Ellipse 1994
3. Principes de médecine légale, Campana, ed Arnette, 2003.
4. Encyclopedia of Forensic Science :J.Siegel, PJ Sauko, GC Knupfer, Academic Press, 2006
5. Criminologie et Psychiatrie, T Alberne, Ellipses, 1997.
6. Précis de Victimologie Générale, J Audet, JF Katz, Dunod ed, 1999.
7. Dictionnaire des Sciences Criminelles, Dalloz, 1994.
8. Médecine légale, L Roche, JP Do, L Daligand, Masson, 1982
9. Médecine de la violence, Prise en charge des victimes et des agresseurs, E Baccino, Masson, 2006.
10. Traité de médecine interne, P Godeau, S Herson, JC Piette, 4° éd, Flammarion, 2004.
11. Dictionnaire de la sexualité humaine, Ph Brenot, L'esprit du temps, 2004.
12. Traité de Santé Publique, F Bourdillon, G Brucker, D Tabuteau, Flammarion médecine-sciences, 2004.

ANNEXES

- Liste des références retenues pour l'étude de la littérature internationale.
- Tableau et graphiques des résultats de l'étude des publications internationales.
- Questions posées aux médecins dans le cadre de l'étude d'évaluation des pratiques.
- Questionnaire soumis aux partenaires impliqués dans l'aide aux femmes victimes de violences intra familiales.

Liste des références retenues pour l'étude de la littérature internationale

1. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*, 2004. 140(5): p. 382-6.
2. Abrahams, N., et al., Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. *Bull World Health Organ*, 2004. 82(5): p. 330-7.
3. Amoakohene, M.I., Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Soc Sci Med*, 2004. 59(11): p. 2373-85.
4. Babcock, J.C., et al., What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the Proximal Antecedents to Violent Episodes (PAVE) scale. *J Fam Psychol*, 2004. 18(3): p. 433-42.
5. Babcock, J.C., C.E. Green, and C. Robie, Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev*, 2004. 23(8): p. 1023-53.
6. Babcock, J.C., et al., A second failure to replicate the Gottman et al. (1995) typology of men who abuse intimate partners and possible reasons why. *J Fam Psychol*, 2004. 18(2): p. 396-400.
7. Bacchus, L., G. Mezey, and S. Bewley, Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2004. 113(1): p. 6-11.
8. Bacchus, L., et al., Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *Bjog*, 2004. 111(5): p. 441-5.
9. Bangdiwala, S.I., et al., Intimate partner violence and the role of socioeconomic indicators in WorldSAFE communities in Chile, Egypt, India and the Philippines. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 101-9.

10. Basile, K.C., et al., The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress*, 2004. 17(5): p. 413-21.
11. Bates, L.M., et al., Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. *Int Fam Plan Perspect*, 2004. 30(4): p. 190-9.
12. Belfrage, H. and M. Rying, Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Crim Behav Ment Health*, 2004. 14(2): p. 121-33.
13. Bennett, L., et al., Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence: a statewide evaluation. *J Interpers Violence*, 2004. 19(7): p. 815-29.
14. Bent-Goodley, T.B., Perceptions of domestic violence: a dialogue with African American women. *Health Soc Work*, 2004. 29(4): p. 307-16.
15. Bohn, D.K., J.G. Tebben, and J.C. Campbell, Influences of income, education, age, and ethnicity on physical abuse before and during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(5): p. 561-71.
16. Bond, S.B. and M. Bond, Attachment styles and violence within couples. *J Nerv Ment Dis*, 2004. 192(12): p. 857-63.
17. Booher, T.N., J.E. Lane, and L.S. Davis, Domestic violence in the outpatient setting. *J Am Acad Dermatol*, 2004. 50(2): p. 262-5.
18. Bosch, K. and W.R. Schumm, Accessibility to resources: helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse. *J Sex Marital Ther*, 2004. 30(5): p. 357-70.

19. Bowen, E. and E. Gilchrist, Comprehensive evaluation: a holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 2004. 48(2): p. 215-34.
20. Boy, A. and H.M. Salihu, Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *Int J Fertil Womens Med*, 2004. 49(4): p. 159-64.
21. Breitman, N., T.K. Shackelford, and C.R. Block, Couple age discrepancy and risk of intimate partner homicide. *Violence Vict*, 2004. 19(3): p. 321-42.
22. Brownridge, D.A., Male partner violence against women in stepfamilies: an analysis of risk and explanations in the Canadian milieu. *Violence Vict*, 2004. 19(1): p. 17-36.
23. Bryant-Davis, T., Rape is. a media review for sexual assault psychoeducation. *Trauma Violence Abuse*, 2004. 5(2): p. 194-5.
24. Brzank, P., H. Hellbernd, and U. Maschewsky-Schneider, [Domestic violence against women: health consequences and need for care--results of a survey among first-aid-patients in the framework of the S.I.G.N.A.L.- accompanying research]. *Gesundheitswesen*, 2004. 66(3): p. 164-9.
25. Buchbinder, E. and Z. Eisikovits, Between normality and deviance: the breakdown of batterers' identity following police intervention. *J Interpers Violence*, 2004. 19(4): p. 443-67.
26. Burke, J.G., et al., Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model. *Am J Health Behav*, 2004. 28(2): p. 122-33.
27. Castro, R. and A. Ruiz, [Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico]. *Rev Saude Publica*, 2004. 38(1): p. 62-70.
28. Cerulli, C., K.R. Conner, and R. Weisman, Bridging healthcare, police, and court responses to intimate partner violence perpetrated by individuals with severe and persistent mental illness. *Psychiatr Q*, 2004. 75(2): p. 139-50.

29. Chan, K.L., Correlates of wife assault in Hong Kong Chinese families. *Violence Vict*, 2004. 19(2): p. 189-201.
30. Choi, M. and J. Harwood, A hypothesized model of Korean women's responses to abuse. *J Transcult Nurs*, 2004. 15(3): p. 207-16.
31. Cohn, F. and W.J. Rudman, Fixing broken bones and broken homes: domestic violence as a patient safety issue. *Jt Comm J Qual Saf*, 2004. 30(11): p. 636-46.
32. Coker, A.L., Primary prevention of intimate partner violence for women's health: a response to Plichta. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1324-34.
33. Coker, A.L., et al., Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. *Public Health Rep*, 2004. 119(6): p. 557-67.
34. Coker, A.L., M. Sanderson, and B. Dong, Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2004. 18(4): p. 260-9.
35. Coohy, C., Battered mothers who physically abuse their children. *J Interpers Violence*, 2004. 19(8): p. 943-52.
36. Coombes, R., Domestic violence. Making a fist of it. *Health Serv J*, 2004. 114(5910): p. 32-3.
37. Coulthard, L., Visible violence in Kiki Smith's *Life wants to live*. *J Med Humanit*, 2004. 25(1): p. 21-32.
38. Coulthard, P., et al., Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004(2): p. CD004486.
39. Cox, J., et al., Domestic violence. Incidence and prevalence in a northern emergency department. *Can Fam Physician*, 2004. 50: p. 90-7.

