

*République Tunisienne
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université de Sousse*

*Faculté de Médecine "Ibn El Jazzar"
Sousse Tunisie*

Année universitaire: 2017/2018

N°

MEMOIRE

Pour le diplôme de Mastère professionnel

ETHIQUE DE LA PRATIQUE ET DE LA RECHERCHE MEDICALES

- Présenté et soutenu publiquement le 30/07/2018 à 10h00
- Par: **ACHOUR Radhouane**
- Né le 25/07/1976 à Kairouan

**Titre: L'hospitalisation des femmes victimes de violence:
problème éthique et juridique.**

Mots-clés: Femme ; Violence ; Hospitalisation ; éthique

Jury:

Président: Pr. MASMOUDI Tasnim

Membres: Pr. Ag. MAHJOUB Mohamed

Pr. Ag. JEDIDI Maher

Directeurs du Mémoire

Pr BEN HMID Rim
Pr Ag JEDIDI Maher

Remerciements

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur LE PR. MASMOUDI Tasnim

A NOTRE MEMBRE DE JURY

Pr. Ag. MAHJOUB Mohamed

A NOTRE MEMBRE DE JURY

Pr Ag JEDIDI Maher

A Mon Chef de service Et Directeur DU MEMOIRE

Pr BENHAMD Rjm

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

Vous nous avez accordé votre attention, et guidé de vos conseils pour pouvoir réaliser ce travail, en nous consacrant avec beaucoup d'amabilité une partie de votre précieux temps.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	2
	MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
II.	Matériels et méthodes.....	5
1.	Matériels.....	5
a.	Critères d'inclusion :	5
b.	Critères d'exclusion :	6
c.	Considération éthique.....	6
2.	Méthodes	6
	RESULTATS	7
III.	RESULTATS	8
1.	Etude épidémiologique :	8
a.	Age de la femme.....	8
b.	Age de conjoint.....	8
c.	Géstité- parité	9
d.	Durée d'existence du couple.....	10
2.	Caractéristique des violences	10
a.	Types de violence	10
b.	Antécédents de violence	13
c.	Épisode actuel.....	14
d.	Bilan lésionnel	14
3.	La grossesse.....	15
a.	Désir de la grossesse.....	15
b.	Suivie pendant la grossesse	16
c.	Déclaration de violence a un professionnel de santé	17
4.	Les retentissements des violences	17
a.	Répercussions maternelles.....	17
b.	Conséquences sur la grossesse	17
5.	Répercussions Relationnelles.....	18
a.	Sexuelle	18
b.	Poursuite juridique.....	19
c.	Hospitalisation	19
d.	Soutien psychologique :.....	19
e.	Résultats des expertises	19

DISCUSSION	20
IV. Discussion	21
1. Définition de la violence	21
2. L'ampleur du phénomène:	22
3. La loi en Tunisie (Selon la code pénale)(9)	22
4. Etude épidémiologique :.....	24
4.1. Age :	24
4.2. Age du conjoint :	24
4.3. Gestité –parité :.....	24
4.4. Durée de mariage :.....	24
4.5. Type de violence.....	25
a. Violence économique	25
b. Les violences verbales et psychologiques :	25
c. Les violences physique :.....	25
d. Violence sexuelle.....	26
4.6. Les cycles de la violence(21).....	26
5. La grossesse :	27
6. Conséquences de la violence et réactions des femmes	27
a. La traumatologie.....	28
b. L'impact psychologique	28
c. Social	29
7. Les conséquences des violences sur la femme enceinte :	29
8. Déclaration de violence a un professionnel de santé.....	29
9. Prise en charge médical des victimes (6):	30
a. Écouter :.....	30
b. Recueillir des éléments factuels :	30
c. Evaluer la gravité des violences, conseiller et agir.....	30
d. Soigner:.....	30
e. Des psychologues au sein des services d'accueil d'urgence (sau)	31
10. L'accueil et la prise en charge à l'hôpital(6,35).....	31
11. Certificat médical et son importance.....	31
12. Répercussion juridique en fonction de la période ITT :.....	32
CONCLUSION	33
V. CONCLUSION :	34

REFERENCES	37
ANNEXE	42

INTRODUCTION

I. Introduction

La violence conjugale se définit comme un processus au cours duquel un individu utilise la force ou la contrainte pour promouvoir et (ou) perpétuer des relations hiérarchisées et de domination sur son partenaire (1).

Les violences commises par le conjoint sont très souvent multiples et répétées, elles peuvent être verbales, psychologiques, physiques, sexuelles, économiques et matérielles.

En Tunisie, la violence physique domine le tableau : à peu près une femme sur cinq a connu au moins une fois dans sa vie la violence physique et une sur 6 a fait état d'une violence sexuelle(2).

Les violences conjugales ont des répercussions sur l'état de santé des victimes : 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 (3).

La vulnérabilité de la victime liée à la grossesse, à un handicap ou une maladie surajoutés, au très jeune âge de la victime, et au fait d'avoir déjà subi des violences) est un facteur aggravant de ces psychotraumatismes.

Situation particulière pour les femmes, la grossesse mérite d'être étudiée de façon plus spécifique à l'intérieur de la problématique des violences conjugales.

Et ces femmes enceintes victimes devraient bénéficier de protection et de soins spécifiques.

En effet ces violences pendant la grossesse représente une grave atteinte à leurs droits, à leur sécurité et à leur intégrité psychique et physique et à celle de l'enfant à venir. Ces violences peuvent avoir de lourdes conséquences sur le déroulement de leur grossesse, de leur accouchement, et sur leur santé et celle de leur enfant.

D'où le souci du gynécologue-obstétricien responsable de l'expertise de passer à coté d'une complication fœtale post-traumatique d'apparition tardive et qui nécessite une surveillance intra-hospitalière.

En effet, les femmes ayant subi des violences avant et/ou pendant la grossesse, ont des risques significativement plus élevés pour un grand nombre de pathologies obstétricales(3).

L'hospitalisation des femmes victimes de violence conjugale même pour simple surveillance peut certes avoir un impact positive pour leur prise en charge, mais en contre parti peut alourdir la charge juridique de l'agresseur.

D'où les objectifs de notre travail

- Etudier le profil épidémiologique des femmes victimes de violence.
- Déterminer le taux d'hospitalisation chez ces femmes victimes de violence conjugales et de discuter les problèmes éthiques et juridiques de cette attitude.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons mené, cette étude qui colligé toutes les femmes enceintes victimes de violence qui ont consulté nos urgences au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis dans le cadre d'une expertise juridique.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

II. Matériels et méthodes

1. Matériels

Notre travail est une étude rétrospective descriptive portant sur 35 cas, colligées au service des urgences du centre de Maternité et de néonatalogie de Tunis, durant une période de 3 mois allant de Octobre 2017 jusqu'à Décembre 2017.

Le recueil des données a été effectué à partir des dossiers médicaux des patients qui ont été adressées à nos urgences pour expertise médical.

Pour chacune des patients, une fiche standardisée a permis le recueil des données anamnestiques, clinique, paras cliniques et thérapeutique.

Nous nous sommes proposé d'étudier dans ce travail le profil sociodémographique de ces femmes, le vécu relationnel de la patiente avec son conjoint, les caractéristiques des violences : type et fréquence et ses conséquences.

Les motifs de consultations aux urgences étaient essentiellement liés une expertise médicale suite à un acte de violence ordonné par le juge d'instruction.

Le recrutement de nos patientes a été fait au hasard ; toute patiente victime de violence conjugale consultant nos urgences.

Les données recueillies : Age ; âge du conjoint et niveau socio-économique ; Niveau d'étude et le Contexte familial et éducatif.

Concernant la vie sexuelle, On a interrogé aussi nos patientes sur : La notion de violence sexuelle.

On s'est intéressé aussi aux retentissements psychosomatiques, sur la femme et éventuellement sur le fœtus.

Concernant la grossesse, on a évalué le désir de la grossesse par le couple, le suivi de la grossesse, l'accouchement et éventuellement le désir d'IVG.

a. Critères d'inclusion :

Toute patiente adressée aux urgences de Gynécologie-Obstétrique du CMNT pour expertise médicale suite à un acte de violence conjugale.

b. Critères d'exclusion :

Tout dossier incomplet

c. Considération éthique

Au cours de l'analyse et la diffusion des résultats de ce questionnaire, l'anonymat des réponses ainsi que la confidentialité et l'absence du jugement de valeur ont été respectés.

2. Méthodes

Les données ont été saisies et analysées au moyen d'un logiciel SPSS par Windows.

Les résultats ont été exprimés par la moyenne par les variables quantitatives et par les pourcentages pour les variables qualitatives.

La comparaison des moyennes a été effectuée par student test.

L'association entre les variables qualitatives a été réalisée par le testChi2.

RESULTS

III. RESULTATS

1. Etude épidémiologique :

a. Age de la femme

L'âge moyen des femmes victimes était de 28 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 42 ans. La tranche d'âge la plus fréquemment représentée était celle de 26-42 ans

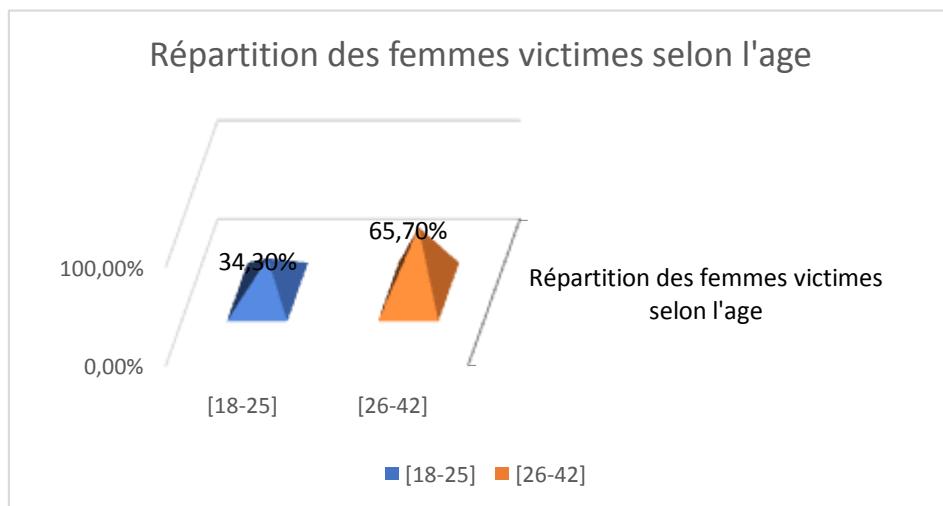


Figure 1 Répartition des femmes victimes selon l'âge

b. Age de conjoint

L'âge moyen des conjoints était de 34 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 52 ans. La tranche d'âge la plus fréquemment représentée était celle de 22 à 30 ans.

