

Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours.

The consequences of domestic violence on women's health and their detection and follow-up in primary care.

Cécile MORVANT^{1,2}, Jacques LEBAS^{1,2}, Pierre CHAUVIN^{1,3}

RESUME

Les violences conjugales faites aux femmes, par leur fréquence et leurs conséquences sur la santé des victimes, constituent une question de santé publique. Troubles psychiques et psychosomatiques, traumatiques et gynécologiques, ou encore grossesses pathologiques en sont les principales affections secondaires, parfois à long terme et/ou à distance des épisodes de violence. Les professionnels de santé, en particulier les généralistes, les urgentistes, les gynécologues, les obstétriciens et les sage-femmes sont en première ligne pour dépister et prendre en charge ces violences. Pour se faire, leur information est nécessaire, de même que l'adoption de pratiques professionnelles en partenariat avec les autres intervenants spécialisés dans la prise en charge des femmes victimes.

MOTS-CLES : VIOLENCE CONJUGALE, MEDECINE DE PREMIER RECOURS, PRATIQUES PROFESSIONNELLES, FORMATION CONTINUE, RESEAUX COORDONNES

SUMMARY

Because of its frequency and impact on women's health, domestic violence is an important public health issue. Psychological and psychosomatic disorders, pathological pregnancies as well as traumatic and gynaecological conditions are the main consequences of such violence, which may arise at a distant term after the events that constitute it. Health professionals, particularly general practitioners, emergency doctors, gynaecologists, obstetricians and midwives are on the frontline in identifying the victims and providing care to them. Therefore, there is a need to make a wide range of specific and relevant information readily available to these professionals and a call to renew their practices and increase partnerships.

KEY-WORDS: DOMESTIC VIOLENCE, PRIMARY CARE, PROFESSIONAL PRATICE, CONTINUING EDUCATION, COMMUNITY NETWORKS

INTRODUCTION

La violence conjugale (ou violence domestique) est un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations de domination. Ces comportements agressifs et violents sont destructeurs quelque en soient la forme et le mode : les violences physiques, sexuelles, verbales,

¹ Institut de l'Humanitaire, 96 rue Didot, 75014 Paris

² Polyclinique médicale, service de Médecine Interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris

³ Unité de recherche en épidémiologie et sciences de l'information de l'INSERM (U444), Paris

psychologiques et économiques sont autant de moyens utilisés de façon récurrente par le partenaire pour contenir la femme dans une position de soumission et de contrôle. L'auteur des violences est l'homme dans la très grande majorité des cas et la violence conjugale s'inscrit parmi d'autres formes de violences faites aux femmes. Lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, en 1995, l'ONU a souligné combien ces violences traduisent " des rapports de force historiques qui ont abouti à la domination des femmes par les hommes ", et " constituent une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes "[1].

Au cours des 15 dernières années, les résultats de plus de 50 études sur la fréquence des violences conjugales faites aux femmes ont été publiés dans le monde : globalement entre 10% et 50% des femmes ayant vécu en couple ont connu ce type de violences, et 3% à 52% d'entre elles rapportent de telles violences physiques au cours de l'année écoulée [2]. Dans les pays industrialisés, des enquêtes nationales, notamment en Amérique du Nord, démontrent qu'une femme sur cinq est victime de violences conjugales au moins une fois dans sa vie d'adulte [3,4,5]. En France, la violence conjugale est restée longtemps sous-estimée malgré son ampleur : on estime aujourd'hui que, chaque année, une femme sur dix âgée de plus de 20 ans est victime de cette forme de violence [6]. Les violences conjugales faites aux femmes forment donc une pandémie qui concerne toutes les sociétés et toutes les cultures, se reproduit d'une génération à l'autre, constitue - et, pour certains, alimente - une part importante de la violence sociale : à Paris, par exemple, 60 % des interventions nocturnes des services de secours de la Police concernent des violences conjugales [7]. La violence conjugale ne doit pas seulement être abordée sous un aspect social ou psychologique mais doit être aussi considérée comme un problème de santé publique : selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé [8] et les violences conjugales sont à l'origine d'un doublement des dépenses totales de santé annuelles chez ces femmes [9].

