



HAL
open science

Etude des profils des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et les caractéristiques de la violence subie

Gethro Borgelyn

► **To cite this version:**

Gethro Borgelyn. Etude des profils des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et les caractéristiques de la violence subie. Santé publique et épidémiologie. Université Mohamed Premier - Oujda (Maroc), 2019. Français. NNT: . tel-02950082

HAL Id: tel-02950082

<https://hal.science/tel-02950082>

Submitted on 27 Sep 2020

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

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



UNIVERSITE MOHAMMED PREMIER
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE



OUJDA

Année : 2019

Thèse N° 028/19-20

Etude des profils des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et les caractéristiques de la violence subie

THÈSE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30/10/2019

PAR

Mr. Gethro BORGELYN

Né le 07/07/1990 à Delmas

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Violences, genre, victimes, Traumatismes, Agressions, conjugal

JURY

Mr. Ahmed MIMOUNI	PRESIDENT
Professeur de l'Enseignement Supérieur en Gynécologie-Obstétrique.	
Mme. Hanane SAADI	RAPPORTEUR
Professeur Agrégé en Gynécologie-Obstétrique.	
Mme. Bouchra ONEIB	} JUGES
Professeur Agrégé en Psychiatrie.	
Mme. Naima ABDA	} CO-RAPPORTEUR
Professeur Agrégé en Médecine Communautaire.	
Mme. Fadila Ait BOUGHIMA	
Professeur Agrégé en Médecine Légale.	



Université Mohammed premier
Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda

DOYEN HONORABLE

Pr. AZZOUZI ABDERRAHIM

VICE DOYENNE CHARGE DES AFFAIRES PEDAGOGIQUES

Pr. BENTATA YASSAMINE

VICE DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Pr. SEKHSOUKH RACHID

SECRETARE GENERAL

Mr. BOURKANE AHMED

Liste des professeurs de la faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda

Nom & Prénom	Cadre	Spécialité sur Concours
Abderrahim AZZOUZI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Anesthésie-Réanimation
Mohammed HARRAG	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Pneumophtisiologie
Imane KAMAOUI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie
Yassamine BENTATA	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Physiologie
Ayat Allah OUFKIR	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Plastique
Loubna MEZOUAR	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiothérapie
Driss EL AZZOUZI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Pédiatrique
Said AFQIR	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Oncologie Médicale
Hicham YACOUBI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Traumatologie-Orthopédie
Faycal Moufid	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Neurochirurgie
Khalid SERRAJ ANDALOUSSI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Médecine Interne
Abdelkader HAKKOU	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Biochimie
Abdelkrim DAOUDI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Traumatologie-Orthopédie
Ahmed MIMOUNI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gynécologie-Obstétrique
Mohammed BOUZIANE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Anatomie
Imane SKIKER	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Radiologie
Mohamed BELLAOUI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Biologie
Rachid SEKHSOUKH	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Ophtalmologie
Noha EL OUAFI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Cardiologie
Ayat Allah OUFKIR	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Plastique
Omar El Mahi	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Mohammed CHOUKRI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chimie-Biochimie
Adnane BENZIRAR	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Ihsan ALLOUBI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Thoracique
Brahim Housni	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Anesthésie-Réanimateur
Noureddine OUALALI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Anatomie
Mohammed Rachid GHAILAN	Professeur de l'Enseignement Supérieur	ORL
Mohamed BELAHCEN	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Pédiatrique
Siham DIKHAYE	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Dermatologie

Tijani El Harroudi	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Générale
Housain BENHADDOU	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Chirurgie Pédiatrique
ZAH I ISMAILI	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Gastroentérologie
Linda ICHCHOU	Professeur de l'Enseignement Supérieur	Rhumatologie
Saad BENKIRANE MTITOU	Professeur Agrégé	Gynécologie-Obstétrique
Nada ZIZI	Professeur Agrégé	Dermatologie
Siham HAMA Z	Professeur Agrégé	Médecine Interne
Intissar HADDIYA	Professeur Agrégé	Néphrologie
Wafaa KHANNOUSSI	Professeur Agrégé	Gastroentérologie
Najib ABDELJAOUAD	Professeur Agrégé	Traumatologie
Fahd EL AYOUBI EL IDRIS SI	Professeur Agrégé	ORL
Badr SERJI	Professeur Agrégé	Chirurgie Générale
Ahmed Amine EL OUMRI	Professeur Agrégé	Médecine physique
Noufissa BENA JIBA	Professeur Agrégé	Pédiatrie
Hamid MADANI	Professeur Agrégé	Anesthésie-Réanimation
Zineb ALAMI	Professeur Agrégé	Pharmacie-Industrielle
Nabila ISMAILI	Professeur Agrégé	Cardiologie
Ali SBAI	Professeur Agrégé	Radiothérapie
Habiba BENNESSER ALAOU I	Professeur Agrégé	Médecine Interne
Amine EL MEKKAOU I	Professeur Agrégé	Gastroentérologie
Rim AMRANI	Professeur Agrégé	Pédiatrie
Yassine MEBROUK	Professeur Agrégé	Neurologie
Sami aziz BRAHMI	Professeur Agrégé	Oncologie Médicale
Rachid SEDDIK	Professeur Agrégé	Hématologie biologique
Hanane SAADI	Professeur Agrégé	Gynécologie-Obstétrique
Maria RKAIN	Professeur Agrégé	Pédiatrie
Hanane LATRECH	Professeur Agrégé	Endocrinologie
Hayat BERKHLI	Professeur Agrégé	Anesthésie-Réanimation
Adil MALEB	Professeur Agrégé	Biologie-Microbiologie
Naima ABDA	Professeur Agrégé	Medecine Communautaire
Fatima EL GHAZOUANI	Professeur Agrégé	Psychiatrie

Maryam FOURTASSI	Professeur Agrégé	Médecine physique
Hanane HADJ KACEM	Professeur Agrégé	Radiologie
Omar AGOUMI	Professeur Agrégé	Traumato-orthopédie
Abdeladim BABA KHOUYA	Professeur Agrégé	Pédiatrie
Ali BARKI	Professeur Agrégé	Urologie
Mohammed BARRIMI	Professeur Agrégé	Psychiatrie
Zakaria BAZID	Professeur Agrégé	Cardiologie
Ghizlane KHARRASSE	Professeur Agrégé	Gastroentérologie-Entérologie
Hatim KOUISMI	Professeur Agrégé	Pneumophtisiologie
Bouchra ONEIB	Professeur Agrégé	Psychiatrie
Younès LAZGUET	Professeur Assistant	Radiologie
Nabil RAOUZI	Professeur Assistant	Neurochirurgie
Azeddine LACHKAR	Professeur Assistant	O.R.L
Abdelouhab AMMOR	Professeur Assistant	Chirurgie Pédiatrique
Adil EABDENBITSEN	Professeur Assistant	Anatomie
Amal BENNANI	Professeur Assistant	Anatomie Pathologique
Sahar MESSAOUDI	Professeur Assistant	Pédiatrie
Merouane NOUR	Professeur Assistant	Chirurgie pédiatrique
Houda BACHIR	Professeur Assistant	Médecine Interne
Asmae MAADANE	Professeur Assistant	Ophtalmologie
Mariam TAJIR	Professeur Assistant	Génétique médicale
Siham CHARIBA	Professeur Assistant	Ophtalmologie
Hamida AZZOUZI	Professeur Assistant	Rhumatologie
Safa ARIB	Professeur Assistant	Anesthésie réanimation
Hafsa TAHERI	Professeur Assistant	Gynécologie-Obstétrique
Rachid MAROUF	Professeur Assistant	Chirurgie Thoracique
Mohamed KHOULALI	Professeur Assistant	Neurochirurgie

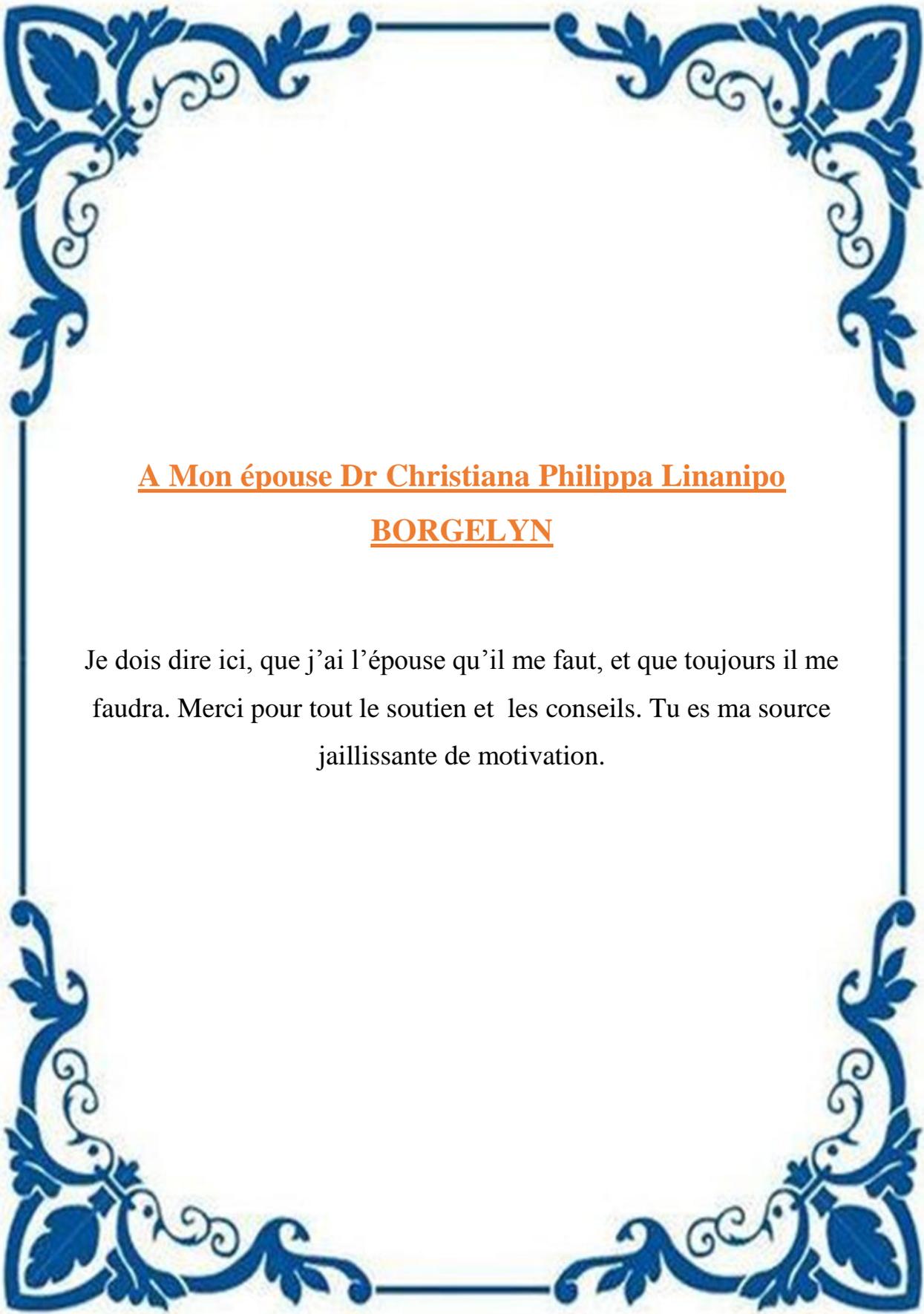
Dédicaces



A decorative blue floral border with intricate scrollwork and leaf patterns, framing the central text.

A Dieu

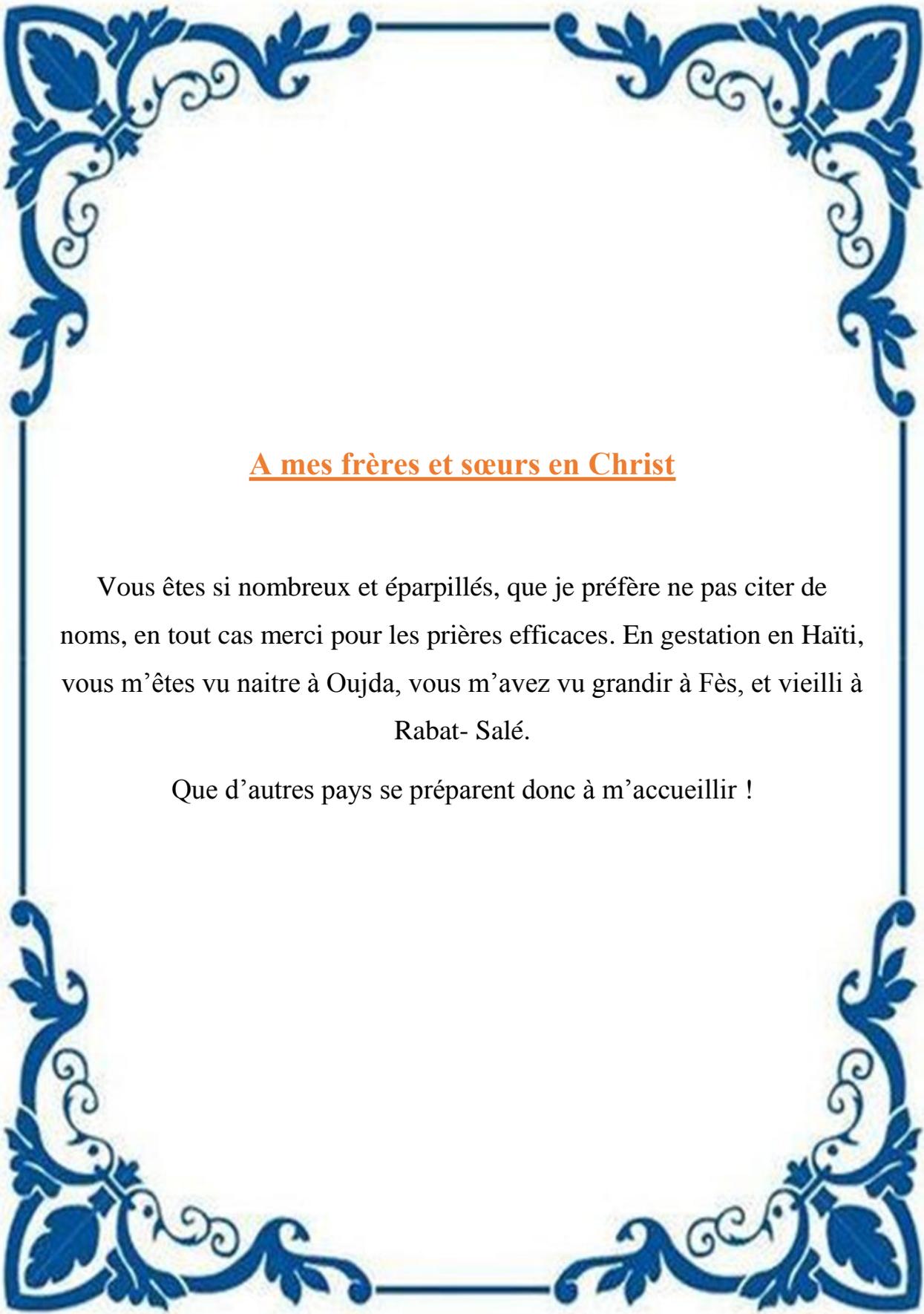
Je remercie Le Dieu Tout Puissant et Fort, révélé en Jésus-Christ qui m'a soutenu tout au long du Chemin, les mots pour exprimer ma reconnaissance envers lui ne suffiraient jamais. Il est le roc séculaire pour mon cœur lassé, mon abri tutélaire lorsque les flots mugissent, écument, se soulèvent jusqu'à faire trembler les montagnes.

A decorative blue border with intricate floral and scrollwork patterns, framing the central text. The border consists of four ornate corner pieces connected by thin horizontal and vertical lines.

A Mon épouse Dr Christiana Philippa Linanipo

BORGELYN

Je dois dire ici, que j'ai l'épouse qu'il me faut, et que toujours il me faudra. Merci pour tout le soutien et les conseils. Tu es ma source jaillissante de motivation.



A mes frères et sœurs en Christ

Vous êtes si nombreux et éparpillés, que je préfère ne pas citer de noms, en tout cas merci pour les prières efficaces. En gestation en Haïti, vous m'êtes vu naître à Oujda, vous m'avez vu grandir à Fès, et vieilli à Rabat- Salé.

Que d'autres pays se préparent donc à m'accueillir !



Au Doyen de la FMPO :

Professeur Abderrahim AZZOUZI

Vous avez toujours eu un regard particulier sur moi, aujourd'hui le devoir m'appelle à vous faire un retour par un merci fleurissant.

Merci pour les derniers instants !

Dédicaces

Je dédie ce travail :

- *A ma très chère épouse, Dr Christiana Philippa L. BORGELYN qui chaque jour me soutient ! je t'aime inconditionnellement !*
- *A ma maman Rosette DECOT pour tous les sacrifices que tu as faits pour moi. Je t'aime très fort !*
- *A mon père Claude BORGELYN, pour tout l'amour et les prières.*
- *A ma sœur Floraltana BELLAMY , la première qui a cru en moi*
- *A ma fille Dorothée Rhoseth BORGELYN et tous les autres enfants que je mettrai au monde après par la grâce de Dieu !*
- *A tous les membres de ma famille !*
- *A ma belle-famille, pour votre confiance !*
- *A Julie Chérisca et famille, à la famille Desmornes, à Déristil Richelieu, à Prom'Orion, au CODOSA,*
- *A Moise Dieuveulhomme, RIP*
- *A tous les étudiants étrangers de la FMPO*
- *A tous les haïtiens vivants au Maroc*
- *A tous mes Collègues : Latifa Boukhidous, Dominique Boittrin, Sara Bouabdella,, Aboubacar Lawan Abdou, Bella Islam, G2*
- *UN grand merci à Xavier BADEMA, mon frère et ami !*

« La violence, sous quelque forme qu'elle se manifeste, est un échec. Elle est injuste d'où qu'elle vienne. »

Jean-Paul Sartre

« On ne doit jamais battre une femme même avec une fleur ! »

Jean Anouilh

« Coups de poing sur la table, roulement des yeux, tapages de pieds, blasphèmes, sont les arguments de ceux qui n'en n'ont pas. »

Félix Leclerc

Remerciements





A ma merveilleuse encadrante de thèse :

Professeure Fadila Ait BOUGHIMA

Je l'ai rencontrée une fois à la fin d'un cours qu'elle avait fini de dispenser brillamment, je me suis approché d'elle pour lui faire part de mon projet de soutenir ma thèse et de lui demander si elle accepterait de m'encadrer, nous avons échangé nos e-mails pour en discuter davantage, et depuis lors mon attachement s'en va en grandissant.

Professeure Fadila Ait BOUGHIMA, vous êtes la meilleure. Merci pour votre disponibilité et votre rigueur. Avec vous, on recommence pour être meilleur !

A professeur Rachid RAZINE

Responsable du laboratoire de santé publique, FMPR

Merci d'avoir disposé le laboratoire qui nous a permis de faire l'analyse des données recueillies.

A la Professeure Hanane Saadi

Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Oujda

Merci d'avoir accepté d'être Co-rapporteur de ce travail et merci pour vos apports
et améliorations.

Au professeur Mohammed HARRAG

Quel est l'étudiant que vous avez encadré en stage et qui ne serait pas capable d'honorer votre discipline, votre sens de responsabilité. Merci pour tout.