40. Crandall, M.L., et al., Predicting future injury among women in abusive relationships. *J Trauma*, 2004. 56(4): p. 906-12; discussion 912.
41. Danley, D., et al., Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence: the impact of a brief tutorial. *J Am Dent Assoc*, 2004. 135(1): p. 67-73.
42. Datner, E.M., et al., Universal screening for interpersonal violence: inability to prove universal screening improves provision of services. *Eur J Emerg Med*, 2004. 11(1): p. 35-8.
43. Delsol, C. and G. Margolin, The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration. *Clin Psychol Rev*, 2004. 24(1): p. 99-122.
44. Director, T.D. and J.A. Linden, Domestic violence: an approach to identification and intervention. *Emerg Med Clin North Am*, 2004. 22(4): p. 1117-32.
45. Downs, W.R. and B. Rindels, Adulthood depression, anxiety, and trauma symptoms: a comparison of women with nonabusive, abusive, and absent father figures in childhood. *Violence Vict*, 2004. 19(6): p. 659-71.
46. Dunkle, K.L., et al., Prevalence and patterns of gender-based violence and revictimization among women attending antenatal clinics in Soweto, South Africa. *Am J Epidemiol*, 2004. 160(3): p. 230-9.
47. Dunn, L.L. and K.S. Oths, Prenatal predictors of intimate partner abuse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(1): p. 54-63.
48. Edwardsen, E.A., et al., Pilot educational outreach project on partner violence. *Prev Med*, 2004. 39(3): p. 536-42.
49. El-Bassel, N., et al., Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment. *Psychol Addict Behav*, 2004. 18(2): p. 180-3.

50. Ernst, A.A., et al., Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: the OVAT. *Violence Vict*, 2004. 19(3): p. 375-84.
51. Ezechi, O.C., et al., Prevalence and pattern of domestic violence against pregnant Nigerian women. *J Obstet Gynaecol*, 2004. 24(6): p. 652-6.
52. Fanslow, J. and E. Robinson, Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *N Z Med J*, 2004. 117(1206): p. U1173.
53. Field, C.A. and R. Caetano, Ethnic differences in intimate partner violence in the U.S. general population: the role of alcohol use and socioeconomic status. *Trauma Violence Abuse*, 2004. 5(4): p. 303-17.
54. Fikree, F.F., et al., Pakistani obstetricians' recognition of and attitude towards domestic violence screening. *Int J Gynaecol Obstet*, 2004. 87(1): p. 59-65.
55. Follingstad, D.R., D.D. Dehart, and E.P. Green, Psychologists' judgments of psychologically aggressive actions when perpetrated by a husband versus a wife. *Violence Vict*, 2004. 19(4): p. 435-52.
56. Follingstad, D.R., et al., Lay persons' versus psychologists' judgments of psychologically aggressive actions by a husband and wife. *J Interpers Violence*, 2004. 19(8): p. 916-42.
57. Fontes, L.A., Ethics in violence against women research: the sensitive, the dangerous, and the overlooked. *Ethics Behav*, 2004. 14(2): p. 141-74.
58. Francois, I., et al., [Domestic violence: what are the difficulties for practitioners? Analysis of interviews among 19 practitioners within a town-hospital care network aimed at a global approach of patients]. *Presse Med*, 2004. 33(22): p. 1561-5.

59. Frasier, P.Y., et al., Disaster down East: using participatory action research to explore intimate partner violence in eastern North Carolina. *Health Educ Behav*, 2004. 31(4 Suppl): p. 69S-84S.
60. Fritz, P.A. and K.D. O'Leary, Physical and psychological partner aggression across a decade: a growth curve analysis. *Violence Vict*, 2004. 19(1): p. 3-16.
61. Fulmer, T., L. Guadagno, and M.M. Bolton, Elder mistreatment in women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(5): p. 657-63.
62. George, D.T., et al., A select group of perpetrators of domestic violence: evidence of decreased metabolism in the right hypothalamus and reduced relationships between cortical/subcortical brain structures in position emission tomography. *Psychiatry Res*, 2004. 130(1): p. 11-25.
63. Gerlock, A.A., Domestic violence and post-traumatic stress disorder severity for participants of a domestic violence rehabilitation program. *Mil Med*, 2004. 169(6): p. 470-4.
64. Goldstein, K.M. and S.L. Martin, Intimate partner physical assault before and during pregnancy: how does it relate to women's psychological vulnerability? *Violence Vict*, 2004. 19(4): p. 387-98.
65. Gondolf, E.W. and C. Deemer, Phoning logistics in a longitudinal follow-up of batterers and their partners. *J Interpers Violence*, 2004. 19(7): p. 747-65.
66. Goodyear-Smith, F., Recognising and responding to partner abuse: challenging the key facts. *N Z Med J*, 2004. 117(1204): p. U1135.
67. Gorde, M.W., C.A. Helfrich, and M.L. Finlayson, Trauma symptoms and life skill needs of domestic violence victims. *J Interpers Violence*, 2004. 19(6): p. 691-708.
68. Gordon, K.C., S. Burton, and L. Porter, Predicting the intentions of women in domestic violence shelters to return to partners: does forgiveness play a role? *J Fam Psychol*, 2004. 18(2): p. 331-8.

69. Grekin, E.R., K.J. Sher, and J.M. Larkins, The role of behavioral undercontrol in the relation between alcohol use and partner aggression. *J Stud Alcohol*, 2004. 65(5): p. 658-62.
70. Guo, S.F., et al., Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. *Chin Med J (Engl)*, 2004. 117(3): p. 331-6.
71. Guo, S.F., et al., Physical and sexual abuse of women before, during, and after pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2004. 84(3): p. 281-6.
72. Gwinn, C., et al., Domestic violence: no place for a smile. *J Calif Dent Assoc*, 2004. 32(5): p. 399-409.
73. Halpern, C.T., et al., Prevalence of partner violence in same-sex romantic and sexual relationships in a national sample of adolescents. *J Adolesc Health*, 2004. 35(2): p. 124-31.
74. Hassan, F., et al., Physical intimate partner violence in Chile, Egypt, India and the Philippines. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 111-6.
75. Hazen, A.L., et al., Intimate partner violence among female caregivers of children reported for child maltreatment. *Child Abuse Negl*, 2004. 28(3): p. 301-19.
76. Heckert, D.A. and E.W. Gondolf, Battered women's perceptions of risk versus risk factors and instruments in predicting repeat reassault. *J Interpers Violence*, 2004. 19(7): p. 778-800.
77. Hegarty, K., et al., Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *Bmj*, 2004. 328(7440): p. 621-4.
78. Herrenkohl, T.I., et al., Pathways from physical childhood abuse to partner violence in young adulthood. *Violence Vict*, 2004. 19(2): p. 123-36.

79. Herzog, S., Differential perceptions of the seriousness of male violence against female intimate partners among Jews and Arabs in Israel. *J Interpers Violence*, 2004. 19(8): p. 891-900.
80. Hilton, N.Z., et al., A brief actuarial assessment for the prediction of wife assault recidivism: the Ontario domestic assault risk assessment. *Psychol Assess*, 2004. 16(3): p. 267-75.
81. Hines, D.A. and K.J. Saudino, Genetic and environmental influences on intimate partner aggression: a preliminary study. *Violence Vict*, 2004. 19(6): p. 701-18.
82. Houry, D., et al., Characteristics of household addresses that repeatedly contact 911 to report intimate partner violence. *Acad Emerg Med*, 2004. 11(6): p. 662-7.
83. Hunter, W.M., et al., Training and field methods in the WorldSAFE collaboration to study family violence. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 91-100.
84. Hyman, I., et al., Post-migration changes in gender relations among Ethiopian couples living in Canada. *Can J Nurs Res*, 2004. 36(4): p. 74-89.
85. Jasinski, J.L., Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 2004. 5(1): p. 47-64.
86. Jeyaseelan, L., et al., World studies of abuse in the family environment--risk factors for physical intimate partner violence. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 117-24.
87. Jogerst, G.J., M.J. Brady, and C.B. Dyer, Elder abuse and the law: new science, new tools. *J Law Med Ethics*, 2004. 32(4 Suppl): p. 62-3.
88. John, R., et al., Domestic violence: prevalence and association with gynaecological symptoms. *Bjog*, 2004. 111(10): p. 1128-32.