Associations spécialisées dans l'aide aux femmes victimes de violence conjugale, travailleurs sociaux, policiers et magistrats sont impliqués dans la lutte contre la violence conjugale et l'aide aux victimes. Le secteur médical a aussi un rôle à jouer : parce que la violence conjugale est cause de nombreux troubles médicaux et parce qu'ils sont souvent les premiers (voire les seuls) interlocuteurs pour les victimes, les professionnels de santé doivent savoir repérer les victimes, leur apporter les soins et le soutien dont elles ont besoin, les orienter vers d'autres professionnels (centres d'accueil ou d'hébergement, justice, travailleurs sociaux).

LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE DES FEMMES VICTIMES

Ce type de violence a des effets péjoratifs sur la santé des femmes victimes, y compris à long terme et même longtemps après que les violences ont cessé [10]. La violence subie en permanence est cause de tension, de peur, d'angoisse, d'un sentiment de culpabilité et de honte et tend à isoler la victime. Sur le plan médical, lésions traumatiques, troubles psychosomatiques, anxiété, troubles du sommeil, dépression, syndrome post-traumatique (retrouvé chez la moitié des victimes [11] et près de 4 fois plus souvent que chez les femmes non victimes), idées suicidaires, etc. sont autant de troubles médicaux causés par la violence. Les études nord-américaines révèlent qu'entre 22% et 35 % des femmes qui recourent aux services d'urgences consultent pour des symptômes résultants de ce type de violence [12] et que jusqu'à

50% des femmes hospitalisées en psychiatrie auraient été victimes de violences conjugales [13]. Dans une méta-analyse Nord-américaine, le risque de syndrome post-traumatique et de dépression apparaît plus élevé encore dans le cas de violence conjugale que dans le cas de violences sexuelles dans l'enfance [14]. Par ailleurs, plus de 50 % des femmes victimes de violence conjugale présentent des symptômes de dépression et 29 % ont fait au moins une tentative de suicide [15,16]. D'autres auteurs estiment qu'elles font 5 fois plus de tentatives de suicide que la population générale [17]. Au total, la consommation de psychotropes est extrêmement élevée chez ces femmes : 4 à 5 fois plus que les femmes de la population générale aux USA [18].

Ainsi, comme le souligne J.C. Campbell, « la plus grande partie de la différence entre l'incidence globale de la dépression chez les hommes et les femmes pourrait être attribuée à la violence conjugale, bien que cette hypothèse n'ait jamais été étudiée » [19]. Enfin, ces violences subies peuvent être à l'origine de comportements alcooliques ou toxicomaniaques chez la femme victime : une étude Nord-américaine retrouve une association significative pour les premiers après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques et la consommation du partenaire [20].

Les problèmes gynécologiques sont les plus fréquemment rapportés. Ils seraient 3 fois plus fréquents chez les femmes victimes que dans la population générale féminine [21]. Infections ou hémorragies vaginales, douleurs génitales, douleurs pelviennes chroniques, infections urinaires, perte de la libido sont rapportés à la suite de violences sexuelles traumatiques. D'autres formes de violences sexuelles – comme le refus par le partenaire d'utiliser un préservatif ou un moyen de contraception, ou encore certaines pratiques sexuelles imposées – sont responsables de maladies sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. Dans certains cas, l'utilisation cachée de moyens contraceptifs plus ou moins appropriés peut constituer un danger pour la santé de la femme. Dans ces situations de dissimulation forcée, l'annonce d'un diagnostic de maladie sexuellement transmissible (y compris d'infection à VIH) risque d'être suivie d'une absence totale de prise en charge médicale, avec des conséquences redoutables pour la santé reproductive, voire le pronostic vital de la victime.