A tous les professeurs de la FMPO

Au staff technique et administratif de la FMPO

Au personnel d'entretien de la FMPO

Liste des abréviations

MDSFS : Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité.

ENPVEF : Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes.

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

ITT : Incapacité Totale de Travail.

LBRCE : Laboratoire de Biostatistique, Recherche Clinique et Epidémiologie.

ATCD : Antécédent

CM : Certificat médical

PD : Procédure Judiciaire

HCP : Haut-Commissariat au Plan

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

UPFEVV : Unité de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence

CSP : catégories socio-professionnelles

OIT : Office International du Travail

MDSFS : Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CEN : Centre d'Ecoute Nationale

CSF : Contexte de la Sexualité en France

FNSFF : Fédération Nationale de la Solidarité des Femmes en France

ADN : Acide Désoxyribonucléique

REFELA : Réseau des Femmes Elues Locales d'Afrique

Liste des tableaux

Tableau I: Actes classés les plus graves subis dans un lieu public (en %)	30
Tableau II: Actes classes les plus graves subis dans le contexte conjugal en (%)	31
Tableau III: Adhésion du Maroc aux instruments internationaux relatifs aux droits humains	40
Tableau IV: Tableau groupant certains facteurs de risque d'être violent chez l'auteur de l'agression	64
Tableau V: Type de violence sexuelle en %	65
Tableau VI : Motifs liés aux violences conjugales	66
Tableau VII: Reactions des femmes face aux violences	67
Tableau VIII: Tableau comparatif montrant le pourcentage de femmes mariées victimes de violence conjugale au sein du service de médecine légale de Rabat et de Dakar	69
Tableau IX: Tranche d'âge des femmes violentées par pays	70
Tableau X: Sexe des agresseurs dans notre étude en celle de l'OMS (2002)	71
Tableau XI: Pourcentage de L'HABITUDE toxique chez les agresseurs	72
Tableau XII: Tableau comparatif de l'Age moyen et les ATCDs des auteurs de violences	73
Tableau XIII: Pourcentage des femmes violentées dans les lieux publics	74
Tableau XIV: Tableau comparatif de différentes formes de violence en %	75
Tableau XV: Pourcentage de la violence intraconjugale	75

Liste des figures

Figure 1: Who study on health women and Domestic Violence, 2005 (13)	28
Figure 2: Cycle de la violence selon walker	33
Figure 3: Les différents types de violences	59
Figure 4: Etat matrimonial des femmes violentées	59
Figure 5: Niveau scolaire des femmes violentées	60
Figure 6: Profession des femmes violentées	60
Figure 7: Femmes victimes et habitudes toxiques	60
Figure 8: Nombre d'enfant des femmes violentées	61
Figure 9: Antecedents de violences anterieures	61
Figure 10: Lien entre l'agresseur et la victime	62
Figure 11: Niveau scolaire des agresseurs	63
Figure 12: Addictions des agresseurs	63
Figure 13: Etat de l'agresseur au moment de l'agression	64
Figure 14: Lieu des violences faites aux femmes	65
Figure 15: Caractère répétitif de la violence au sein des couples	66
Figure 16: Temps de réaction des victimes de violences conjugales	67
Figure 17: Nombre d'enfants témoins des violences conjugale	67

Table des matières

PARTIE A : ELEMENTS DE THEORIE	24
INTRODUCTION.	25
I. Généralités sur les violences faites aux femmes	27
1. Définition	27
2. Données épidémiologiques.....	28
2.1. Données mondiales	28
2.2. Données régionales	29
2.3. Au Maroc	29
3. Le cycle et le mécanisme de la violence	31
4. Les différentes formes de violences	33
4.1. Les violences verbales et psychologiques	33
4.2. Les violences physiques	34
4.3. Les violences sexuelles	34
4.4. Les violences économiques et financières	34
5. Conséquences sur la santé de la femme	34
5.1. Atteintes traumatologiques	35
5.2. L'impact psychologique	35
5.3. Les pathologies psychiatriques	35
5.4. Les atteintes gynécologiques	36
5.5. L'obstétrique	36
5.6. Les pathologies chroniques aggravées ou déséquilibrées	39
5.7. Le décès	39
6. Conséquences sur les enfants témoins	39
II. Le cadre normatif	40
1. Engagements du Maroc sur le plan international	40
2. Législation nationale	41
III. Le rôle du médecin dans la prise en charge de violences faites aux femmes	42
1. L'accueil et l'écoute	42
2. Évaluer la gravité	44
3. Assurer les soins, les prélèvements médico-légaux et rédiger un certificat médical.....	44
3.1. Examen clinique	44
3.2. Examens complémentaires	46
4. Thérapeutiques	48

5. Rédaction du certificat médical	49
6. Prise en charge psychothérapeutique	50
7. Le signalement	50
8. Orientation de la femme	50
9. Le dépistage des violences	50
PARTIE B : ETUDE DESCRIPTIVE A PROPOS DE 107 CAS	52
I. MATERIELS ET METHODES	53
1. Type d'étude	Erreur ! Signet non défini.
2. Echantillonnage	Erreur ! Signet non défini.
3. Collecte des données	Erreur ! Signet non défini.
4. Ethique	Erreur ! Signet non défini.
5. Analyse et interprétation des données.....	Erreur ! Signet non défini.
6. Questionnaire utilisé dans le cadre de notre étude	54
II. RESULTATS	59
1. Type de violence	59
2. Profil des femmes victimes de violence	59
2.1. Etat matrimonial	59
2.2. Age des femmes victimes de violences	59
2.3. Niveau scolaire	60
2.4. Profession	60
2.5. Habitudes toxiques	60
2.6. Nombre d'enfants de femmes violentées	61
2.7. Grossesse actuelle	61
2.8. Antécédents de violences antérieures	61
3. PROFIL DES AGRESSEURS	62
3.1. Sexe des agresseurs	62
3.2. Nombres d'agresseurs par violences	62
3.3. Age des agresseurs	62
3.4. Lien entre l'agresseur et la victime	62
3.5. Niveau scolaire	62
3.6. Niveau scolaire	63
3.7. Profession	63
3.8. Habitudes toxiques	63
3.9. Certains facteurs de risque d'être violent	64

3.10. Etat de l'agresseur au moment de l'agression	64
4. Les circonstances de l'agression	65
4.1. Lieu des faits	65
4.2. Formes de violence	65
4.2.1. Violence Physique	65
4.2.2. Violence sexuelle	65
4.2.3. Violence psychologique	66
4.2.4. Violences économique et juridique	66
5. Caractéristiques de la violence intraconjugale	66
5.1. Caractère répétitif de l'agression	66
5.2. Motif des agressions	66
5.3. Temps de réaction par rapport à la dernière violence	67
5.4. Réactions aux violences antérieures	67
5.5. Type de réactions face aux violences antérieures	67
5.6. Enfants témoins de violence conjugale	67
III. DISCUSSION	68
1. L'apport de l'étude	68
2. Sur le profil des femmes victimes de violence.....	68
2.1. Sur le profil des agresseurs	71
2.2. Sur les lieux des faits	73
2.3. Sur les formes de violence	74
2.4. Sur les cas de violence intra conjugale	75
Conclusion	77
Résumé.....	Erreur ! Signet non défini.
Bibliographie	80

PARTIE A : ELEMENTS DE THEORIE

INTRODUCTION.

Les violences faites aux femmes sont un réel problème sociologique et de santé publique. Le risque d'être violenté, harcelé ou agressé concerne les femmes de tout âge, de toute race, sans tenir compte de leur niveau social et économique (1).

Ces manifestations de violences s'inscrivent dans les rapports inégaux entre les hommes et les femmes, prenant racine, dans notre histoire commune. Elles répondent à un réel processus spécifique qui est aujourd'hui connu, rendant davantage possible un accompagnement global des femmes qui les subissent. Ces violences ne sont ni une fatalité, ni un jeu. Par ailleurs, les mentalités évoluent et ces violences, sortent de l'ombre. Les lois les reconnaissent aujourd'hui et protègent davantage les femmes (2).

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la violence des hommes à l'encontre des femmes, a été établie comme un problème de société et portée sur la place publique. Auparavant, et ce depuis des siècles, cette violence avait été niée mais tolérée, admise voire légitimée et légalisée. Le fait que ces violences interviennent majoritairement dans la sphère privée a également contribué au déni de son existence (2).

De nombreux accords internationaux, parmi lesquels la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes des Nations unies, ont reconnu le droit fondamental des femmes à vivre sans violence (3).

La violence faite aux femmes est présente dans tous les milieux. Elle est le fait majoritairement de l'homme à plus de 90 à 95% selon l'OMS (4). Les femmes sont touchées par diverses formes de violence sexiste à différents stades de leur vie. En effet, la violence exercée contre une femme par un époux ou un partenaire intime de sexe masculin et les violences sexuelles présentes dans tous les contextes sont les formes les plus courantes de violence subie par les femmes dans le monde. Les filles, y compris les adolescentes, sont victimes de toutes les formes de maltraitance des enfants ainsi que des formes spécifiques de violence sexiste et de pratiques préjudiciables liées à l'inégalité des sexes et à la discrimination sexiste, il s'agit surtout de mutilations sexuelles et de mariages d'enfants.

Les facteurs de risques de la violence sont nombreux aussi bien pour la victime que pour l'agresseur. Il s'agit d'une façon générale : un faible niveau d'instruction, l'exposition à la violence inter parentale, des sévices pendant l'enfance et l'acceptation de la violence, l'utilisation nocive de l'alcool, l'acceptation de la violence et de l'inégalité entre les sexes de la part de la victime et de l'agresseur (4).

Toutes les formes de violence interpersonnelle ont des conséquences négatives sur la santé et doivent être combattues par le système de santé (5). Pour les femmes dans de nombreuses régions du

monde, la violence est l'une des principales causes de traumatismes et d'handicaps, mais aussi un facteur de risque pour d'autres problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et génésique (4). La violence a des conséquences à long terme chez ces femmes et leurs enfants, ainsi que des coûts sociaux et économiques pour la société tout entière (4).

Au Maroc, on ne dispose pas d'études de recherche méthodologique sur la prévalence de la violence faite aux femmes ainsi que ses caractéristiques et ses facteurs de risques. La seule étude menée à l'échelle nationale donnant une idée sur l'ampleur du problème est l'étude faite sur les femmes victimes de violence par le Haut-Commissariat au Plan en 2009. Cette étude avait estimé un taux de prévalence globale de la violence faite aux femmes de 55% (6).

Malgré les chiffres que nous avons, nous estimons qu'il y a encore du travail à faire. Le Programme d'action de Beijing de l'OMS recommande, entre autres, la promotion de la recherche et la collecte de données sur la prévalence de différentes formes de violence à l'égard des femmes, en particulier la violence domestique et la recherche sur les causes, la nature et les conséquences de ces violences afin de garantir une certaine efficacité des mesures mises en œuvre pour prévenir et réparer la violence faite aux femmes (7).

C'est dans ce cadre que la présente thèse sert à contribuer à la recherche sur la violence à l'égard des femmes pour combler certaines de ces lacunes afin de promouvoir une meilleure compréhension de la question dans notre contexte. Ainsi, nous décrivons le profil des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et les caractéristiques de la violence subie en nous accentuant plus particulièrement sur la violence subie dans la vie intraconjugale.

I. Généralités sur les violences faites aux femmes

1. Définition :

Il n'est pas aisé de définir en peu de mots ce qu'est la violence à l'égard des femmes, tant c'est un phénomène complexe, à formes variées et à conséquences à la fois prévisibles et imprévisibles. La violence est omniprésente dans la vie des femmes, il n'y a aucun moyen d'y échapper dans la mesure où la société a hiérarchisé les relations hommes/femmes en les distinguant respectivement en « sexe fort » et « sexe faible ». De là, aborder la définition dans le sens large du terme comporte le risque d'aller vers des détails qui éloigneraient le terme de sa signification ; de même, l'aborder de façon plus restrictive comporte le risque de ne pas prendre en compte toutes les manifestations du phénomène. Là réside toute la difficulté à définir les violences à l'égard des femmes.

C'est en 1993, lors de la conférence de Vienne sur les Droits de l'Homme, que l'Assemblée Générale des Nations Unies a précisé le contour du phénomène. La déclaration à cet effet adopte en son article 1er la définition suivante :

« Les termes « violences à l'égard des femmes » désignent tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (8).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans son Rapport mondial sur la violence et la santé en 2002, définit la violence comme : « l'usage intentionnel de la force ou du pouvoir physique, menacé ou réel, contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner des blessures, la mort, un préjudice psychologique, un mauvais développement ou des privations » (9).

Notons que la violence faites aux femmes dans la vie conjugale n'est pas un conflit de couple, ni un couple qui est en difficulté. A la différence d'un conflit de couple où il existe une relation égalitaire, une symétrie entre les deux partenaires, la violence conjugale se distingue par une asymétrie dans la relation. Dans un conflit de couple, l'identité de chacun est préservée, l'autre est respecté en tant que personne, ce qui n'est pas le cas lorsque le jeu est de dominer et d'écraser l'autre (10). Enfin le terme de « femmes battues » couramment utilisé ne rend pas compte de la totalité des violences subies puisque les pressions psychologiques, majoritairement répandues, peuvent faire autant de dégâts. C'est donc ainsi qu'on parle plutôt de femmes en très grand danger (11).

2. Données épidémiologiques

2.1. Données mondiales :

Selon l'OMS, trente-cinq pour cent (35%) des femmes, soit près d'une femme sur trois, indiquent avoir été exposée à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie. Le plus souvent, cette violence est le fait du partenaire intime. Près du tiers (30%) des femmes du monde, qui ont eu des relations de couple, signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie. En plus, pas moins de 38% des meurtres de femmes sont le fait de leur partenaire intime masculin (5).

Un rapport publié par l'Organisation mondiale de la Santé. En partenariat avec la London School of Hygiene & Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale publié le 20 juin 2013 intitulé : « Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire » relève que la violence faite par le partenaire intime est la forme la plus courante. Elle touche 30 % des femmes à l'échelle mondiale. L'étude a révélé aussi que 7,2% des femmes dans le monde ont signalé des violences sexuelles exercées par d'autres personnes que le partenaire. Lors de 48 enquêtes faites dans la population à travers le monde (12), entre 10 et 69 % des femmes ont dit avoir fait l'objet de violences physiques de la part de leur partenaire masculin à un moment ou à un autre de leur vie. La plupart des victimes d'agression physique subissent dans le temps de multiples actes de violence. En général, elles subissent également plus d'une forme de mauvais traitement.

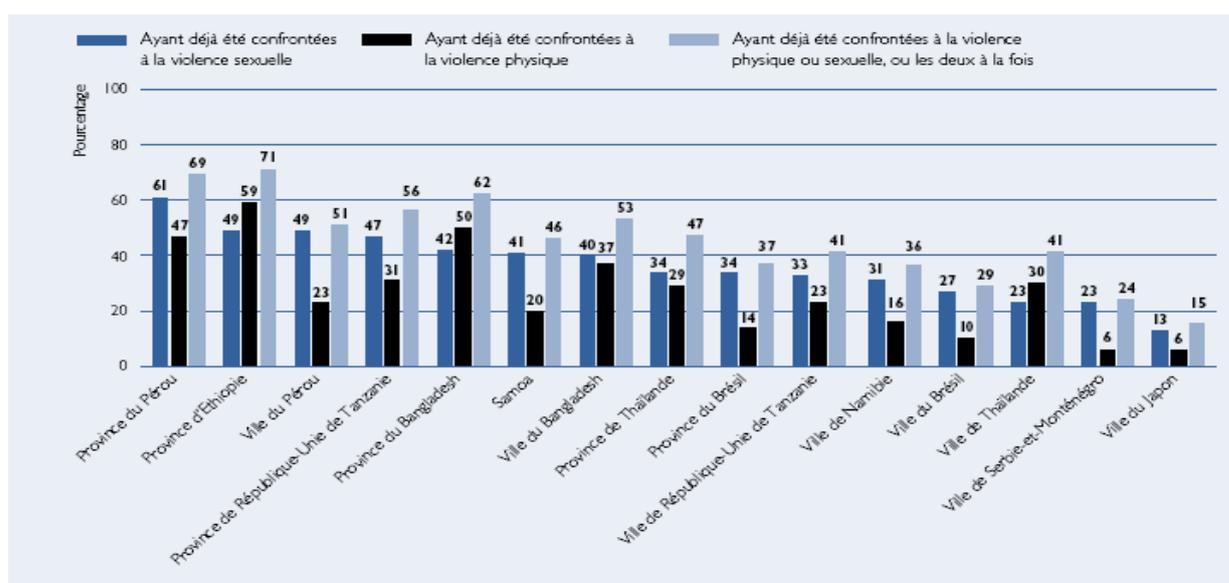


Figure 1: Who study on health women and Domestic Violence, 2005 (13)

2.2. Données régionales :

Selon l'OMS et concernant la violence faite par un partenaire intime (catégorie pour laquelle le plus de données étaient disponibles), les régions les plus touchées sont les suivantes :

- Asie du Sud-Est : prévalence de 37,7 % (sur les bases de données agrégées du Bangladesh, du Timor-Leste (Timor oriental), de l'Inde, du Myanmar, du Sri Lanka et de la Thaïlande).
- Méditerranée orientale : prévalence de 37 % (sur les bases de données agrégées de l'Égypte, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie et de la Palestine).
- Afrique : prévalence de 36,6 % (sur la base de données agrégées des pays suivants : Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, Rwanda, Swaziland, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe).

Pour les données combinées à la violence faite par le partenaire intime, la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire et ces deux phénomènes conjugués, les taux de prévalence chez les femmes de 15 ans et plus sont les suivants :

- Afrique : 45.6%
- Amérique : 36.1%
- Asie du Sud-Est : 40.2%
- Europe : 27.2%
- Méditerranée orientale : 36.4% (aucune donnée n'était disponible dans cette région pour la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire)
- Pacifique occidental : 27.9%
- Pays à revenu élevé : 32.7%

2.3. Au Maroc :

Au Maroc, les statistiques disponibles sur la violence envers les femmes ne concernent que les victimes qui ont fait des démarches auprès d'une institution : les tribunaux, les services compétents de la Police ou de la Gendarmerie Royale, les formations sanitaires, le Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité (MDSFS) par le biais du numéro vert, et les organisations non gouvernementales (centres d'écoute) opérant dans le domaine. Chacune de ces institutions compile les statistiques de son activité et intègre, parfois, des statistiques d'autres institutions. C'est le cas notamment du MDSFS qui, par la mise en place d'un système d'information institutionnel sur la violence à l'égard des femmes, collecte les données issues des activités des tribunaux, de la police, de la Gendarmerie Royale, des formations sanitaires relevant du ministère de la Santé et du numéro vert national. Dans le même sens, plusieurs associations se sont constituées en

réseaux pour compiler les informations qu'elles recueillent sur la violence à l'égard des femmes par le biais des centres d'écoute. Cependant, ces informations, bien qu'elles soient utiles, ne renseignent pas sur l'ampleur du phénomène dans la société marocaine car, d'une part, elles ne concernent que les cas déclarés auprès de ces institutions, et, d'autre part, elles ne sont pas exhaustives dans la mesure où le système d'information institutionnel n'est pas généralisé. Ainsi, les statistiques officielles disponibles souffrent du faible recours des victimes aux autorités compétentes. Entreprendre une investigation d'envergure auprès des femmes s'est donc avérée indispensable pour cerner ce phénomène, mesurer son ampleur et apporter un éclairage sur cette question qui ne cesse de prendre de l'importance en raison notamment de ses coûts sociaux et économiques. A titre indicatif, en 2009, le nombre de cas de violences signalés dans le cadre du système d'information institutionnel s'élève à près de 34000, dont 12 710 rapportés par le Centre d'Ecoute National, 7 903 par les services de la Gendarmerie Royale, 7 784 par les tribunaux, 4 340 par la Police et 1 389 par les hôpitaux (6).