89. Jordan, C.E., Toward a national research agenda on violence against women: continuing the dialogue on research and practice. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1205-8.
90. Jory, B., The Intimate Justice Scale: an instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice. *J Marital Fam Ther*, 2004. 30(1): p. 29-44.
91. Kanuha, V.K. and M.L. Ross, The use of temporary restraining orders (TROs) as a strategy to address intimate partner violence. *Violence Vict*, 2004. 19(3): p. 343-56.
92. Kasturirangan, A., S. Krishnan, and S. Riger, The impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence. *Trauma Violence Abuse*, 2004. 5(4): p. 318-32.
93. Kearney, M.H., et al., Health behaviors as mediators for the effect of partner abuse on infant birth weight. *Nurs Res*, 2004. 53(1): p. 36-45.
94. Keeling, J., A community-based perspective on living with domestic violence. *Nurs Times*, 2004. 100(11): p. 28-9.
95. Keeling, J. and L. Birch, The prevalence rates of domestic abuse in women attending a family planning clinic. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2004. 30(2): p. 113-4.
96. Keeling, J., L. Birch, and P. Green, Pregnancy counselling clinic: a questionnaire survey of intimate partner abuse. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2004. 30(3): p. 165-8.
97. Khawaja, M., Domestic violence in refugee camps in Jordan. *Int J Gynaecol Obstet*, 2004. 86(1): p. 67-9.

98. Khawaja, M. and M. Tewel-Salem, Agreement between husband and wife reports of domestic violence: evidence from poor refugee communities in Lebanon. *Int J Epidemiol*, 2004. 33(3): p. 526-33.
99. Kilpatrick, D.G., What is violence against women: defining and measuring the problem. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1209-34.
100. Kim, I.J. and N.W. Zane, Ethnic and cultural variations in anger regulation and attachment patterns among Korean American and European American male batterers. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 2004. 10(2): p. 151-68.
101. Klevens, J. and L. Sadowski, Domestic violence towards women. *Clin Evid*, 2004(12): p. 2512-23.
102. Klevens, J. and L. Sadowski, Domestic violence towards women. *Clin Evid*, 2004(11): p. 2358-69.
103. Koziol-McLain, J., et al., Prevalence of intimate partner violence among women presenting to an urban adult and paediatric emergency care department. *N Z Med J*, 2004. 117(1206): p. U1174.
104. Kramer, A., D. Lorenzon, and G. Mueller, Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Womens Health Issues*, 2004. 14(1): p. 19-29.
105. Krugman, S.D., et al., Perceptions of help resources for victims of intimate partner violence. *J Interpers Violence*, 2004. 19(7): p. 766-77.
106. Lang, A.J., et al., Adult psychopathology and intimate partner violence among survivors of childhood maltreatment. *J Interpers Violence*, 2004. 19(10): p. 1102-18.
107. Langhinrichsen-Rohling, J., et al., Attributions about perpetrators and victims of interpersonal abuse: results from an analogue study. *J Interpers Violence*, 2004. 19(4): p. 484-98.

108. Larance, L.Y. and M.L. Porter, Observations from practice: support group membership as a process of social capital formation among female survivors of domestic violence. *J Interpers Violence*, 2004. 19(6): p. 676-90.
109. Lee, L.C., J.B. Kotch, and C.E. Cox, Child maltreatment in families experiencing domestic violence. *Violence Vict*, 2004. 19(5): p. 573-91.
110. Lee, R.B., Filipino men's familial roles and domestic violence: implications and strategies for community-based intervention. *Health Soc Care Community*, 2004. 12(5): p. 422-9.
111. Levendosky, A.A., et al., The social networks of women experiencing domestic violence. *Am J Community Psychol*, 2004. 34(1-2): p. 95-109.
112. Lipsky, S., et al., Violence-related injury and intimate partner violence in an urban emergency department. *J Trauma*, 2004. 57(2): p. 352-9.
113. Lipsky, S., et al., Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend*, 2005. 78(1): p. 39-47.
114. Lipsky, S., et al., Police-reported intimate partner violence during pregnancy and the risk of antenatal hospitalization. *Matern Child Health J*, 2004. 8(2): p. 55-63.
115. Lohff, B. and A. Voss, Domestic violence--a comparison of activities in the health care sector in Brazil and Germany. *Wien Med Wochenschr*, 2004. 154(17-18): p. 404-10.
116. Loxton, D., M. Schofield, and R. Hussain, History of domestic violence and health service use among mid-aged Australian women. *Aust N Z J Public Health*, 2004. 28(4): p. 383-8.
117. Lundeberg, K., et al., A comparison of nonviolent, psychologically violent, and physically violent male college daters. *J Interpers Violence*, 2004. 19(10): p. 1191-200.

118. Lutenbacher, M., A. Cohen, and N.M. Conner, Breaking the cycle of family violence: understanding the perceptions of battered women. *J Pediatr Health Care*, 2004. 18(5): p. 236-43.
119. Malcoe, L.H., B.M. Duran, and J.M. Montgomery, Socioeconomic disparities in intimate partner violence against Native American women: a cross-sectional study. *BMC Med*, 2004. 2: p. 20.
120. Max, W., et al., The economic toll of intimate partner violence against women in the United States. *Violence Vict*, 2004. 19(3): p. 259-72.
121. Mayda, A.S. and D. Akkus, Domestic violence against 116 Turkish housewives: a field study. *Women Health*, 2004. 40(3): p. 95-108.
122. McCarroll, J.E., et al., Patterns of mutual and nonmutual spouse abuse in the U.S. Army (1998-2002). *Violence Vict*, 2004. 19(4): p. 453-68.
123. McCosker, H., A. Barnard, and R. Gerber, Phenomenographic study of women's experiences of domestic violence during the childbearing years. *Online J Issues Nurs*, 2004. 9(1): p. 12.
124. McFarlane, J., Intimate partner violence and physical health consequences: commentary on Plichta. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1335-41.
125. McFarlane, J., et al., Increasing the safety-promoting behaviors of abused women. *Am J Nurs*, 2004. 104(3): p. 40-50; quiz 50-1.
126. McFarlane, J., et al., Protection orders and intimate partner violence: an 18-month study of 150 black, Hispanic, and white women. *Am J Public Health*, 2004. 94(4): p. 613-8.
127. Mechanic, M.B., Beyond PTSD: mental health consequences of violence against women: a response to Briere and Jordan. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1283-9.

128. Mehra, V., Culturally competent responses for identifying and responding to domestic violence in dental care settings. *J Calif Dent Assoc*, 2004. 32(5): p. 387-95.
129. Meltzer-Brody, S., et al., A brief screening instrument to detect posttraumatic stress disorder in outpatient gynecology. *Obstet Gynecol*, 2004. 104(4): p. 770-6.
130. Merrill, L.L., et al., Risk for intimate partner violence and child physical abuse: psychosocial characteristics of multirisk male and female Navy recruits. *Child Maltreat*, 2004. 9(1): p. 18-29.
131. Miller, A.W., et al., Medical student training in domestic violence: a comparison of students entering residency training in 1995 and 2001. *Teach Learn Med*, 2004. 16(1): p. 3-6.
132. Mitchell, C., The health impact of intimate partner violence. *J Calif Dent Assoc*, 2004. 32(5): p. 396-8.
133. Mohanty, M.K., et al., Victimiologic study of female homicide. *Leg Med (Tokyo)*, 2004. 6(3): p. 151-6.
134. Moonesinghe, L.N., L.C. Rajapaksa, and G. Samarasinghe, Development of a screening instrument to detect physical abuse and its use in a cohort of pregnant women in Sri Lanka. *Asia Pac J Public Health*, 2004. 16(2): p. 138-44.
135. Moore, T.M., et al., Where to publish family violence research? *Violence Vict*, 2004. 19(4): p. 495-503.
136. Moore, T.M. and G.L. Stuart, Illicit substance use and intimate partner violence among men in batterers' intervention. *Psychol Addict Behav*, 2004. 18(4): p. 385-9.
137. Moracco, K.E., et al., Mental health issues among female clients of domestic violence programs in North Carolina. *Psychiatr Serv*, 2004. 55(9): p. 1036-40.