Les violences conjugales au cours de la grossesse ne sont pas un phénomène exceptionnel : elles concernent, dans tous les pays industrialisés, entre 4% et 8% des grossesses [22]. Ce pourcentage atteint 11% dans une étude Suédoise, et dépasse même les 20% si on inclut les menaces et les violences non physiques [23]. Dans une étude Britannique, la grossesse apparaît comme un véritable facteur de risque de violence : les femmes enceintes ont un risque 2 fois plus élevé d'en être victime que les autres (y compris après ajustement sur l'âge, le statut marital et le statut d'emploi) [24]. En plus des pathologies précédemment citées, de telles violences peuvent être responsables, dans les cas les plus sévères, d'interruptions de grossesse et/ou d'accouchements prématurés. Une méta-analyse de 14 études publiées en Europe et en Amérique du Nord retrouve une association faible mais significative entre violences conjugales pendant la grossesse et bas poids de naissance (odds ratio = 1,4, IC95% = [1,1 – 1,8]) [25]. Là aussi, d'autres types de violence que physiques peuvent être en cause, comme par exemple un régime alimentaire contraint pour empêcher la femme de prendre du poids, ou la consommation imposée de drogues ou de toxiques.

Enfin, la mort peut être l'issue ultime de la violence conjugale : sur un échantillon de 441 cas en 7 ans, 31 % des homicides de femmes reçus à l'Institut Médico-légal de Paris sont perpétrés par le mari de la femme, 20 % par son partenaire sexuel et dans seulement 15 % des cas le meurtrier est inconnu de la victime [26]. Ces chiffres sont très proches des statistiques Nord-américaine, où 40% à 60% des meurtres de femmes sont perpétrés par leur partenaire masculin [27]. La mortalité totale liée à ces violences reste inconnue dans la plupart des pays : à ces décès par homicide faudrait-il, en effet, ajouter les décès par suicide des femmes victimes et la fraction de mortalité maternelle associée aux violences faites aux femmes enceintes.

La violence conjugale atteint aussi les enfants. Le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux mêmes maltraités serait de 6 à 15 fois plus élevé [28], qu'il s'agisse de violences psychologiques ou physiques [29,30]. Il peut en résulter des troubles somatiques (lésions traumatiques, troubles sphinctériens, troubles de l'audition ou du langage, retard staturo-pondéral), des troubles du comportement et de la conduite (agressivité, violence, fugues, délinquance, désintérêt ou surinvestissement scolaire, idées suicidaires et tentatives de suicide, toxicomanie), des troubles psychologiques (troubles du sommeil, de l'alimentation, des symptômes anxio-dépressifs, syndrome post-traumatique) [31,32]. L'enfant est d'ailleurs parfois utilisé, consciemment ou non, par sa mère comme un intermédiaire pour demander de l'aide au médecin.

De même que bon nombre d'autres acteurs, les professionnels de santé ont donc un rôle important à jouer. Pourtant, en France, les médecins ne sont pas encore très sensibilisés à ces questions, sans doute parce que la prise de conscience de leur importance en santé publique (et d'abord de leur fréquence) a été assez tardive dans notre pays [33] et que, de ce fait, la formation des professionnels de santé sur le thème des violences conjugales est quasi inexistante. Peu d'études ont montré un réel investissement des professionnels de santé face à ce problème et les données françaises sur les pratiques médicales en matière de violence conjugale restent quasi inexistantes.

LA PRISE EN CHARGE EN MEDECINE DE PREMIER RECOURS

Les professionnels de santé sont souvent le premier interlocuteur des femmes victimes quand celles-ci, malgré leur peur et leur honte, ont la possibilité de se confier à quelqu'un. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France le confirme : les femmes victimes d'agressions physiques (en général) dans l'année écoulée se sont confiées en premier lieu à un médecin (24% des cas), avant la police et la gendarmerie (13% des cas), la justice ou des associations⁶.

Le récent rapport Henrion [34] rappelle que 3 catégories de médecins sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de violence : les médecins généralistes libéraux, les urgentistes hospitaliers et l'ensemble des gynécologues et gynécologues-obstétriciens, en particulier en médecine libérale, en maternité et dans les centres d'orthogénie et de planning familial, ainsi que les médecins des services de Protection maternelle et infantile. D'autres professionnels sont aussi concernés : les sages-femmes, les pédiatres, les chirurgiens en traumatologie, les intervenants spécialisés dans les différentes addictions (notamment les alcoologues) et les médecins du travail.

Pour tous ces professionnels, le rapport décline des recommandations en 3 points : l'accueil et l'écoute, le dépistage des violences, l'évaluation de la gravité des conséquences somatiques, gynécologiques et psychologiques des violences. Concernant le dépistage systématique des violences, un auteur Britannique concluait récemment qu'il était « prématuré du fait de sa faible acceptation par les femmes » [35] parce que 20% des femmes consultant son échantillon de médecins généralistes n'aimeraient pas être interrogées à ce sujet. Dans notre réponse [36], nous soulignons que ce taux d'acceptation spontanée (d'une pratique nouvelle, non encore intégrée, ni par les médecins ni par leurs patientes) nous semblait au contraire extrêmement élevé et encourageant. Alors que des données Canadiennes estiment que moins de 25% des femmes victimes osent en parler spontanément à leur médecin³ et que, selon d'autres auteurs, la prévalence de la violence conjugale dans leur clientèle serait 10 fois plus élevée que ne le perçoivent les médecins [37], un tel dépistage actif nous semble relever d'une bonne pratique de la médecine de premier recours et ceci d'autant plus que des études Nord-américaine concluent aux bonnes performances – en terme de sensibilité et de spécificité – de ce type de dépistage par un simple interrogatoire[38,39,40]. Dans tous les cas, quelques questions simples peuvent suffire à entamer un dialogue avec les patientes pour entamer une démarche de dépistage actif et systématique, comme par exemple : « Vous entendez-vous bien avec votre mari ? », « Vous disputez-vous avec lui? Que se passe-t-il alors ? », « Qu'est-ce qui vous rend triste ? », « De nombreuses patientes me disent avoir été plus ou moins maltraitées par quelqu'un de proche. Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? », etc [34]. Aux Etats-Unis, 26% des gynécologues obstétriciens femmes et 19% des gynécologues obstétriciens hommes pratiquent aujourd'hui un dépistage actif et systématique de la violence domestique [41] et, depuis plus de dix ans, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande vivement le dépistage systématique de la violence conjugale chez toutes les patientes [42,43].

Concernant la prise en charge des violences conjugales en médecine générale, une étude réalisée en 1999 par l'Institut de l'Humanitaire auprès d'un échantillon aléatoire (stratifié sur le sexe et le département d'exercice) de la population des médecins généralistes de la région Ile de France, constitué par l'Union Régionale des Médecins exerçant à titre libéral, apporte quelques réponses [44]. Malgré le taux de réponse – faible (23,5 %) mais pas inhabituel pour une enquête transversale par voie postale - certains résultats méritent d'être signalés : près de 60% des médecins répondants déclarent avoir reçu en consultation au cours des 12 derniers mois, des patientes de plus de 18 ans victimes de violence conjugale. Parmi les médecins qui déclarent suivre des patientes violentées, moins de 8 % effectuent un dépistage actif. Dans la très grande majorité des cas (85 %), c'est la femme elle-même qui se signale comme victime de violence conjugale. Dans 5 % des cas, les praticiens s'en tiennent à des soupçons et dans 2% des cas, ils le savent par une tierce personne.

Lors de la consultation qui a permis de découvrir la violence conjugale, 50% des femmes consultaient pour avoir un certificat médical, 40% pour des troubles psychologiques, 31% pour des lésions traumatiques, et 31% pour une prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'hypnotiques ou d'antalgiques. Les autres motifs de consultation étaient les suivants : demande de soins pour le mari ou les enfants (7%), recherche d'informations sur la violence conjugale, les associations ou les démarches administratives (6%), abus de substances (tabac, alcool ou drogues : 5%), affections génitales (2,5%) et suivi de grossesse (1%). Le type de violence est

(déclarée) connue par 98% des médecins. D'après eux, la violence physique concerne trois-quarts des patientes (73%), 64% des femmes subissent des violences verbales, 52% des violences psychologiques et 23 % des violences économiques. La violence sexuelle est la forme de violence la moins rapportée (15% des cas). Ce constat rejoint celui d'une étude italienne menée auprès de 668 médecins [45], sans laquelle 57 % d'entre eux considéraient les signes physiques comme le principal motif de suspicion de maltraitance et 33%, les problèmes psychologiques et émotionnels.