L'Enquête Nationale sur la Prévalence des Violences à l'Egard des Femmes (ENPVEF), réalisée en 2009 pour la première fois au Maroc par le HCP, tente de répondre à plusieurs questions, notamment celle sur la prévalence du phénomène de la violence envers les femmes au Maroc, a estimé le nombre de femmes violentées à près de 6 millions. Ainsi, cette enquête a révélé une prévalence de 35,3% des femmes (soit 3,4 millions) qui ont subi un acte de violence physique depuis l'âge de 18 ans. Elles sont deux fois plus nombreuses en milieu urbain (2,2 millions) qu'en milieu rural (1,1 millions). Durant les douze mois précédant l'enquête, un peu plus de 15% des femmes ont déclaré avoir subi une violence physique. Ce phénomène s'avère plutôt urbain, le taux de prévalence était 2 fois plus élevé dans les villes que dans les campagnes (19,4% contre 9%). C'est dans les lieux publics que cette violence était la plus répandue. Avec un taux de prévalence de 9,7%, près d'un million de femmes en sont victimes, soit 2 femmes violentées physiquement sur 3. Le taux de prévalence dans ces lieux est 5 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (14,2% contre 3,1%) (6).

TABLEAU I: ACTES CLASSES LES PLUS GRAVES SUBIS DANS UN LIEU PUBLIC (EN %)

Actes de violence	Nombre de victimes (en milliers)	% des victimes ayant classé l'acte comme étant le plus grave
Insultes, dénigrement, etc.	858	72,5
Vol avec usage de la force	734	83,0
Agression avec objet contondant ou produits dangereux	101	97,4
Menace d'agression avec objet contondant ou produits dangereux	101	51,3
Effectif (en milliers)	1933	1480

Dans le contexte familial, commis le plus souvent par le mari dans l'intimité, et dans une moindre mesure par la belle famille, le nombre d'actes de violences réprimés par la loi perpétrés dans le cadre conjugal s'élève selon l'ENPVEF à près de 2,3 millions. Parmi les 1,6 millions de femmes insultées dans le cadre conjugal (acte associé ou non à un autre acte d'un type différent), 77,8 % ont classé cet acte comme étant le plus grave parmi ceux subi.

Cette proportion est de 61,1 % pour les coups, les gifles, etc., de 64,1 % pour la séparation/enlèvement des enfants, 53,5 % pour l'expulsion du domicile conjugal et de 91,8 % pour les agressions avec objet contondant ou produit dangereux. La réaction de la femme face à l'agresseur se résume souvent aux pleures (33,6 %), à subir l'acte sans réagir (22,8 %) ou encore à essayer de persuader l'agresseur de renoncer à son acte (21,5 %). Il est à noter que la proportion des femmes qui ont essayé de se défendre est à peine de 11,6 %.

La violence conjugale n'est rapportée à une autorité compétente que dans 3 % des cas. Les actes les plus rapportés sont les agressions avec un objet contondant ou un produit dangereux (41,7 % des cas), la privation des enfants (21,2 %) et l'expulsion du domicile conjugal (6,9 %).

TABLEAU II: ACTES CLASSES LES PLUS GRAVES SUBIS DANS LE CONTEXTE CONJUGAL EN (%)

Actes de violence	Nombre de victimes (en milliers)	% des victimes ayant classé l'acte comme étant le plus grave
Expulsion du domicile conjugal	181	53,5
Séparation/ enlèvement des enfants	28	64,1
Insultes	1631	77,8
Gifles, coups et autres agressions physiques	410	61,1
Agression avec objet contondant ou produits dangereux	57	91 ;8
Effectif (en milliers)	2307	1686

3. Le cycle et le mécanisme de la violence :

Les premiers spécialistes ayant étudié les violences conjugales, en particulier Lenore E. Walker, ont décrit qu'elles se manifestent sous forme de cycles. Le modèle de Walker (1979) ne s'intéresse pas aux causes de ce processus mais explique comment il se déroule (14) :

❖ Phase 1 : le climat de tension.

- Tension du conjoint : par ses paroles et attitudes, il installe un climat de tension à la maison et prétexte la soi-disant incompetence de la femme.
- Peur de la conjointe : elle doute d'elle-même. Elle a peur de déplaire et de faire des erreurs. Elle est anxieuse et paralysée.

❖ Phase 2 : l'agression.

- Agression du conjoint : n'ayant pas obtenu les résultats attendus, il recourt à la violence psychologique, physique, etc. Il « éclate ».
- Colère et tristesse de la conjointe : elle se sent humiliée, désespérée, outragée, démolie, etc.

❖ Phase 3 : le déni, le transfert des responsabilités.

- Invalidation du conjoint : il invalide et minimise son comportement. Il se déculpabilise et accuse sa conjointe : « J'étais stressé ! », « Si tu m'avais écouté ! ».
- Responsabilisation de la conjointe : elle se sent responsable de la violence. Elle se dit que si elle change, la violence cessera : « Il a peut-être raison, c'est moi qui ne comprends rien. », « J'exagère, je suis trop sensible. ». Plus le cycle se répète, plus la femme se perçoit comme incompetente et se responsabilise de la violence du conjoint.

❖ Phase 4 : la lune de miel, rémission, sursis amoureux.

- Rémission du conjoint : il exprime ses regrets et promet de ne pas recommencer. Il devient affectueux et attentionné (cadeaux, fleurs).
- Espoir de la conjointe : elle croit que l'homme peut changer.
- Les cycles se répètent ensuite avec des périodes d'apaisement de plus en plus réduites alors que les crises augmentent en intensité. La fin du cycle peut aboutir soit au retrait total de la victime de la relation, soit dans certains cas extrêmes à la mort.



FIGURE 2: CYCLE DE LA VIOLENCE SELON WALKER

4. Les différentes formes de violences :

4.1. Les violences verbales et psychologiques :

Elles sont souvent la première étape avant les violences physiques. La majorité des conjoints violents préparent le terrain en terrorisant leur compagne. Elles sont difficiles à repérer du fait de la limite imprécise. Elles comportent différentes attitudes et comportements (15) :

- ✓ Le contrôle (des dépenses, des heures de sommeil, des sorties, des pensées de l'autre),
- ✓ L'isolement (de sa famille, de ses amis),
- ✓ La jalousie pathologique (suspicion constante, attribution d'intention non fondée),
- ✓ Le harcèlement (saturer les capacités critiques et le jugement de l'autre pour lui faire accepter n'importe quoi, surveillance de la personne, la harceler au téléphone, l'attendre à la sortie du travail),
- ✓ Le dénigrement (atteindre l'estime de soi de la personne, lui montrer qu'elle ne vaut rien),
- ✓ Les humiliations (rabaïsser, ridiculiser, non-respect),
- ✓ Les actes d'intimidations (faire naître la peur chez l'autre),
- ✓ L'indifférence aux demandes affectives (se montrer insensible ou inattentif, créer une situation de manque ou de frustration),
- ✓ Le chantage.

Les violences psychologiques visent à établir ou maintenir une domination sur la partenaire, elles se répètent et se renforcent dans le temps. Elles peuvent faire autant de dégâts que les violences physiques en provoquant une véritable usure mentale poussant parfois jusqu'au suicide.

4.2. Les violences physiques :

Les agressions physiques qui vont de la simple bousculade à l'homicide : pincements, gifles, coups de poings et de pieds, tentatives de strangulation, morsures, brûlures, bras tordus, agression avec arme blanche ou arme à feu, séquestration. Certains actes ne laissent pas de trace : frapper au ventre avec le plat de la main, tirer les cheveux, bousculé. Elles peuvent aussi s'exprimer indirectement en torturant un animal familier ou en malmenant un enfant d'un autre lit. Elle survient généralement lorsque la femme a résisté aux violences psychologiques et que l'homme n'a pas réussi à contrôler sa partenaire. Elles augmentent dans le temps en fréquence et en intensité (15).

4.3. Les violences sexuelles :

C'est la forme dont les femmes ont le plus de mal à parler. L'enquête « Contexte de la sexualité en France » réalisée en 2006 (16), a apporté des nouvelles données : 16% des femmes interrogées déclaraient avoir subi des tentatives ou des rapports forcés au cours de leur vie.

Toujours une minorité des agressions sexuelles font l'objet d'une plainte. Seules 8% des victimes de rapports sexuels forcés par leur conjoint se sont confiées à leur médecin (17).

Elle comprend également plusieurs formes : activités sexuelles dangereuses ou dégradantes, harcèlement sexuel, viol ou tentative de viol, mutilations génitales, mariage forcé, négation du droit d'utiliser une contraception ou de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles, avortement forcé, prostitution forcée. Une relation sexuelle imposée est souvent passée sous silence parce qu'elle fait partie du « devoir conjugal » (18).

4.4. Les violences économiques et financières :

Il s'agit souvent du contrôle du budget familial, l'entrave au travail extérieur, l'usurpation des biens de la femme ... (16).

5. Conséquences sur la santé de la femme :

La violence conjugale est un vrai problème de santé publique ayant des conséquences sur la santé des femmes à court et long terme ainsi que sur l'économie. Selon l'OMS, les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et leur prise en charge en ambulatoire coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes (19,

20). Tous les signes évocateurs, qu'ils soient d'ordre physique ou psychologique, doivent faire l'objet d'une incapacité totale de travail lors de la rédaction du certificat de coups et blessures volontaires.

5.1. Atteintes traumatologiques :

Ce sont les tableaux les plus évidents. Les lésions traumatiques sont multiples, d'âge différent et de nature variée : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, fractures...(19). Leur localisation est variable mais principalement elles siègent au niveau du visage, du crâne, du cou et des extrémités. Les lésions peuvent être cachées sous les vêtements. Les lésions sont majoritairement infligées à mains nues, les armes sont plus rares. A noter que les violences physiques ne sont jamais isolées mais précédées et accompagnées de violences verbales et psychologiques. Les séquelles comprennent une asthénie marquée, des douleurs musculaires, une impotence fonctionnelle (18).

5.2. L'impact psychologique :

L'état de tension, de peur et d'angoisse dans lequel les femmes maltraitées sont maintenues par leurs agresseurs peut produire différentes formes de troubles psychiques :

- ✓ Troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, auto-dévalorisation.
- ✓ Troubles psychosomatiques : douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer, etc.
- ✓ Troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars.
- ✓ Troubles de l'alimentation : repas irréguliers, anorexie, boulimie, impossibilité de s'alimenter normalement parce que l'agresseur les en empêche ou bien ne leur dispense pas l'argent nécessaire à l'achat de nourriture.
- ✓ Troubles cognitifs : difficultés de concentration ou d'attention, pertes de mémoire (20).

5.3. Les pathologies psychiatriques :

On peut citer :

- Les états d'anxiété et troubles paniques, syndromes dépressifs (plus de 50% des femmes) : les tentatives de suicide sont plus fréquemment observées : dans l'enquête ENVEFF (6), 5% des femmes victimes de violences conjugales ont fait une tentative de suicide contre 0.2% chez les autres femmes.
- L'abus de substances psychoactives : tabac, alcool, médicaments à visée antalgique ou psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques). L'Enquête Nationale sur la Prévalence des Violences à l'Égard des Femmes (ENPVEF), réalisée en 2009 pour la première fois au Maroc

par le HCP démontre qu'un tiers des femmes victimes de violences conjugales ont consommé de façon régulière des médicaments psychotropes, antidépresseurs ou hypnotiques (5).

- Les syndromes de stress post-traumatiques (50% des femmes) : ré-expérience des événements du traumatisme, réactions émotionnelles ou physiques exagérées provoquées par un événement gâchette, stratégies d'évitement, troubles dissociatifs.
- Les troubles psychotiques : liés à l'état de désorientation ou de confusion mentale, des altérations du niveau de conscience et des pensées délirantes ou paranoïaques.

Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale (20).

5.4. Les atteintes gynécologiques :

Les atteintes gynécologiques peuvent se voir manifester sous plusieurs formes :

- Les lésions périnéales lors des rapports sexuels violents.
- Les infections sexuellement transmissibles (chlamydia, herpès, hépatite B, VIH, HPV, etc.), infections génitales et urinaires à répétition.
- Les douleurs pelviennes chroniques inexplicables.
- Les troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie.
- Les troubles des règles : dysménorrhées, trouble de l'ovulation (21).

5.5. L'obstétrique :

Tous les auteurs considèrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant de la violence conjugale. La fréquence des violences conjugales chez les femmes enceintes est de 3 à 8% (22). La grossesse peut être non désirée (viol conjugal, interdiction pour la femme d'utiliser une contraception) ou elle peut résulter d'une tentative de « repartir à zéro » après une période d'accalmie. Elle peut conduire à des IVG plus ou moins désirées. La femme victime va présenter, outre des souffrances psychologiques, des conséquences physiques graves : hémorragies, rupture utérine, décollement rétro placentaire, fausses couches, menace d'accouchement prématuré. Le fœtus peut présenter des lésions, fractures, retard de croissance in-utero ou mort in-utero. Les conséquences se répercutent également après l'accouchement : carence ou absence de soins à l'enfant, allaitement déficient ou absent, douleurs abdominales ou chroniques persistantes (23). D'une manière générale, les femmes victimes se trouvent très isolées. Dans l'étude de Saurel-Cubizolles, un an après la naissance de leur enfant, 46% de ces femmes (au lieu de 14%), n'ont personne dans leur entourage à qui se confier (24).

La grossesse est un moment favorable pour dépister les violences conjugales en raison de la fréquence des consultations prénatales et du lien de confiance qui s'établit le plus souvent entre le

personnel médical et les patientes. Le dépistage est facile lorsqu'on constate des lésions physiques évidentes. Il l'est beaucoup moins devant des séquelles variées, une aggravation de certaines pathologies chroniques, des troubles psychosomatiques, des complications obstétricales. Le dépistage est difficile lorsque les troubles sont essentiellement psychiques. Il convient au moindre doute de poser quelques questions simples après avoir mis la patiente en confiance. Si l'on découvre l'existence de violences conjugales, on doit en apprécier la gravité, consigner les éléments utiles dans un dossier, rédiger éventuellement un certificat d'incapacité totale de travail (ITT), soigner la patiente, mais aussi l'informer et l'orienter. Il est parfois indiqué de faire un signalement aux autorités judiciaires ou administratives(25)

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

- elles siègent plutôt sur la face antérieure du corps, souvent au visage, sur le crâne ou au cou, au niveau des membres supérieurs aux points de préhension, du thorax ou des jambes. Toutefois, on doit se méfier des lésions cachées par les vêtements et examiner la femme en entier ;
- elles sont multiples ;
- elles sont d'âges différents alliant toutes les couleurs de la résorption sanguine, ce qui est important car la femme allègue souvent une chute pour expliquer les lésions.

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

Les déclarations tardives de grossesse, l'irrégularité des consultations doivent faire suspecter l'existence de violences. La grossesse peut ne pas être désirée. Elle peut être la conséquence d'un viol conjugal, avoir été décidée par le couple dans une période d'accalmie ou être la conséquence de l'impossibilité pour la femme de suivre une contraception. Dans une étude de Parker *et al*, les consultations seraient trois fois plus tardives chez les adolescentes victimes de violences (21,9 % au troisième trimestre *versus* 7,5 %), deux fois plus chez les adultes (15,8 % au troisième trimestre *versus* 8,7 %). Parfois, c'est une anémie, un mauvais état général qui doit éveiller l'attention. Aux violences s'associent souvent un tabagisme, parfois l'usage d'alcool ou de drogues, des désordres alimentaires, des infections urinaires, toutes conditions qui retentissent sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant(25)

Dans d'autres cas, les violences physiques provoquent des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des retards de croissance *in*

utero notés par Parker *et al.* , Neggers *et al.* , Coker *et al.* Des décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort fœtale, des hémorragies, voire des ruptures utérines. En revanche, les lésions fœtales, fractures de membres ou plaies par armes blanches, sont très rares car le fœtus est protégé par le liquide amniotique(25)

Le malaise de la femme s'exprime parfois après l'accouchement par une carence de soins à l'enfant, un allaitement déficient, des douleurs abdominales et pelviennes persistantes. Les victimes ont plus souvent des épisodes de dépression dans les suites de couches et font plus souvent des tentatives de suicide. D'une manière générale, les femmes victimes se plaignent d'être très isolées. Dans une étude de Saurel-Cubizolles, un an après la naissance de leur enfant, 46 % d'entre elles ne s'étaient confiées à personne de leur entourage.

Les comportements violents du partenaire peuvent commencer ou s'aggraver, s'ils sont déjà présents, pendant la grossesse. Des études révèlent que sur cinq femmes victimes de violence, une dit avoir été agressée pour la première fois pendant sa grossesse. La recherche indique aussi que pendant la grossesse, la violence se manifeste plus souvent que le placenta praevia et le diabète gestationnel, pour lesquels des examens médicaux sont réalisés régulièrement. Par contre, la violence ne fait pas l'objet d'une surveillance régulière pour la plupart des femmes.

Comme dans tous les cas d'abus, la honte et la peur accompagnent la violence perpétrée pendant la grossesse. Plusieurs femmes gardent le secret ignorant l'ampleur du phénomène et la disponibilité de services d'aide.

Les effets de cette violence sur la santé de la victime incluent une estime de soi affaiblie, la dépression, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, des blessures physiques, des saignements internes et même le décès. Dans plusieurs pays, l'homicide est une des causes principales de mortalité chez les femmes enceintes. La violence peut affecter le fœtus des façons suivantes : naissance prématurée, rupture prématurée de la membrane ou du placenta, faible poids du bébé à la naissance, hémorragie fœtale, fausse couche ou mortinatalité

Dans une optique de promotion de la santé, Sylvie Lévesque, docteure en santé publique, a porté jusqu'en 2011 le projet d'une thèse traitant des trajectoires de résilience chez des mères adolescentes victimes de violence de la part de leur partenaire .La maternité serait donc une impulsion pour bifurquer vers une trajectoire de résilience, mais cette identité de mère serait aussi omniprésente prenant le pas sur les autres besoins de ces femmes comme la scolarisation à titre d'exemple. Cela dit, à la lecture de l'ouvrage, il est intéressant de constater qu'entre la grossesse précoce et la relation amoureuse chaotique (elles n'associent pas nécessairement les difficultés vécues à de la violence) c'est la situation relationnelle qui est retenue par les participantes comme le

plus grand défi et le vécu de la culpabilité à l'idée de « briser la famille » en cas de séparation est réel (26)

5.6. Les pathologies chroniques aggravées ou déséquilibrées :

Les femmes peuvent décompenser une pathologie chronique : affections pulmonaires (asthme, bronchites chroniques, insuffisance respiratoire), affections cardiaques (angine de poitrine, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle), troubles métaboliques (diabète), du fait de la difficulté de suivre son traitement ou de consulter son médecin, du fait de son état physique ou psychologique ou parce que son mari l'en empêche (27).

