

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

Irène François ép Pursell.  
DEA Ethique Médicale et Biologique  
2001

## INTRODUCTION

Les violences intra familiales, et plus particulièrement les violences conjugales, constituent de manière maintenant bien établie un problème de santé publique : plus de 16 000 références bibliographiques concernent ce sujet.

La place du médecin dans ce problème est cruciale : il est le seul à même de repérer, diagnostiquer, soigner les blessures physiques ou psychiques. Il est aussi celui qui peut témoigner de la réalité des violences, par un certificat médical, ou, dans certains cas, par les dérogations au secret professionnel prévues par le Code Pénal de 1994.

Pourtant, on constate que, au sein d'une structure tournée vers une démarche de santé publique et de prévention comme la policlinique de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, les médecins n'adressent que très exceptionnellement des patients à la consultation spécialisée. D'autre part, la rubrique « violences familiales » du dossier de santé publique proposé pour chaque patient n'est pratiquement jamais complétée.

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

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

Il est basé sur des entretiens semi directifs recueillis auprès de médecins de la policlinique et du réseau ASDES ayant accepté de nous rencontrer. Une analyse de contenu a été réalisée.

### Population:

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

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

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

Leur participation à ce travail était facultative.

La policlinique de Nanterre est située en zone urbaine (plus de 260000 habitants) et touche une population particulièrement précaire et donc vulnérable, sur le plan social, et médical.

Les médecins du réseau travaillent dans cette même zone.

### Méthode.

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

Toutes ces étapes ont été effectuées par une seule personne.

Les questions posées portaient sur les points suivants : représentation des VIF par le médecin ; importance de sa pratique en matière de violence conjugale (VC) concernant des femmes victimes de leur conjoint ; modalités des consultations des femmes victimes de VC (: motif de la consultation, signes évocateurs ; attitude du médecin s'il pense que la patiente subit des VC mais n'en parle pas elle-même) ; modalités de prise en charge (certificat, soins,

orientation : vers qui ? , traitement) . Les médecins étaient aussi interrogés sur ce qui leur paraissait être la prise en charge optimale des femmes victimes de VC, et le rôle du médecin dans cette prise en charge. Enfin, on demandait leur opinion sur l'intérêt d'un dépistage systématique des VC en pratique courante.

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

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

#### **Traitement des données :**

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

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

#### **Population interrogée.**

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

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

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

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

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

#### **Question 1 Représentation des VIF par les médecins interrogés**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 8 en rencontrent de 1 à 5 par an :
- 4 médecins disent rencontrer de 6 à 10 femmes dans cette situation par an :
- 3 en rencontrent plus de 10 . : Parmi eux, un déclare détecter 3 à 4 femmes par semaine, soit environ 150 par an.
- un médecin, de pratique gériatrique, dit que les comportements violents envers les personnes démentes sont son lot quotidien.

### **Types de violences :**

- les coups sont le plus souvent cités : 12 fois.
  - les violences morales et le harcèlement sont cités 4 fois
  - le conjoint est présenté comme étant l'auteur des violences 15 fois,
  - les violences envers les enfants sont cités 3 fois,
  - les violences d'un enfant majeur à un parent âgé deux fois,
- Tous les médecins qui ont rencontré des femmes subissant des violences conjugales citent un exemple précis.

### **Motif de la consultation :**

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

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

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

On obtient deux catégories de réponses :

- 8 médecins pensent à des violences en présence d'hématomes, ou d'autres blessures physiques mal expliquées
- Des signes fonctionnels, orientent vers une cause de mal être, le problème de couple, pas forcément les violences caractérisées.

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

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

- 7 médecins ne répondent pas à la question : soit ils n'ont jamais rencontré de femme victime de violences conjugales soit leur pratique ne se prête pas ce questionnement
- 7 autres affirment que si ils sont amenés à envisager que l'une de leur patiente subit des violences, ils abordent le sujet .
- Les autres ont des réponses plus nuancées, disant que cela dépend des cas de figure et de leur disponibilité, matérielle et psychique.

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

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

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

Lorsqu'ils rencontrent une femme victime de violences conjugales, 4 médecins déclarent rédiger un certificat médical de coups et blessures : (la demande de certificat comme motif de

consultation est citée 6 fois). Ces certificats sont l'objet d'interrogations quant à leur finalité et leur utilité.

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

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

Deux médecins déclarent rédiger un courrier et avoir un retour de cette consultation.

Lorsque des conseils sont donnés, il s'agit d'orienter vers la consultation médico-juridique ou la structure sociale, ou de « devenir indépendante »

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

Six des médecins interrogés sont sans idée à ce sujet

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

La séparation comme solution est citée trois fois

La notion de protection, une fois :

Trois médecins mettent en avant la prise en charge sociale

Quatre préconisent de soigner le couple

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

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

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

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

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

Un évoque une démarche judiciaire :

La démarche diagnostique est citée par un médecin :

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

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

Parmi les19 médecins, 6 ont une première réponse formellement négative : parmi ceux-ci, 3 considèrent que de toutes façons, le dépistage est fait, qu'ils connaissent suffisamment bien leurs patients :

Le dépistage est considéré comme nécessaire a priori 8 fois .