Avant l'intervention du médecin, une majorité de patientes n'ont pas de contacts avec d'autres professionnels : 60% n'ont eu aucun contact avec une association, 53% n'ont pas eu avec un travailleur social. La police est l'institution qu'elles contactent le plus fréquemment d'elles mêmes (40%). Les médecins orientent principalement leurs patientes vers un(e) psychologue (52%) et vers la police ou la gendarmerie (56%). Ainsi, chez les 60% de patientes n'avaient jamais contacté une association, c'est seulement dans moins d'un quart des cas (23%) que les médecins les ont orientées vers ce type de structure et les résultats sont semblables concernant le recours à un travailleur social. Enfin, 19% sont orientées par le médecin vers une autre structure médicale. Au total, les trois-quarts des médecins n'ont aucun contact avec les autres professionnels qui sont susceptibles d'aider la patiente et la moitié (45%) ne savent pas si les patientes ont consulté auprès d'autres structures sanitaires.

Une grande majorité (60%) des médecins déclarent ne pas se sentir suffisamment formés pour bien repérer et prendre en charge les femmes victimes de violence conjugale. En revanche 80% d'entre eux s'estiment suffisamment formés pour rédiger un certificat médical (et 71% en ont effectivement rédigé un au cours de la consultation qui a fait découvrir la violence). Interrogés sur les difficultés rencontrées lors du repérage et du suivi des femmes maltraitées, l'absence de symptômes cliniques spécifiques à la violence conjugale et de "profil type" de la femme victime est le principal obstacle évoqué par les médecins (73%). La dissimulation par la femme de sa situation est également évoquée comme une difficulté par plus de quatre médecins sur cinq (83%), tout comme le refus de la patiente d'être aidée, qui pose problème à un médecin sur deux (54%). Enfin, 21 % des médecins déclarent manquer de temps et de disponibilité pour s'occuper des victimes et 47 % ont un sentiment d'impuissance face à la violence conjugale.

CONCLUSION

Globalement, dans l'ensemble des pays industrialisés – mais peut être particulièrement en France - les médecins de premier recours (généralistes, gynécologues, urgentistes) restent assez démunis, isolés et solitaires dans le suivi et la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale alors que, au contraire, il semble que seule une réelle coordination entre les différents professionnels qui interviennent auprès de ces femmes améliorerait les réponses qui leurs sont apportées [46], d'une part, et parviendrait, du point de vue des médecins, à dépasser le sentiment d'impuissance que la moitié d'entre eux soulignent dans notre étude.

La violence conjugale est considérée aujourd'hui comme un problème de santé publique face auquel les médecins doivent se mobiliser pour améliorer leurs pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes maltraitées et de

leurs enfants. Cette amélioration passe par leur sensibilisation et leur formation professionnelle sur ce sujet, ainsi que par l'instauration d'une prise en charge au minimum partenariale – et au mieux en réseaux constitués - avec la police, la justice, les travailleurs sociaux et les associations. Ce point de vue rejoint d'ailleurs les recommandations faites en février 2001 par le rapport Henrion (voir en Annexe). En ce qui concerne l'information des professionnels de santé, une initiative française soutenue par le Programme Daphné de la Commission Européenne est à l'origine d'une site Internet en 5 langues (www.sivic.org) qui les informe sur la violence conjugale et ses impacts en matière de santé, et donne des recommandations pratiques pour le repérage et la prise en charge des femmes et des enfants dans chaque spécialité médicale. Ce travail est poursuivi en 2002 par le développement d'une surveillance sentinelle européenne des pratiques médicales vis-à-vis de la violence conjugale dans différents pays européens qui recueille et diffusera, sur Internet, des données comparatives en Europe.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Madame Viviane Monnier, la Fédération Nationale « Solidarité Femmes » et les membres du groupe de travail européen Sivic.

ANNEXE : Dix actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement

(d'après le rapport au Ministre chargé de la Santé réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le Professeur Roger HENRION, Février 2001 [34]).

1. Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé. Les inciter à dépister les violences conjugales au moindre soupçon. Mettre à leur disposition des fiches techniques simples rappelant les questions à poser pour dépister les violences, la manière de rédiger les certificats, l'importance d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter la patiente au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.
2. Evaluer dans des sites déterminés des stratégies pilotes de dépistage systématique lors des consultations médicales et apprécier le bien-fondé de cette conduite.
3. Inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, celui des centres de planning familial et des centres de protection maternelle et infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales. Identifier dans les services de maternité "un référent" qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité. Eventuellement, constituer une cellule polyvalente psychosociale assurant l'accueil et l'orientation des femmes vers les différents services concernés.
4. Faire connaître le site Internet www.sivic.org de l'Institut de l'Humanitaire.
5. Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit.

6. Etablir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles devraient faire partie de l'accréditation et être adaptés à l'activité de l'établissement.
7. Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de 1ère intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes.
8. Assurer une participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.
9. Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants.
10. Recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Collective. - *Report on the fourth World conference on women, Beijing, 4-15 September 1995*. New York, United Nations, 1996, 218 p.
- [2] Watts C., Zimmerman C. - Violence against women, global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359, 1232-1237.
- [3] Rodgers K. - Wife assault, the findings of a national survey. *Juristat*, 1994, 14,1-22
- [4] Straus M.A., Gelles R.J. - Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *J Marriage Family*, 1986, 48, 465-79.
- [5] Romkens R. - *Violence in heterosexual relationships , a national research into the scale, nature, consequences and background*. Amsterdam, Foundation for a scientific Research on Sexuality and Violence, 1989, 125 p.
- [6] Collectif. - *Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France*. Paris, Secrétariat d'état aux Droits des Femmes, 2000, 15 p.
- [7] Collectif. - *Viols et autres agressions sexuelles*. Paris, Délégation Régionale aux Droits des Femmes, 1999, 152 p.
- [8] Anonymous. - *Violence against women, a priority health issue*. Geneva, World Health Organization, 1997, 28 p.
- [9] Wisner C.L., Gilmer T.P., Saltzman L.E., Zink T.M. - Intimate partner violence against women, do victims cost health plans more? *J Fam Pract*, 1999, 48, 439-443.
- [10] Campbell J.C., Lewandowski L. - Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*, 1997, 20, 353-374.
- [11] Astin M.C., Ogland-Hand S.M., Coleman E.M. - Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women, comparisons with maritally distressed women. *J Consult Clin Psychol*, 1995, 63,308-12.
- [12] Campbell J.C., Pliska M.J., Taylor W., Sheridan D. - Battered women's experiences in the emergency department. *J Emergency Nursing*, 1994, 20, 280-8.
- [13] Post R.D., Willet A.B., Franks F.G., et al. - A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 1980, 137,974-5.