138. Mouton, C.P., et al., Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *Am J Public Health*, 2004. 94(4): p. 605-12.
139. Nagae, M., H. Kitabayashi, and A. Aoyama, [Domestic violence as a women's health issue--activities of health professionals in Thailand]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 2004. 51(4): p. 287-96.
140. Najavits, L.M., et al., Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addict Behav*, 2004. 29(4): p. 707-15.
141. Neggers, Y., et al., Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004. 83(5): p. 455-60.
142. Nelson, H.D., Screening for domestic violence--bridging the evidence gaps. *Lancet*, 2004. 364 Suppl 1: p. s22-3.
143. Nixon, R.D., P.A. Resick, and P. Nishith, An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord*, 2004. 82(2): p. 315-20.
144. Norlander, B. and C. Eckhardt, Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 2005. 25(2): p. 119-52.
145. O'Farrell, T.J., et al., Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *J Consult Clin Psychol*, 2004. 72(2): p. 202-17.
146. Pallitto, C.C. and P. O'Campo, The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia. *Int Fam Plan Perspect*, 2004. 30(4): p. 165-73.
147. Pallitto, C.C. and P. O'Campo, Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: testing the feminist perspective. *Soc Sci Med*, 2005. 60(10): p. 2205-16.

148. Parish, W.L., et al., Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems. *Int Fam Plan Perspect*, 2004. 30(4): p. 174-81.
149. Peedicayil, A., et al., Spousal physical violence against women during pregnancy. *Bjog*, 2004. 111(7): p. 682-7.
150. Petersen, R., et al., Moving beyond disclosure: women's perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health*, 2004. 40(3): p. 63-76.
151. Pico-Alfonso, M.A., et al., Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biol Psychiatry*, 2004. 56(4): p. 233-40.
152. Piispa, M., Age and meanings of violence: women's experiences of partner violence in Finland. *J Interpers Violence*, 2004. 19(1): p. 30-48.
153. Pittman, J.F. and C.Y. Lee, Comparing different types of child abuse and spouse abuse offenders. *Violence Vict*, 2004. 19(2): p. 137-56.
154. Plazaola-Castano, J. and I. Ruiz Perez, [Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences]. *Med Clin (Barc)*, 2004. 122(12): p. 461-7.
155. Plichta, S.B., Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1296-323.
156. Ponce, A.N., M.K. Williams, and G.J. Allen, Experience of maltreatment as a child and acceptance of violence in adult intimate relationships: mediating effects of distortions in cognitive schemas. *Violence Vict*, 2004. 19(1): p. 97-108.

157. Pontecorvo, C., et al., [Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic]. *Medicina (B Aires)*, 2004. 64(6): p. 492-6.
158. Porcerelli, J.H., R. Cogan, and S. Hibbard, Personality characteristics of partner violent men: a Q-sort approach. *J Personal Disord*, 2004. 18(2): p. 151-62.
159. Protheroe, L., J. Green, and H. Spiby, An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 2004. 20(1): p. 94-103.
160. Radestad, I., et al., What factors in early pregnancy indicate that the mother will be hit by her partner during the year after childbirth? A nationwide Swedish survey. *Birth*, 2004. 31(2): p. 84-92.
161. Ramiro, L.S., F. Hassan, and A. Peedicayil, Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multi-country study. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 131-7.
162. Reis, J.N., C.C. Martin, and M.G. Ferriani, [Female victims of sexual abuse: coercive methods and non-genital injuries]. *Cad Saude Publica*, 2004. 20(2): p. 465-73.
163. Resick, P.A., A suggested research agenda on treatment-outcome research for female victims of violence. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1290-5.
164. Riesen, Y. and M. Porath, Perceived social support of maritally abused women and their children's global self-worth. *Can J Commun Ment Health*, 2004. 23(2): p. 109-15.
165. Rivera-Rivera, L., et al., Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: a population-based study. *Salud Publica Mex*, 2004. 46(2): p. 113-22.
166. Ross, J., V. Walther, and I. Epstein, Screening risks for intimate partner violence and primary care settings: implications for future abuse. *Soc Work Health Care*, 2004. 38(4): p. 1-23.

167. Ruiz-Perez, I., P. Blanco-Prieto, and C. Vives-Cases, [Intimate partner violence: social and health determinants and responses]. *Gac Sanit*, 2004. 18 Suppl 2: p. 4-12.
168. Sabia, J.J., Alcohol consumption and domestic violence against mothers. *J Ment Health Policy Econ*, 2004. 7(4): p. 191-205.
169. Sabol, W.J., C.J. Coulton, and J.E. Korbin, Building community capacity for violence prevention. *J Interpers Violence*, 2004. 19(3): p. 322-40.
170. Sadowski, L.S., et al., The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): a model of a multi-national study of family violence. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 81-90.
171. Scales, B.A., Domestic violence awareness in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs*, 2004. 19(1): p. 11-7.
172. Schafer, J., R. Caetano, and C.B. Cunradi, A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *J Interpers Violence*, 2004. 19(2): p. 127-42.
173. Schechter, D.S., et al., Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bull Menninger Clin*, 2004. 68(4): p. 319-36.
174. Schoeman, J., D.V. Grove, and H.J. Odendaal, Are domestic violence and the excessive use of alcohol risk factors for preterm birth? *J Trop Pediatr*, 2005. 51(1): p. 49-50.
175. Schoening, A.M., et al., Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2004. 33(5): p. 572-9.
176. Seimer, B.S., Intimate violence in adolescent relationships: recognizing and intervening. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2004. 29(2): p. 117-21.

177. Sethi, D., et al., Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J*, 2004. 21(2): p. 180-4.
178. Shackelford, T.K. and A.T. Goetz, Men's sexual coercion in intimate relationships: development and initial validation of the Sexual Coercion in Intimate Relationships scale. *Violence Vict*, 2004. 19(5): p. 541-56.
179. Shadigian, E.M. and S.T. Bauer, Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2004. 84(3): p. 273-80.
180. Shelton, A.J. and N.J. Rianon, Recruiting participants from a community of Bangladeshi immigrants for a study of spousal abuse: an appropriate cultural approach. *Qual Health Res*, 2004. 14(3): p. 369-80.
181. Sorenson, S.B. and D.J. Wiebe, Weapons in the lives of battered women. *Am J Public Health*, 2004. 94(8): p. 1412-7.
182. Sormanti, M., E. Wu, and N. El-Bassel, Considering HIV risk and intimate partner violence among older women of color: a descriptive analysis. *Women Health*, 2004. 39(1): p. 45-63.
183. Sprecher, A.G., R.L. Muelleman, and M.C. Wadman, A neural network model analysis to identify victims of intimate partner violence. *Am J Emerg Med*, 2004. 22(2): p. 87-9.
184. Steen, K. and S. Hunskaar, Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. *Med Sci Monit*, 2004. 10(2): p. CR75-9.
185. Stein, C.H. and E.S. Mankowski, Asking, witnessing, interpreting, knowing: conducting qualitative research in community psychology. *Am J Community Psychol*, 2004. 33(1-2): p. 21-35.

186. Straus, M.A. and E.M. Douglas, A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence Vict*, 2004. 19(5): p. 507-20.
187. Stuart, G.L., et al., Hazardous drinking and relationship violence perpetration and victimization in women arrested for domestic violence. *J Stud Alcohol*, 2004. 65(1): p. 46-53.
188. Stuart, P., Risk factors for recent domestic physical assault in patients presenting to the emergency department. *Emerg Med Australas*, 2004. 16(3): p. 216-24.
189. Suris, A., et al., Sexual assault in women veterans: an examination of PTSD risk, health care utilization, and cost of care. *Psychosom Med*, 2004. 66(5): p. 749-56.
190. Swahnberg, K., et al., Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004. 83(3): p. 276-88.
191. Taft, A., D.H. Broom, and D. Legge, General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *Bmj*, 2004. 328(7440): p. 618.
192. Taft, C.T., et al., Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *J Consult Clin Psychol*, 2004. 72(2): p. 349-54.
193. Taylor, J.Y., Moving from surviving to thriving: African American women recovering from intimate male partner abuse. *Res Theory Nurs Pract*, 2004. 18(1): p. 35-50.
194. Thompson, M.P. and J.B. Kingree, The role of alcohol use in intimate partner violence and non-intimate partner violence. *Violence Vict*, 2004. 19(1): p. 63-74.