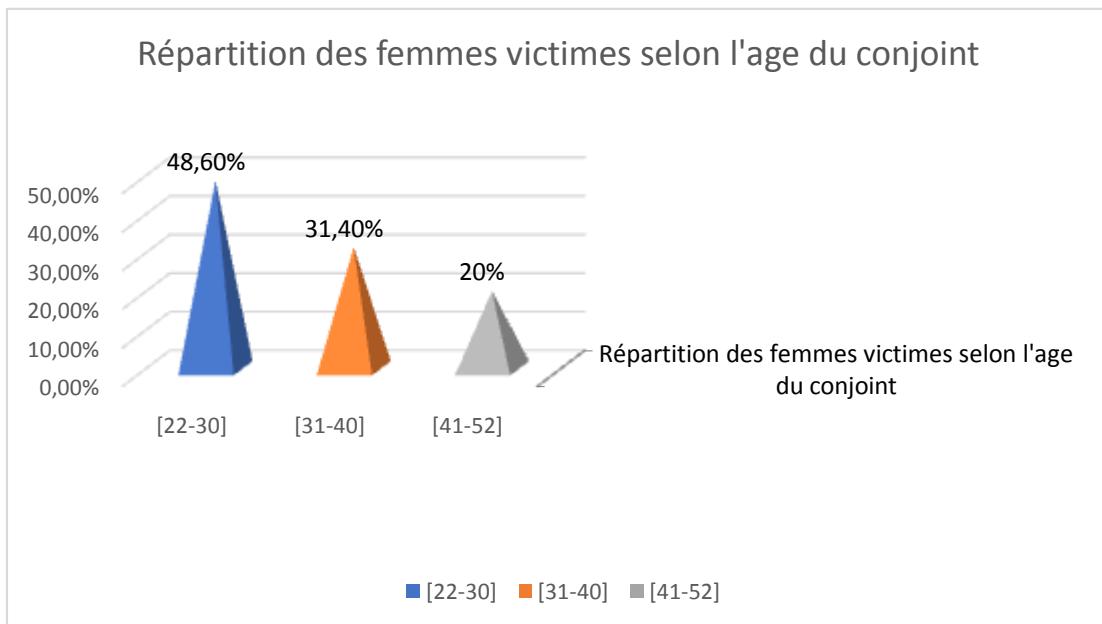


Figure 2 Répartition des femmes victimes selon l'âge du conjoint

c. Géstité- parité

La géstité moyenne était de 3 avec des extrêmes allant de 1 à 7. La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes allant de 0 à 4. Onze femmes étaient nullipares (31,43%)

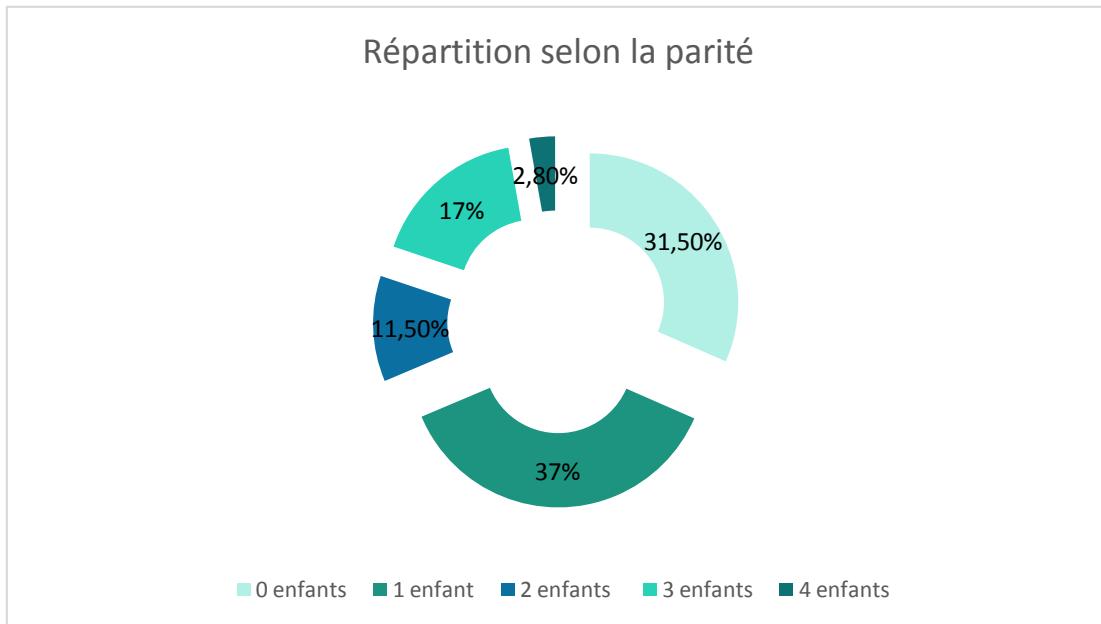
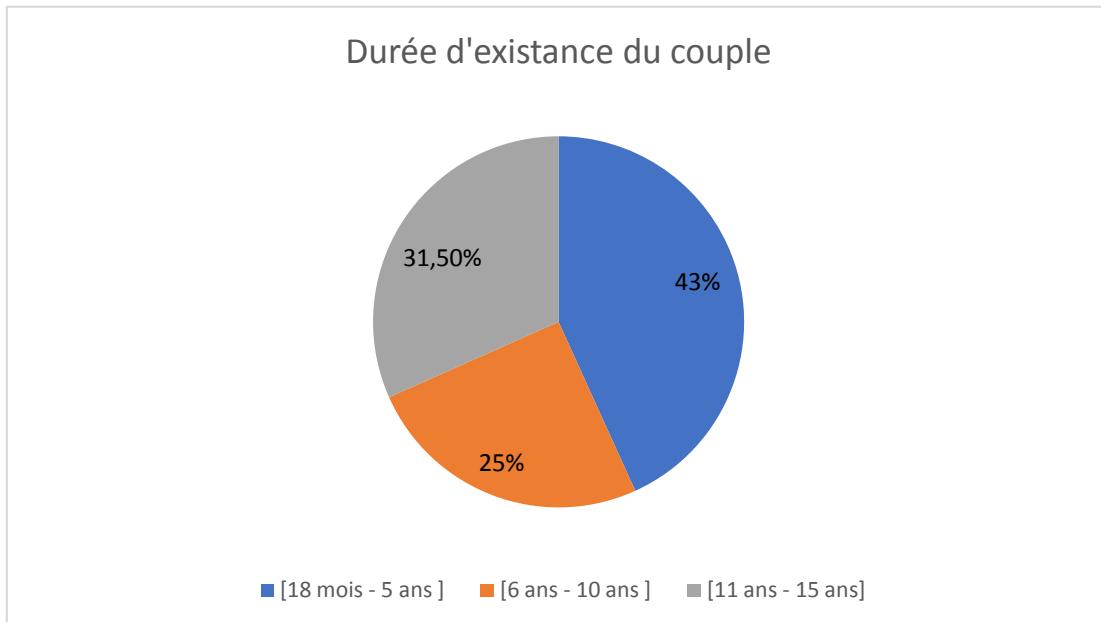


Figure 3 Répartition selon la parité

d. Durée d'existence du couple

La durée moyenne d'existence du couple est de 7 ans avec des extrêmes allant de 18 mois à 15 ans. La plupart des femmes victimes de violence sont celles qui ont une durée d'existence en couple la plus courte.



2. Caractéristique des violences

a. Types de violence

• Les violences verbales et psychologiques

Les violences verbales et psychologiques représentent le deuxième type de violence exercée sur les femmes victimes interrogées dans notre étude (68 % des femmes victimes ont déclaré qu'elles ont été victime de violence psychologique avant la grossesse).

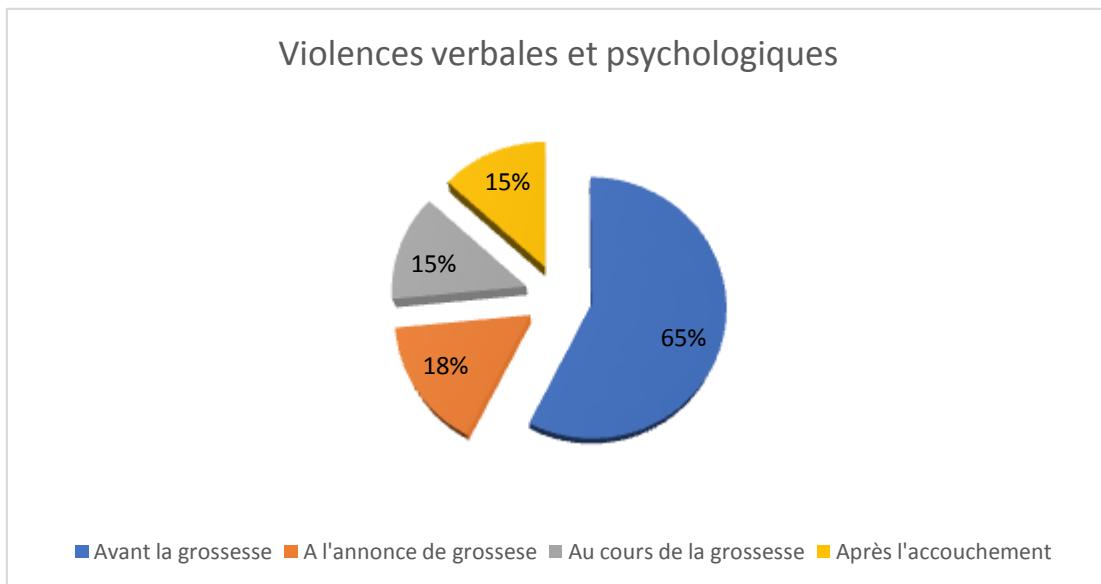


Figure 5 Violences verbales et psychologiques

- **Les violences physiques**

Les violences physiques représentent le troisième type de violence exercée sur les femmes victimes interrogés dans notre étude (59% des femmes victimes interrogées ont déclaré quelles ont été victime de violence avant la grossesse).