- [14] Golding J.M. - Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders, a meta-analysis. *J Fam Viol*, 1999, 14, 99-132.
- [15] Hilberman E., Munson K. - Sixty battered women. *Victimology*, 1977, 2, 460-71.
- [16] Rounsaville B., Weissman M.M. - Battered women, a medical problem requiring detection. *Int J Health Services*, 1979, 9, 461-93.
- [17] Parsons L.H., Zaccaro D., Wells B., Stovall T.G. - Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecologic patients for domestic violence. *Am J Obstet Gynecol*, 1995, 173, 381-7.
- [18] Stark E., Flitcraft A. - Spouse abuse. In, Rosenburg, Fenley, eds. *Violence in America, a public health approach*. New-York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84.
- [19] Campbell J.C. - Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359, 1331-1336.
- [20] Brookoff D., O'Brien K.K., Cook S., Thompson T.D., William C. - Characteristics of participants in domestic violence. *JAMA*, 1997, 277, 1369-1373.
- [21] McCauley J., Kern D.E., Kolodner K., et al. - The "battering syndrome", prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. *Ann Intern Med*, 1995, 123, 737-746.
- [22] Saurel-Cubizolles M.J., Blondel B., Lelong N., Romito P. - Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex*, 1997, 25, 159-164.
- [23] Widding L., Grimstad H., Moller A., Schei N., Janson P.O. - Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999, 78, 310-315.
- [24] Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Chung W.S., Moorey S., Feder G. - Identifying domestic violence, cross sectional study in primary care. *BMJ*, 2002, 324, 271-276.
- [25] Murphy C.C., Schei B., Myhr T.L., Du Mont J. - Abuse, a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Can Med Assoc J*, 2001, 164, 1567-1572.
- [26] Lecomte D., Tucker M.L., Fornes P. - Homicide in women, a report of 441 cases from Paris and its suburbs over a 7-year period. *J Clin Forensic Med*, 1998, 5, 15-6
- [27] Brock K., Stenzel A. - *When men murder women, an analysis of 1997 homicide data*. Washington DC, Violence Policy Center, 1999.
- [28] Rosalind J., Robert O., Isaac N.E. - Response to battered mothers in the pediatric emergency department, a call for an interdisciplinary approach to family violence. *Pediatrics*, 1997, 99, 186-92.
- [29] Campbell J.C. - Child abuse and wife abuse, the connections. *Med Medicine J*, 1994, 43, 349-50.
- [30] McKay M.M. - The link between domestic violence and child abuse, assessment and treatment considerations. *Child Welfare*, 1994, 73, 29-39.
- [31] Graham-Bermann S.A., Levendosky A.A. - Traumatic stress symptoms in children of battered women, *J Interpersonal Violence*, 1998, 13, 111-28.
- [32] Kolbo J.R., Blakely E.H., Engleman D. - Children who witness domestic violence, a review of empirical literature. *J Interpersonal Violence*, 1996, 11, 281-93.
- [33] Chauvin P., Lebas J. - Des pratiques de soins à renouveler. In, Lebas J., Chauvin P. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1998, pp. 12-17.

- [34] Henrion R., ss la direction. - *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé , rapport au Ministre chargé de la Santé*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001.
- [35] Richardson J., Coid J., Petruckevitch A., Chung W.S., Moorey S., Feder G. - Identifying domestic violence, cross sectional study in primary care. *BMJ*, 2002, 324, 274.
- [36] Morvant C., Lebas J., Chauvin P. - Primary care practices regarding domestic violence, a European sentinel network. *BMJ*, 2002, 324, in press.
- [37] Stark E., Flitcraft A. - Violence among intimates, an epidemiological review. In, Hasselt, Morrison, Hersen, eds. *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press, 1988, pp. 293-318.
- [38] Ferris L.E., Norton P.G., Dunn E.V., et al. - Guidelines for managing domestic abuse when male and female partners are patients of the same physicians. *JAMA*, 1997, 278, 851-857.
- [39] Kilpatrick D., Resnick H., Acierno R. - Health impact of interpersonal violence, implications for clinical practice and public policy. *Behav Med*, 1997, 23, 79-85.
- [40] McNutt L.A., Carlson B.E., Rose I.M., Robinson D.A. - Partner violence intervention in the busy primary care environment. *Am J Prev Med*, 2002, 22, 84-91.
- [41] Collective. - *The battered woman*. Washington, American College of Obstetrics and Gynecology, Technical Bulletin no. 124, 1989.
- [42] Collective. - *Clinical aspects of domestic violence for obstetricians/gynecologists*. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1994.
- [43] Collective. - *Domestic Violence*. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists, Technical Bulletin no. 209, 1995.
- [44] Morvant C., Lebas J., Chauvin P. - *Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale , un état des lieux des pratiques en Ile-de-France*. Paris, Institut de l'Humanitaire, 2000, 25 p.
- [45] Gonzo L. - *Violenza alle donne , la cultura dei medici e degli operatori*. Bologna, Comune di Bologna, 1995, pp.1-14.
- [46] Romito P. - *La réponse des institutions sanitaires et sociales à la violence à l'encontre des femmes*. Rapport final Initiative Européenne Daphné, Trieste, 1999, 61p.