195. Tilley, D.S. and M. Brackley, Violent lives of women: critical points for intervention--phase I focus groups. *Perspect Psychiatr Care*, 2004. 40(4): p. 157-66, 170.
196. Tuten, M., et al., Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug-dependent women. *Addict Behav*, 2004. 29(5): p. 1029-34.
197. Uno, H., S. Ui, and A. Aoyama, [Domestic violence--public health perspectives]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*, 2004. 51(5): p. 305-10.
198. Varjavand, N., et al., A survey of residents' attitudes and practices in screening for, managing, and documenting domestic violence. *J Am Med Womens Assoc*, 2004. 59(1): p. 48-53.
199. Vasseur, P., [The profile of female victims of conjugal violence]. *Presse Med*, 2004. 33(22): p. 1566-8.
200. Vizcarra, B., et al., Partner violence as a risk factor for mental health among women from communities in the Philippines, Egypt, Chile, and India. *Inj Control Saf Promot*, 2004. 11(2): p. 125-9.
201. Wahab, S. and L. Olson, Intimate partner violence and sexual assault in Native American communities. *Trauma Violence Abuse*, 2004. 5(4): p. 353-66.
202. Wahl, R.A., D.J. Sisk, and T.M. Ball, Clinic-based screening for domestic violence: use of a child safety questionnaire. *BMC Med*, 2004. 2: p. 25.
203. Walker, R., et al., An integrative review of separation in the context of victimization: consequences and implications for women. *Trauma Violence Abuse*, 2004. 5(2): p. 143-93.
204. Watts, C. and S. Mayhew, Reproductive health services and intimate partner violence: shaping a pragmatic response in Sub-Saharan Africa. *Int Fam Plan Perspect*, 2004. 30(4): p. 207-13.

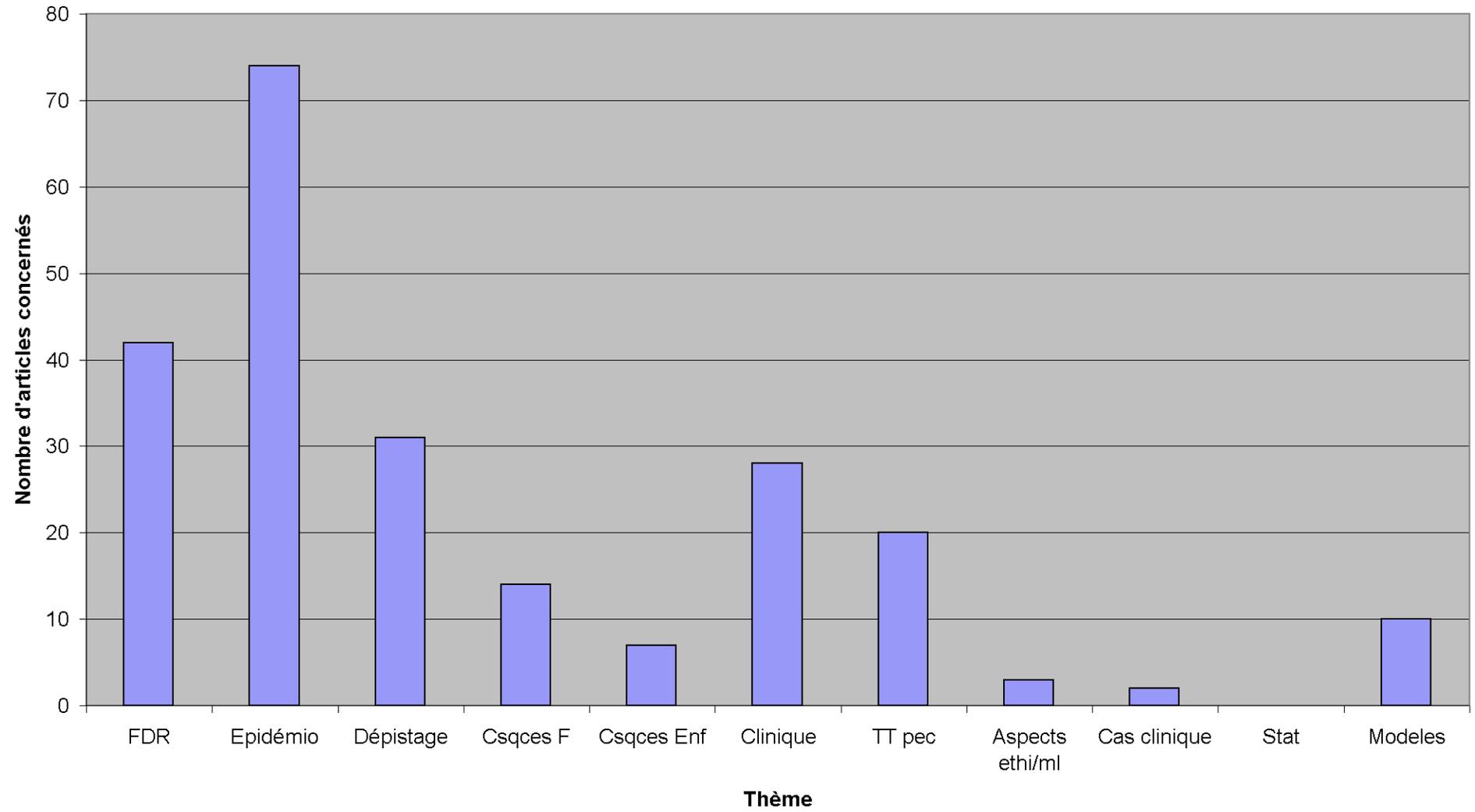
205. Watts, N., Screening for domestic violence: a team approach for maternal/newborn nurses. *AWHONN Lifelines*, 2004. 8(3): p. 210-9.
206. Weaver, T.L. and H. Resnick, Toward developing complex multivariate models for examining the intimate partner violence-physical health relationship: commentary on Plichta. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1342-9.
207. Webster, J. and V. Holt, Screening for partner violence: direct questioning or self-report? *Obstet Gynecol*, 2004. 103(2): p. 299-303.
208. Wenzel, J.D., C.L. Monson, and S.M. Johnson, Domestic violence: prevalence and detection in a family medicine residency clinic. *J Am Osteopath Assoc*, 2004. 104(6): p. 233-9.
209. Wenzel, S.L., et al., Physical violence against impoverished women: a longitudinal analysis of risk and protective factors. *Womens Health Issues*, 2004. 14(5): p. 144-54.
210. West, C.M., Black women and intimate partner violence: new directions for research. *J Interpers Violence*, 2004. 19(12): p. 1487-93.
211. Williams, K.R. and A.B. Houghton, Assessing the risk of domestic violence reoffending: a validation study. *Law Hum Behav*, 2004. 28(4): p. 437-55.
212. Williams, L.M., Researcher-advocate collaborations to end violence against women: toward liberating methodologies for action research. *J Interpers Violence*, 2004. 19(11): p. 1350-7.
213. Williamson, K.J., et al., Screening for domestic violence: practice patterns, knowledge, and attitudes of physicians in Arizona. *South Med J*, 2004. 97(11): p. 1049-54.
214. Willis, D.G. and D.J. Porche, Male battering of intimate partners: theoretical underpinnings, intervention approaches, and implications. *Nurs Clin North Am*, 2004. 39(2): p. 271-82.