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

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

### **Nous avons cherché les thèmes médico-légaux.**

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

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

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

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

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

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

Aucun des médecins ne cite le problème de l'ITT

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

## **DISCUSSION**

### **Discussion de la méthode**

Le recueil des entretiens par enregistrement permettait une plus grande disponibilité pendant les rencontres, et une retranscription plus exacte du contenu .Les questions ouvertes du questionnaire donnaient la place aux opinions personnelles et à des informations subjectives .

Les médecins interrogées ont parfois débordé le cadre des questions, pour exposer une expérience personnelle ou une opinion générale. Nous avons accepté ces digressions, même si cela se traduit par des entretiens moins structurés et des réponses parfois difficile à catégoriser par items. Il nous est apparu en effet plus intéressant de laisser les médecins s'exprimer .

Un seul interviewer a rencontré les médecins, ce qui évite des biais inter personnes.

### **La population étudiée :**

L'échantillon était défini par rapport à une structure : la polyclinique et le réseau ASDES, c'est à dire que les médecins interrogés ont en commun un intérêt pour une démarche de santé publique. Cet échantillon ne prétend pas être représentatif de l'ensemble des médecins.

Cet échantillon est caractérisé par une majorité d'hommes (11/19) : nous ne disposons d'aucun argument pour déterminer si cela modifie ou non le regard que ces médecins portent sur les violences conjugales . L'effectif de notre échantillon ne nous permet pas de faire des comparaisons des réponses selon le sexe. Ceci, d'autant moins que les femmes interrogées sont plus jeunes que les hommes, et que seulement deux d'entre elles sont généralistes, ce qui introduit des facteurs de variation supplémentaires.

### **Connaissances et représentations des violences intra familiales :**

Globalement, la notion de violence reste vague, et représentée principalement par des coups. Les violences psychologiques sont souvent citées, mais rarement explicitées. Elles restent quelque chose de théorique, pour les médecins interrogés. Ce qui fait qu'un comportement peut être défini comme violent n'est pas vraiment précisé dans les interviews que nous avons recueillies:

La présentation de la VC comme une querelle qui va trop loin, est une manière de la banaliser.

### **Expérience des médecins interrogés en matière de violences conjugales**

On ne peut que remarquer la relative rareté des patientes souffrant de violences conjugales parmi les patientèles des médecins interrogés.

Nous ne savons pas combien de patients ces praticiens recevaient chaque jour, ni quelle était la proportion d'hommes ou de femmes parmi leurs patients.

Cette relative rareté est en cohérence avec d'autres travaux du même type, dans lesquels les médecins disent voir en moyenne deux femmes victimes de VC par an. (1)

Plusieurs médecins de notre études semblent donc en rencontrer plus que la moyenne.

Deux médecins signalent plus de 10 patientes par an : l'un a été le référent de la police pour les certificats avant que ne se crée une consultation médico-judiciaire dans le département . Il a gardé un certain recrutement. L'autre signale un nombre de cas particulièrement élevé (150 par an) : il est important de souligner qu'il parle de situations de "tension" et qu'il considère qu'il n'a pas à aller plus loin dans ses investigations : rien ne permet donc d'affirmer qu'il rencontre effectivement 150 femmes victimes de VC par an.

L'enquête ENVEFF avance que une femme sur dix subit des violences de la part de son conjoint. Le nombre de cas annoncé par les médecins interrogés semble inférieur à ce taux. Là encore, il faudrait , pour discuter valablement, connaître avec précision la démographie de leur patientèle, ce qui n'est pas le cas.

Nous remarquons que les chiffres avancés par les médecins sont toujours très approximatifs, et que plusieurs d'entre eux se souviennent surtout d'un cas.

Le fait que , pour les médecins, les violences se traduisent par des coups, et donc des traces sur le corps induit de manière certaine une sous évaluation des situations violentes vécues par les femmes .

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

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

Les médecins considèrent les plaintes dites fonctionnelles comme un signe évocateur d'un problème qui doit être investigué.. Ceci sera repris à propos de la question 7, concernant le dépistage systématique.

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

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

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

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

### **Prise en charge des femmes subissant des violences conjugales**

On constate un grand embarras dans la prise en charge. La plupart des médecins interrogés adressent à "des organismes sociaux" ou à la consultation médico-judiciaire. Dans les deux types de cas, ils ne savent pas vraiment ce que cela pourra apporter à la patiente.

Nous verrons que cette attitude est en contradiction avec les réponses de la question 6, concernant ce que doit ou devrait être le rôle du médecin.

Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude de Chambonnet, dans laquelle les deux tiers des médecins disaient se sentir capables de prendre en charge les VC et prescrivaient des traitements.

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

### **Quelle serait la prise en charge optimale ?**

Les réponses à cette question témoignent elles aussi de la perplexité des médecins face à ce type de situation .

Les mesures de séparation (hospitalisation, hébergement d'urgence ) envisagées ne sont que des solutions transitoires et le problème de fond du lien qui unit ces femmes à leur conjoint n'est pas vraiment abordé.