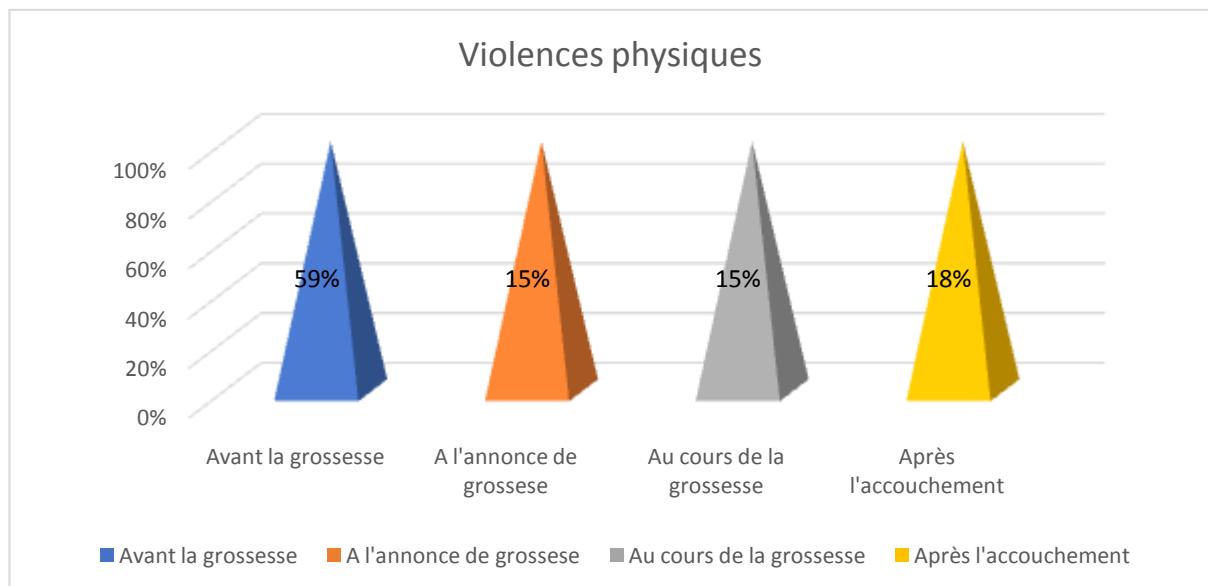


Figure 6 Violences physiques

- **Les violences sexuelles**

Les violences sexuelles représentent le dernier type de violence exercée sur les femmes victimes Interrogés dans notre étude (41 % des femmes victimes interrogées ont déclaré qu'elles ont été victime de violence sexuelle avant la grossesse). Aucune femme n'a déclaré d'acte de violence sexuelle pendant la grossesse.

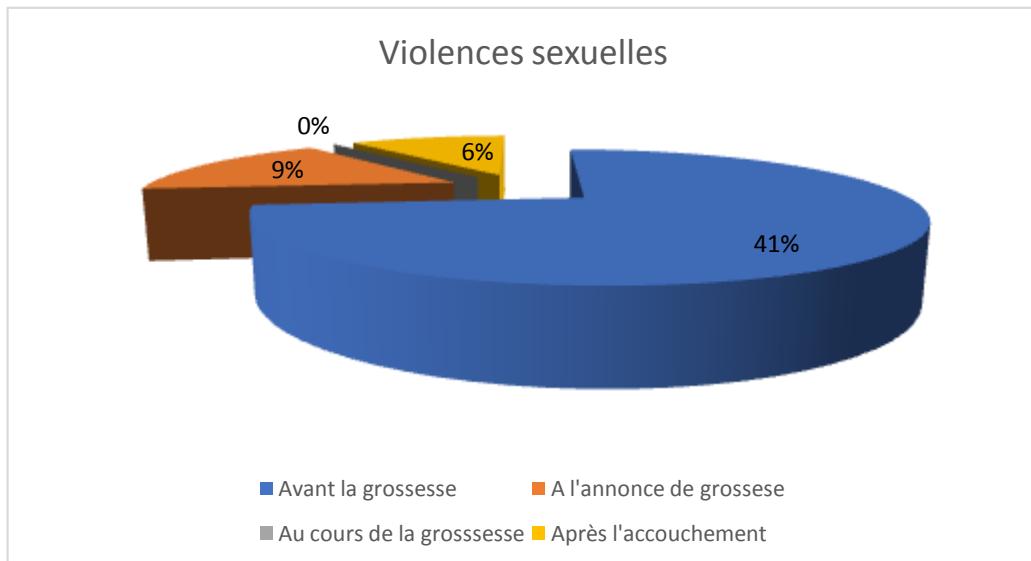


Figure 7 Violences sexuelles

- **Les violences économiques et financières**

Les violences économiques représentent le premier type de violence exercés sur les femmes victimes interrogés dans notre étude (68 % des femmes interrogées ont déclaré qu'elles ont été victimes de violences économique avant la grossesse).

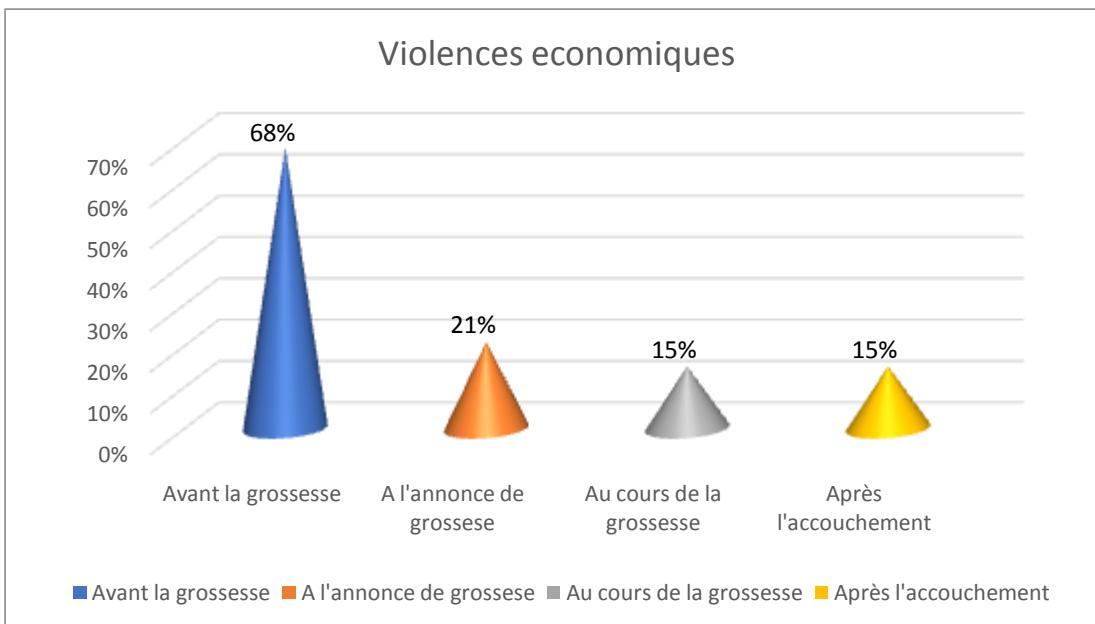


Figure 8 Violence économiques

b. Antécédents de violence

• Nombre de récurrences

Treize femmes ont déclaré que les violences ont continué sous la même fréquence pendant la grossesse.

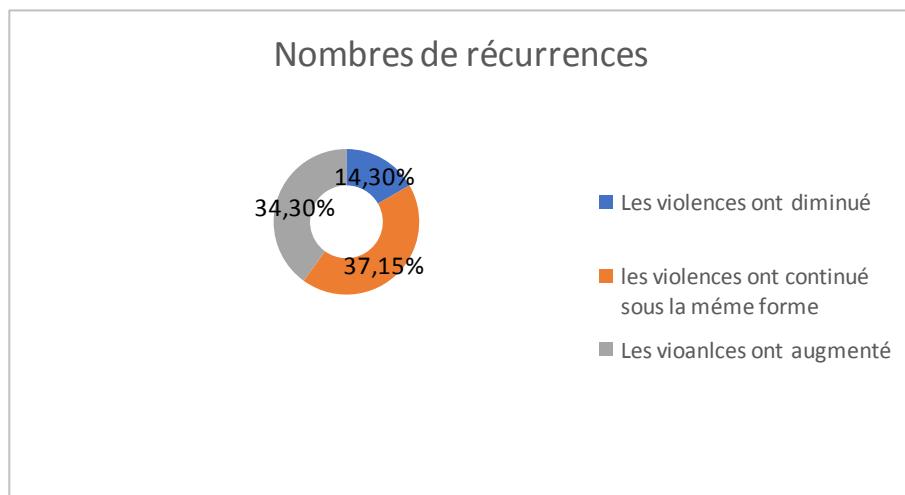


Figure 9 Nombres de récurrences

c. Épisode actuel

Douze femmes victimes interrogées ont déclaré que les violences ont augmenté en nombre et/ou en intensité pendant la grossesse.

Les types des violences les plus fréquents sont les violences verbales, physiques et économiques.

d. Bilan lésionnel

Les agressions physiques qui vont de la simple bousculade : pincements, gifles (22 femmes ont été giflé), coups de poings et de pieds, tentatives de strangulation, morsures, brûlures (des brûlures ont été signalé chez 11 femmes victimes). Certains actes ne laissent pas de trace : frapper au ventre avec le plat de la main, tirer les cheveux, bousculer.