215. Worley, K.O., S. Walsh, and K. Lewis, An examination of parenting experiences in male perpetrators of domestic violence: a qualitative study. *Psychol Psychother*, 2004. 77(Pt 1): p. 35-54.
216. Wray, R.J., et al., Preventing domestic violence in the african american community: assessing the impact of a dramatic radio serial. *J Health Commun*, 2004. 9(1): p. 31-52.
217. Yang, D., et al., [Investigation and analysis of the defense mechanism and domestic violence of male patients with somatization disorder]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2004. 10(6): p. 439-42.
218. Zeman, L.D., Domestic violence: a review for case managers of regulations, women's center services, and referral questions. *Care Manag J*, 2004. 5(1): p. 13-8.
219. Zink, T., et al., Medical management of intimate partner violence considering the stages of change: precontemplation and contemplation. *Ann Fam Med*, 2004. 2(3): p. 231-9.
220. Zink, T., et al., Hidden victims: the healthcare needs and experiences of older women in abusive relationships. *J Womens Health (Larchmt)*, 2004. 13(8): p. 898-908.
221. Zink, T., et al., What are providers' reporting requirements for children who witness domestic violence? *Clin Pediatr (Phila)*, 2004. 43(5): p. 449-60.
222. Zink, T., et al., Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? *J Am Board Fam Pract*, 2004. 17(5): p. 332-40.
223. Zink, T. and M. Sill, Intimate partner violence and job instability. *J Am Med Womens Assoc*, 2004. 59(1): p. 32-5.
224. Zweig, J.M. and M.R. Burt, Impacts of agency coordination on non-profit domestic violence and sexual assault programs in communities with STOP formula grant funding. *Violence Vict*, 2004. 19(5): p. 613-24

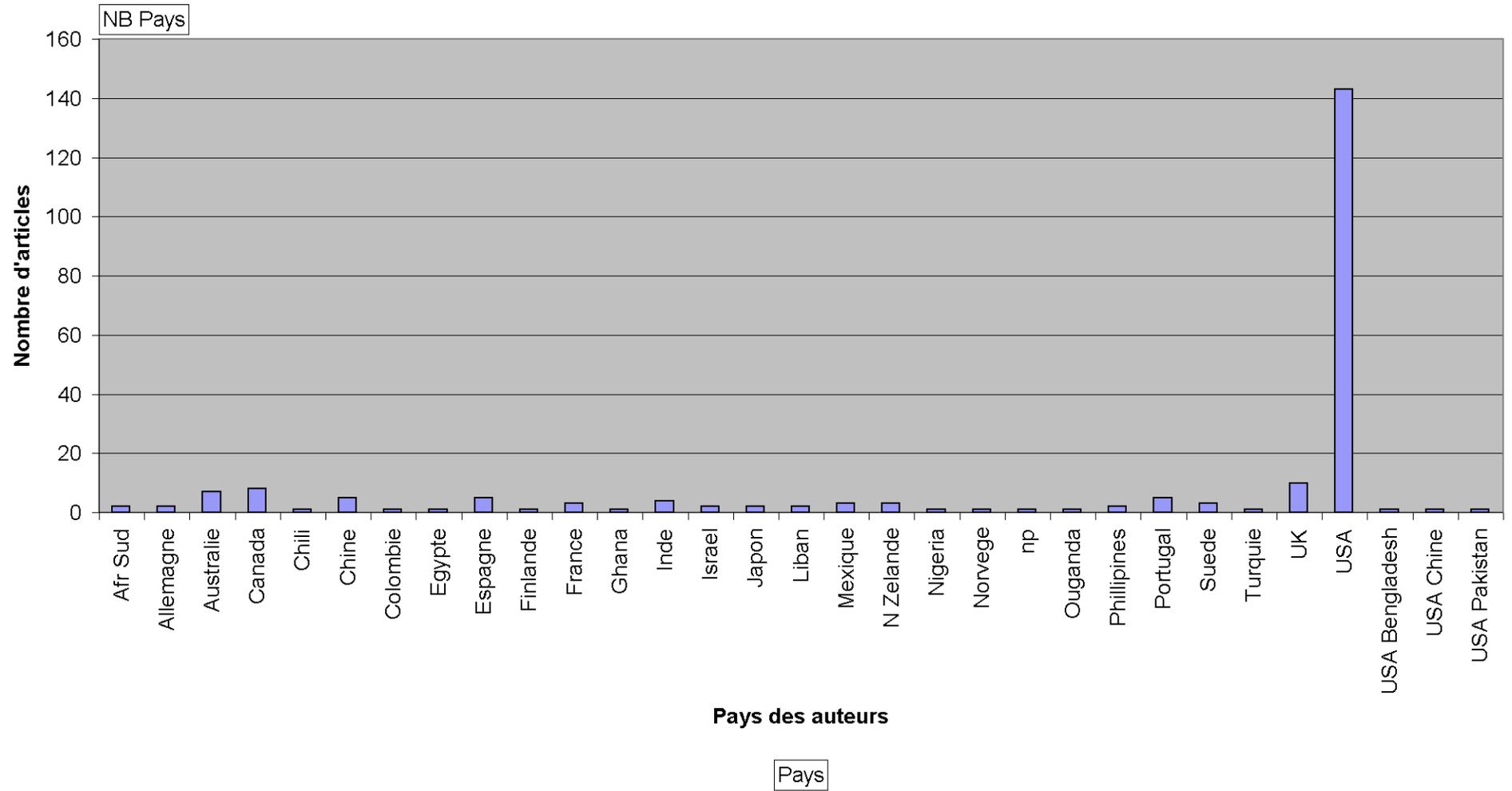
	Pays	Revue	Auteurs	Couple	Hommes	Femmes	Enfants	Pers âgées	FDR	Epidémi	Dépistage	Csqçes F	Csqçes Enf	Clinique	TT pec	Aspects ethi/ml	Cas clinique	Stat	Modeles	Autre
169	Ghana	socio	Spub			1				1										
170	USA	socio	Spub			1			1					1						
171	Afr Sud	Spub	Spub		1				1											
172	Allemagne	Spub	Spub			1				1										
173	Australie	Spub	Spub			1					1									
174	Espagne	Spub	Spub			1			1											
175	Inde	Spub	Spub			1			1											
176	Japon	Spub	Spub																	eval pratiques
177	Japon	Spub	Spub			1											1			eval pratiques
178	Liban	Spub	Spub	1											1					
179	Mexique	Spub	Spub			1			1	1										
180	Mexique	Spub	Spub								1									
181	USA	Spub	Spub	1					1											
182	USA	Spub	Spub							1										
183	USA	Spub	Spub							1										
184	USA	Spub	Spub																	eval recherche
185	USA	Spub	Spub																1	methodo SAFE
186	USA	Spub	Spub			1				1										
187	USA	Spub	Spub			1	1			1										
188	USA	Spub	Spub			1				1										VC et methadone
189	USA	Spub	Spub			1			1	1										
190	USA	Spub	Spub			1														1
191	USA	Spub	Spub	1																eval prévention
192	USA	traumato	Spub			1					1									
193	UK	urgence	Spub			1								1						
194	Finlande	vict	Spub			1									1					
195	USA	vict	Spub			1				1		1								
196	USA	vict	Spub	1												1				
197	USA	vict	Spub			1										1				
198	USA	vict	Spub	1					1	1										alcool
199	USA	vict	Spub			1								1						
200	USA	vict	Spub			1			1											
201	USA	vict	Spub			1	1			1										
202	USA	vict	Spub												1					eval pratiques
203	USA	vict	Spub	1						1					1					
204	USA	traumato	traumato			1			1											
205	Nonvege	MG	urgence			1				1										
206	Portugal	Spub	urgence			1				1										
207	USA	Spub	urgence								1									eval pratiques
208	Australie	urgence	urgence							1										
209	USA	urgence	urgence			1					1									
210	USA	urgence	urgence							1										
211	USA	urgence	urgence			1					1									
212	USA	urgence	urgence			1														1
213	USA	MG	vict			1			1											
214	USA	MG	vict			1				1										
215	USA	psy	vict			1				1										
216	Canada	vict	vict	1					1											
217	USA	vict	vict			1			1											
218	USA	vict	vict														1			
219	USA	gyneco	np			1														1
220	USA	infirmiere	np																	échelle diag
221	USA	infirmiere	np							1										eval pratiques
222	Israël	vict	np		1									1						
223	USA	vict	np			1				1										
224	USA	vict	np			1									1					