5.7. Le décès :

L'étude Psytel en 2006 (24) a présenté une estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe et en France. Elle estime à 369 le nombre de décès liés aux violences conjugales en France comprenant 137 homicides féminins par un partenaire et 232 suicides de femmes victimes de violence.

Le nombre de décès de femmes victimes de violences est donc estimé à 369 en 2006, ce qui signifie que plus d'une femme par jour meurt des conséquences des violences de son conjoint ou ex-conjoint.

Selon l'Insee en 2006 (15), une femme meurt sous les coups de son compagnon tous les trois jours en moyenne : homicides volontaires, assassinats, violences entraînant la mort sans intention de la donner.

En 2013, d'après un communiqué de presse du ministère de l'intérieur en France (17), ce chiffre passe à un décès tous les deux jours. A ces chiffres, il est important d'ajouter les décès secondaires au suicide des femmes victimes. A l'institut médico-légal de Paris (16), sur 652 homicides de femmes constatés en 10 ans, 51% des meurtres étaient perpétrés par le mari ou le partenaire, 34% par un proche ou une connaissance et seulement 15% par un inconnu.

6. Conséquences sur les enfants témoins :

Les enfants, témoins des violences conjugales, sont au moins eux-mêmes victimes de traumatisme psychologique et développent différents troubles en conséquences : troubles du comportement et de la conduite, troubles somatiques, états anxieux et dépressifs, stress post-traumatique (27, 28).

Chez l'enfant de moins de 6 ans, certains signes sont spécifiques :

- Jeux et dessins compulsifs qui répètent le traumatisme,
- Anxiété de séparation (refus de l'école, de rester seul, de s'endormir seul),

- Comportements régressifs (énurésie, parler bébé, sucer son pouce, troubles somatiques fréquents (douleurs abdominales, nausées, vomissements, céphalées),
- Changements de comportement (agressivité, hyperactivité, opposition),
- Troubles de l'alimentation, du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars).
- Se pose également le problème de la reproduction de la violence durant leur enfance, leur adolescence ou au cours de leur vie d'adulte.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, dans une étude irlandaise, 64% des femmes victimes de violences ont rapporté que leurs enfants étaient fréquemment témoins des violences qu'elles subissaient. Elles étaient 50% à rapporter des faits identiques dans une enquête au Mexique (28).

II. Le cadre normatif

1. Engagements du Maroc sur le plan international :

Les principaux engagements du Maroc en matière d'adhésion aux instruments juridiques internationaux relatifs aux droits humains sont résumés dans le tableau suivant (8) :

TABLEAU III: ADHESION DU MAROC AUX INSTRUMENTS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS HUMAINS

ADHESION	INSTRUMENTS INTERNATIONAUX
1956	La convention de l'OIT n°45 concernant les travaux souterrains des femmes
1956	La convention de l'OIT n°19 sur l'égalité des traitements (accidents de travail
1957	Convention de l'OIT n°4 concernant le travail de nuit des femmes
1957	Convention n°45 concernant l'emploi des femmes aux travaux souterrains dans les mines de toutes catégories
1963	La convention de l'OIT n°111 concernant la discrimination en matière d'emploi et de profession
1962	La convention concernant la lutte contre la discrimination dans le domaine de l'enseignement
1973	Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui + Convention supplémentaire relative à l'abolition de l'esclavage, de la traite des esclaves et des institutions et pratiques analogues à l'esclavage.
1976	Convention sur les droits politiques de la femme
1979	Le Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels
1979	Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ratifié le
1979	La convention de l'OIT n°100 concernant l'égalité de rémunération entre la main d'œuvre masculine et la main d'œuvre féminine pour un travail de valeur égale
2000	Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard de la femme (1993) ¹ publiée au B.O le 18 janvier 2001 (Dahir n° 1-93-361 du 29 ramadan 1421 (26.12.2000)
	Convention n°3 relative au travail des femmes avant et après l'accouchement et à la protection de la maternité

2. Législation nationale :

En plus des ratifications des conventions internationales, le Maroc a aussi initié des mesures d'harmonisation de la législation interne avec les dispositions des instruments internationaux relatifs aux Droits Humains concernant la femme. Ces efforts ont été consacrés par plusieurs amendements du code pénal, du code civil et le code de la famille et récemment par la promulgation de la loi 103-13.

Ce texte est relatif à la lutte contre les violences faites aux femmes et fut adopté en février 2018 et entré en vigueur six mois après sa publication au Journal officiel du Maroc , soit le mercredi 12 septembre 2018, est venu renforcer l'arsenal juridique dans le domaine de l'égalité des sexes et surtout prévenir la violence faite aux femmes. Ce texte législatif comprend 18 articles répartis en 4 chapitres.

Dans son 1er chapitre (comprenant un seul article), la loi est revenue sur le cadre conceptuel des violences faites aux femmes, qui s'est élargie pour comprendre la violence psychologique et aussi économique. Cette violence d'une manière générale est considérée comme « Tout acte matériel ou moral ou abstention fondés sur la discrimination en raison du sexe entraînant pour la femme un préjudice corporel, psychologique, sexuel ou économique ». La loi a mis l'accent sur la définition des différentes formes de la violence faite aux femmes, y compris la violence psychologique et économique.

Dans son 2^{ème} chapitre, la loi a apporté aussi des modifications des articles : 404, 431, 446, 481 et 503-1 du Code pénal avec l'application de nouveaux facteurs aggravants selon le profil des victimes, de l'agresseur ou en présence de l'un des enfants ou de l'un des parents (article 2). La loi a aussi aggravé les sanctions pénales en cas de récidive. Elle a usé d'autres moyens de protection de la femme comme l'interdiction de prendre contact avec la victime par n'importe quel moyen par l'agresseur.

Elle a incriminé le harcèlement sexuel, défini dorénavant comme étant un abus d'autorité ; il est puni, selon l'article 5, par un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 2.000 à 10.000 dirhams et la peine est portée au double si l'auteur a été un collègue de travail ou une personne du maintien l'ordre/sécurité (espaces publics). Aussi, la sanction à appliquer si le harcèlement sexuel est commis par un ascendant, un proche ayant avec la victime un empêchement à mariage, un tuteur, ayant sa charge ou un kafil ou si la victime est mineure est l'emprisonnement de 3 à 5 ans avec une amende de 5.000 à 50.000 dirhams

La loi a renforcé aussi les institutions chargées de la lutte contre la violence faite aux femmes notamment par la mise en place de commissions de suivi et de contrôle (4^{ème} chapitre).

L'article 17 a prévu que les autorités publiques prennent toutes les mesures nécessaires en vue de la prévention des violences faites aux femmes par l'élaboration de politiques de sensibilisation aux risques des violences faites aux femmes, l'amélioration de l'image de la femme dans la société et la prise de conscience de ses droits (29).

III. Le rôle du médecin dans la prise en charge de violences faites aux femmes

Le médecin est le plus souvent le premier acteur de la prise en charge des femmes victimes de violence. Il a un rôle clé dans le dépistage de ces violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat. Il a aussi un rôle de conseil et d'orientation des victimes. L'enquête intitulée : Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France réalisée en 2001 montre que les femmes victimes d'agressions se confient en premier lieu au médecin (24 % des cas), avant la police et la gendarmerie, la justice ou les associations (29).

En 2010, La Fédération Nationale de la Solidarité des Femmes en France dans un extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Conjugales Info » a démontré que près d'un tiers des femmes ont contacté un professionnel de santé (30).

Les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues – obstétriciens sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de la violence. D'autres spécialistes peuvent également participer indirectement à cette mission : les pédiatres, les médecins scolaires et des services de Protection Maternelle et Infantile, à l'occasion des consultations des enfants, les psychiatres, ou encore les médecins du travail. Cependant, la méconnaissance de la fréquence et de la gravité des violences conjugales persiste parmi les professionnels de santé. Cela nuit indubitablement aux rôles et aux devoirs que nous allons décrire dans les paragraphes suivants.

1. L'accueil et l'écoute

Le praticien de santé doit offrir un cadre relationnel adéquat afin de permettre à la survivante à la violence d'user pleinement de son droit, de parler sans la crainte d'une quelconque stigmatisation ou d'une manifestation d'incrédulité.

La survivante à la violence est une personne traumatisée. Elle aura souvent peur, ou se sentira coupable, honteuse, en colère ou une combinaison complexe de tous ces sentiments.

La qualité de l'accueil est donc capitale pour contribuer à la reprise de la confiance ultérieure de la victime et faciliter sa prise en charge. L'accueil constitue une urgence et l'attente doit être la plus courte que possible.

L'évaluation de la situation nécessite un cadre sécurisant garantissant la confidentialité. Afin de rassurer la patiente, le praticien doit préciser que le contenu de l'entretien et les résultats de l'examen médical sont soumis aux règles du secret professionnel et que rien ne va être entrepris ou transmis sans son consentement.

Le professionnel de santé qui accueille la victime devra :

- Se présenter et exprimer une attitude empathique envers la victime ;
- Rassurer la survivante en lui expliquant qu'elle a le contrôle du processus et des composantes de l'examen médical ;
- Expliquer ce qui va se passer pour chaque étape de l'examen médical, son importance, ce qu'il va apporter comme informations et en quoi cela va influencer la suite de la prise en charge ;
- Rassurer la survivante en lui expliquant que les résultats de l'examen médical sont soumis au secret professionnel et à la confidentialité à moins qu'elle ne décide elle-même de porter plainte et donc d'y avoir recours ;
- S'assurer qu'une personne bien formée dans le soutien psychosocial ou un prestataire de service de même sexe accompagne la survivante durant l'examen ;
- Demander si elle veut poser des questions ;
- Demander si elle veut qu'une personne en particulier soit présente durant l'examen comme soutien.

Obtenir le consentement de la femme à l'examen :

- Passer en revue le formulaire du consentement avec la femme victime de violence ;
- S'assurer qu'elle en comprend bien toutes les rubriques, et qu'elle en apprécie la portée et les conséquences ;
- Lui expliquer qu'elle peut refuser n'importe quel aspect de l'examen si elle ne veut pas s'y soumettre ;
- Une fois que vous êtes sûr/e qu'elle a tout et bien compris, lui demander de signer. Si elle ne sait pas écrire, elle peut apposer l'empreinte de son pouce avec la signature d'un témoin.

La femme victime de violences vit sous la contrainte, l'angoisse, ou la peur. Elle est humiliée et a souvent développé un sentiment de culpabilité. Le médecin doit donc s'efforcer de lui faire exprimer son désarroi (31). Il doit comprendre sa patiente, qui peut tenir un discours ambigu envers son agresseur ou qui va refuser toute autre forme d'aide. Dans une étude, les médecins se disent déçus lorsque ces femmes ne portent pas plainte, ou quand elles retirent leur plainte, ou pire lorsqu'elles défendent leur conjoint. Or, il y a des raisons précises qui expliquent ces comportements, qui ne peuvent être apprises et comprises que par une formation appropriée sur les violences conjugales. Dans l'étude du Dr. Morvant (32), un médecin sur deux avoue être gêné dans son

intervention par le fait de connaître et de suivre le mari agresseur. Là encore, les médecins ont besoin d'avoir des formations pour savoir gérer de telles situations.

2. Évaluer la gravité :

Souvent les femmes victimes des violences minimisent l'agression qu'elles ont subie. Cela peut être volontaire, ou alors du fait d'une cécité psychique où la victime est dans un tel état de choc psychologique que son cerveau est incapable de traiter les images transmises par ses yeux. C'est alors au médecin d'apprécier les conséquences somatiques, mais aussi psychologiques. L'examen de la victime doit être complet, notamment du point de vue gynécologique. Il ne s'agit pas de réaliser un examen gynécologique à toute femme victime de violences par son conjoint, mais le médecin doit penser à lui demander si elle subit des agressions sexuelles ou des viols conjugaux. Dans certains cas, elles sont exposées à un risque d'infections sexuellement transmissibles qui justifient la rapidité de la démarche diagnostique. Les facteurs de gravité telle le jeune âge de la femme, la consommation d'alcool du conjoint, l'existence d'enfants dans le couple ou de grossesse en cours, doivent également être recherchés par le soignant. La notion d'un risque élevé peut justifier soit de conseiller une hospitalisation en urgence, soit d'inciter la femme à un éloignement immédiat même temporaire. L'examen à posteriori des cas d'homicide a parfois permis de constater que si les acteurs de santé et de justice avaient tenu compte des signes d'alerte, le drame aurait pu être évité (31).

3. Assurer les soins, les prélèvements médico-légaux et rédiger un certificat médical

L'examen médical poursuit plusieurs buts. Il cherche à identifier des signes de violences génitales et extra génitales qui feront l'objet de soins. Il vise à diagnostiquer une maladie sexuellement transmissible et/ou un état de grossesse et faire le lien entre la victime et l'agresseur. Enfin, il apprécie les besoins médicaux, psychologiques et sociaux de la victime pour organiser une prise en charge adaptée (33). La prise en charge médico-légale vise la documentation des lésions de violences, la pratique des prélèvements médico-légaux indiqués selon le cas, la rédaction du certificat médico-légal et le signalement.

3.1.Examen clinique

Pour ne pas réaliser un traumatisme supplémentaire, l'examen doit se dérouler dans le calme et avec le temps nécessaire. Le médecin doit mettre la victime en confiance et lui expliquer le déroulement de l'examen tout en restant attentif à son état psychologique. La présence rassurante d'une infirmière est une aide précieuse pour la victime lors de l'examen.

L'entretien est le premier temps de l'examen. Il doit permettre de préciser les points suivants ;

- Date, heure, lieu et circonstances de l'agression ;
- Agression unique ou répétée ;

- Nature et modalités de l'agression (physique, attouchements ou pénétrations sexuelles...);
- Violences associées, menaces ;
- Identité de l'auteur par rapport à la victime, lien affectifs ou d'autorité et le nombre d'agresseurs;
- Chez la femme, on cherche les antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux, la date des dernières règles, notion de rapports sexuels antérieurs aux faits et l'existence d'une contraception et son observance.

En cas de violence physique et/ou sexuelle, l'examen clinique général permet de rechercher des traces de violences qui seront documentées sur un dossier médical, des schémas corporels et par des photographies médico-légales.

En cas d'agression sexuelle, la présence de taches suspectes sur les vêtements impose de conserver ceci dans un sac en papier aux fins d'une analyse ultérieure par les laboratoires de police technique et scientifique. Il convient de ne pas utiliser de sac en plastique, qui favorise la pullulation microbienne et empêchera par la suite d'isoler l'ADN de l'auteur. Tout indice présent sur le corps de la victime (cheveux, poil...) doit être recueilli.

L'examen périnéal ne s'effectue qu'après le consentement de la victime, en lui précisant qu'elle peut décider d'interrompre cet examen à n'importe quel moment. La vulve est examinée dans sa totalité ; grande lèvres, petites lèvres, fourchette postérieure, hymen, clitoris et orifice urétral en adaptant l'examen à l'âge de la victime. Sous bon éclairage et à l'aide de deux manœuvres simples combinées, la séparation et la traction des grandes lèvres, l'hymen est habituellement bien visualisé. Il est nécessaire de préciser sa conformation (annulaire, semi-lunaire, denticulé...) et son bord libre qui peut comporter des incisures, de bosses voire une déchirure complète du tissu hyménal jusqu'à la paroi vaginale ce qui correspond à la définition médico-légale de la défloration hyménale (33).

En cas de défloration ou d'hymen complaisant, l'examen au spéculum est possible à la recherche des lésions vaginales (lacérations traumatiques) et du col (ecchymose). L'examen au spéculum facilite les prélèvements à la recherche d'une maladie sexuellement transmissible et du sperme (culs de sacs vaginaux).

L'examen de la région anale est systématique. L'examen comporte une inspection sous un bon éclairage en ayant soin de bien déplisser la marge anale. On recherche des lésions cutanées (dermite des plis, condylomes acuminés...), des lésions traumatiques « ecchymose, hématome », une béance anale spontanée ou facile à la traction douce des plis, des fissures anales. L'inspection est complétée par une étude du réflexe cutané anale à l'aide d'un objet moussé. Le réflexe cutané anale doit être symétrique sur tout le pourtour de la marge anale, reproductible, non épuisable et ne pas entraîner de béance anale. Le toucher rectal apprécie la présence de matières fécales dans l'ampoule

rectale (la seule présence d'une selle peut être responsable d'une béance anale spontanée ou facile à la traction douce des plis).

Le toucher rectal recherche une lésion de l'appareil sphinctérien sous la forme d'un ressaut lors de l'examen du canal anal par un examen circulaire du doigt. En cas de ressaut, la lésion de l'appareil sphinctérien doit être confirmée par une échographie endo-anale. L'anuscopie recherche des lésions endo-anales (lacérations traumatiques) et permet la réalisation des prélèvements locaux pour la recherche de maladies sexuellement transmissibles et le sperme.

Un certain nombre de lésions ne sont pas spécifiques d'agression sexuelle et leur interprétation est délicate. C'est le cas d'un érythème vulvaire ou anal, d'une hyper vascularisation hyménale ou d'une dilatation anale. La micro sémiologie de l'hymen a peu d'intérêt. Seules certaines constatations sont évocatrices de pénétration sexuelle et sont à mettre en lien avec les allégations de la victime :

✓ *Eléments de l'examen vulvaire évocateurs de pénétration :*

- Ecchymose/hématome de l'hymen ;
- Déchirure complète de l'hymen atteignant la paroi vaginale ;
- Lacération vaginale ;
- Ecchymose du col ;
- Maladie sexuellement transmissible confirmées ;
- Présence de sperme ;

✓ *Eléments de l'examen anal évocateurs de pénétration :*

- Ecchymose/hématome de la marge anale ;
- Fissure anale ;
- Ressaut au niveau de l'appareil sphinctérien ;
- Lacération (s) traumatique (s) endo-anale (s) ;
- Maladie sexuellement transmissible confirmée ;
- Présence et écoulement possible de sperme (34).

3.2.Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont réalisés dans le même temps que l'examen clinique, après information et consentement de la victime (8).

3.1.1. Les prélèvements médico-légaux :

A/ Du sperme :

La seule preuve absolue d'un contact sexuel récent est la présence de sperme. La recherche de sperme est impérative si l'agression est récente (moins de 72 heures) et a comporté une pénétration sexuelle. Les prélèvements sont réalisés, selon les données de l'anamnèse, dans tous les sites

susceptibles de contenir du sperme. Cette recherche s'effectue par écouvillonnage simple et étalement sur lame sans lamelle ni fixateur et avant le toucher vaginal et/ou rectal. Les écouvillons sont conservés dans leur gaine avec 1 ml de sérum physiologique pour un étalement frais au laboratoire. Ces prélèvements permettent la mise en place du profil génétique du présumé auteur des faits (35).

B/ Les autres prélèvements :

D'autres prélèvements sont réalisés en vue d'une identification de l'auteur par ses empreintes génétiques. Il s'agit de prélèvements de poils ou cheveux appartenant à l'agresseur, des prélèvements sous unguéaux en cas de griffures portés par la victime sur l'agresseur essentiellement. Les prélèvements doivent être effectués de manière stérile pour éviter une contamination par un ADN étranger (port de gants, d'un masque et d'un bonnet) (35).

3.1.2. Les prélèvements bactériologiques :

Des prélèvements locaux bactériologiques sont effectués avant l'utilisation de tout produit antiseptique si la victime présente des signes locaux évocateurs d'infection ou si l'examen est fait à distance de l'agression. Ces prélèvements sont effectués par un simple écouvillonnage.