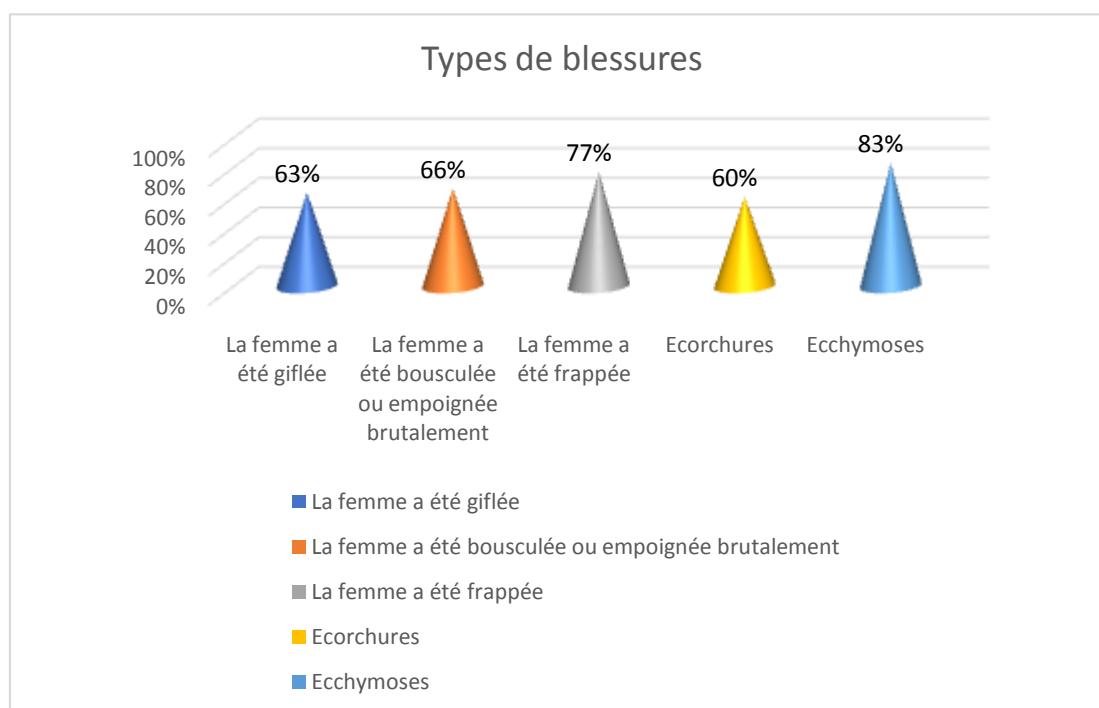


Figure10 : Types de blessures

Concernant les types de blessures ; 23(65,7 %) femmes ont été bousculées ou empoignée et 27 (77%) femmes ont été frappé (sans que l'homme n'utilise d'objet).

Des hématomes ont été objectivés chez 46 % des femmes victimes.

Des plaies avec saignement ont été signalées chez 17 % des femmes victimes.

3. La grossesse

a. Désir de la grossesse

Le désir de grossesse a été approuvée par les femmes à un pourcentage presque semblable (20 à 30%) quelque soit le nombre de gestité. Alors que le désir de parenté chez les conjoints diminue de façon considérable à partir de la 3ème grossesse pour presque s'annuler au cours de la 4ème et la 5ème grossesse.

Le désir du couple (femme et son conjoint) pour la grossesse atteint au maximum 30 % des cas. Ce qui reflète que les grossesses sont souvent non programmées.

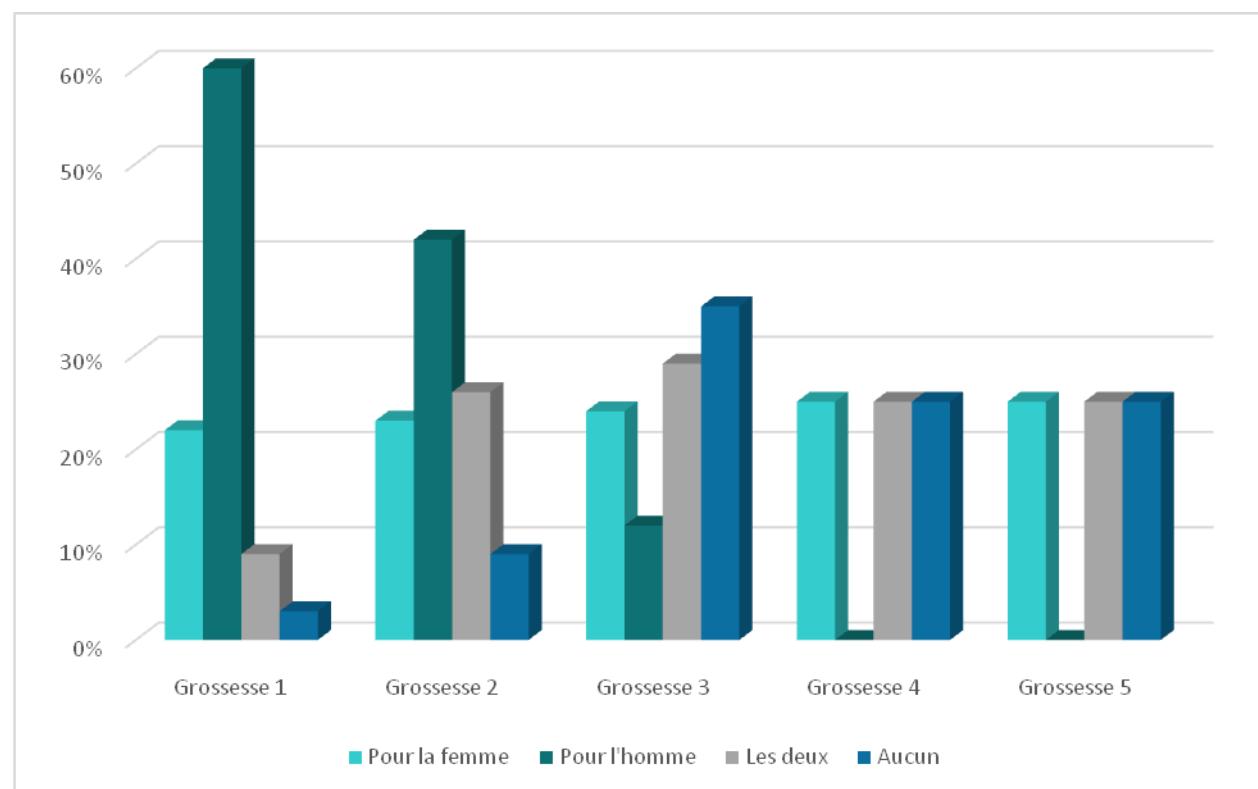


Figure 11 : Désir de la grossesse

b. Suivie pendant la grossesse

Pour 13 femmes (soit 37 %) ont déclaré que leurs grossesses n'ont pas été bien suivis.

Neuf femmes (25,7 %) ont déclaré que la suivie pendant la grossesse a été assuré par un médecin de libre pratique.

Alors qu'il a été assuré par une sage-femme dans 6 autres cas.

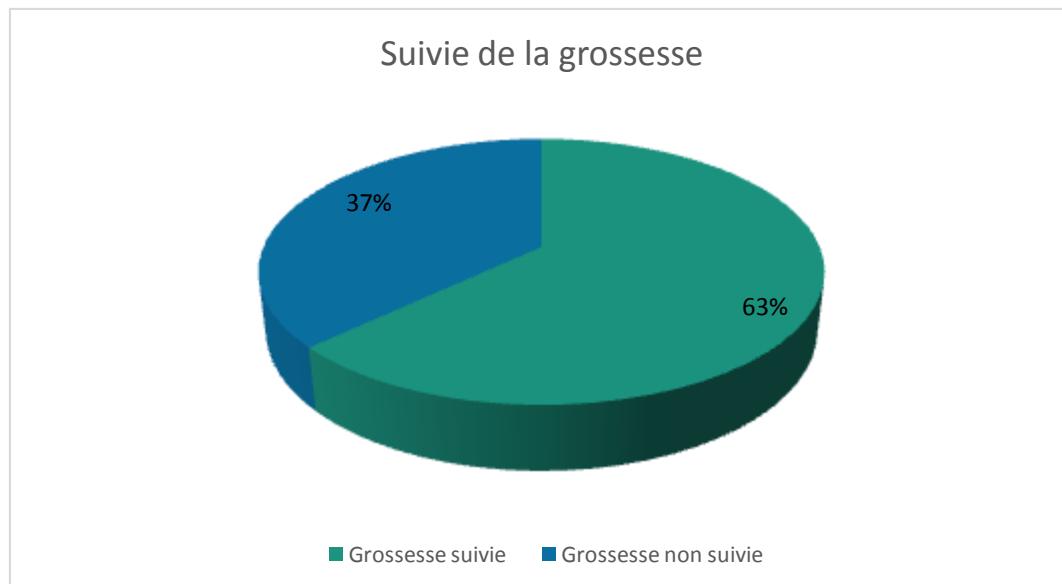
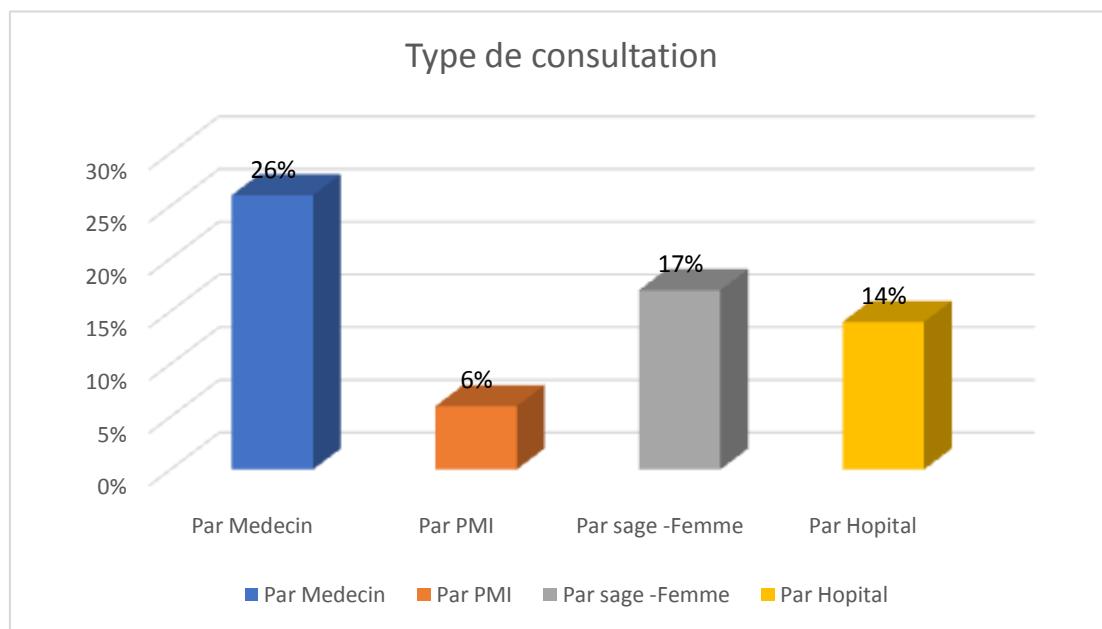


Figure 12 : Suivie de la grossesse



c. Déclaration de violence a un professionnel de santé

Pour deux femmes (5,8%) ont déclaré l'acte de violence a un professionnel de santé.