	Pays	Revue	Auteurs	Couple	Hommes	Femmes	Enfants	Pers âgées	FDR	Epidémi	Dépistage	Csqces F	Csqces Enf	Clinique	TT pec	Aspects ethi/ml	Cas clinique	Stat	Modeles	Autre
	16			16	26	131	9	3	42	74	31	14	7	28	20	3	2	0	10	

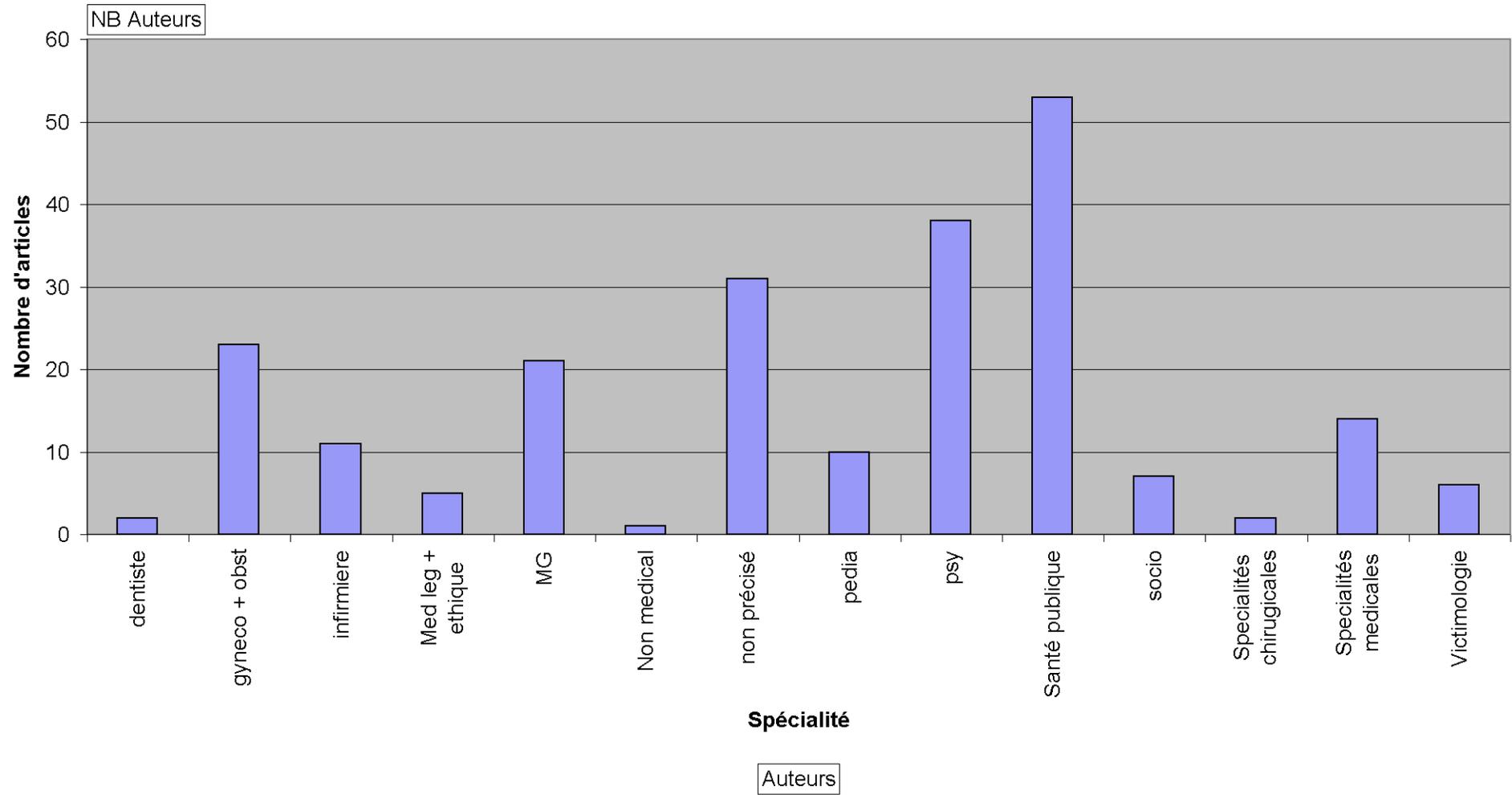
Thème des articles



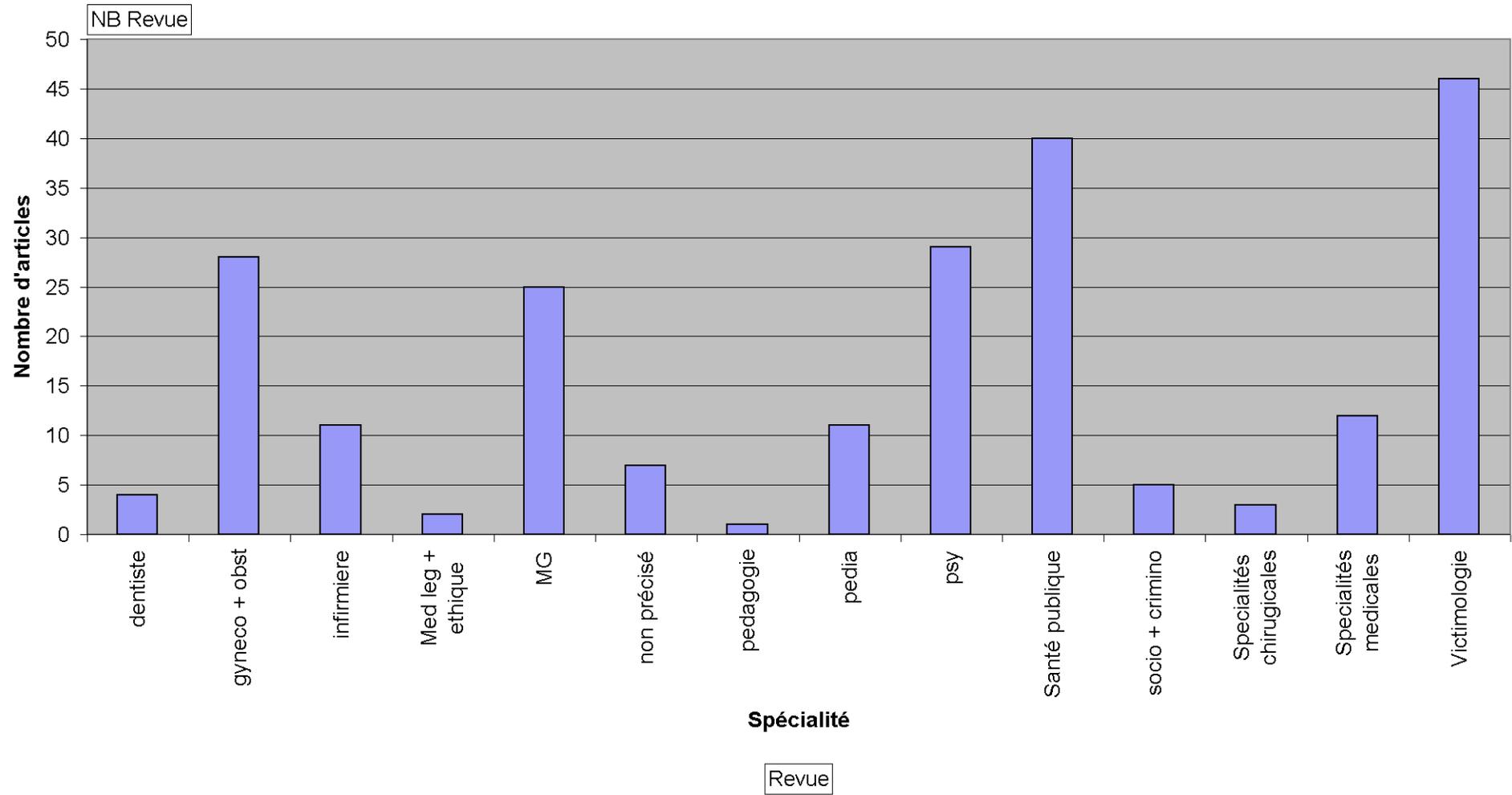
Répartition des auteurs par pays d'origine