Les arguments mis en avant par les médecins comme limitant leur prise en charge ne sont pas des arguments cliniques, et amènent à discuter la pertinence de leur corpus de connaissances concernant le problème .

### **Quel est le rôle du médecin ?**

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

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

Si l'on confronte ces réponses à celles de la question 4, on ne peut que remarquer que cet accompagnement n'est pas fait : 12 médecins (y compris les 8 cités ci-dessus) adressent ces patientes vers des structures mal connues, sans toujours faire un courrier et n'ayant de retour formel que dans un cas. Il ne s'agit pas d'un accompagnement, ni d'un soutien.

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

Ce décalage entre discours et pratique doit être source d'interrogation.

### **Opportunité d'un dépistage systématique .**

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

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

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

L'expérience à laquelle nous faisons allusion en introduction à ce travail, comme les autres du même type (2-10) montrent que poser la question, reste le meilleur moyen de recueillir l'information. Elle montre aussi, que, si la question est posée de manière claire mais sans inhibition, elle est bien acceptée.

Il s'agit donc bien d'une réticence de principe de la part des médecins interrogés.

Il est également intéressant de rapprocher les réponses à cette question de celles de la question 3, qui concerne la possibilité de poser la question aux femmes. Tous les médecins qui répondent, affirment ne pas avoir d'inhibition à aborder la question des violences conjugales devant des signes cliniques (le plus souvent des lésions témoignant de coups). Ceux qui admettent avoir parfois renoncé à aborder la question avec une patiente parce qu'ils ne se sentaient pas suffisamment disponibles, sont aussi ceux qui considèrent le dépistage comme une bonne initiative

D'autres, qui disent qu'il n'y a pas de raison de ne pas parler des violences conjugales à la question Q3, considèrent que le dépistage systématique n'est pas possible. car trop indiscret et pas du rôle du médecin.

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

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

### **Aspects médico-légaux**

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

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

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

Les entretiens recueillis ici témoignent de la complexité de la relation médecin malade : la situation difficile, humiliante, de la femme victime de VC représente pour le médecin un cas de figure extrême : le soin à donner n'est pas celui auquel il est familiarisé, il n'y a pas de schéma thérapeutique standardisé, et il craint de s'immiscer dans des affaires familiales qui ne sont pas de son domaine de compétence. En outre, une certaine incrédulité s'exprime parfois.

Pourtant, il est démontré que, en matière de violence conjugale, le seul moyen de repérer et donc de pouvoir aider, est de poser simplement et directement la question. Il existe donc un double devoir pour le médecin. Le premier est de mieux connaître la réalité, la nature et les conséquences des VC. Le deuxième est un véritable devoir d'ingérence, seul moyen de repérer des situations qui mettent en danger la vie des femmes.

#### **autres travaux du LEM sur le sujet :**

Enjeux cliniques et de santé publique d'une prise en charge globale médicale et social des patients

V. Mourier et F. Tierrez

Thèse pour le Doctorat en Médecine, Faculté Bichat Paris VII, 06/04/2001.

Expérience de repérage systématique de la violence chez la femme enceinte

M.A. Gabreau

Thèse pour le Doctorat en Médecine, Faculté Broussais Hôtel Dieu, Paris VI, 28/05/2001.

#### **rapports officiels**

Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes (ENVEFF)

Résultats publiés lors d'une conférence de presse, le 6 décembre 2000.

Assises Nationales sur la violence envers les femmes

Paris, La Sorbonne, 25 janvier 2001.

Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé

Pr R. Henrion

Rapport au ministre chargé de la santé

février 2001

#### **Code pénal**

site internet : [www.sivic.org](http://www.sivic.org)

#### **publications :**

1. Chambonnet JY, Douillard V, Urion J, Mallet R, La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. Rev Prat Med Gen 2000, 507 :1481-5
2. Council on ethical and judicial affairs, American Medical Association. Physicians and domestic violence. JAMA 1992;267:3190-93.
3. Ferris LE, McMair-Klein M, Silver L. Documenting wife abuse : a guide for physicians. Can Med Assoc 1997;156:1015-22.
4. Helton As, McFarlane J, Anderson ET. Battered and pregnant : a prevalence study. Am J Public Health 1987;77:1337-9.
5. Jones RF, Horan DL. The american college of obstetricians and gynecologists : a decade of responding to violence against women. International Journal of Gynecology & Obstetric 1997;58:43-50.
6. Mayer L, liebschutz J. Domestic violence in the pregnant patient : obstetric and behavioral interventions. Obstetrical and Gynecological Survey 1998;53(10):627-35.
7. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stovall TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. Am J Obstet Gynecol 1995;173:381-7.
8. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. JAMA 1992;267:3176-8.
9. Freund K, Bak SM, Blackhall L. identifying domestic violence in primary care practice. J Gen Intern Med 1996;11:44-46.

10. Zink T. Domestic violence. *Clinical & health affairs* 1997;80:26-32

11. Lecomte, Tucker, Fornes, Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburb over a 7-year period, *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1998, 5 (1) : 15-6