Alors que la majorité des femmes (95%) ont préféré le silence et de garder secret les premières épisodes de violences.

4. Les retentissements des violences

a. Répercussions maternelles

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 dans 70% des cas avec : colère, honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, auto-dévalorisation.
- □ Troubles psychosomatiques dans 90% des cas faites de: douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer, etc.
- □ Troubles du sommeil dans 90% des cas avec : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars.
- □ Troubles de l'alimentation dans 80% des cas: repas irréguliers, anorexie, boulimie, impossibilité de s'alimenter normalement parce que l'agresseur les empêche ou bien ne leur dispense pas l'argent nécessaire à l'achat de nourriture.
- □ Troubles cognitifs dans 85% des cas: difficultés de concentration ou d'attention, pertes de mémoire.

b. Conséquences sur la grossesse

Sept femmes ont déclaré qu'elles ont eu des fausses couches comme conséquence de violences pendant la grossesse. Deux femmes ont opté à une interruption volontaire de grossesse.

Une IVG a été réalisé par 8 femmes .La majorité des IVG ont été décidé par des femmes.

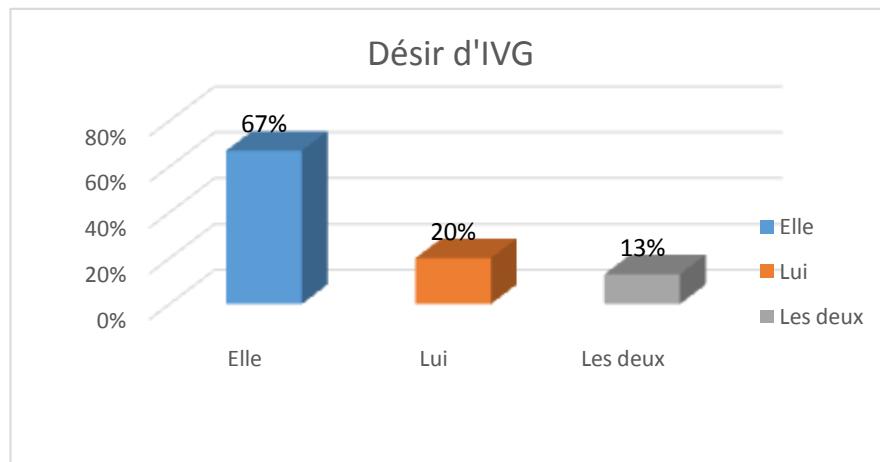


Figure 14 : Désir d'IVG

5. Répercussions Relationnelles

a. Sexuelle

Les relations sexuelles ont été forcées (sans consentement de la femme) chez 49 % des femmes interrogées.

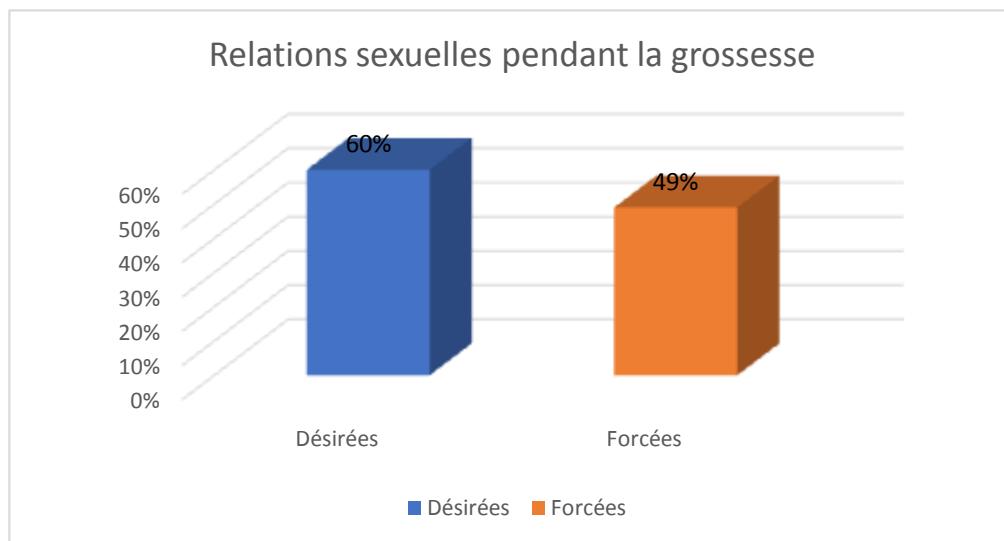


Figure 15 : Relations sexuelles

b. Poursuite juridique

La totalité des femmes victimes ont déclaré qu'elles optent pour une poursuite juridique

c. Hospitalisation

Douze femmes (34%) ont été hospitalisées pour une surveillance materno-fœtale. Dans pré de 90% des femmes hospitalisées n'ont pas aggravé leurs états initiaux à l'admission et n'ont pas nécessité d'actes médicaux complémentaire.

d. Soutien psychologique :

Toutes les femmes victimes ont été prises en charge par les psychologues de notre centre CMNT.

e. Résultats des expertises

Vingt-huit femmes ont reçu un certificat de repos de 7 jours.

Six femmes ont reçu un certificat de repos de 15 jours.

Une femme a reçu 1 mois de repos

DISCUSSION

IV. Discussion

1. Définition de la violence

La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies (1993) définit la violence à l'égard des femmes comme

«Tout acte de violence basé sur le genre qui entraîne ou est susceptible d'entraîner des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris les menaces, la coercition, la privation arbitraire de liberté qu'elles aient lieu dans la sphère publique ou privée».

La violence peut revêtir plusieurs formes, à tout âge. Selon la nomenclature de l'OMS 2004(3) il peut s'agir :

➤ Violence physique

Acte d'agression physique comme: gifler, donner des coups de poing, des coups de pied, immobiliser contre un mur, séquestrer, étrangler, brûler, mordre, lancer des objets, frapper avec un bâton, utiliser une arme, des ciseaux etc.

➤ Violence sexuelle

- Forcer physiquement une femme à avoir des rapports sexuels contre son gré
- Pour une femme, avoir des rapports sexuels parce qu'elle a peur de ce que pourrait faire son partenaire
- Pour une femme, être contrainte à une pratique sexuelle qu'elle juge dégradante ou humiliante
- Attouchements, harcèlements sexuels, exploitation sexuelle...

➤ Violence psychologique

- Insulter, intimider, humilier, rabaisser, dénigrer les capacités intellectuelles, se moquer du physique, actes verbaux et non verbaux qui blessent symboliquement l'autre, menace de divorce, menace de priver la femme de ses enfants...
- Maintenir un contrôle sur la victime : Empêcher de voir des amis, de voir la famille / Contrôler les déplacements et le temps / Se fâcher quand elle parle à un homme/ Soupçonner la victime d'infidélité/ Contrôler son déplacement vers le centre de santé

➤ Violence économique

Exploitation financière, vol, racket, exploitation abusive d'une situation de dépendance économique, privation d'argent ou de besoins vitaux, contrôle du salaire, vente des biens, refus d'un soutien financier.

2. L'ampleur du phénomène:

La prévalence de la violence conjugale, est difficile à établir vu la pauvreté des études statistiques disponibles. En effet, les chiffres de prévalence varient d'une étude à une autre et cette variation est due à des variations méthodologiques relatives à la sélection de la population cible.

En France(6), tous les ans, plus de 220 000 femmes subissent des violences conjugales.

Par ailleurs 84 000 femmes subissent des viols dont 50% d'entre elles il s'agit de viols conjugaux.

A Paris, 8% des femmes sont victimes d'agressions diverses, soit en moyenne plus de 100 cas par mois.

En 2006, l'étude nationale française des décès au sein du couple faisait état d'une femme tuée tous les 3 jours par son partenaire.

En Tunisie, les études sur la violence envers la femme en milieu conjugal sont rares

L'enquête nationale, menée sur 3873 femmes de différentes régions de la Tunisie, conduite par l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) (7), a montré 47,6% des femmes âgées de 18 à 64 ans ont déclaré avoir subi au moins une des formes de violence durant leur vie.

Une autre étude (8) effectuée dans le centre de planning familial de Monastir portant sur 197 femmes a trouvé que la prévalence de la violence conjugale était de 56,9%.

3. La loi en Tunisie (Selon la code pénale)(9)

➤ Article 218 (Nouveau).

- Tout individu qui, volontairement, fait des blessures, porte des coups, ou commet toute autre violence ou voie de fait ne rentrant pas dans les prévisions de l'article 319, est puni d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de mille dinars (1000d).

La peine est de deux (2) ans d'emprisonnement et d'une amende de deux (2) mille dinars, si :

- la victime est un enfant,
- l'auteur est un ascendant ou descendant de la victime, quelque en soit le degré,
- l'auteur a une autorité sur la victime ou abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions,

- l'auteur est l'un des conjoints, ex-conjoints, fiancés ou ex-fiancés,
- l'infraction commise est facilitée par la situation de vulnérabilité apparente de la victime, ou connue par l'auteur,
- la victime est un témoin, une personne lésée ou une partie civile, et ce, soit pour l'empêcher de faire sa déposition, de dénoncer l'infraction ou de porter plainte, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition.

S'il y a eu prémeditation, la peine est de **trois ans d'emprisonnement et de trois mille dinars (3000d) d'amende.**

La tentative est punissable.