Parallèlement des tests sérologiques de dépistage sont réalisés : TPHA-VDRL, sérologie VIH, sérologie de l'hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure aux faits) et sérologie de l'hépatite C. Ils indiquent l'état sérologique de la victime au moment des faits et seront répétés à 1 mois, à 3 mois et à 6 mois (8).

3.1.3. Le dépistage d'une grossesse :

En cas de pénétration vaginale chez l'adolescente pubère et chez la femme, un test de grossesse est effectué par dosage des B-HCG en de rapport sexuel fécondant. En cas de résultat initial négatif et d'un retard de règles, un second test est proposé. En cas de résultat positif, le taux des B-HCG permet de dater la grossesse et d'apprécier son éventuel lien avec l'agression (8).

3.1.4. La soumission chimique :

La soumission chimique est l'administration de substances psychoactives, à l'insu de la victime, à des fins criminelle ou délictuelle. Il faut évoquer une soumission médicamenteuse devant l'importance des troubles de la vigilance ou de la mémoire et, dans ce cas, effectuer sans délais des prélèvements de sang et d'urine dans les cinq jours suivant l'agression ou un prélèvement des cheveux pour les agressions anciennes. Lorsqu'une substance est mise en évidence, il s'agit le plus souvent de benzodiazépine. Les victimes avaient souvent volontairement consommé de l'alcool ou du cannabis. D'autres psychotropes, médicamenteux ou non, et des anesthésiques ont été rarement trouvés (8).

4. Thérapeutiques :

4.1. En cas de lésions corporelles :

Assurer les soins locaux, les parages et sutures des plaies voire la prise en charge spécialisée d'une lésion traumatique.

4.2. Prévention d'une grossesse et des IST :

Si la victime n'utilise pas une contraception orale de façon régulière, et que l'agression date de moins de 72 heures, il est proposé une pilule dite « du lendemain ». Cette pilule est à base d'ulipristal acétate (Ella One 30 mg *) qui est un modulateur des récepteurs de la progestérone et qui agit principalement en inhibant l'ovulation. Elle n'est pas efficace à 100% et son efficacité est d'autant plus grande que sa prise a été faite plus précocement après le rapport non protégé (36). Il est possible de la prendre jusqu'à 120 heures (5 jours) après le rapport sexuel.

De manière générale, il faut :

- Indiquer la contraception d'urgence s'il y a un risque de grossesse et que la survivante n'a pas une grossesse en cours.
- Si une grossesse en cours ne peut être éliminée avec certitude, donner toujours les pilules de la contraception d'urgence après avoir informé la survivante sur leur inefficacité sur une éventuelle grossesse déjà débutante et sur l'absence de risque pour le fœtus.
- Informer la survivante sur les modalités de prise des pilules, sur leurs effets secondaires et sur ceux qu'elles pourraient avoir sur ses prochaines règles.
- Bien expliquer à la survivante que si les menstruations n'ont pas eu lieu durant leur période habituelle, elle doit consulter pour pratiquer un test de grossesse ou examiner les options disponibles si elle est enceinte (8).

4.3. Prévention des infections bactériennes :

Les survivantes aux violences sexuelles sont à risque de contracter une IST. Les infections les plus fréquemment en cause et dont on dispose de possibilités de traitement sont les Chlamydia, gonorrhée, syphilis et trichomonas. Les survivantes aux violences sexuelles sont également à risque de contracter le papillome virus humain, l'herpès simplex virus type 2 (HSV-2), le VIH et le virus de l'hépatite B.

Il faut :

- Réaliser des prélèvements pharyngés, vaginaux et anaux en vue de la recherche par culture de N. gonorrhée et de C. trachomatis.
- Rechercher une infection à T. vaginalis sur une préparation microscopique à l'état frais de prélèvement vaginal.

Si les résultats sont positifs, un traitement adapté doit être prescrit. Des résultats négatifs n'indiquent pas nécessairement l'absence de transmission d'ISTs, puisque celles-ci peuvent rester 3 jours à 3 mois en incubation avant de devenir identifiables par les tests de laboratoire. Le suivi biologique et sérologique à intervalle adapté pour chaque infection est ainsi recommandé en cas de résultats initiaux négatifs.

En cas de signes patents d'ISTs bactériennes sans possibilité de recours à un diagnostic étiologique, appliquer la prise en charge syndromique préconisée par le Programme National de Lutte contre les IST/SIDA.

En l'absence de signes d'ISTs à la phase précoce, la décision d'entreprendre un traitement prophylactique doit être prise au cas par cas notamment si :

- L'agresseur est connu porteur d'une IST ou appartient à un groupe à risque,
- S'il y a notion de pénétration sexuelle,
- Si le suivi n'est pas assuré. Si la survivante est inquiète et sa demande est pressante.
- Prescrire en tenant compte de l'existence d'une grossesse (8).

4.4. Prévention des IST virales :

Les facteurs de risque de transmission du virus de l'hépatite B sont identiques à ceux du VIH. En général et selon les cas, la vaccination et/ ou la séroprophylaxie sont préconisées pour l'hépatite virale B. En cas d'infection au VIH, Une trithérapie doit être préconisée selon les indications du médecin spécialiste (8).

5. Rédaction du certificat médical :

L'examen doit toujours s'achever par la rédaction d'un certificat de constatations médicales initiales. La rédaction de ce certificat réclame une grande rigueur car il est susceptible d'être produit en justice.

Dans le cadre d'un examen sur réquisition, le certificat médical est directement remis à l'autorité requérante. Hors réquisition, le certificat est remis à la victime majeure et aux parents ou au tuteur légal de la victime mineure.

Il comprend (rédaction sur papier libre) :

- ✓ L'identité du rédacteur : nom, prénom, qualification et adresse professionnelle ;
- ✓ Les conditions dans lesquelles le médecin a été amené à réaliser l'examen (réquisition, victime se présentant spontanément) ;
- ✓ L'identité de la victime. En cas de doute, on peut utiliser la formule : « je, soussigné, docteur X, certifie avoir personnellement examiné une personne déclarant se nommer... ».
- ✓ L'énoncé des dires de la victime ;
- ✓ Les doléances de la victime ;

- ✓ L'examen clinique descriptif : constatations objectives faites au cours de l'examen somatique général et de l'examen pelvien précisant l'état émotionnel de la victime ;
- ✓ Les examens complémentaires éventuellement réalisés, date de la prochaine consultation de suivi (résultat des examens, autres prélèvements) ;
- ✓ Les gestes préventifs éventuellement réalisés ;
- ✓ Eventuellement, la durée en jours d'une incapacité totale de travail ;
- ✓ La date de rédaction et signature manuscrite du médecin (37) .

6. Prise en charge psychothérapeutique :

Un suivi psychologique doit toujours être prévu pour évaluer la manière dont la victime parvient à surmonter la situation abusive qu'elle a vécue.

Différentes techniques psychothérapeutiques peuvent être proposées en fonction du sujet, de ses capacités d'élaboration et de son histoire (2).

7. Le signalement :

Dans le contexte marocain, le 2^{ème} alinéa de l'article 446 du code pénal donne une autorisation aux médecins de signaler les faits délictuels commis contre une femme et/ou une épouse. Le signalement ne peut se faire qu'après consentement de la femme. Mais la loi 103-13 sur la violence faites aux femmes a ajouté un 3^{ème} alinéa à l'article 446 qui prévoit le témoignage du médecin en cas de VFF personnellement ou par écrit s'il y a un empêchement (36, 37).

8. Orientation de la femme :

C'est une des missions essentielles du médecin et des professionnels de la santé en général. L'analyse de nombreux cas démontre que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offerte. Le médecin peut conseiller à la femme de porter plainte et surtout de s'adresser aux associations d'aide aux victimes qui lui fourniront conseils et assistance. Cela implique la connaissance de ces associations par le médecin.

Une orientation socio-judiciaire est le plus souvent indispensable pour permettre le plein exercice des droits de la victime. Les services sociaux, les associations et les services d'aides aux victimes jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement des victimes (38).

9. Le dépistage des violences :

Le repérage des violences surtout conjugales est facile devant des lésions visibles dont la multiplicité et la topographie sont suggestives. Il est beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour des troubles dus à une somatisation comme des troubles digestifs ou des lombalgies chroniques, des troubles gynécologiques comme des douleurs pelviennes ou une dyspareunie, ou encore des troubles psychiques variés. En l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de

découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins français (38).

PARTIE B : ETUDE DESCRIPTIVE A

PROPOS DE 107 CAS

I. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale rétrospective.

2. Echantillonnage

L'échantillonnage pour cette étude était aléatoire. Ont été incluses toutes les femmes qui ont consulté à l'Unité de Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence (UPFEVV Du CHU Ibn Sina de Rabat durant l'année 2017. Ces femmes ont été prises dans la population marocaine plus spécifiquement dans la région de Rabat. Cent sept (107) cas ont été recensés.

3. Collecte des données

Les données ont été recueillies auprès des femmes ayant été victimes de violences et ayant consulté l'UPFEVV sur un dossier médical. Un questionnaire a été utilisé afin d'avoir des données fiables, réelles et utilisables (voir annexe).

4. Ethique

La consultation a été faite dans une atmosphère de sérénité, dans la discrétion la plus totale et de mise en confiance. Le consentement de la patiente a été recueilli sur une fiche de consentement (voir annexe). La Conception et la méthodologie de l'étude ont été validées par le comité d'Ethique de la faculté de médecine et de pharmacie de l'Université Mohammed 1^{er}

5. Analyse et interprétation des données

Chaque questionnaire rempli a subi une analyse préliminaire pour voir s'il est analysable, c'est ainsi que certains questionnaires possédant des questions non répondues ont été identifiés et mis de côté. Chaque questionnaire a été numéroté de 2 à 108, puis nous avons transcrit les données sur le logiciel EXCEL. L'analyse a été faite par le logiciel SPPSS 13.0 par l'équipe du Laboratoire de Biostatistique, de la Recherche Clinique et d'Epidémiologie (LBRCE) de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.

6. Questionnaire utilisé dans le cadre de notre étude

Identifiant :

A – Type de la violence :

- Il s'agit d'une violence : intraconjugale extraconjugale autre :

B - Identité de la victime :

- Situation familiale : célibataire fiancée mariée
 en instance de divorce divorcée veuve

- Date de naissance : __/__/____

- Niveau scolaire : 0 m'sid 1-6 7-12 ≥ 13

- Profession : oui non

- Habitudes toxiques : oui non

si oui : tabagisme alcoolisme toxicomanie

- Nombre d'enfants : total : vivant:

- Grossesse actuelle : oui non

- Antécédents médicaux : oui non

si oui, il s'agit: maladie chronique allergie autre:

- Antécédents de violence antérieure : oui non

- Revenu du couple : <1000 dh 1000dh-3000dh
 3000-5000dh 5000dh-10.000dh >10.000dh

C-Agresseur :

- Nombre :

- Sexe : masculin féminin

- Age : inconnu connu : __ / __ / ____

- Lien : conjoint ex - conjoint fiancé
 ami intime ex ami intime ami non intime
 ascendant frère descendant
 famille autre : voisin relation d'autorité
 relation professionnelle lien par affaire de justice
 connu de vue inconnu autre :

- Etat matrimonial: célibataire marié (e) divorcé (e)
 veuf/veuve fiancé (e) inconnu

- Niveau scolaire : 0 m'sid 1-6 7-12 ≥ 13 inconnu

- Profession : oui non inconnu

- Habitudes toxiques : oui non inconnu
 Si oui : tabagisme alcoolisme toxicomanie
- ATCDS judiciaires : oui non inconnu
 si oui : CBV vol viol
 trafic de drogue autres :
- ATCDS de violence : oui non inconnu
- ATCDS psychiatriques : oui non inconnu
- Suivi psychiatrique : oui non inconnu
- Etat de l'agresseur au moment de l'agression :
 état habituel état d'ivresse en prise de toxiques
 en rupture de toxiques rupture thérapeutique crise psychiatrique
 ne sait pas

D- Circonstances des faits :

- Date : __/__/____
- Heure (horaire sur 24 h) :
- Lieu : domicile commun domicile victime
 domicile de l'agresseur voie publique / jardin public
 établissements publics établissements pénitentiaires
 lieu de travail commerces ouverts au public
 débits de boissons autre :
- Motif de la violence :
- Type de violence :

1- Sexuelle : oui non

- Pénétration : oui non
 Type : vaginale anale orale
 Mécanisme : sexuel instrumental manuel

- attouchements sexuels : oui non
 - harcèlement sexuel : oui non
 - autre :

2- Physique : oui non

Si oui, il s'agit de :

- manuelle objet contondant

- objet tranchant et / ou piquant brûlure chimique
- brûlure thermique morsure
- chute empoisonnement
- séquestration enlèvement
- tentative d'homicide l'homicide
- autre :

3- Psychologique : oui non

- insultes et injures
- menaces adultère
- absence volontaire du mari incitation à la prostitution
- contrôle des naissances autres :

4- Economique et sociale : oui non

- non entretien des enfants non entretien de la femme par l'époux
- privation de travailler Privation d'étudier
- privation de soins Privation de l'héritage
- Vol confiscation d'objets personnels
- usurpation des biens licenciement abusif
- discrimination sexiste autres :

5- Juridique : oui non

- privation de la pension alimentaire expulsion du domicile conjugal
- privation de la garde des enfants privation de la visite des enfants
- non reconnaissance d'enfants mariage forcé
- privation de se marier
- privation de papiers officiels (livret d'état civil, acte de naissance des enfants...)
- autres :

***** En cas de violence intra conjugale :**

- Nombre d'années de mariage :

- Mariage :
- par amour
 - par arrangement familial avec consentement de l'intéressée
 - mariage imposé
 - de nécessité
 - autre :

- Début de l'agression par rapport au mariage :

- L'agression : unique répétitive
- Fréquence si agression répétitive :
- au quotidien 1/sem 2-3/sem 1/mois
- 2-3/mois 1/3 mois 1/6mois 1/an
- Motif :
- pécunier problème de belle famille
- problème sexuel profil psychiatrique ou toxicomanie
- problème relatif aux enfants ne sait pas
- autre:
- Temps de réaction / dernière violence :
- < 24h 24h – 1 semaine 1 semaine-1 mois >1 mois
- Réaction aux violences antérieures : oui non
- si présente, il s'agit de:
- demander de l'aide se défendre
- tenter de se suicider quitter le foyer
- faire CML déposer une plainte
- entamer une procédure du divorce quitter le travail
- autre :
- si absence de réaction, pourquoi ?
- peur de représailles honte de divorce
- espoir d'amélioration peur pour l'avenir des enfants
- absence de ressources financières absence de soutien familial
- autre :
- Enfant (Témoins) : oui non
- Ils sont battus par la même occasion : oui non
- *** En cas de grossesse :**
- 1- Age de la grossesse :
- 2- Avez-vous été victime de violence avant la grossesse oui non
- Si oui précisez l'auteur :
- Et fréquence :
- 3- La fréquence de cette violence pendant la grossesse : physique sexuelle
- Psychologique économique
- 4- Quelle est la nature de la violence subie :
- 5- Est ce que votre partenaire vous oblige à avoir une activité sexuelle : oui non

Si oui précisez sa nature :

6- avez-vous présenté des complications materno-fœtales post agression : oui non

Si oui précisez lesquelles :

E- Prise en charge :

Prélèvements faits :

Traitements prescrits

Orientation :

II. RESULTATS

1. Type de violence :

Les femmes sont majoritairement victimes de violence dans le cadre conjugal.

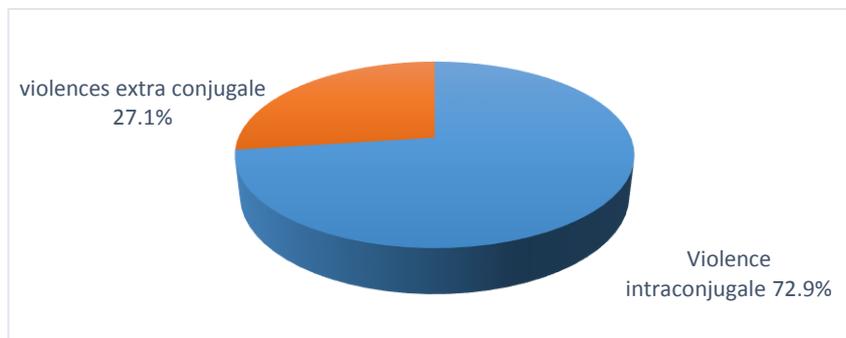


FIGURE 3: LES DIFFERENTS TYPES DE VIOLENCES

2. Profil des femmes victimes de violence :

2.1. Etat matrimonial :

La majorité des femmes victimes de violences sont mariées (80.4%).

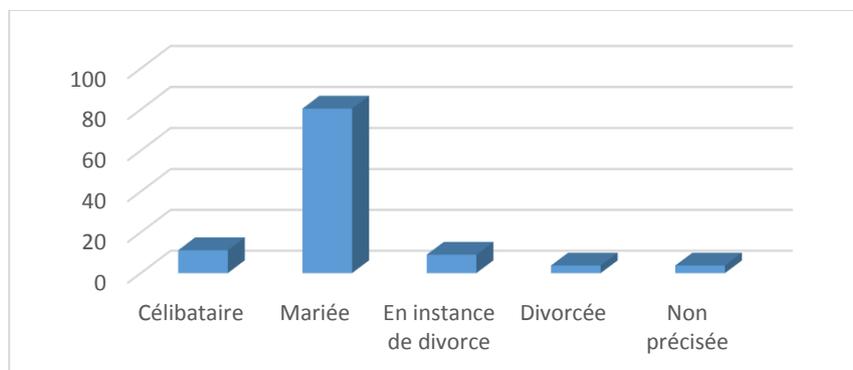


FIGURE 4: ETAT MATRIMONIAL DES FEMMES VIOLENTEES

2.2. Age des femmes victimes de violences :

L'âge moyen des femmes est de 34.45 ans avec un écart-type de 11.86 ans. L'âge minimal est de 18 ans et l'âge maximal de 60 ans.

2.3.Niveau scolaire :

Dans le cadre de notre étude, la majeure partie des femmes victimes de violences soit 43.9% a été scolarisée pendant au moins 7 à 12 ans contre 1.9% de niveau M'SID.

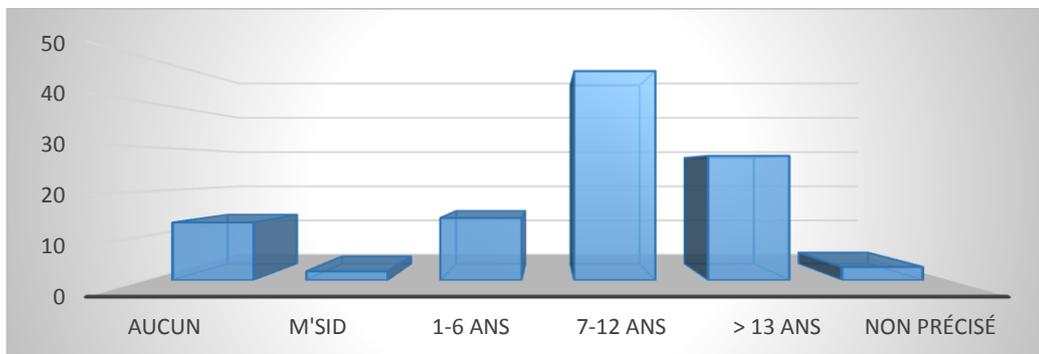


FIGURE 5: NIVEAU SCOLAIRE DES FEMMES VIOLENTEES

2.4.Profession :

Sur les 107 cas étudiés, 40,2% de ces femmes ont une profession.