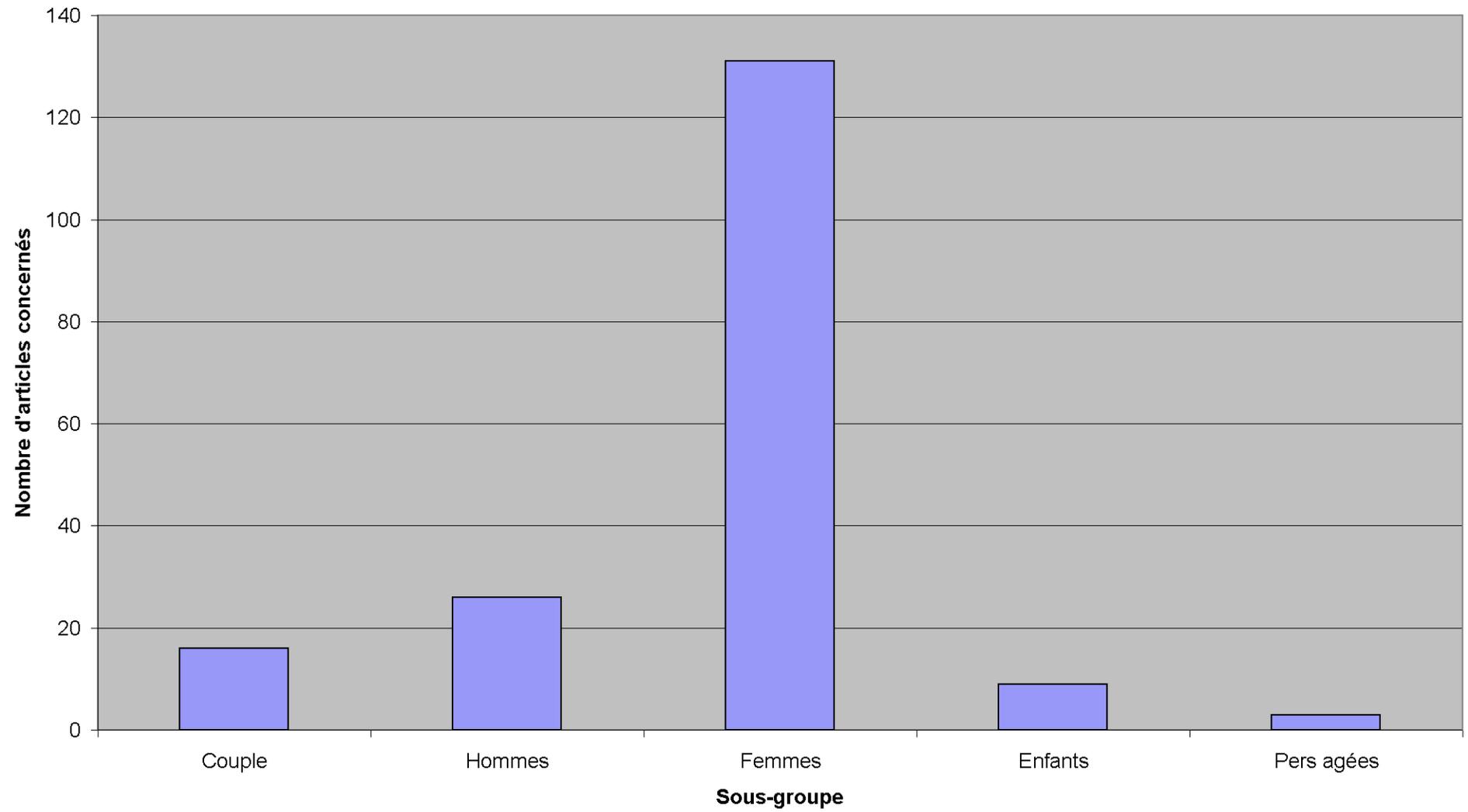
Spécialité des auteurs



Spécialité des revues



Populations étudiées



Evaluation des pratiques : questions posées aux médecins

Les questions posées étaient les suivantes :

Q1 : qu'évoque l'expression violence intra familiale ?

Q2 : combien de femmes concernées par des violences conjugales rencontrez-vous par an, et quelle est la nature des violences subies ?

Q3 : Pour ces femmes, quel est le motif de la consultation ? Au cours de la consultation, quand envisagez-vous la question des violences conjugales ?

Q4 : Que proposez-vous à une femme qui subit des violences conjugales ?

Q5 : quelle serait selon vous la prise en charge optimale ?

Q6 : quel serait le rôle de médecin dans celle-ci ?

Q7 que pensez-vous d'un repérage systématique ?

Il s'agissait de questions ouvertes, dont les réponses étaient enregistrées et retranscrites intégralement.

Les questions étaient toujours posées dans le même ordre.

Questionnaire soumis aux partenaires impliqués dans l'aide aux femmes victimes de violences intra familiales.

1/ La structure, coordonnées

Date de rencontre:

Nom de la personne rencontrée:

et place dans l'association:

Nom de la structure:

Adresse:

Téléphone:

Heures de permanence:

Type: - Association loi 1901

- Service public: préciser

- Privé: préciser

2/ But

Objectif

Population concernée :

- Adressée par :

Bouche à oreille

Professionnels-individuels

- partenaires institutionnels
implantation dans le quartier?

- Conditions d'admission?

- + que font ils pour qui n'y répond pas

- si mineurs: consentement des parents?

Modalités d'adhésion

Libre

Parrainage

Condition particulière (être atteint d'une maladie)...

3/ Fonctionnement :

Qui accueille les gens?

Parcours type d'une personne/adhérent/usager type s'adressant à l'association:

Personnel

Effectif de l'association:

Statut et formation:

Qui fait quoi:

Financement de l'association:

Autres association avec lesquelles ils travaillent:

4/ Lien avec le personnel de santé

1/ présent au sein de la structure?

Médecin / spécialité

Infirmière

psychologue

2/ intervenants extérieurs

-ciblé? Médecin/ infirmière/psychologue

privé/institutionnel?

-Ou au choix de la personne?

- Ou au hasard des disponibilités?

1/&2/ quid du secret par rapport à la maladie et aux soins?

5 / Actions déjà organisées dans le domaine de la santé:

Type:

Thème:

Lieu:

6/ Partenariat avec le réseau ASDES

-page de présentation pour le site Internet

-intervention ciblée d'éducation à la santé pour le personnel en précisant le thème, les modalités (qui intervient, volumes horaires)

- intervention ciblée d'éducation à la santé pour les membres en précisant le thème, les modalités (qui intervient, volumes horaires)

- accès au consultation de la polyclinique si besoin médical

- intervention au cours d'une soirée du réseau

- auto-questionnaire jeune

- CDrom ASDES