☞ **Article 219 (Nouveau).**

- Quand les violences ci-dessus exprimées ont été suivies de mutilation, perte de l'usage d'un membre, défiguration, infirmité ou incapacité permanente dont le taux ne dépasse pas 20 %, le coupable est puni de **cinq ans d'emprisonnement**.

La peine sera de dix ans de prison, s'il est résulté de ces sortes de violence une incapacité dont le taux dépasse 20 %.

La peine est portée à douze (12) ans d'emprisonnement quelque soit le taux d'incapacité, si :

- la victime est un enfant,
- l'auteur est un ascendant ou descendant de la victime, quelque en soit le degré,
- l'auteur a une autorité sur la victime ou abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions,
- l'auteur est l'un des conjoints, ex-conjoints, fiancés ou ex-fiancés,
- l'infraction commise est facilitée par la situation de vulnérabilité apparente de la victime, ou connue par l'auteur,
- la victime est un témoin, une personne lésée ou une partie civile, et ce, soit pour l'empêcher de faire sa déposition, de dénoncer l'infraction ou de porter plainte, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition,
- l'infraction est commise par un groupe de personnes agissant en qualité d'auteurs principaux ou de complices,
- l'agression est précédée ou commise avec usage ou menace d'usage d'arme,
- l'agression est accompagnée d'un ordre ou assortie d'une condition.

4. Etude épidémiologique :

4.1. Age :

Beaucoup d'études ont montré que des femmes victimes de violence conjugale les plus exposées sont justement dans la tranche d'âge où elles sont fertiles (5,10,11,12.).

Dans une étude de 2000 femmes victimes de violence conjugale, à l'hôpital Hôtel-Dieu de Paris l'âge moyen été de 36 ans (13).

Une étude faite dans commune urbaine d'Antananarivo à propos de 400 femmes, l'âge médian des femmes enquêtées est de 32 ans(14).

Dans notre étude, l'âge moyen est de 28 ans ce qui rejoint la même tranche d'âge que dans les autres études.

4.2. Age du conjoint :

Une enquête nationale française (L'ENVEFF) (15) rapporte que la différence d'âge serait un facteur de risque de violences conjugales et que les femmes jeunes (20-24 ans) étaient deux fois plus touchées que leurs ainées à la violence en milieu conjugal (15,3% versus 8%).

Dans notre travail, l'âge moyen des conjoint était de 34 ans et une différence d'âge moyenne de 6 ans.

4.3. Gestité –parité :

Dans notre travail, un nombre d'enfant supérieur à deux était un facteur associé à la violence envers la femme en milieu conjugal. Cette constatation a été retrouvée dans d'autres études(8).

4.4. Durée de mariage :

Dans notre étude, la plupart des femmes victimes de violence sont celles qui ont une durée d'existence en couple la plus courte (< 5ans).

En revanche, dans d'autre étude (15), les femmes déclarent moins de situations de violences, au fur et à mesure que leur âge augmentait et que la durée de la relation s'allongeait.

Cela a été expliqué par un phénomène d'accoutumance.

4.5. Type de violence

Cette violence prend plusieurs formes, cependant souvent ces formes se conjuguent les unes avec les autres (16,17,18).

a. Violence économique

Exploitation financière, vol, raquette, exploitation abusive d'une situation de dépendance économique, privation d'argent ou de besoins vitaux,

L'étude menée par l'ONFP (10) rapportait une prévalence faible de la violence économique sur toute la vie 5,5% et 3,9 % pendant le 12 dernier mois.

Dans notre étude, Les violences économiques représentent le premier type de violence exercés sur les femmes victimes interrogés.

b. Les violences verbales et psychologiques :

- Insulter, intimider, humilier, rabaisser, dénigrer les capacités intellectuelles, se moquer du physique, actes verbaux et non verbaux qui blessent symboliquement l'autre

Elles sont souvent la première étape avant les violences physiques. L'étude de Vasseur(19) sur le profil clinique des femmes victimes de violence conjugale, a trouvé que 80% des femmes étaient victimes de violence psychologique (18).

L'étude menée par l'ONFP rapportait une prévalence de violence psychologique est la plus élevée par rapport des autres types de violences dans toute les tranche d'âge(7).

Dans notre étude, Les violences verbales et psychologiques occupent le deuxième type de violence exercée sur les femmes victimes interrogés.

c. Les violences physique :

Acte d'agression physique comme: gifler, donner des coups de poing, des coups de pied, immobiliser contre un mur, séquestrer, étrangler, brûler, etc.

Elle survient généralement lorsque la femme a résisté aux violences psychologiques et que l'homme n'a pas réussi à contrôler sa partenaire.

Les résultats de l'enquête ELVICA (14) ont montré une très forte prévalence de la violence physique conjugale à Antananarivo : près de 35% des femmes interrogées.

Egalement, une prévalence élevée a été trouvée en Zambie (46,5%) et en Kenya (37%) alors qu'elle a été la plus basse en Suisse (9%) (20).

Dans notre travail, la prévalence de la violence physique occupe le troisième type de violence exercée sur les femmes victimes interrogées.

d. Violence sexuelle

La violence sexuelle se manifeste soit :

- Par forcer physiquement une femme à avoir des rapports sexuels contre son gré
- Pour une femme, avoir des rapports sexuels parce qu'elle a peur de ce que pourrait faire son partenaire.

Une relation sexuelle imposée est souvent passée sous silence parce qu'elle fait partie du « devoir conjugal ».

Une étude effectuée par l'entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) a montré des taux élevés de la violence sexuelle en Kenya (17,2%) et en Zambie (16,7%). La prévalence la plus basse a été trouvée en Géorgie (20).

Dans notre travail, les violences sexuelles représentent le dernier type de violences exercées sur les femmes victimes interrogées.

4.6. Les cycles de la violence(21)

Les violences commises par le conjoint sont très souvent multiples et répétées.

Elles se développent à travers des cycles dont l'intensité et la fréquence augmentent avec le temps.

Les périodes d'escalade et les phases d'explosion de la violence se succèdent, entrecoupées de périodes de rémission durant lesquelles le conjoint minimise les faits, justifie son comportement et promet de ne plus recommencer.

Dans notre étude, 38% des femmes ont connu de violences conjugales de façon répétitives.

5. La grossesse :

De nombreuses études montrent que si la grossesse peut chez certaines femmes subissant des violences conjugales être une période d'accalmie, elle peut être au contraire :

- ✓ un facteur déclenchant pour 40 % des femmes enceintes qui ont été maltraitées par leur partenaire (22),
- ✓ un facteur aggravant, si les violences conjugales préexistaient à la grossesse, avec une violence qui s'aggrave pour près des 2/3 des femmes et avec quatre fois plus de femmes signalant de très mauvais traitements (coups, étranglement, menaces avec armes, agressions sexuelles) par rapport aux violences conjugales en général,
- ✓ une conséquences de ces violences après un viol ou après une situation de contrainte avec empêchement de prendre des contraceptifs et de faire une IVG, avec les conditions catastrophiques que l'on peut imaginer pour la mère et l'enfant.

D'autres études font apparaître la grossesse comme un facteur de risque de violences conjugales : risque multiplié par 2 à 4 (23,24,25,26), avec un risque 4 fois plus important de subir des violences très graves (27).

L'étude de Brownridge et al en 2011 (28) conclut, elle, au caractère protecteur de la grossesse envers le risque de violences conjugales.

Dans notre étude, la prévalence la plus élevée des quatre types de violences était avant la grossesse.

6. Conséquences de la violence et réactions des femmes

Les conséquences de la violence à l'égard des femmes peuvent être plus ou moins graves, parfois mortelles (29,30,31,32).

L'étude menée par l'ONFP (7) rapportait une prévalence de 45% des femmes ayant subi une violence rapportent des conséquences aux niveaux physiques, psychologiques et sociaux.

a. La traumatologie

Ce sont les symptômes les plus évidents. Les lésions traumatiques sont multiples, de nature et de localisation variée : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies,...

Les lésions sont majoritairement infligées à mains nues, les armes sont plus rares.

Selon les résultats de l'enquête ELVICA(13) 46% des femmes victime de violence physique ont déclaré avoir déjà eu des hématomes, environ un quart (23%) des plaies avec saignement, 15% ont eu un membre foulé ou fracturé.

Dans notre étude 2 3(65,7 %) femmes ont été bousculées ou empoignée et 27 (77%) femmes ont été frappé (sans que l'homme n'utilise d'objet).

Des hématomes ont été objectivés chez 46 % des femmes victimes.

Des plaies avec saignement ont été signalées chez 17 % des femmes victimes.

b. L'impact psychologique

Au plan psychologique, la violence a engendré des difficultés de concentration dans 27% des cas selon l' étude menée par l'ONFP (7).

En effet, différentes formes de troubles psychiques peuvent se produire :

- ☞ Troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité....
- ☞ Troubles psychosomatiques : douleurs chroniques, céphalées, asthénie, palpitations, difficultés à respirer, etc.
- ☞ Troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars.
- ☞ Troubles de l'alimentation : repas irréguliers, anorexie, boulimie....

Dans notre étude, On a recensé dans 70% des cas des troubles émotionnels, dans 90% des cas Troubles psychosomatiques, Troubles du sommeil dans 90% des cas, Troubles de l'alimentation dans 80% des cas et des troubles cognitifs dans 85% des cas avec difficultés de concentration ou d'attention ,pertes de mémoire.

c. Social

Selon l'étude menée par l'ONFP (7), 56.4% des femmes victimes de violence ont déclaré que la violence a retenti sur leur vie sociale dont 2% des femmes parmi celles qui travaillent victimes de violence avaient abandonné le travail.

7. Les conséquences des violences sur la femme enceinte :

La grossesse elle-même peut être la conséquence directe d'un viol conjugal. 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.

Dans notre étude, 67% des femmes étaient désireuses d'IVG .

les violences sont responsables aussi d'un mauvais suivi de sa grossesse; mais aussi de conséquences somatiques liés au stress très préjudiciables pour la grossesse : troubles cardio-vasculaires, hypertension artérielle (40 à 60 % d'augmentation de risque), diabète; de conséquences traumatologiques directement liées aux violences et d'un travail et d'un accouchement souvent très difficiles réactivé par la douleur la mémoire traumatique des violences (surtout sexuelles); et enfin après la naissance des conséquences importantes périnatales avec difficultés à allaiter et un lien mère-enfant fragilisé(5).

Beaucoup d'études (33,34,35) ont montré que le fœtus se retrouve en grand danger submergé par un stress continu générant une souffrance physiologique cardio-vasculaire et neurologique, avec un risque d'avortement en début de grossesse avec 2 fois plus de fausses-couche, de mort in-utéro par décollement placentaire,d'hémorragie foeto-maternelle , avec 37% d'augmentation de risque d'accouchement prématuré et 17 % d'augmentation de risque d'hypotrophie à la naissance .

Dans notre étude, Sept femmes ont déclaré qu'elles ont eu des fausses couches post-traumatique.

8. Déclaration de violence à un professionnel de santé

Selon l'étude menée par l'ONFP (7), les raisons avancées par les femmes enquêtées victimes de violence qui n'en parlent pas, révèle à quel point les femmes ont normalisé la violence.

En effet, 55% d'entre d'elles déclaraient que la violence est un fait ordinaire. La peur et la honte d'en parler ont été aussi évoquées. En plus 73% des cas les femmes pensaient que personne ne peut les aider.

Dans notre étude, deux femmes (5,8%) seulement ont déclaré l'acte de violence à un professionnel de santé.

9. Prise en charge médical des victimes (6):

a. Écouter :

Etre attentif à ce que la victime décrit ; c'est peut-être la première fois qu'elle peut ou ose s'exprimer ; écouter le récit de la victime, identifier les violences et les situations anormales.

b. Recueillir des éléments factuels :

A travers un interrogatoire minutieux on recherche :contexte et environnement alcoolisme, antécédents psychiatriques du partenaire ;début des violences, fréquence, type ;

- A l'examen clinique : lésions constatées : description exhaustive, schéma, photo conseillée, retentissement sur le psychisme ;
- résultat des examens complémentaires, s'il y en a ;
- soins et mesures en cours, s'il y en a.

c. Evaluer la gravité des violences, conseiller et agir

S'assurer, à l'issue de toute consultation, que la victime peut rentrer au domicile sans danger pour elle et/ou ses enfants ; s'assurer qu'elle ne présente pas de risque suicidaire.

d. Soigner:

Traiter les troubles somatiques et psychologiques liés aux violences, c'est-à-dire entreprendre les soins médicaux classiques, mais aussi évaluer les origines de la violence et agir sur celles qui relèvent de la compétence des professionnels de santé.

Une hospitalisation est indiqué chaque fois l'état de santé de victime le nécessite.

Dans notre étude, Douze femmes (34%) ont été hospitalisées pour une surveillance materno-fœtale.

e. Des psychologues au sein des services d'accueil d'urgence (sau)

Ils apportent du soutien psychologique à toute personne victime de violences accueillie et ils sont chargés de mettre en place les liens indispensables avec le(s) secteur(s) de la psychiatrie et les autres services de l'établissement, en concertation avec les services de protection de l'enfance et les associations d'aide aux victimes.

Dans notre étude, toutes les femmes victimes ont été prises en charge par les psychologues de notre centre CMNT.

10.L'accueil et la prise en charge à l'hôpital(6,35)

En France, dans un certain nombre d'établissements de santé, des unités médico-judiciaires (UMJ) ont été mises en place comme un outil à la disposition de la justice, destiné aux procédures judiciaires.

Outre l'accueil et la prise en charge des personnes victimes de violences, les pôles de référence hospitaliers, créés en 1997, sont chargés d'assurer la coordination locale des structures susceptibles de recevoir les personnes victimes de violences. Depuis juillet 2000, leur mission a été étendue aux mineurs victimes de maltraitances et de sévices, de quelque nature qu'ils soient.

Dans les 26 régions (métropole et DOM), des pôles régionaux ont été implantés, selon les établissements, soit dans les services de médecine légale (UMJ), soit dans les services de gynécologie obstétrique ou de pédiatrie.

11.Certificat médical et son importance

Le certificat médical de constatation peut être rédigé par tout médecin dans lequel il atteste l'existence de lésions traumatiques ou de symptômes traduisant une souffrance psychologique.

C'est un élément de preuve qu'il est indispensable de conserver pour toute procédure civile ou pénale.

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

A noter qu'en cas d'hospitalisation, l'ITT est au moins égale à la durée de l'hospitalisation.

Dans notre étude, incapacité totale de travail (ITT) était de :

- Sept jours pour 28 femmes.
- Quinze jours pour 6 femmes.
- Un mois pour Une femme.

12. Répercussion juridique en fonction de la période ITT :

- ✓ En France, Les violences physiques qui entraînent une incapacité totale de travail (ITT) inférieure ou égale à 8 jours pour la victime ou n'ayant occasionné aucune ITT peuvent être punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.
- ✓ La peine de prison peut être portée à 5 ans ou 7 ans s'il y a des circonstances aggravantes.
- ✓ Si ces violences entraînent une ITT supérieure à 8 jours, la sanction peut atteindre 5 années de prison et une amende de 75 000 euros.
- ✓ La peine de prison peut être portée à 7 ans ou 10 ans s'il y a des circonstances aggravantes.

CONCLUSION

V. CONCLUSION :

Le médecin gynécologue , par son approche multidimensionnelle à la fois médicale, psychologique et sociale, est souvent solliciter pour prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales.

La grossesse est une situation qui requiert une prise en charge plus attentive vue le double pronostic maternel et fœtal qui peut être mis en jeu.

D'où le souci du gynécologue-obstétricien responsable de l'expertise de passer à coté d'une complication fœtale post-traumatique d'apparition tardive et qui nécessite une surveillance intra-hospitalière.

Mais jusqu' à ou cette hospitalisation peut être bénéfique pour la patiente ?

Et en même temps une hospitalisation abusive peut-elle aggraver la situation juridique de l'agresseur (marie) ?

Les objectifs de notre travail sont :

Etudier le profil épidémiologique des femmes victimes de violence.

Déterminer le taux d'hospitalisation chez ces femmes et discuter les problèmes éthiques et juridiques de cette attitude.

Pour cela, nous avons mené une étude rétrospective portant sur femmes victimes de violence colligées au service des urgences du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, de Octobre 2017 jusqu'à Décembre 2017.

L'âge moyen des femmes victimes était de 28 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 42 ans. L'âge moyen des conjoints était de 34 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 52 ans. La durée moyenne d'existence du couple est de 7 ans avec des extrêmes allant de 18 mois à 15 ans. La géstite moyenne était de 3 avec des extrêmes allant de 1 à 7. La parité moyenne était de 2 avec des extrêmes allant de 0 à 4.

La violence physique a été déclarée par 26,75 % des femmes. 37% des femmes ont déclaré qu'elles ont subi des violences de façon répétitive durant leur vie de couple.

Douze femmes (34%) victimes interrogées ont déclaré que les violences sous ses différents formes ont été plus agressives pendant la grossesse.

Seulement 2 femmes (5,8%) ont déclaré l'acte de violence à un professionnel de santé. Alors que la majorité des femmes (94%) ont préféré le silence et de garder secret les premières épisodes de violences.

Les agressions physiques qui ont été signalées vont de la simple bousculade : pincements, gifles (63 % des cas), coups de poings et de pieds, tentatives de strangulation, morsures, brûlures (31,5 % des cas).

Comme bilan lésionnel : des hématomes ont été objectivés chez 46 % des femmes. Des plaies avec saignement ont été signalées chez 17 % des femmes victimes.

Parmi les retentissements de la violence sur les femmes, on a trouvé :

*des troubles psychiques à savoir Troubles émotionnels dans 70% des cas avec : colère, honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, auto-dévalorisation.

*Troubles psychosomatiques dans 90% des cas faites de: douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer, etc.

*Troubles du sommeil dans 90% des cas avec: difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, cauchemars.

*Troubles de l'alimentation dans 80% des cas: 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 dans 85% des cas: difficultés de concentration ou d'attention, pertes de mémoire.

La totalité des femmes étudiées ont déclaré qu'elles optent pour une poursuite juridique, d'ailleurs la totalité de nos patientes ont été convoqué pour expertise médicale ordonné par le juge d'instruction.

Vingt huit femmes ont eu une période de repos de 7 jours. 17% femmes ont eu une période de repos de 15 jours et une seule femme a eu une période de repos 1 mois.

Un peu plus que le 1/3 des femmes étudiées ont été hospitalisées pour surveillance. Dans pré de 90% des femmes hospitalisées n'ont pas aggravé leurs états initiaux à l'admission et n'ont pas nécessité d'actes médicaux complémentaires.

Le texte de loi du code pénal (Article 218) stipule que :

Tout individu qui, volontairement, fait des blessures, porte des coups, ou commet toute autre violence ou voie de fait ne rentrant pas dans les prévisions de l'article 319, est puni d'un emprisonnement deux ans et d'une amende de 2 milles dinars (2000d),

Si l'auteur de l'agression est l'un des conjoints, ex-conjoints, fiancés ou ex-fiancés.

Alors bien que l'hospitalisation prophylactique est souvent bénéfique dans la prise en charge des femmes agressées ; aurait-elle un impact juridique sur l'agresseur (marie) ?

Et quelle attitude thérapeutique doit être adoptée par le médecin qui est à la fois traiteur et aussi assure l'expertise ?

REFERENCES

References

- 1-Krantz G, Moreno C. Violence's against woman. *J Epidemiol Comm Health* 2005; 9:818-21.
- 2-Belhaj A, Melki W, Khiari G, Ben Abda S, Hachmi Z. Les épouses battues. Enquêtes dans un centre de santé de base en Tunisie. *Journal Tunisien de Psychiatrie* 1998; 1: 3-6.
- 3-Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006 july;195(1):140-8.
- 4- Organisation mondiale de la Santé/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- 5- La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique in Coutanceau R, Salmona M. in *Violences conjugales et famille*, Paris, Dunod, 2016.
- 6- Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels» s'inscrit dans le cadre du 2e Plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes (2008-2010).p 6
- 7- Office National de la Famille et de la Population. Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie. Tunis : Imprimerie officielle,2010.
- 8- Jellali I, Jellali MA, Gataa R, Mechri A. Violence envers les femmes en milieu conjugal. *LA TUNISIE MEDICALE* 2015 ; 93:516-22.
- 9- Ministère de la justice. Code Pénal : Publications de l' Imprimerie officielle de la république Tunisienne .2012
- 10- Donnés sur la prévalence de la violence contre les femmes : Etude par pays : compilation par ONU femmes, 2011.
- 11- Theriault L, Gill C. Les déterminants sociaux de la santé et la violence conjugale : quels sont les liens ? *Service social* 2007; 53:75-89.
- 12- Boucher S, Lemlin J, MC Nicoll L. Viol conjugal et trauma relationnel. *Sexologie* 2009; 18:141-6.

- 13- Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé - Rapport au ministre chargé de la santé. 2001. Report No.: 014000292.
- 14- Gastineau1 B, Gathier L. Violences conjugales à Antananarivo (Madagascar): un enjeu de santé publique.PAMJ 2012, 11-23.
- 15- Jaspard M. Les Violences envers les femmes en France, une enquête nationale. Paris: La Documentation française, 2003.
- 16- Hirigoyen m F. *Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple*, Saint-Armand-Montrond .2005 :28-68 .
- 17- Souffron K. Les violences conjugales, Toulouse,Milan, 2000.
- 18- Johnson H. Violence and abuse in personal relationships conflict, terror and in intimate relationships. In A.L. Vangelisti Pearlman (Eds.), Cambridge handbook of personnal relationships, Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- 19- Vasseur P. Profil Clinique de femme victimes de violences conjugales,Presse Med 2004 ; 33:1566-8.
- 20- Donnés sur la prévalence de la violence contre les femmes : Etude par pays : compilation par ONU femmes, 2011.
- 21-Coker Ann L, Richter Donna L. Violence against women in Sierra leone: frequency and correlates of intimate partner and forced sexual intercourse. African Journal of reproductive Health. 1998; 2: 61-72.
22. Salmona M., Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant, revue l'observatoire, n°59, 2008
23. Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2002.

24. Gallot E. Prise en charge des femmes enceintes victimes de violences conjugales. Université Joseph Fourier - UFR médecine Grenoble. 2005
- 25- Jewkes Rachel K. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet. 2002 Apr 20;359(9315):1423-9.
- 26- Andersson Neil, Ho-Foster Ari, Mitchell Steve, Scheepers Esca, Goldstein Sue. Risk factors for domestic physical violence: national crosssectional household surveys in eight southern African countries. BioMed Central. 2007; 7(11): 13.
27. Bolaria R, Browne A, Bryanton J, Carson G, Miller L. Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse, Santé Canada.1999.
28. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling Chan, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. Violence Against Women. 2011 July;17(7):858-81.
29. Heise L, Garcia Moreno C. La violence exercée par des partenaires intimes. Dans : Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, éds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, 87–121.
30. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, November, 19(11):1296–1323
31. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, éds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
32. . Mulugeta E, Kassaye M, Berhane Y. Prevalence and outcomes of sexual violence among high school students. *Ethiopian Medical Journal*, 1998, July;36(3):167–74.
33. M.-J. Saurel-Cubizolles, N. Lelong. Aspects périnatals de la maltraitance Violences familiales pendant la grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2005 ;34, N° SUP1.

34. Dr. Manorama B. Purwar ; L. Jeyaseelan ;Urmila Varhadpande ;Vijay Motghare ;Sonali Pimplakute. Survey of Physical Abuse during Pregnancy GMCH, Nagpur, India. The journal of obstetrics and gynaecology research 1999:165-171
- 35- Yoshihama M. Domestic violence in Japan: Research, program development and emerging movements. In A. Roberts (Ed.), Battered women and their families: Intervention strategies and treatment programs. New York: Springer, 1998: 405-47.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE VIOLENCES CONJUGALES

Avez- vous déjà été enceinte : oui non

Si oui,

Nombre de grossesses :

Nombre d'enfants :

Nombre d'IVG : Nombre d'IMG : Nombre de fausses couches :

Avez-vous été victime de violences pendant la grossesse ? oui non

Laquelle ? 1 2 3 4 5

□ □ Les violences ont-elles commencé :

	Psychologiques	Physiques	Sexuelles	Economiques
Avant la grossesse				
A l'annonce de grossesse				
Au mois				
Après l'accouchement				

Avant la grossesse

□ □ Durée d'existence du couple :

Durée de la vie commune :

Choix du conjoint : oui non

Votre vie de couple était-elle satisfaisante avant la grossesse ? oui non

Vos relations sexuelles étaient-elles forcées ? oui toujours oui parfois non

Nombre de grossesses dans cette union :

Nombre d'enfants nés dans cette union :

Avez-vous utilisé une contraception ? Elle Lui Les deux Aucun

Etais-ce le choix de : Elle Lui Les deux

Etais-ce l'obligation de : Elle Lui Les deux

Désir d'enfant :

Elle	Lui	Les deux	Ni l'un ni l'autre
Grossesse 1			
Grossesse 2			
Grossesse 3			
Grossesse 4			
Grossesse 5			

Pendant la grossesse

Avez-vous été régulièrement suivie pendant votre grossesse ? oui non
Si oui par qui :

Médecin traitant PMI Sage-femme Hôpital

Autre :

Que vous a-t-il proposé pour vous aider ?

Avez-vous parlé des violences à un professionnel de santé ? oui non

Lequel ?

Que vous a-t-il été proposé pour vous aider ?

Est-ce qu'un professionnel de santé s'est aperçu des violences ? oui non

Lequel ?

Qu'a-t-il fait ?

Si violences avant la grossesse :

Lors de la grossesse, les violences ont-elles

Diminué

Continué sous la même forme

Augmenté

Si violences physiques :

Avaient-elles un caractère « spécifique » à la grossesse (préciser) :

Conséquences des violences sur le bon déroulement de la grossesse :

Problèmes de santé. Préciser :

Fausse couche

IVG / IMG

Autre. Préciser :

Y-a-t-il eu des relations sexuelles pendant la grossesse ? oui non

Si oui :

désirées forcées

Si non, en raison de :

Elle Lui Les deux

Une IVG a-t-elle été envisagée par : Elle Lui Les deux

A-t-elle été réalisée : oui non

Si non, pourquoi ?

L'arrivée du bébé a-t-elle pu être préparée matériellement ? oui non

Si oui, par : Elle Lui Les deux

Si non, pourquoi ?

Type de blessure :

La femme a été giflée

La femme a été bousculée ou empoignée brutalement

La femme a été frappée (sans que l'homme n'utilise d'objet)

Hématomes

Plaies avec saignement

Fracture ou foulure

Brûlures

Ecorchures

Ecchymoses

SUMMARY

The consequences on health and quality of life of women victims of domestic violence are heavy, in terms of somatic pathologies (including gynecological obstetrics and traumatic injuries directly linked to physical violence) and psychiatric disorders (addictive behavior, psycho-traumatic disorders).

The purpose of our work is to determine the hospitalization rate among these women and discuss the ethical and legal problems of this attitude.

Methods:

This is a retrospective study of women victims of violence collected in the emergency department of the Maternity and Neonatology Center of Tunis, from October 2017 until December 2017.

Results:

The average age of female victims was 28 years old with extremes ranging from 19 to 42 years old. The average age of spouses was 34 years old with extremes ranging from 22 to 52 years old. The average life span of the couple is 7 years with extremes ranging from 18 months to 15 years. Physical violence was reported by 26.75% of women. More than 1/3 of the women studied were hospitalized for surveillance. About 90% of hospitalized women did not worsen their initial states on admission and did not require additional medical procedures.

Conclusion:

The hospitalization of women who are victims of domestic violence even for simple surveillance can certainly have a positive impact on the care of these women, but on the other hand, the legal burden of the perpetrator can be increased.

Hence the role of the doctor who is in charge of their expertise to pose well the indication of hospitalization of these women in order not to put at risk the vital prognosis of the woman and possibly fetal at stake, but also of do not misquote it.

Key words	Wife ; Violence ; Hospitalization; ethics
------------------	---

Faculté de Médecine Ibn El Jazzar

Sousse Tunisie

Année universitaire 2017/2018

Mémoire pour le diplôme de mastère professionnel

ETHIQUE DE LA PRATIQUE ET DE LA RECHERCHE MEDICALES

N° ...

Nom et Prénom: ACHOUR Radhouane

Titre du Travail : L'hospitalisation des femmes victimes de violence: problème éthique et juridique.

Résumé

Les conséquences sur la santé et la qualité de vie des femmes victimes de violence conjugale sont lourdes, en terme de pathologies somatiques (notamment gynéco-obstétricales et lésions traumatiques directement liées à la violence physique) et psychiatriques (conduites adductives, troubles psycho-traumatiques).

L'objectif de notre travail est déterminer le taux d'hospitalisation chez ces femmes et discuter les problèmes éthiques et juridiques de cette attitude.

Méthodes:

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur femmes victimes de violence colligées au service des urgences du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, de Octobre 2017 jusqu'à Décembre 2017.

Résultats:

L'âge moyen des femmes victimes était de 28 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 42 ans. L'âge moyen des conjoints était de 34 ans avec des extrêmes allant de 22 ans à 52 ans. La durée moyenne d'existence du couple est de 7 ans avec des extrêmes allant de 18 mois à 15 ans. La violence physique a été déclarée par 26,75 % des femmes. Un peu plus que le 1/3 des femmes étudiées ont été hospitalisées pour surveillance. Dans pré de 90% des femmes hospitalisées n'ont pas aggravé leurs états initiaux à l'admission et n'ont pas nécessité d'actes médicaux complémentaire.

Conclusion :

L'hospitalisation des femmes victimes de violence conjugale même pour simple surveillance peut certes avoir un impact positive pour la prise en charge de ces femmes mais en contre parti peut alourdir la charge juridique de l'agresseur.

D'où le rôle du médecin qui s'en charge de leur expertise de bien poser l'indication d'hospitalisation de ces femmes à fin de ne pas mettre en jeu le pronostic vital de la femme et éventuellement fœtal en jeu, mais aussi de ne pas l'indiquer abusivement.

Mots-clés | Femme ; Violence ; Hospitalisation ; éthique