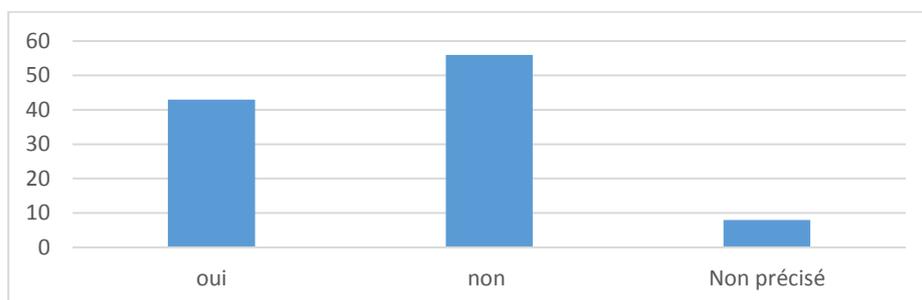


FIGURE 6: PROFESSION DES FEMMES VIOLENTEES

2.5.Habitudes toxiques

Le nombre de femmes sans aucune habitude toxique est estimé à 88.8%

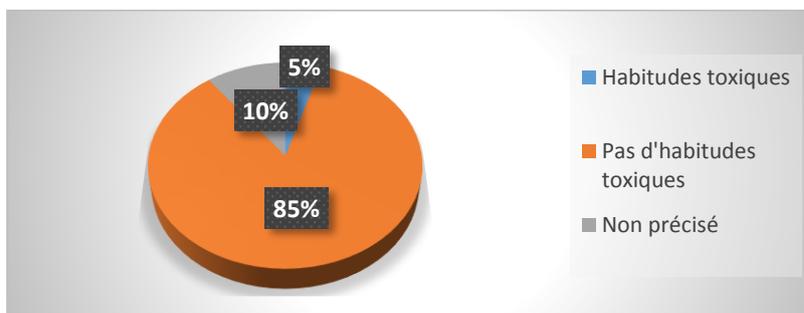


FIGURE 7: FEMMES VICTIMES ET HABITUDES TOXIQUES

2.6. Nombre d'enfants de femmes violentées :

La majorité des femmes ont des enfants. Presque la moitié des femmes, soit 47% des cas, a au moins deux enfants.

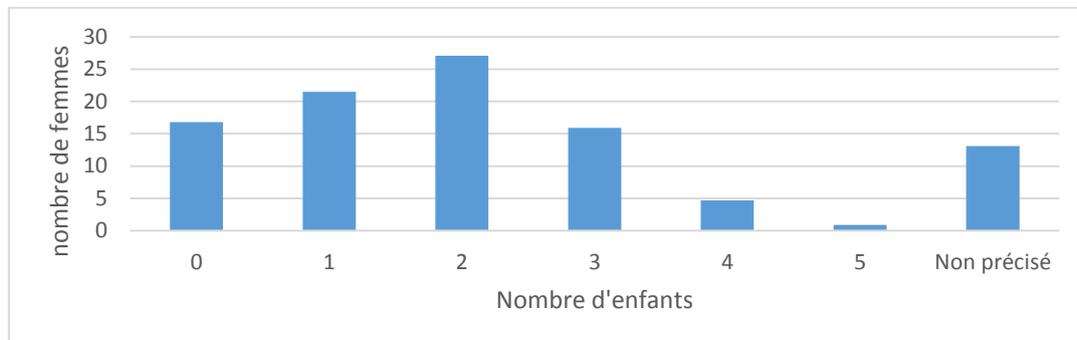


FIGURE 8: NOMBRE D'ENFANT DES FEMMES VIOLENTEES

2.7. Grossesse actuelle :

L'étude de la grossesse dans le cadre de notre étude montre que 11.2 % de femmes ont eu une grossesse en cours lors de la violence prise en charge à la consultation médico-légale.

2.8. Antécédents de violences antérieures :

Les femmes violentées ont déjà subi de violences dans 50.2% des cas, 23.4 % ont fait face à une première violence pendant l'année de l'étude.

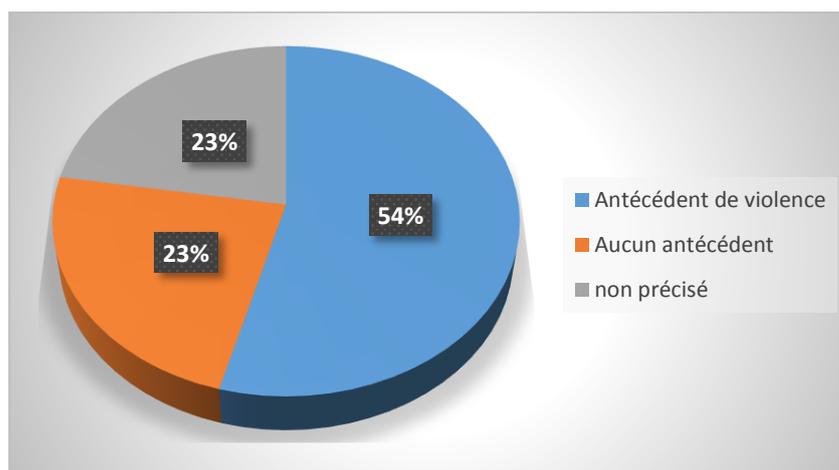


FIGURE 9: ANTECEDENTS DE VIOLENCES ANTERIEURES

3. PROFIL DES AGRESSEURS :

3.1. Sexe des agresseurs :

Sur le nombre de 107 cas d'agression étudiés, l'agresseur est un homme dans tous les cas.

3.2. Nombres d'agresseurs par violences :

Dans tous les cas de violence recensés, on repère un seul agresseur par violence.

3.3. Age des agresseurs :

L'âge moyen des agresseurs est de 34 ans avec un écart type de 14 ans, l'âge maximal est de 62 ans, et l'âge minimum de 20 ans.

3.4. Lien entre l'agresseur et la victime :

Les agresseurs sont des conjoints dans 67,3% de cas, les autres agresseurs sont des membres de la famille ou le voisin.

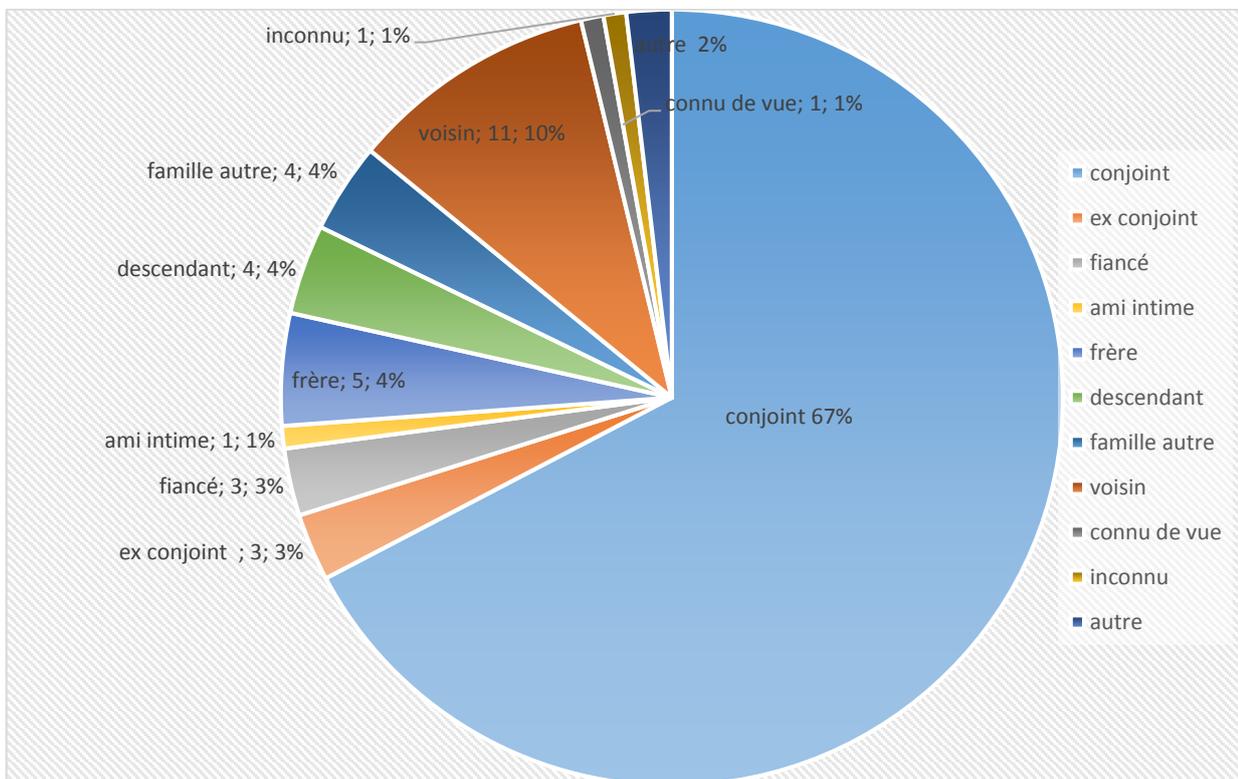


FIGURE 10: LIEN ENTRE L'AGRESSEUR ET LA VICTIME

3.5 Niveau scolaire :

Les majorités des agresseurs sont scolarisés.

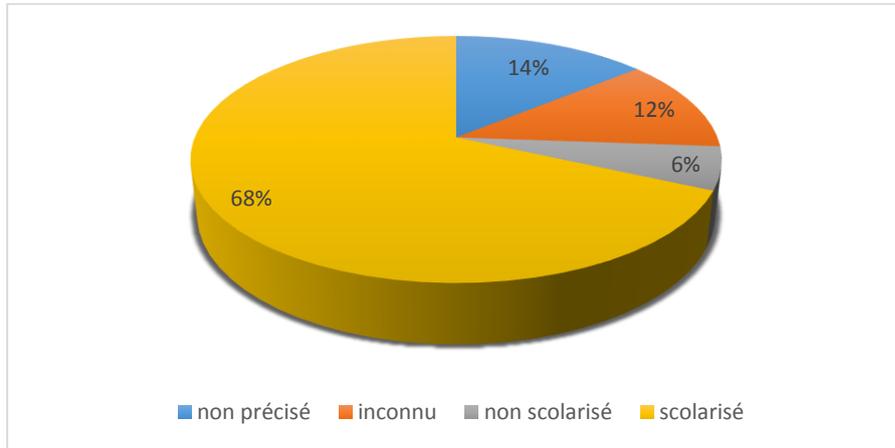


FIGURE 11: NIVEAU SCOLAIRE DES AGRESSEURS

3.6 Profession :

Les agresseurs ont une profession dans 65.4% de cas.

3.7 Habitudes toxiques :

Presque les deux tiers des agresseurs soit 64.5% ont une habitude toxique. Dans 37% des cas, ils consomment toutes formes de stupéfiants.

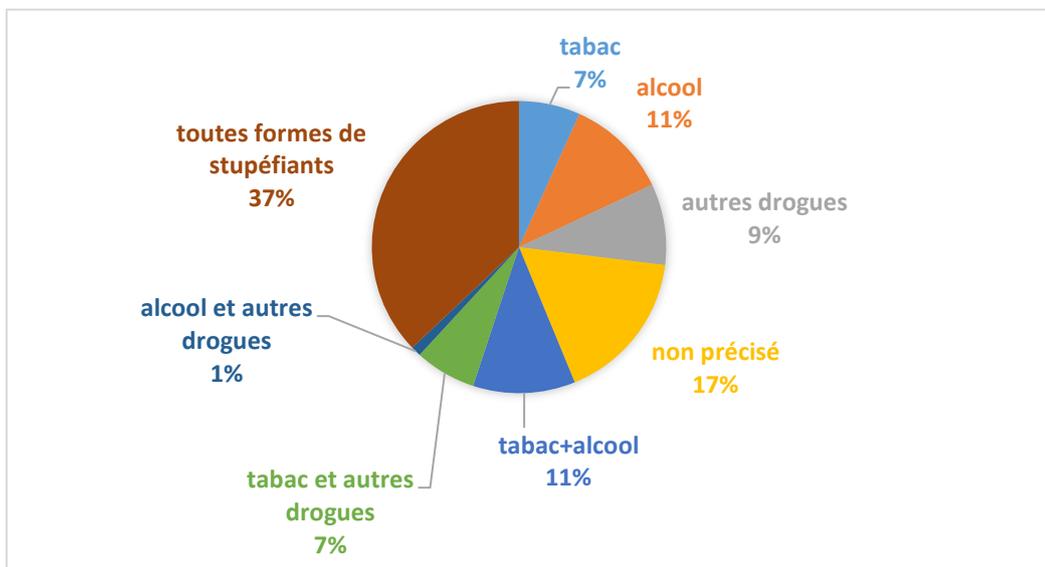


FIGURE 12: ADDICTIONS DES AGRESSEURS

3.8 Certains facteurs de risque d'être violent :

Dans 27% de cas, l'agresseur a un antécédent judiciaire, dans 41% de cas, il a été auteur d'une violence envers les tiers. Et dans trois cas seulement, l'agresseur avait un problème psychiatrique.

TABEAU IV: TABLEAU GROUPANT CERTAINS FACTEURS DE RISQUE D'ETRE VIOLENT CHEZ L'AUTEUR DE L'AGRESSION

<i>ATCD chez les agresseurs</i>	Oui	Non	Inconnu	Non précisé
<i>ATCD de violence en %</i>	41	31	14%	14
<i>ATCD Judiciaire en %</i>	27	48	13	12
<i>ATCD Psychiatrique en %</i>	3	66	11	12

3.9 Etat de l'agresseur au moment de l'agression :

Nous avons retrouvé 57 % des hommes dans leur état habituel lors de l'agression, 10.3% en état d'ivresse et 11.2 % en prise de toxiques lors de l'agression.

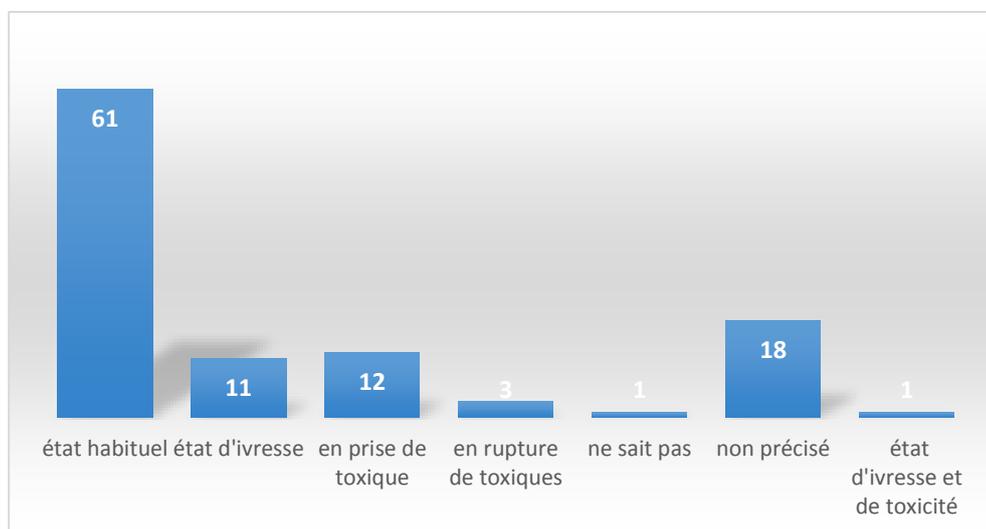


FIGURE 13: ETAT DE L'AGRESSEUR AU MOMENT DE L'AGRESSION

4 Les circonstances de l'agression :

4.1 Lieu des faits :

Les femmes sont violentées dans la majorité des cas dans une sphère privée (67.3%)

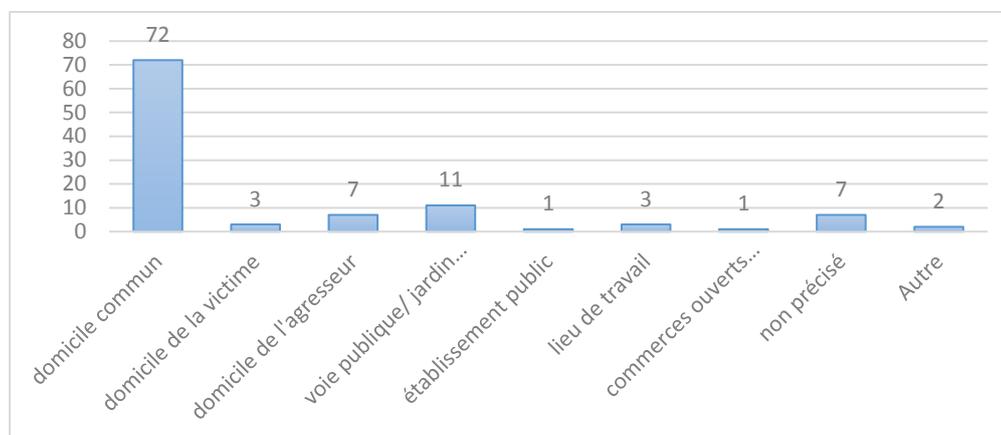


FIGURE 14: LIEU DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

4.2 Formes de violence :

Les violences faites aux femmes sont multiformes. Il s'agit essentiellement de violence physique et/ou sexuelle associée à la violence psychologique, économique ou juridique.

4.2.1. Violence Physique :

Nous avons retrouvé 103 cas de violence physique. Dans les cas restant, il s'agit d'une agression sexuelle sans violence physique.

4.2.2 Violence sexuelle :

Sur les 107 cas, nous avons trouvé 24 cas de violence sexuelle dont 17 cas de pénétration sexuelle. Ces formes de pénétrations sont réparties en pourcentage comme le montre le tableau suivant :

TABLEAU V: TYPE DE VIOLENCE SEXUELLE EN %

VIOLENCE SEXUELLE PAR PENETRATION	POURCENTAGE (%)
Pénétration anale	54
Pénétration vaginale	23
Non précisé	23

4.2.3 Violence psychologique :

Nous avons retrouvé de violences psychologiques dans 95 cas sur 105. Ces violences sont associées dans la majorité des cas aux violences physiques et / ou sexuelles.

4.2.4 Violences économique et juridique :

Nous avons noté 42.9% de violences économiques et 5.2% cas de violences juridiques associées à la violence physique et/ou sexuelle.

5 Caractéristiques de la violence intraconjugale :

5.1 Caractère répétitif de l'agression :

Les violences sont répétitives dans la majorité des cas. Nous avons enregistré 85% des cas que les violences sont répétitives plus d'une fois.

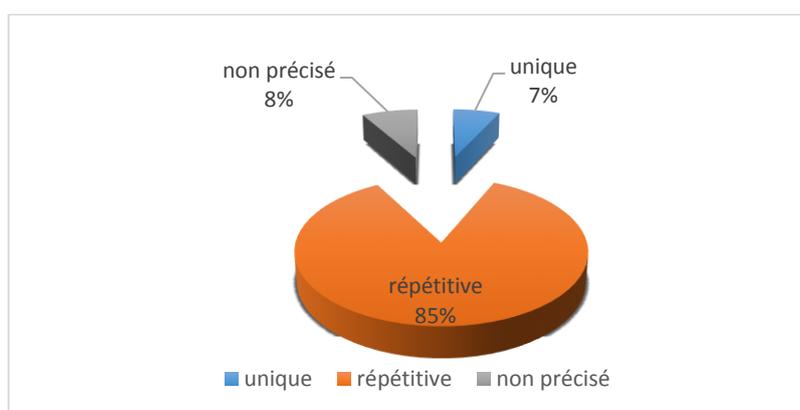


FIGURE 15: CARACTERE REPETITIF DE LA VIOLENCE AU SEIN DES COUPLES

5.2 Motif des agressions

Le motif le plus retrouvé est d'ordre pécuniaire (18.7%). D'autres causes sont associées, notamment les problèmes psychiatriques et/ou la toxicomanie (10.7 %).

TABLEAU VI : MOTIFS LIES AUX VIOLENCES CONJUGALES

MOTIF DES AGRESSIONS	POURCENTAGE (%)
Pécuniaire	18.7
Problème de Belle famille	8
Problème d'ordre sexuel	9.3
Psychiatrie et/ou toxicomanie	10.7
Problème relatif aux enfants	1.3
Plusieurs motifs à la fois	34.7
Ne sait pas	1.3
Autre	16

5.3 Temps de réaction par rapport à la dernière violence :

Dans le cadre de notre étude, soixante-neuf pour cent (69%) des femmes ont réagi à la violence entre 24h -1 semaine.

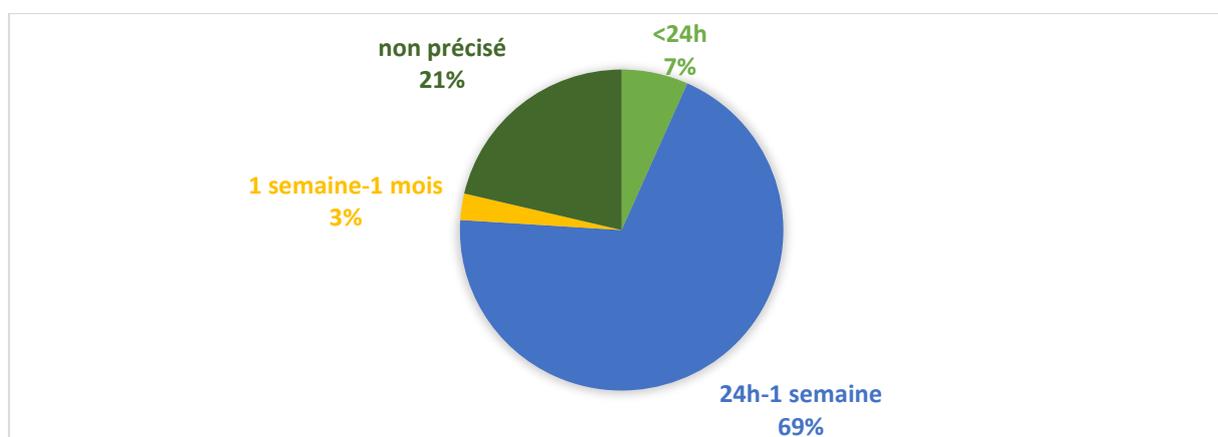


FIGURE 16: TEMPS DE REACTION DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

5.4 Réactions aux violences antérieures :

Presque la moitié des femmes victimes de violence intraconjugale soit 45 femmes ont réagi aux violences conjugales antérieures.

5.5 Type de réactions face aux violences antérieures :

TABLEAU VII: REACTIONS DES FEMMES FACE AUX VIOLENCES

TYPES DE REACTIONS	Pourcentage DE FEMMES AYANT REAGIT APRES AVOIR SUBI DE VIOLENCES (%)
Faire un Certificat médical (CM)	43
Faire un CM et déposer une plainte	20
Faire un CM et entamer une procédure de divorce	9
Faire un CM et quitter le foyer	3

5.6 Enfants témoins de violence conjugale :

Nous avons enregistré 32 enfants témoins de violences conjugales. Parmi les enfants témoins, 10 ont subi par la même occasion une violence physique

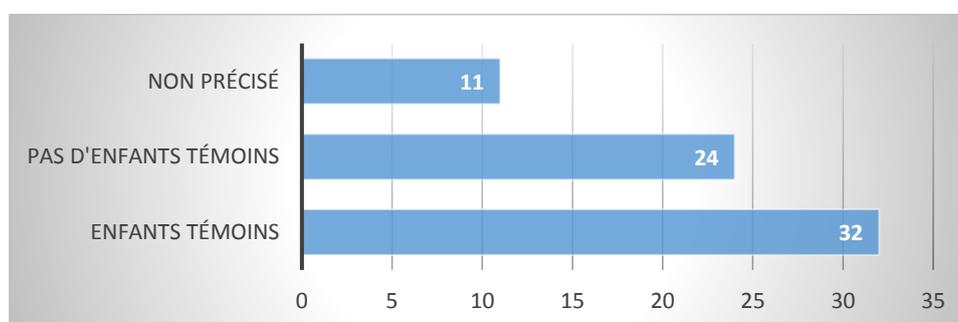


FIGURE 17: NOMBRE D'ENFANTS TEMOINS DES VIOLENCES CONJUGALE

III. DISCUSSION

1. L'apport de l'étude

Le sujet des violences conjugales est souvent mal connu par les médecins généralistes ou spécialistes. Pourtant, ils tiennent un rôle central dans le dépistage et la coordination de la prise en charge des victimes. Celle-ci qui doit être globale avec un suivi adapté. Cette thématique reste peu abordée pendant nos études médicales, or ces situations sont fréquentes durant notre cursus universitaire (stages ambulatoires ou hospitaliers). D'où l'intérêt de ce travail de recherche qui va permettre d'innover en ce sens, c'est à dire permettre aux médecins d'avoir un outil leur permettant de mieux s'orienter et de se voir face à ce fléau sociétal.

Ce travail prend en somme une certaine distance avec le côté purement technique de la médecine afin que nous médecins, puissions lever les yeux afin de voir la société au lieu de voir que les structures hospitalières.

En matière de chiffres, cette thèse apporte des chiffres afin de cerner l'évolution des violences faites aux femmes depuis l'enquête qui a été faite par le Haut-Commissariat au Plan sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc en 2009 et d'autres études antérieures.

2. Sur le profil des femmes victimes de violence

La majorité des femmes victimes de violence sont des femmes mariées 80.4% (86 F/107), ce chiffre est une évidence puisque nous avons remarqué que les violences conjugales étaient plus nombreuses comparativement aux violences extra conjugales, et cela reste un fait si nous tenons compte du contexte marocain où la majorité des couples sont censés être au regard de la loi des couples mariés. Une Enquête menée en 2015 par Mohamed Maniboliot Soumah du Service de Médecine Légale et Médecine du Travail de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie de l' Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal a démontré que 98,75 % des femmes victimes de violences étaient mariées et que 2 vivaient en concubinage (1,25 %) (39).

TABLEAU VIII: TABLEAU COMPARATIF MONTRANT LE POURCENTAGE DE FEMMES MARIÉES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE AU SEIN DU SERVICE DE MEDECINE LEGALE DE RABAT ET DE DAKAR

	Service de Médecine Légale et l'Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 2015	Service de Médecine Légale, CHU Ibn Sina Rabat (Notre étude 2017)
Pourcentage femmes mariées victimes de violences conjugales	97.75	80.4

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes violentées était de 34 ans avec un écart-type de 11.18, ceci correspond aux données internationales. Chaque année en France, 216 000 femmes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire déclarent être victimes de violences conjugales graves (violences physiques et/ou sexuelles) de la part de leur conjoint marié ou non, ou ex-conjoint. Soit deux fois et demi de plus que les hommes. Selon les enquêtes «Cadre de vie et sécurité» de 2010 à 2013, Selon ces mêmes enquêtes ,on estime chaque année en moyenne que 86 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de viols ou de tentatives de viol soit 0,4% des femmes âgées de 18 à 75 ans (40).

En Belgique, selon l'enquête réalisée en 2010 auprès de la population belge, 1 femme sur 20 âgée de 18 à 75 ans a vécu des situations de violences conjugales très graves au cours des 12 derniers mois (41).

En République Démocratique du Congo, l'âge varie entre 2 et 80 ans, ce chiffre tient compte des violences faites aux filles (42). Le Botswana rapporte un âge entre 15 à 64 ans pour les femmes victimes de violence (43). L'étude du Haut-commissariat au Maroc de 2009 a estimé l'âge des marocaines victimes de violence entre 18-64 ans (6), ce qui correspondait à celui noté dans notre travail.

TABEAU IX: TRANCHE D'AGE DES FEMMES VIOLENTEES PAR PAYS

	France 2010-2013	Belgique 2010	RDC 2016	Botswana 2018	HCP Maroc 2009	Notre étude 2017
Age minimum (ans)	18	18	2	15	18	18
Age maximum (ans)	75	75	80	64	64	60
Age Moyen (ans)	46,5	46,5	41	39,5	41	34

Il est à remarquer que le niveau scolaire joue un rôle dans la violence faite aux femmes. Quarante-quatre pour cent des femmes violentées ont un niveau d'étude s'étalant de 7 à 12 ans et 26.2% ayant fait plus de 13 ans d'études. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ayant fait d'études résistent beaucoup plus à la pression et à la domination patriarcale. De ce fait, les conjoints pour remédier à cela font donc usage de la violence. Pour Evelyne Josse (44), les femmes plus instruites sont exposées à un plus grand risque de violence et notamment de violence sexuelle de la part de leur partenaire intime. Parce qu'elles deviennent plus autonomes, elles résistent davantage aux normes patriarcales. Pour reprendre le contrôle, certains hommes recourent alors à la violence. Alors que pour Mc Closkey L et coll (45), le niveau scolaire peu élevé de la femme (primaire) constitue un facteur de risque de la violence conjugale. En 2015, Mathilde Palisse a montré que 23% de femmes en France ayant subi de violences ont un niveau d'étude supérieur ou égal à un Bac + 5 (46). Dans une étude américaine réalisée en 2004 portant sur 1004 femmes, on a montré que le fait de ne pas avoir suivi des études supérieures serait un facteur aggravant de la violence (47). Alors que François Pursell (21), mentionne que les niveaux d'étude et les catégories socio-culturelles ne sont pas corrélés à la violence conjugale.

Dans notre étude, le nombre de femmes battues ayant une profession s'élève à 40.2%. Il serait judicieux de comprendre que la profession ne joue pas un rôle protecteur ou le contraire dans les cas de violences faites aux femmes. Philippe Vasseur (48) démontre que sur 100 femmes victimes de violences, 67 victimes avaient une activité professionnelle dont 19 une profession supérieure (cadres, profession libérale, dirigeant, etc.) ; Neuf victimes étaient au chômage et 24 étaient inactives (femmes au foyer). Certains auteurs laissent penser que les victimes de violences sont issues de milieux défavorisés ou modestes. Or, les violences touchent tous les milieux où les victimes

proviennent de catégories socio-professionnelles (CSP) très variées. Ces hypothèses ont notamment été réfutées par des enquêtes de victimisation. Selon l'enquête ENVEFF réalisée en 2000, la fréquence des violences subies est homogène selon les CSP (38). L'enquête Contexte de la Sexualité en France (2006) montre que la fréquence des viols ou tentatives de viol après 18ans varie de 6% à 11% selon la position sociale (49). Des femmes avec des chiffres plus élevés chez les artisanes-commerçantes (11,3%) ainsi que chez les cadres et professions intellectuelles (10,5%). Les autres femmes majeures victimes interrogées lors de cette enquête étaient agricultrice (8,4%), de professions intermédiaires (8%) ; ouvrières non qualifiées (7,2%) employées (6,8%) ou ouvrières qualifiées (6,1%) (50, 51).

Même si les victimes de violences sont issues de CSP diverses. Le rapport de 2017 sur les morts violentes au sein du couple en France du Ministère de l'Intérieur montre que les victimes d'homicide dans le cadre des violences domestiques sont majoritairement en inactivité professionnelle à 59.3% (81 victimes) avec 33.1% de personnes sans emploi (44 victimes) et 26.2% à la retraite (37 victimes) (50).

Une étude française (1997) portant sur des violences subies dans les 12 mois suivant une grossesse n'a pas montré de différence significative de profil des victimes et notamment entre leur niveau d'étude ou le fait qu'elles aient ou non un emploi au moment de l'étude (24).

2.1.Sur le profil des agresseurs :

Dans notre travail, nous avons trouvé dans tous les cas, les agresseurs sont de sexe masculin. En effet, les violences sont faites majoritairement par l'homme à plus de 90 à 95% selon l'OMS (4).

TABLEAU X: SEXE DES AGRESSEURS DANS NOTRE ETUDE EN CELLE DE L'OMS (2002)

	Notre étude (2017)	OMS (2002)
Pourcentage d'hommes auteurs de violences	100 %	90 à 95%

La majorité des agresseurs (67.3%) sont les conjoints. Il est évident puisque la majorité des violences faites aux femmes sont des violences conjugales. Nous retrouvons en deuxième ligne les voisins avec un pourcentage à 10.3%, ceci semble-t-il dû au contact qui se développait entre la victime et le voisin, nous avons aussi enregistré des problèmes de paiement du loyer favorisant ces actes de violences.

Dans 68% de cas les agresseurs sont scolarisés. Ceci laisse indiquer que le non scolarisation n'est pas un facteur favorisant des violences mais aggravant. Nous avons noté que 64.5% des agresseurs ont une profession, cela est compris par le fait que la majorité des agresseurs ont un

niveau de scolarisation plus ou moins avancé ce qui leur permet d'avoir une profession, c'est ainsi que nous avons enregistré des agresseurs qui sont des architectes, des médecins, des militaires, des cadres, des employés, des agriculteurs, etc. Tout ceci correspond à une étude faite par Laeticia Di Piazza (51), qui démontre que du point de vue scolaire et professionnel, les agresseurs ont, en moyenne, terminé leurs études de niveau secondaire (72 %) et travaillent actuellement à temps plein ou à temps partiel (49 %).

Notons que 64.5% des agresseurs ont une habitude toxique avec 37% des cas qui consomment toutes sortes de stupéfiants, nous pourrions considérer que l'habitude toxique est en forte liaison avec la violence en générale et en particulier dans l'environnement conjugal où cette violence est plus susceptible de s'exprimer. En 2015, au Québec dans un rapport réalisé par le comité permanent de lutte à la toxicomanie intitulé : Toxicomanie et violence conjugale , recension des écrits et état de la situation au Québec, il est a été démontré que 56.8% des agresseurs ont eu une habitude toxique (52)(52)(52)(51)(51)(51)(51)(51)(51)(51)(51)(51)(50)(50)(50)(50)(50)(50)(54, 55). Cette même étude fait mention d'une enquête aléatoire menée par Kantor et Straus, en 1989 auprès de plusieurs ménages, 70 % des conjoints ayant sévèrement battu leurs femmes ont rapporté qu'ils avaient été ivres une fois ou plus au cours de l'année précédente. Comparativement à 50 % des hommes démontrant une violence plus modérée et à 31 % des hommes n'ayant pas violenté leurs conjointes

TABLEAU XI: POURCENTAGE DE L'HABITUDE TOXIQUE CHEZ LES AGRESSEURS

	Kantor et Straus (52)	Tremblay Joel (53)	European psychiatry (54)	Hotel de Police De Kacyiru (52)	Notre étude
Année	1986	2009	2013	2015	2017
Habitude toxique chez les agresseurs en %	70	45	50%	56.8	64.5

La fréquente coexistence de la toxicomanie et de la violence conjugale est documentée depuis un bon moment. En 1986 dans une recension de plus de 52 études examinant les "prédicteurs" de violence de mari-à-femme au Québec , Hotaling et Sugarman (55) ont trouvé que l'un des quatre prédicteurs de risque les plus constants, était l'usage abusif d'alcool. Selon Elizabeth Brown (56), l'alcool n'est pas, à lui seul, un facteur de risque de la violence, il est un catalyseur. Ainsi elle démontre que pour les violences conjugales qui ont eu lieu au cours des douze derniers mois, 28%

des femmes déclarent que leur conjoint avait consommé de l'alcool au moment des faits alors qu'elles-mêmes ne seraient que 6%.

Dans notre étude, dans 27% des cas les agresseurs ont eu un ATCD judiciaire et un ATCD de violence envers les tiers dans 41,1% des cas. Les violences antérieures favorisent une continuité et une permanence des actes de violence envers les femmes. Nous avons trouvé que 2.8% des agresseurs ont un ATCD psychiatrique, ces chiffres ne suffisent pas pour mettre en lien l'agression et la pathologie psychiatrique de l'agresseur.

TABLEAU XII: TABLEAU COMPARATIF DE L'ÂGE MOYEN ET LES ATCDs DES AUTEURS DE VIOLENCES

	Yvan Lussier 2002 (56)	B. Gobier 2009 (52)	S. Leveillé 2009 (48)	Notre �tude 2017
Age moyen	35 ans	31 ans	43 ans	34 ans
ATCD psychiatrique	33%	38.6%	12.5%	2.8%
ATCD Judiciaire	31%	37%	18.8%	27%
ATCD de violence	19%	31%	18.8%	41.1%

2.2. Sur les lieux des faits :

Dans notre étude, dans les deux tiers des cas, la violence a survenu à domicile, ceci reste logique puisque la majorité de la violence subie est une violence conjugale (72.9%). Richard-Devantoy en 2008 a démontré que la violence est perpétrée dans 63% des cas au domicile de la victime plus rarement chez l'agresseur (57). En deuxième lieu, on trouve que 10.3 % de violences ont survenu dans les lieux publics dans notre étude , ceci concorde avec l'enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes du HCP au Maroc l'estimant à 9.7% (6). C'est dans les lieux publics que la violence physique est la plus répandue, avec un taux de prévalence de 9,7 %. Le contexte extraconjugal vient en deuxième position avec 7,6 %, suivi du contexte conjugal avec 6,4 %. Par milieu de résidence, le taux de prévalence dans les lieux publics est près de 5 fois plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (14,2 % contre 3,1 %). A titre indicatif, ce taux est de 17 % au Mozambique, de 12 % en Finlande et de 8 % en Australie (58). Parmi les victimes de cette forme de violence dans les lieux publics figurent notamment :

- ✓ les femmes au chômage, avec un taux de prévalence de 23 % ;
- ✓ les actives occupées avec 14,1 % ;
- ✓ les élèves et étudiantes avec 19,2 % ;
- ✓ les femmes portant habituellement des tenues modernes courtes, avec une prévalence de 32 % (contre 7,5 % parmi celles ayant l'habitude de porter des djellabas ou équivalent).

TABLEAU XIII: POURCENTAGE DES FEMMES VIOLENTEES DANS LES LIEUX PUBLICS

	Mozambique 2010	Finlande 2010	Australie 2010	HCP Maroc 2009	Notre étude 2017
Femmes Violentées dans les lieux publics en %	17	12	8	9.7	10.3

2.3. Sur les formes de violence :

Notre étude a montré que les violences physiques sont majoritairement commises (97.2%). Ceci est expliqué par le fait que notre échantillon a inclus les femmes qui ont consulté à l'unité de médecine légale pour obtenir un certificat médico-légal pour coup et blessures volontaires. Ces cas de violence physique sont associés dans la quasi-totalité des fois à la violence psychologique (90.5% dans notre étude). Les violences physiques sont survenues par un mécanisme contondant dans la majorité des cas, soit par des coups manuels surtout et/ou des objets contondants. Nos résultats pour les violences psychologiques correspondent aux études les plus fréquentes. Dans notre étude, elles s'expriment par des insultes et injures, les menaces, l'absence volontaire du mari etc.

Les violences économiques (42.9%) et juridiques (5.2%) se manifestent dans notre étude comme des punitions, nous pouvons citer la privation de soins, le non entretien des enfants, la confiscation d'objets personnels etc. Néanmoins, elles demeurent très souvent de véritables souffrances et violences pour la femme qui se voit licenciée abusivement, se voit privée de ses papiers officiels et aussi privée de déclarer son enfant à l'état civil etc.

Notre étude montre que les violences sexuelles (22.4%) restent minimales par rapport aux violences physiques, ceci peut être expliqué par la réticence de ces victimes à déclarer qu'elles étaient victimes d'abus sexuel. L'Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc 2009 montre qu'avec un taux de prévalence de 22,6 %, près de 2,1 millions de femmes ont subi un acte de violence sexuelle à un moment ou à un autre de leur vie. Ces victimes sont deux fois plus nombreuses en milieu urbain (1,4 million) qu'en milieu rural (712 mille). Le taux de prévalence de la violence sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête s'établit à 8,7 %. Il est de 9,8 % en milieu urbain et de 7,1 % en milieu rural. Dans sa forme la plus grave (le rapport sexuel forcé), la violence sexuelle fait annuellement 38 mille victimes, soit un taux de prévalence de 0,4 %. Cette même enquête montre que dans le cadre conjugal, elles sont 6,6 % (444 mille) femmes mariées à subir des actes de violence sexuelle (6,8 % en milieu urbain contre 6,3 % en milieu rural). Il s'agit dans la majorité des cas de pratiques sexuelles non désirées par la femme. Ce taux est de 9 %

au Mozambique et de 4 % en Australie (6). En France, selon les données de l'enquête Contexte de la Sexualité de 2006 (59), 16 % des femmes ont déclaré avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie. F. Ait Boughima et H. Benyaich (60), ont démontré que sur 28 victimes qui se sont plaintes de violences sexuelles dans le cadre conjugal lors de la consultation médico-légale du CHU Ibn Rochd de Casablanca, la violence consistait essentiellement en des pénétrations anales imposées dans tous les cas. Des violences physiques associées ont été notées dans 23 cas.

TABLEAU XIV: TABLEAU COMPARATIF DE DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCE EN %

Forme de violence	HCP Maroc	D. Kacyiru	Lettre ONVF8	Notre étude
	2009 (6)	(52)	(61)	2017
	2009	2015	2015	2017
Violence physique en %	91.8	90.9	74	97.2
Violence psychologique en %	77.8	90.9	82	90.5
Violence sexuelle en %	22.6	39.5	15	22.4
Violence Economique en %	53.5	78.6	20	43.9
Violence Juridique en %	64.8	78.6	2	5.2

2.4. Sur les cas de violence intra conjugale :

Nous avons enregistré plus de cas de violences faites aux femmes dans le cadre conjugal (72,9%) par rapport à la vie extra conjugale contre 55% selon les données de l'ONU-FEMME pour tout le Maroc (6). En Côte-d'Ivoire, une enquête menée en 2017 par l'Association Ivoirienne pour la Défense de la Femme (A.I.D.F) révèle que 70% de cas de violence enregistrés sont des violences conjugales (62).

Nous devons comprendre que le phénomène de la violence serait très présent dans la vie conjugale, sachant que notre étude donne des chiffres pour des femmes violentées à Rabat seulement par rapport aux chiffres de l'ONU-FEMME pour tout le Maroc.

TABLEAU XV: POURCENTAGE DE LA VIOLENCE INTRA CONJUGALE

	Notre étude 2017	ONU Femme Maroc 2017	Abidjan 2017
Proportion de la violence intra conjugale	72.9%	55%	70%

Notre étude montre que les violences faites aux femmes sont répétitives (85%) et fréquentes vu le cycle de la violence dans lequel les femmes ont du mal à s'en sortir et du sentiment de culpabilité qui les occupe. Dans 70% des cas, ces femmes victimes de violences conjugales déclarent avoir été victimes de plusieurs formes de violences et de façon répétitive. En France, l'observatoire national des violences faites aux femmes en 2014 a montré que près de sept femmes sur dix déclarent avoir connu plusieurs épisodes de violences conjugales. En cas de fait unique, les violences physiques (7 Femmes sur 10) sont plus souvent répétées que les violences sexuelles (2 femmes sur 10) dans le cadre des violences conjugales. Alors que si les violences se répètent, les violences sexuelles sont plus souvent répétées que les faits de violences physiques (63). Le manque d'argent, la précarité, l'inactivité se voient prendre une grande place dans les violences faites aux femmes derrière des problèmes de famille et de toxicomanie.

Notre étude a montré que la majorité des femmes violentées ont réagi (45 cas sur 74), mais de manière différente. Vingt-neuf (29) ont eu recours à un certificat médical, 6 ont entamé une procédure de divorce et deux ont quitté le foyer conjugal. Nous pourrions déduire que la majorité des femmes violentées n'arrivent pas à sortir de ce cycle de violence. Certaines d'entre elles s'expliquent en rapportant qu'elles n'ont pas réagi par peur de représailles et/ou par peur pour l'avenir de leurs enfants (78%) ou parce qu'elle garde encore un espoir d'amélioration de la situation conjugale (11%). Dans la Lettre n°4 de l'Observatoire national de violences faites aux femmes datant de Novembre 2014 en France, sur 216 000 femmes victimes de violences physiques et/ou sexuelles en France, seules 16% ont déposé plainte (63).

Conclusion

La violence faite aux femmes est un phénomène universel. Elle est classée un problème de santé publique par L’OMS. Le Maroc depuis de longues années a parcouru du chemin dans le processus de la lutte contre la violence faite aux femmes. Mais, ce phénomène demeure encore omniprésent et fréquent dans notre société. Dans le contexte marocain, plusieurs facteurs sont à l’origine de la violence fondée sur le genre. Dans plusieurs régions du Maroc, la violence au sein du couple marié n’est pas encore reconnue par la société. Il est toujours nécessaire de décrire la situation actuelle de la violence faite aux femmes afin de mieux comprendre ce phénomène. Nous avons pu conclure que connaître le profil des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et les caractéristiques de la violence subie, permettrait non seulement aux médecins, mais aussi aux autres acteurs de la santé et agents sociaux d’intervenir et de prendre adéquatement en charge les femmes victimes de violences. Il serait intéressant d’étudier des aspects plus spécifiques de la violence, surtout celle conjugale afin de développer des outils, méthodes et moyens qui permettraient aux agresseurs et aux victimes de sortir de ce cycle de violence. Le rôle du médecin pour y parvenir est donc primordial. Beaucoup reste à faire pour familiariser et sensibiliser la société à la réalité de la violence basée sur le genre et faire en sorte que les femmes victimes obtiennent un soutien et des traitements adéquats.

Résumé

MOTS CLES : violences conjugales, femmes, agresseurs, cycle de violence

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont un véritable problème de santé publique. L'objectif de la présente thèse est de mettre à la disposition des utilisateurs un ensemble d'indicateurs statistiques sur le phénomène de la violence à l'égard des femmes au Maroc, sur l'environnement socio-économique de ces femmes et de manière générale, sur les caractéristiques de la population ciblée par cette étude.

METHODE

Nous avons mené une étude rétrospective transversale en vue de connaître le profil des femmes victimes de violences, de leurs agresseurs et des caractéristiques de la violence subie. Cette étude est menée en 2017. Durant cette année, on a recensé 107 cas de femmes victimes de violences et qui ont consulté au service de médecine légale du CHU Ibn Sina de Rabat. Un questionnaire a été utilisé afin d'avoir des données fiables, réelles et interprétables à partir des dossiers médicaux remplis lors de la consultation. L'analyse des données a été faite par le logiciel SPPSS 13.0 par l'équipe du Laboratoire de Biostatistique, de la Recherche Clinique et d'Epidémiologie (LBRCE) de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.

RESULTATS ET DISCUSSION

Dans 80.4% des cas, les femmes victimes de violences sont mariées. Elles sont jeunes, majoritairement instruites et ayant une activité professionnelle. L'agresseur est un homme dans tous les cas, il s'agit du conjoint essentiellement. Ces violences sont de toutes formes : physique (103 cas), psychologique (95 cas), sexuelle (24 cas).

CONCLUSION

Les facteurs favorisant les violences faites aux femmes sont multiples. Les profils des agresseurs et des victimes sont d'un champ très large. Il serait intéressant d'étudier des aspects plus spécifiques de la violence, afin de développer des outils, méthodes et moyens qui permettraient aux victimes et aux agresseurs de sortir de ce cycle de violence.

ABSTRACT

KEY WORDS: domestic violence, women, aggressors, cycle of violence

INTRODUCTION

Violence against women is a real public health problem. The objective of this thesis is to provide users with a set of statistical indicators on the phenomenon of violence against women in Morocco, on the socio-economic environment of these women and, in general, on the characteristics of the population targeted by this study.

METHOD

We conducted a cross-sectional retrospective study to determine the profile of women victims of violence, their abusers and the characteristics of the violence they experienced. This study is being conducted in 2017. During this year, 107 cases of women victims of violence were recorded and they consulted the forensic medicine department of the Ibn Sina University Hospital in Rabat. A questionnaire was used to obtain reliable, real and interpretable data from the medical records completed during the consultation. The data analysis was performed by the SPPSS 13.0. software by the team of the Laboratory of Biostatistics, Clinical Research and Epidemiology (LBRCE) of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Rabat.

RESULTS AND DISCUSSION

In 80.4% of cases, women victims of violence are married. They are young, mostly educated and working. The abuser is a man in all cases, it is essentially the spouse. This violence takes all forms: physical (103 cases), psychological (95 cases), sexual (24 cases), economic and legal.

CONCLUSION

There are many factors that contribute to violence against women. The profiles of aggressors and victims are very broad. It would be interesting to study more specific aspects of violence in order to develop tools, methods and means that would enable victims and perpetrators to break out of this cycle of violence.

Bibliographie

1. Gigandet M, Seitenfus L, Terzidis A, Vasconcelos ML. La violence est inacceptable. Violences sexuelles contre les femmes, que faire ? Viol-Secours L, LAVI le C, (SPPE) le S pour la promotion de l'égalité entre homme et femme, editors. GENEVE; 2010.
2. Escard E, Torreggiani C, Theler J, Guessous I. En première ligne face aux violences domestiques et sexuelles : attitudes et représentations des professionnels de santé. :387–402.
3. Nations U. Declaration on the elimination of violence against women. New York, UNITED STATES OF AMERICA; 1993.
4. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé, Chapitre 4 : La violence exercée par des partenaires intimes. GENEVE; 2002.
5. OMS. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. 2007.
6. Haut commissariat au plan. Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc. MAROC; 2009.
7. United Nations. DÉCLARATION ET PROGRAMME D'ACTION DE BEIJING , LA QUATRIÈME CONFÉRENCE MONDIALE SUR LES FEMMES. BEIJING; 1995.
8. Ministère de la santé du Royaume du Maroc, L'ONDE. Normes et standards de prise en charge des femmes et des enfants survivant(e)s à la Violence. MAROC;
9. OMS. Aide-mémoire N°239 : La violence à l'encontre des femmes. 2008.
10. HIRIGOYEN MF. Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple. Oh ! Editi. Saint-Armand-Montrond; 2005. 12 p.
11. Ministère de la Justice. République française. Dispositif femmes en très grand danger. FRANCE;
12. Ministère de la santé du Royaume du Maroc. Programme National de la Santé Pour la Prise en charge des Femmes et Enfants Victimes de Violence.
13. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women ' s Health and Domestic violence against women. 2005.
14. WALKER L. THE BATTERED WOMAN. 1979.
15. Institut national des statistiques et des études économiques. Population et démographie: femmes et violences. Dossier d'octant n°50. bretagne; 2007.
16. Lecomte D, Tucker ML, Fornes P. Homicide in women: a report of 441 cases from Paris and its

- suburbs over a 7-year period. *J Clin Forensic Med.* 1998;5:15–6.
17. Walls M, Vallud-Belkacem N. Lutte contre les violences intrafamiliales [Internet]. [cited 2018 Apr 3]. Available from: <http://www.interieur.gouv.fr/Presse/Les-communiqués/Lutte-contre-les-violences-intrafamiliales>.
 18. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco A De, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Med LA Med FACTUELLE A NOS Prat.* 2014;10(9):423–8.
 19. François I, Moutel G, Plu I, Fauriel I, Hervé C. Violences conjugales, quelles difficultés pour les médecins ? *Presse Med* [Internet]. 2004;33(22). Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/102121>
 20. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolutions des pratiques en 10 ans. Paris 6; 2012.
 21. Duroch F. Les femmes congolaises utilisées comme armes d’une guerre contre l’humanité. L’Harmatta. Paris; 2002. 155-160 p.
 22. Vung ND, Ostergren P, Krantz G. Intimate partner violence against women , health effects and health care seeking in rural Vietnam. 2009;19(2):178–82. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/f32a/c15c173505404e7c2929c917304e11752baf.pdf>
 23. International Rescue Committee. Understanding and Responding to War Related Sexual Violence.
 24. Saurel-Cubizolles M.J., Blondel B., Lelong N. et al. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex.* 1997;25:159–64.
 25. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* 34:62–7.
 26. Lévesque S. Maternité précoce, violence et résilience. Des jeunes mères témoignent. 2015.
 27. Morbois C, Casalis M-F. « Recevoir des femmes confrontées à a violence sexiste », Lutter contre les violences sexistes en Ile-de-France ». 1986.
 28. WHO. World report on violence [Internet]. GENEVA; 2002. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
 29. Jaspard M. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul sociétés* [Internet]. 2001;(364):1–4. Available from: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
 30. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l’Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Conjugales Info » [Internet]. Paris; 2011. Available from: <http://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-données-chiffrées-3919-2011.pdf>
 31. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé, rapport

- au ministre délégué à la Santé, réalisé par un groupe d'experts sous la présidence du professeur Roger Henrion. Paris; 2001.
32. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes. 2000;
 33. Service de Médecine Légale CHU Oran. LES AGRESSIONS SEXUELLES [Internet]. 2013 [cited 2019 May 12]. Available from: <http://medecinelegalechuoran.over-blog.com/les-agressions-sexuelles>
 34. En DEP, Pluridisciplinaire C. THÈSE POUR LE DIPLÔME D ' ÉTAT. 2016;
 35. Presse C. En France, tous les quatre jours, une femme meurt victime de violences conjugales... ****. 2005;
 36. Haute Autorité de Santé. Contraception d ' urgence : prescription et délivrance à l ' avance. 2013.
 37. Generale DESDM. Universite de nantes _____. 2013;
 38. BURES J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : Etude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. Président. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016.
 39. Soumah MM, Issa AW, Ndiaye M, Hadj E, Ndoye O, Sow ML. Case series. 2015;8688:1–5.
 40. Observatoire national des violences faites aux femmes. Violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes [Internet]. 2015. Available from: stop-violences-femmes.gouv.fr
 41. Pieters J, Italiano P, Offermans A-M, Hellemans S. Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique , physique et sexuelle [Internet]. Belgique; 2010. Available from: https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/41 - Dark number_FR.pdf
 42. Tribune Indépendante de la pensée plurielle Genre. Violence sexuelles en Republique Démocratique du Congo. Congo; 2016.
 43. Botswana-Genre-Violence. L'ONU fustige les violences faites aux femmes au Botswana, 08/20018 [Internet]. Agence de Presse africaine News. 2018. Available from: <http://apanews.net/fr/news/lonu-fustige-les-violences-faites-aux-femmes-au-botswana>
 44. Josse E. Les violences conjugales Quelques repères [Internet]. Alger; 2007. Available from: <http://psycho-solutions.be/IMG/pdf/ViolConjEJAlgerie2007.pdf>
 45. Ann BL, Williams C, McCloskey LA. Gender Inequality and Intimate Partner Violence Among Women in Moshi , Tanzania. Int Fam Plan Perspect. 2005;31(3):124–30.
 46. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. 2015.

47. Bohn D, Tebben J, Campbell J. Influences of Income, Education, Age, and Ethnicity on Physical Abuse Before and During Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2004;5(33):561–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495701>
48. Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. *Presse Med*. 2004;33(22):1566–8.
49. Jaspard M, Widmer I, INED. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF---2000). *Les violences envers les femmes en France. Broché. FRANCE; 2000.*
50. Ministère de l'intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple [Internet]. 2017. Available from: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2018/11/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2017.pdf>
51. Hodiaumont F, Le S, Di L, Touchette L, Ayotte R. Caractéristiques psychologiques des hommes auteurs de ´ psychique le passage a violences conjugales : quel type de fragilité l ´ acte violent dissimule-t-il ? *Ann Médico Psychol Psychiatr* [Internet]. 2017;175(8):698–704. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448717300021>
52. Kacyiru D. Original Article. 2015;72(June):8–12.
53. Tremblay J, Bertrand K. Vie conjugale et abus de substances : interrelations et traitement. 2009;43:311–25.
54. Delbreil A, Voyer M, Lebeau M, Samanet M, Senon J. État de stress post-traumatique , homicide et responsabilité pénale Les hommes auteurs d ´ homicide Santé Mentale en Afrique de l ´ Ouest : présentation d ´ un partenariat avec Veille sanitaire et réseau de santé mentale dans la prise en charge des suicidants . Résultats d ´ une étude. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2013;28(8):85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.229>
55. Brown Thomas, Caplan Thomas WA. Toxicomanie et violence conjugale : recension des écrits et état de la situation au Québec [Internet]. Canada; 1999. Available from: https://www.grea.ch/sites/default/files/toxi_violence_conj_quebec.pdf
56. Université du Québec à Trois-Rivières [Internet]. Québec; 2002. Available from: https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC150/F408162463_RaphviolentFinal.pdf
57. Richard-Devantoy. Homicide et psychose : particularités criminologiques des schizophrènes , des paranoïaques et des mélancoliques À propos de 27 expertises Homicide and psychosis : Criminological particularities of schizophrenics , paranoiacs and melancholic A review of 27. 2008;322–9.
58. United Nations Statistics Division. *The World's Women 2010*. 2010.
59. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF). 2006.
60. Boughima FA, Benyaich H. Les violences sexuelles intraconjugales (étude descriptive de 28 cas) &.

- Sexologies [Internet]. 2012;21(1):38–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2011.08.012>
61. Interministerielle I, La P, Des P, Les C, Et V, Lutte LA, et al. Violences faites aux femmes : les principales données [Internet]. Observatoire National des violences faites aux femmes. FRANCE; 2015. Available from: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
62. APATA S. Violences sexuelles et conjugales faites aux femmes et aux filles : quel regard porté sur la société ivoirienne ? [Internet]. Centre de conseils et d'appui pour les jeunes en matière de droits de l'homme. 2018 [cited 2019 May 12]. Available from: <https://www.codap.org/violences-sexuelles-conjugales-aux-femmes-aux-filles-regard-porte-societe-ivoirienne/>
63. Observatoire national des violences faites aux femmes. Violences au sein du couple et violences sexuelles les principales données. 2014.



SERMENT D'HIPPOCRATE

(Genève, version modifiée Octobre 2017)

En qualité de membre de la profession médicale. Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité. Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité. Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient. Je veillerai au respect absolu de la vie humaine. Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient . Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient. J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales. Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale. Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus. Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé. Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables. Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte. Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement

