

UNIVERSITE RENE DESCARTES - PARIS V
FACULTE DE MEDECINE PARIS DESCARTES

Laboratoire d'Ethique Médicale
Et Médecine Légale
Directeur : Professeur Christian Hervé

Master I « Recherche en éthique médicale »
Année Universitaire 2010 - 2011

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET MATERNITE

Entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quels parcours de prise
en charge ?

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
DELESPINE Mathilde
Née le 02/05/1986

Encadrée par :

Dr Grégoire Moutel,
MCU/PH, HDR (Paris Descartes)

Mr Jean-Christophe Coffin Historien,
MCU (Paris Descartes)

UNIVERSITE RENE DESCARTES - PARIS V
FACULTE DE MEDECINE PARIS DESCARTES

Laboratoire d'Ethique Médicale
Et Médecine Légale
Directeur : Professeur Christian Hervé

Master I « Recherche en éthique médicale »
Année Universitaire 2010 - 2011

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET MATERNITE

Entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quels parcours de prise
en charge ?

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
DELESPINE Mathilde
Née le 02/05/1986

Encadrée par :

Dr Grégoire Moutel,
MCU/PH, HDR (Paris Descartes)

Mr Jean-Christophe Coffin Historien,
MCU (Paris Descartes)

Je remercie

Monsieur le Dr Moutel pour m'avoir judicieusement orienté dans l'élaboration du sujet et du mémoire.

Monsieur Coffin pour son encadrement rigoureux et ses précieux conseils méthodologiques.

L'équipe de prise en charge des femmes victimes de mutilations sexuelles du CHI André-Grégoire, particulièrement Me Sokhna Fall et le Dr Antonetti-Ndiaye Emmanuelle pour leur accueil il y a deux ans et pour tous les enseignements que j'ai reçu à leurs côtés depuis.

L'équipe de sages-femmes du CHI André-Grégoire pour leur soutien qui a rendu possible la réalisation de cette première année de Master.

L'ensemble des professionnels et des militants contre les violences faites aux femmes qui m'ont aidé et encouragé dans ce travail et auprès desquels je continue d'apprendre.

L'ensemble de l'équipe pédagogique du laboratoire d'éthique pour son enseignement au cours de cette année.

Notre promotion solidaire qui a été une aide importante cette année, particulièrement Melle Bosser Laureline pour son soutien et ses précieux conseils.

Tous mes proches qui m'ont soutenu et supporté dans l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES	3
1.1. Historique	3
1.2. Définition	4
1.3. Données épidémiologiques	5
1.4. Avancées législatives et politiques gouvernementales actuelles	6
1.5. Descriptions des violences faites aux femmes	8
1.5.1. Classification par nature de l'événement	8
1.5.2. Classification selon l'implication dans l'événement	10
1.5.3. Classification selon les conditions de l'évènement et l'origine des faits	10
1.5.4. Critères liés à la victime	18
1.6. Mécanismes de la violence et mémoire traumatique	19
1.7. Conséquences sur la santé des femmes	21
1.8. Violences faites aux femmes et maternité	23
1.8.1. Epidémiologie de la violence envers les femmes pendant la grossesse	23
1.8.2. Conséquences des violences faites aux femmes sur la périnatalité	24
2. ROLE DES SAGES-FEMMES ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE ...	26
2.1. Arguments en faveur d'une prise en charge des femmes victimes de violences	26
2.1.1. Compétences de la sage-femme en matière de lutte contre les violences faites aux femmes... ..	26
2.1.2. Le dépistage systématique	27

2.1.3. L'après dépistage : l'orientation pour une prise en charge de la femme victime	28
2.2. Difficultés à prendre en charge les violences faites aux femmes	28
2.3. Textes officiels et recommandation	30
2.3.1. Le paradoxe entre le secret professionnel et le devoir d'assistance à personne en danger : code pénal et code de déontologie	30
2.3.2. Les recommandations pour un dépistage systématique.....	31
3. ENTRE AUTONOMIE ET BIENFAISANCE, QUELS PARCOURS DE SOINS POUR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	33
3.1. Le principe de bienfaisance	35
3.2. Le principe d'autonomie	36
3.3. Une visée du soin	37
3.4. Application en victimologie	41
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47

INTRODUCTION

Les violences faites aux femmes sont une réalité de grande ampleur. Le risque d'être violenté, harcelé ou agressé sexuellement nous concerne tous. En tant que sage-femme nous avons volontairement choisi de restreindre notre recherche aux violences faites aux femmes. Les manifestations de ces violences sont souvent insidieuses, parfois très brutales, mais peu importe leur forme, elles font toujours mal. Ces 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 des femmes qui les subissent. Ces violences ne sont donc pas une fatalité.

Par ailleurs, les mentalités évoluent et ces violences, sortent de l'ombre. Les lois les reconnaissent aujourd'hui et protègent davantage les femmes. Ces dernières années, plusieurs campagnes publiques ont dénoncé les violences et encouragé les femmes à en parler. Elles ont été efficaces puisque les déclarations des femmes victimes, augmentent. Pour exemple, entre 2004 et 2007, le nombre de faits constatés de violences sur femmes majeures par conjoint ou ex-conjoint serait en augmentation de 31 %.

Nous savons, malgré les idéaux, que ces violences touchent également les femmes enceintes. Les professionnels de l'obstétrique y sont d'ailleurs régulièrement confrontés, avec souvent un sentiment de désarroi. C'est ce constat qui nous a initialement interpellés.

C'est dans leur vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences, quelles que soient leurs formes. Par ailleurs la grossesse a été reconnue comme un élément déclenchant ou aggravant les violences conjugales. De ce fait nous leur avons accordé une part importante dans ce travail bien que nous ayons tenu à traiter la plupart des violences faites aux femmes.

Aux vues des conséquences graves que ces violences ont sur la santé des femmes et le déroulement de leur(s) grossesse(s), les professionnels de santé et notamment les sages-femmes sont concernés et devraient y accorder une importance réelle. Dans ce sens, leur formation est déterminante.

Les sages-femmes sont au cœur de la périnatalité. Elles ont un rôle de dépistage de la pathologie, qui les conduit logiquement à évoquer ce sujet avec les femmes, au cours de leur grossesse. Leur place transversale, obstétrico-pédiatrique et médico-psycho-sociale, leur permet d'une part, d'être à l'écoute des femmes et d'autre part d'être en contact avec de nombreux acteurs. Elles peuvent ainsi proposer aux femmes victimes une attention, un soutien

et une orientation pour un accompagnement adapté à leurs besoins. La grande majorité des violences étant invisibles mais également indicibles par les femmes victimes, le dépistage systématique peut être utile pour proposer cet accompagnement à toutes celles susceptibles d'en avoir besoin. Cette pratique a fait l'objet d'une étude lors d'un précédent mémoire, en fin de cursus de sage-femme, qui avait réaffirmé sa faisabilité et son efficacité en termes de détection des violences et d'aide apportée aux femmes.

Cependant, en dépit de toutes ces considérations, ce problème de santé publique aux conséquences périnatales multiples, est encore trop peu souvent évoqué lors de la grossesse. Les femmes victimes sont donc souvent très isolées, même lorsqu'elles sont enceintes.

Ce nouveau mémoire s'inscrit dans un projet professionnel. En effet depuis la première étude, nous avons pu nous confronter en tant que sage-femme aux patientes violentées en rejoignant l'équipe de prise en charge des femmes victimes de mutilation sexuelles du CHI André Grégoire. Récemment la construction d'un projet de service au sein de cette maternité autour du dépistage systématique et de l'accompagnement des femmes victimes de violences nous a fait nous interroger sur la meilleure orientation à prendre. Il est vrai qu'il existe une tension éthique, notamment entre les principes de bienfaisance et d'autonomie, autour de cette aide à proposer aux femmes victimes en tant que soignant et plus particulièrement en tant que sage-femme.

Dans le cadre de ce mémoire de première année de master de recherche en éthique médicale il nous a semblé important de réaliser une revue de la littérature afin de mobiliser au mieux les notions en jeux et les différents points de vue existants. Cette première étape de la recherche pourra nous permettre d'améliorer notre problématique et de réaliser une étude correctement située dans le contexte actuel de la lutte contre les violences faites aux femmes, lors de la deuxième année de master.

Ainsi, nous avons effectués, à travers la littérature, une mise au point sur les caractéristiques des violences faites aux femmes et sur les principales recommandations en termes d'action de lutte contre ce phénomène.

Puis nous avons tenté d'imaginer une voie pour aider au mieux les femmes victimes de violences. Notre réflexion s'est portée sur la possibilité d'améliorer les pratiques, dans l'accompagnement pendant leurs grossesses, de ces femmes.

Notre objectif est à terme de proposer des actions réalisables par les soignants et particulièrement les sages-femmes pour garantir le droit à l'intégrité et à la dignité de chaque femme.

1. LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

1.1. Historique

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 puis tolérée, admise voire légitimée. Le fait que ces violences interviennent majoritairement dans la sphère privée a également contribué au déni de son existence.

Les femmes ont été longtemps dépourvues de droits politiques, assimilées à des mineures par l'état civil, soumises, par les lois et les traditions, à leur mari ou à leur père. Ces derniers avaient un réel pouvoir sur le corps des femmes. Ils pouvaient ainsi contrôler leur descendance : nombre d'enfants, paternité, etc. (1)

Le groupe dominant, que constituaient les hommes, détenait le pouvoir et construisait les lois, minimisant et justifiant les violences exercées envers le « deuxième sexe ». Cette violence a donc été souvent masquée voire carrément imputée à la responsabilité de la femme elle-même : « elle l'a bien cherché », « elle doit aimer ça ». (1)

La société a lentement évolué ainsi que ses valeurs. Il est apparu, un abaissement du seuil de tolérance envers les atteintes de toutes formes à autrui. Une plus grande importance a été donnée aux droits humains. La démocratie a mis en avant l'importance de chaque individu, de ses droits et de ses besoins par rapport au groupe. (1)

De plus les luttes des femmes leurs ont permis d'acquérir un statut supérieur notamment par l'accès aux études, l'obtention de droits politiques et la planification des naissances.

Enfin, dans les années 70, les combats féministes, qui existaient déjà depuis longtemps, ont permis de théoriser les rapports de contrôle et de pouvoir entre les sexes.

Dès lors toutes ces violences, crimes et délits, n'apparaissent plus comme des faits isolés et privés mais comme le symptôme et l'expression d'un même mal profond : la relation de domination existant entre hommes et femmes.

Ce constat sociopolitique étant établi, il faudra 20 ans pour que les grandes organisations internationales le prennent en compte et l'incluent dans leur programme d'étude et d'action avec des prises de positions officielles. (1)

Ainsi en 1983, la France ratifie la convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), votée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1979. (2, 3). En 1992 une loi sanctionne le harcèlement sexuel dans les relations de travail et il y a une aggravation des peines pour les époux ou concubins coupables de

violences. (2) Depuis le 1er janvier 2005, la loi relative au divorce protège le conjoint victime de violences conjugales, notamment en permettant l'éviction du conjoint violent du domicile.

En 2006, la condition de circonstance aggravante est étendue aux pacsés ou aux ex-conjoints, ex-concubins et ex-pacsés. Le champ d'application est élargit à de nouvelles infractions : meurtres, viols et autres agressions sexuelles. Le fait d'être en couple constitue donc une circonstance aggravante pour l'ensemble des violences. (4)

Lors de la 4^{ème} Conférence mondiale des femmes à Pékin, régie par l'Organisation des Nations Unies (ONU), en 1995, la violence envers les femmes est abordée. En 1996, la violence, notamment celle faite aux femmes, est définie comme un problème prioritaire de santé publique lors de la 49^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé. Suite à cette prise de position, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en place un plan d'action pour d'une part augmenter la recherche dans ce domaine (besoin de données épidémiologiques fiables) et d'autre part sensibiliser et former les professionnels de santé. (1)

1.2. Définition

La violence est définie par l'OMS comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations». (5)

Michel Debout Professeur de Médecine Légale au CHU de St Etienne définit la violence sous une autre forme : « Doit être considéré comme violent tout comportement humain ayant pour objet ou pour effet¹ de détruire une (ou plusieurs) victime(s) ou du moins de l'atteindre dans son intégrité physique, psychologique, symbolique² avec ou non une composante sexuelle associée³. »

¹Ayant pour objet ou pour effet = volontaire ou involontaire (celles ci sont d'ailleurs plus nombreuses, ex accident de la voie publique)

²Symbolique = atteinte pour ce que la victime représente (ex : violence sexiste, raciste, homophobe)

³Une même violence, accompagnée d'une composante sexuelle a un effet spécifique sur la victime car elle met en cause l'intimité même de la personne

Les Nations Unies, donnent la définition suivante de la violence à l'égard des femmes : « tout acte de violence dirigé 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 la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (6)

1.3. Données épidémiologiques

Lors de la Conférence mondiale des femmes de Pékin en 1995, tous les États s'étaient engagés à produire des données précises concernant les violences faites aux femmes. En France il n'y avait jamais eu d'enquête nationale sur ce thème avant la réalisation de l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 en France métropolitaine. Cette étude a donc enfin apporté des données chiffrées essentielles. Six mille neuf cent soixante dix femmes, âgées de 20 à 59 ans, ont été interrogées sur les violences qu'elles avaient subi au cours de leur vie et des douze mois précédant l'enquête.(7)

Tous les milieux sociaux sont concernés par les violences faites aux femmes. Les violences conjugales, agressions sexuelles intrafamiliales, violences au travail et dans les espaces publics sont donc documentées dans cette enquête et exposées dans ce travail au cours des parties suivantes, les étudiants de façon spécifique. (3 et 7)

En termes de facteurs de risque nous retrouvons plusieurs éléments. Ce sont les femmes jeunes, de moins de 25 ans qui, dans tous les lieux qu'elles fréquentent, subissent le plus d'atteintes et d'agressions de toute nature. (7) Cette donnée est à nuancer car les jeunes générations ont une tolérance plus faible aux comportements autoritaires masculins. Elles signalent donc plus facilement les violences qu'elles subissent. Dans les relations privilégiées, les femmes déclarent moins de situations de violences, au fur et à mesure que leur âge augmente et que la durée de la relation s'allonge. Cela ne signifie pas qu'elles en vivent moins, au contraire. On peut l'expliquer par un phénomène d'accoutumance. (3) Les femmes vivant seules sont surexposées au risque de violences physiques et sexuelles dans leur vie privée et professionnelle. S'il s'ajoute à ce facteur la mobilité conjugale (multipartenaires), le risque de violences conjugales augmente encore. (3)

Une femme victime de violences conjugales, exerçant un emploi, a un risque double de subir des violences au travail. De même, une femme victime dans le milieu professionnel est deux fois plus souvent exposée aux violences conjugales qu'une autre femme active en couple. (3)

1.4. Avancées législatives et politiques gouvernementales actuelles

Ces dernières années, la préoccupation du gouvernement en matière de lutte contre les violences faites aux femmes a été portée par trois plans de lutte interministériels d'action qui ont permis de poursuivre les avancées ayant eu lieu auparavant. Le premier entre 2005 et 2007 et le second entre 2008 et 2010 renforçant les mesures initiées par le premier en termes de formation des personnels et d'actions de communication et d'information. Il initiait également de nouvelles actions visant l'entourage des victimes : auteurs de violences et enfants exposés aux violences conjugales. Il a également permis la mise en place, dans cinquante départements, d'un référent violence, chargé de l'accompagnement des victimes ainsi que l'expérimentation d'un nouveau mode d'accueil familial des femmes victimes de violence. (8)

En 2010, la lutte contre les violences faites aux femmes a été déclarée grande cause nationale. Le « label grande cause » a ainsi été attribué à un collectif de 25 associations qui se sont engagées à dénoncer ces phénomènes de violences. (9)

Le cadre juridique de protection des femmes victimes a évolué avec la loi du 9 juillet 2010 « relatives aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants ».

Elle créer un nouvel outil : l'ordonnance de protection qui peut être prononcée par le juge aux affaires familiales en urgence. Elle permet l'éviction du conjoint violent du domicile ou si la victime le souhaite, son propre relogement pour la mettre hors de portée de son conjoint tout en statuant provisoirement sur la garde des enfants et sur les contributions aux charges du ménage.

Cette loi adapte également l'arsenal juridique à toutes les formes de violence. Elle créer un délit de harcèlement psychologique au sein du couple ce qui répond à une demande des associations en adaptant notre droit pénal « à la violence des mots, qui n'est pas moins éprouvante que la violence physique ». Elle prend en compte les mariages forcés en posant un principe simple : « toutes les femmes doivent être libres de choisir la vie qu'elles souhaitent mener ». Désormais, le mariage forcé sera considéré comme une circonstance aggravante en

cas de violences exercées contre une femme qui refuse l'union qu'on lui impose. Cette circonstance aggravante sera applicable même si les faits de violence ont été commis à l'étranger alors que la victime réside en France.

Enfin, elle prévoit l'expérimentation de nouveaux moyens technologiques pour renforcer la protection des femmes victimes de violence, notamment l'utilisation possible du bracelet électronique anti rapprochement. (9)

Un troisième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes a été lancé cet hiver appuyant certains points importants pour la périnatalité. Ce rapport insiste sur l'importance du dépistage et d'accompagnement de la part des soignants en évoquant « leur rôle majeur en matière de repérage des violences faites aux femmes (conjugales par exemple, lors de l'entretien préconisé pendant le 4ème mois de grossesse, mutilations sexuelles etc.), d'accompagnement et de prise en charge des victimes ». C'est dans ce but que le rapport propose de renforcer la formation des professionnels de santé en précisant « qu'ils méconnaissent encore très largement cette problématique, voire ne se sentent pas impliqués. Ces derniers sont en effet ceux qui reçoivent le moins de formation spécifique, alors même qu'ils ont un rôle central à jouer en termes de repérage et de prise en charge. » Comme outil le rapport envisage des campagnes d'information à destination des médecins et des sages-femmes afin d'accroître leur vigilance par rapport aux violences subies par les femmes. Il engage également les autorités à diffuser des recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé en partenariat avec les conseils de l'Ordre des sages-femmes et des médecins ainsi qu'avec les sociétés savantes concernées (gynécologie, obstétrique, médecine légale...). Il énonce que « L'identification et la recherche de toute situation de violence devra ainsi être intégrée comme facteur de vulnérabilité lors de la grossesse, dans tous les guides de bonnes pratiques actuels et futurs. » Pour la suite du dépistage il recommande de développer et systématiser l'accompagnement « global et multidisciplinaire » nécessaire aux personnes concernées afin d'assurer une prise en charge de qualité. « Pour être la plus efficiente, la prise en charge des personnes victimes de ces violences requiert en effet des compétences et une collaboration multidisciplinaire dans le cadre de la mise en place d'un réseau axé sur cette problématique. » (8)

1.5. Descriptions des violences faites aux femmes

Avant d'expliciter les différentes formes de violences que peut subir une femme il est important de réfléchir à la classification des victimes que nous allons utiliser pour travailler. En effet une classification peut convenir à certains intervenants alors qu'elle n'aurait aucun sens pour un autre corps de métier. (10)

1.5.1. Classification par nature de l'événement

L'ENVEFF considère que les violences faites aux femmes « forment un continuum incluant les violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles. » Les différentes formes de violences alors retenues étaient : « les violences physiques, les violences sexuelles, les actes malveillants par l'intermédiaire d'un objet, les appels téléphoniques malveillants, avec ou sans connotation sexuelle, les violences verbales, les violences psychologiques et la violence économique. »(7)

La violence psychologique est le fait d'agresser verbalement. Elle est également le fait d'isoler la femme, de l'humilier, de la harceler, de la dénigrer, d'être excessivement jaloux, de l'épier, de contrôler ses actes, de l'intimider par des menaces ou des destructions d'objets ou d'animaux. Tout ceci dans le but de la « chosifier », de lui enlever ses armes. (3) Ce n'est que récemment que les notions de violences psychologiques et verbales sont apparues. Cela transparaît dans l'évolution des termes et définitions : nous ne disons plus femme ou enfant « battu(e) » mais « femme victime de violences conjugales » ou « enfant maltraité ou en danger ». Ainsi il est important de définir le terme de « cruauté mentale » qui peut se décrire par des agissements offensants responsables de scènes d'humiliation, d'angoisse. La vie de la victime en devient difficilement supportable. Les termes souvent utilisés pour décrire cette notion sont ceux de : cruauté, extrême cruauté, traitement cruel et inhumain, « intolérable sévérité ». (11)

La violence physique peut être le fait de frapper, brûler, secouer, étrangler, battre avec le poing ou un objet, donner des coups de pied, menacer avec une arme blanche ou une arme à feu, enfermer, empêcher de sortir ou de rentrer chez soi, abandonner sur la route après un trajet en voiture, voler avec violence dans l'espace public. (3)

La violence économique est le contrôle de la victime par l'argent : les menaces de licenciement, la privation des ressources nécessaires à une vie digne, le contrôle de son accès aux services de santé ou de l'emploi.

La violence sexuelle est divisée en 2 catégories d'actes par le code pénal français : le viol qui est un crime et l' « agression sexuelle autre que viol » qui est un délit. (Annexe I) L'article 222-22 du code pénal définit le viol par « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » y compris entre époux. (12)

La loi définit des circonstances aggravantes : (liste non exhaustive)

- Qualité de la victime : mineur de 15 ans ou moins, particulière vulnérabilité, connue de l'agresseur : âge, maladie, infirmité, déficience psychique ou physique, grossesse.
- Usage ou menace d'une arme.
- Qualité ou nombre des auteurs : conjoint, concubin, pacsé ou ex-, personne ayant autorité sur la victime, ascendant légitime, naturel ou adoptif, personne abusant de l'autorité que lui confère ses fonctions.
- Conséquence de l'agression pour la victime : décès de la victime, mutilation, infirmité permanente
- Conditions particulièrement horribles accompagnant l'acte comme des tortures ou actes de barbarie. (4,11)

Le harcèlement sexuel est défini comme « le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle » par l'article 222-33 du Code pénal (12)

D'après l'ENVEFF, 0,3 % des femmes interrogées ont été victimes de viol durant la dernière année, soit près de 50 000 femmes. Plus d'une sur dix déclarent avoir subi des agressions sexuelles au cours de leur vie. Les attouchements sexuels sont surtout subis dans l'enfance, et perpétrés principalement par des familiers. Les tentatives de viol et les viols sont plus fréquents après 18 ans. Les tentatives de viol ont lieu à un âge plus jeune que les viols. (3, 10) Il est rapporté que les viols sont principalement commis par des proches. Ceux perpétrés par des inconnus dans les espaces publics, ou dans le cadre du travail restent relativement rares. L'immense majorité des viols n'est pas déclarée à la police. L'ENVEFF permet d'évaluer tout l'écart qui existe entre la réalité et les statistiques officielles d'autant plus que deux tiers des femmes interrogées parlaient pour la première fois à un professionnel de ce qu'elles avaient subi. (7)

Cette classification en fonction de la nature de l'événement subie, est très opérante pour les juristes alors que pour les psychologues et thérapeutes cela n'a que peu de sens car il existe des modalités de prise en charge et des symptômes proches pour des événements très différents et vice-versa.

1.5.2. Classification selon l'implication dans l'événement

Il est nécessaire de distinguer les victimes en fonction de leur implication qui peut être directe ou indirecte. (10)

Les victimes ayant subies une exposition directe sont les personnes blessées, témoins pouvant dire : « J'y étais, j'ai vu, j'ai entendu ... » ainsi que les professionnels ayant intervenu sur le terrain. Ces victimes seront potentiellement traumatisées psychiquement. Le traumatisme psychique est une confrontation au réel de la mort, une effraction des enveloppes entraînant une remise en question des valeurs et des représentations de l'individu. Il ne peut apparaître que chez les victimes impliquées directement.

Les personnes impliquées indirectement sont la famille et les proches non présents. Ils sont des victimes « collatérales », par ricochet. Les proches peuvent avoir des fantasmes sur la souffrance de la victime directe avec plus ou moins d'indentification et ressentir un sentiment d'impuissance mais ce n'est pas un traumatisme. Il ne s'agit pas de minimiser la douleur ressentie par les proches des victimes directes mais simplement d'être puriste. Cette souffrance peut nécessiter une réelle prise en charge psycho-thérapeutique mais ne correspond pas à un psycho-traumatisme. Une des conséquences les plus graves que peuvent subir les victimes indirectes sont le deuil traumatique ou deuil traumatogène. Cela correspond à un deuil compliqué en raison des circonstances exceptionnelles de l'évènement (plusieurs personnes décédés, absence de corps, doute par rapport à la mort).

Lorsque des victimes impliquées directement sont en outre endeuillés, il s'agit de situations complexes nécessitant les prises en charge les plus longues afin de traiter le deuil avec traumatisme ou « deuil post traumatique ».

Si un groupe thérapeutique est créé après les évènements il convient de ne pas mélanger les victimes directes et indirectes car les enjeux psychiques ne sont pas les mêmes.

1.5.3. Classification selon les conditions de l'évènement et l'origine des faits

Il est utile de distinguer les évènements uniques (un viol, une agression, un attentat terroriste...) des situations répétées de victimisation. Par exemple les militaires ont un risque d'être polytraumatisés lors des conflits armés. (10)

La présence ou l'absence de lien avec l'agresseur différencie également de façon déterminante les évènements.

La violence envers les femmes peut être institutionnelle ou interpersonnelle. La violence institutionnelle relève directement des systèmes de répression ou de contrôle de l'état. La violence interpersonnelle est plus individuelle mais est malgré tout influencée par les règles de fonctionnement des institutions : éducation, monde du travail, système de protection sociale, de santé et de sécurité publique, etc. (3)

La violence envers les femmes est intentionnelle. Elle relève toujours de mécanismes où une personne utilise la force ou la contrainte pour imposer des relations hiérarchisées et de supériorité. Son utilisation n'a qu'un but : le contrôle et la domination de l'autre. Pour cela, l'agresseur utilise toutes les formes de violences nécessaires.

1.5.3.1. Évènement unique ou répété sans lien avec l'agresseur

Subir un évènement unique ou subir un évènement répété sans lien avec l'agresseur sont deux tableaux qui se rapprochent car les modalités de prise en charge ne sont pas fondamentalement différentes au niveau qualitatif. Cependant dans le deuxième cas, les conséquences sont plus graves.

Les violences faites aux femmes dans l'espace public et la prostitution font partie de cette catégorie.

Les attitudes sexistes dans les espaces publics sont courantes. Les gestes et propos obscènes rabaisant les femmes au statut d'objet sexuel sont des actes de violence ; les insultes ne sont pas rares et les agressions physiques existent. Les femmes savent faire la différence entre les démonstrations mal appropriées de séduction et les atteintes verbales, physiques ou sexuelles relevant d'actes violents. (3) Prenant en compte cette distinction, nombre de femmes rapportent de la violence dans les espaces publics : 13,2% d'agressions verbales, 1,7% d'agressions physiques et 1,9% d'avances et agressions sexuelles sachant que les agressions sexuelles graves sont rares dans la sphère publique. Parmi les femmes interrogées, 5% ont déclarées avoir été suivies dans la rue, à pied ou en voiture et ce taux de déclaration est de 17% en Ile-de-France pour les moins de 25 ans. (7)

De façon générale les femmes les plus jeunes et habitant dans les grands espaces urbains rapportent avec une plus grande fréquence, de la violence à leur égard. En effet de par leurs activités, déplacements et loisirs elles y sont plus exposées. De plus elles sont, pour leur agresseurs, plus accessibles et vulnérables et certainement plus conformes aux stéréotypes sexuels masculins que leurs aînées. Enfin, l'environnement urbain a tendance à favoriser les

conduites délictueuses par la densité de la population, la promiscuité imposée, les déplacements en transports collectifs, l'intensité des sorties. (3)

Les atteintes sexuelles ainsi que les agressions verbales (20% des femmes en sont victimes dans la sphère publique) sont quasi exclusivement d'origines masculines. (3)

La prostitution est, en regard des principes de non-patrimonialité du corps humain, d'intégrité de ce dernier et d'égalité entre les sexes, une violence subie majoritairement par des femmes. Mme Claudine Legardinier, journaliste spécialiste des droits des femmes ayant été membre de l'observatoire de la Parité entre les femmes et les hommes, énonce que « le système prostitutionnel est fait pour verrouiller le silence : il est très difficile de faire sortir cette parole, et que cette parole soit entendue par la société qui ne souhaite absolument pas l'entendre ». (13)

Le rapport de la mission d'information de l'assemblée nationale sur la prostitution d'avril 2011 dégage trois constats (13). D'une part cette violence est subie à plus de 80% par des personnes étrangères dans les villes, contre 20% en 1990. D'autre part l'utilisation d'Internet facilite la mise en relation entre les prostituées et leurs clients sans que ce phénomène puisse être comptabilisé. Enfin les circonstances poussant certaines personnes, principalement des femmes, à se prostituer sont importantes à connaître. La traite des êtres humains est ainsi « la première pourvoyeuse de personnes prostituées, associée à la vulnérabilité et à la précarité financière ».

1.5.3.2. Evènement répétés avec lien avec l'agresseur

Les situations répétées de victimisation avec lien avec l'agresseur correspondent à des traumatismes complexes impliquant une prise en charge très longue et nécessairement pluridisciplinaire. Dans ces violences volontaires la gravité des conséquences augmente en fonction du degré de connaissance de l'auteur des faits. (10)

Les violences faites aux femmes dans la sphère privée ont deux caractéristiques communes.

D'une part, il existe une véritable stratégie de l'agresseur, permise par la proximité entre la victime et lui. Un cycle espoir-désillusion entretient longtemps l'interdépendance entre eux avec des sentiments ambivalents pour la femme. (11). Tout d'abord l'homme isole la femme, il la dévalorise, la chosifie ; il instaure un climat de peur et d'insécurité ; il fait porter la culpabilité à la femme, met en place des moyens d'assurer son impunité, verrouille le secret.

Lorsque l'analyse des faits met en évidence plusieurs de ces caractéristiques dans une situation, il s'agit bien de violence. (14).

D'autre part nous observons une aggravation dans le temps des agressions, qui empiètent progressivement sur les capacités de défense de la victime. L'évolution de ces violences est très souvent larvée, secrète et confinée. (11) Ces harcèlements engendrent des blessures profondes. Ils attaquent les « représentations fondamentalement organisatrices de la personnalité » : représentation transgénérationnelle, sexualité, parentalité, fécondité. (11)

Un grand nombre de victimes se sent impuissant à faire évoluer leur situation. La victime est maintenue sous l'emprise de l'agresseur. Elle est « isolée physiquement et socialement ; [blessée] physiquement et psychologiquement ». (15) Il leur faut souvent beaucoup de temps pour trouver les ressources et les conditions leur permettant d'y échapper. Malheureusement, pendant cette période la violence augmente souvent en fréquence et en intensité. (11)

Dans cette catégorie nous retrouvons les violences conjugales, les autres violences familiales et les violences dans le milieu professionnel.

✓ **Les violences conjugales**

C'est dans leur relation de couple que les femmes subissent le plus grand nombre de toutes les formes de violences. D'après l'ENVEFF 10% des femmes ont été en situation de violence conjugale au cours des douze derniers mois. (7) Dans de nombreux cas plusieurs formes de violences se cumulent, d'où l'importance d'abandonner l'expression « femmes battues » ; le terme de violences conjugales rend mieux compte de la réalité des femmes victimes. Il est nécessaire d'avoir à l'esprit que « le fait qu'une femme ne présente pas de blessures physiques ne signifie pas qu'elle n'ait été ni battue, ni violentée » (16)

Les pressions psychologiques sont prépondérantes (37% des violences conjugales) et sont le reflet d'une relation de domination exposant aux autres formes de violences. (16) Elles apparaissent sous diverses formes et sont souvent accompagnées de violences verbales (4,3%), éclats de voix, cris puis chuchotements ou silence. (16)

Ces deux formes de violence créent une « tension insupportable » pour la femme victime et maintiennent un « climat de peur et d'insécurité ». (16) Elles « accentuent la perte de repère et déstabilisent gravement » la femme. (17) Le silence est alors installé et verrouillé.

Les violences économiques visent à priver la femme de ressources, qu'elle ait un salaire ou non : s'en emparer et en empêcher l'utilisation libre ; détourner les allocations familiales, rationner la famille pour l'alimentation ou les vêtements. (16, 17)

Les violences administratives consistent à isoler la femme socialement, la rendant entièrement dépendante de son conjoint. Il peut s'ajouter un maintien dans l'ignorance de ses droits et des recours possibles.

Les violences physiques portent atteinte à l'intégrité corporelle (2,5%). (16) Elles peuvent prendre la forme de coups à main nue (pincements, claques, bousculades, secousses) ou à l'aide d'objets ou d'armes ; des strangulations, des brûlures, des morsures, des coupures ; des séquestrations et mises à la porte ; des tentatives de meurtres et meurtres... Tout peut être imaginé, même l'impensable.

Les violences sexuelles (0,9%) constituent une « main mise sur la sexualité du couple », pour transformer la femme en objet. (16, 17) Elles permettent un contrôle de la sexualité, de la fertilité et de la personnalité surtout quand la femme est chosifiée en tant que mère. Ceci consiste à contrôler son intimité, à l'humilier sexuellement, à la forcer à des actes sexuels non désirés. Le conjoint violent peut lui imposer des pratiques dégradantes, lui imposer des rapports sexuels avec autrui, la prostitution ou la pornographie, l'exploiter sexuellement. (16, 17)

Ces violences sont les plus « tabou », très difficiles à raconter mais également à entendre. Les victimes n'identifient pas toujours la gravité de ces actes. Certaines n'ont connu que ce type de relation, elles n'ont pas de notion de tendresse, de douceur, de plaisir partagé. Le viol conjugal occupe une place importante et méconnue : près de la moitié des femmes victimes de viol l'ont été de la part d'un conjoint.

Les deux conjoints ne sont pas sur un plan d'égalité. Il ne s'agit pas de disputes ou de conflits, mais de réelles situations de violences et de domination par l'un des deux.

Ces violences apparaissent progressivement. La situation d'emprise que le conjoint prend sur l'autre, s'installe dans le quotidien du couple, comme un conditionnement. L'agresseur fait entrer graduellement la victime dans une situation d'impuissance. Elle perd toute estime d'elle-même, peut banaliser cette violence pour la rendre plus supportable et être ainsi dans un réel danger.

Les violences conjugales ont un mécanisme particulier : le cycle de la violence (16, 17).

- ✓ Il y a une montée progressive de la tension lors des conflits et des divergences de la vie quotidienne : éducation des enfants, relation avec la famille, budget, grossesse... Le conjoint est tendu, il est frustré car n'obtient pas tout ce qu'il veut. La femme ressent cette tension qui grandit, elle a peur.

- ✓ Puis le conjoint perd le contrôle et utilise la violence : c'est l'agression. La victime est humiliée et se sent impuissante. Elle est en colère, triste et désespérée à la fois.
- ✓ Vient le constat des effets de la violence. L'auteur cherche à nier la gravité des faits, se déresponsabilise en culpabilisant la victime qui endosse aussitôt la responsabilité de ce qui c'est passé.
- ✓ L'auteur de la violence veut obtenir le pardon et effacer sa conduite : il fait des promesses, offre des cadeaux et se conduit de façon rassurante à l'égard de sa femme. Celle-ci veut croire à un espoir de changement, elle minimise ou occulte les faits et redonne sa confiance. C'est le sursis amoureux, le calme avant la prochaine montée de violence. L'agresseur constate son impunité : ses actes violents n'ont entraîné aucune conséquence dommageable pour lui.
- ✓ Le climat de tension et de domination s'installe à nouveau, le cycle recommence en s'intensifiant.

Nous observons ainsi une escalade de la violence qui peut se déployer sur de très longues périodes. Il y a parfois des violences psychologiques et verbales plusieurs années durant avant la première agression physique. Le plus souvent cette situation s'aggrave : la violence et le danger augmentent en fréquence et en intensité. (16)

Nous retrouvons des facteurs de risque spécifiques aux violences conjugales. L'écart d'âge de plus de 3 ans entre conjoints accroît le risque qui double lorsque la différence est de plus de 10 ans. Le mariage n'a qu'un effet protecteur relatif car les violences extrêmes sont plus fréquentes quand la durée du mariage augmente. La précocité de l'union est un facteur de risque important : la fréquence de violence conjugale est forte chez les femmes jeunes, en couple depuis longtemps. Les relations à long terme, sans vie commune, regroupent un fort taux de violences. (3)

Il est important de savoir que les violences conjugales touchent tous les milieux quels que soient le niveau socio-économique, le niveau d'étude, l'âge, l'origine culturelle.

✓ **Les violences familiales autres que violences conjugales**

La famille est, dans nos idéaux, un espace privilégié où se réunissent amour, sécurité et bonheur. La réalité peut être tout autre car elle est le lieu où sont observées les violences les plus fréquentes et les plus graves envers les femmes, les enfants et les personnes âgées.

Le caractère intime de l'espace familial entraîne pour la victime des sentiments de honte, d'humiliation mais aussi de culpabilité. Pour toutes ces victimes nous retrouvons des similitudes entre les violences subies qui s'installent progressivement et insidieusement. Elles se développent au fil de cycles qui se répètent. (11)

Les violences envers les femmes peuvent prendre forme de deux façons en terme de maltraitance des enfants. D'une part de façon directe, envers les petites filles. L'ENVEFF a montré que le fait d'avoir été victime de mauvais traitements, multiplie par quatre le risque de subir des violences sexuelles et physiques dans le couple. De plus, le fait d'avoir subi des agressions sexuelles répétées pendant l'enfance, multiplie par cinq le risque d'être victime de viol. (7)

D'autre part, les violences faites aux femmes peuvent indirectement retentir très gravement sur les enfants, notamment en cas de violences conjugales. Dans les indicateurs de risques de la maltraitance nous trouvons les violences conjugales ainsi que ses conséquences notamment les grossesses non désirées. De plus les enfants en sont témoins dans 70 à 80% des cas, ce qui provoque les mêmes conséquences pour eux que s'ils en étaient les victimes directes (18)

Les violences sexuelles peuvent être perpétrées à tout âge de la vie. Elles ont toujours des répercussions considérables sur la vie des femmes qui en ont été victimes, d'autant plus lorsqu'elles ont été répétées dans l'enfance. En effet, la violence subie avant l'âge de 16 ans, surtout si elle est cumulée, multiplie par trois le risque de devenir victime ou auteur(e) de violence une fois adulte. (15) De plus l'accès à la maternité peut réveiller une douleur terrible chez les femmes ayant subi des violences sexuelles pendant l'enfance. Cette souffrance peut faire irruption subitement lors d'un examen obstétrical, pendant l'accouchement et même au cours de l'allaitement risquant de perturber la relation mère-enfant. (19)

Dans une enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles (CSVF), nous trouvons des résultats alertant. L'importance et la gravité des violences subies par les filles dès leur enfance, en particulier les violences sexuelles est frappante : 13% des jeunes filles enquêtées ont subi des agressions sexuelles graves (attouchements, tentatives de viols, viols) au cours de leur vie. Elles avaient majoritairement lieu au sein de la famille ou par des proches, l'agresseur étant connu de sa victime dans 4 cas sur 5. (20)

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) regroupent l'ensemble des actes pratiqués sur les organes génitaux féminins, sans indication médicale, notamment l'excision et l'infibulation. Elles constituent une atteinte grave à l'intégrité de la femme victime.

En France 65 000 femmes et fillettes sont mutilés ou menacées de l'être. Ces pratiques traditionnelles, restent cachées ; la révélation de la mutilation a parfois lieu lors d'une consultation obstétricale.

La loi française interdit ces pratiques, également lorsque la mutilation est pratiquée à l'étranger, pour les victimes résidant habituellement sur le territoire français, qu'elles aient ou non la nationalité française. (4)

Le mariage forcé concerne les jeunes femmes mais aussi les adolescentes et les fillettes. Une telle violence peut menacer sérieusement leur équilibre psychique et leur santé physique. La loi du 4 avril 2006, réaffirme que le principe de liberté individuelle concerne, entre autre, le mariage. Elle stipule « ...clairement que le consentement de plein gré est requis non seulement pour son inscription à l'état civil sous peine d'annulation, mais aussi dans les relations sexuelles. » De plus l'âge du mariage a été repoussé à 18 ans pour les femmes comme cela l'était déjà pour les hommes. (21)

✓ **Les violences dans le milieu professionnel**

La place des femmes dans la société a subi de grandes mutations et à ce jour, les femmes représentent quasiment la moitié de la population active. Les inégalités entre les sexes ont diminué. La mixité de certaines professions comme celles de médecin ou de magistrat et la loi sur la parité en sont les témoins. Néanmoins certaines inégalités demeurent et une certaine tolérance sociale persiste face à ces discriminations sexistes. Pour exemple il existe encore une différence de salaire d'environ 30% et certains métiers restent sexués. (22)

De plus, trop souvent encore les femmes subissent des violences sexistes dans leur milieu professionnel que ce soit par atteinte à leur dignité, discrimination, harcèlement moral ou sexuel, agression physique ou sexuelle, viol. (22)

Dans l'ENVEFF, parmi les femmes ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 derniers mois, 16,7% se déclarent victimes de pressions psychologiques, 8,5% d'insultes et de menaces, 4% de harcèlement moral, 2% d'avances et d'agressions sexuelles et 0,6% d'agressions physiques. (7)

Le droit reconnaît ces formes de violences dans le cadre professionnel. Il définit notamment le harcèlement sexuel : « le fait de harceler autrui en usant d'ordres, de menaces, de contraintes ou de pressions graves dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ... ». (22) Depuis 2002 le

texte de loi n'exige plus que le harceleur soit investi d'une autorité vis-à-vis de la victime ; un collègue de travail ou toute autre personne, peut être incriminé par la loi. Ces violences ne sont pas sans conséquence sur la santé physique et psychique des femmes, pouvant aboutir à une réelle souffrance au quotidien, des arrêts de travail prolongés, des démissions. (11)

Lorsque nous écoutons des témoignages de femmes nous entendons la douleur, l'incompréhension et l'insuffisance de soutien des victimes. La grande difficulté de témoigner à l'entourage professionnel et personnel est évidente. De plus, les victimes ont souvent des difficultés à trouver les appuis et témoins nécessaires, en raison du fort risque de sanctions voir de licenciements pesant sur les potentielles personnes aidantes. Pour les supérieurs et les employeurs, la défense de la dignité de la femme victime va parfois à l'encontre des intérêts économiques et organisationnels de l'entreprise. Pourtant, l'employeur a un certain nombre de responsabilités légales : obligation de réaction, de prévention et de garantie de conditions de travail, exemptes d'atteintes à l'intégrité. (Annexe I)

Le combat est donc très laborieux d'autant plus que la victime peut au final se retrouver en position de coupable. En effet si le jugement abouti à un non-lieu il est très fréquent que la femme soit poursuivie pour dénonciation calomnieuse. (22)

1.5.4. Critères liés à la victime

Il y a deux types de critères : les critères « sujet » et ceux liés au contexte. (10)

Pour les critères liés à la personne nous trouvons tout d'abord l'âge. Nous pouvons nous trouver à une période d'absence de parole mais également préscolaire, scolaire, adolescente ou adulte. Il est par exemple très difficile pour les adolescents de parler du traumatisme mais ce qui est important c'est qu'ils identifient le lieu de prise en charge comme un espace de sécurité et de parole possible pour qu'ils puissent revenir plus tard quand ça sera le moment, leur moment. Il existe également un risque chez les adolescents qui est « l'identification à la transgression » et qui entraîne l'adoption de comportement à risques.

Par rapport au sexe il s'agit d'un critère peu significatif. Dans les études nous trouvons deux femmes traumatisées pour un homme car ils ont des symptômes non référés par le DCIM4.

Pour les critères liés au contexte nous retrouvons l'importance de l'entourage social.

1.6. Mécanismes de la violence et mémoire traumatique

La mémoire traumatique est définie par le Dr Muriel Salmona, psychiatre, psychothérapeute, responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie. Elle est « un trouble de la mémoire implicite émotionnelle [qui] est une conséquence psycho traumatique des violences les plus graves se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent la conscience (flash-back, illusions sensorielles, cauchemars) et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors des violences » (23).

Elle n'est pas reliée à l'histoire de la victime et ces souvenirs n'ont pas été intégrés normalement. Cette mémoire traumatique est très sensible et peut être déclenchée par des événements, des émotions, des sensations rappelant les violences de façon consciente ou pas. Ceci peut se produire très longtemps après l'évènement traumatisant et provoquer les manifestations psychotraumatiques « les plus graves, les plus chroniques et les plus invalidants ». Les victimes peuvent ne pas relier ces symptômes au(x) psychotraumatisme(s), notamment quand la mémoire traumatique est parcellaire ou sensorielle, ce qui la rend d'autant plus « déstabilisante et destructurante (impression de danger et de mort imminents, de devenir fou) ». Telle « une bombe prête à se déclencher à tout moment », la victime met en place des stratégies d'évitement et de contrôle et doit rester hyper vigilante pour éviter de la déclencher. Ce processus est épuisant et handicapant. Quand ces mécanismes ne suffisent plus, la seule solution pour la victime est d'adopter des conduites dissociantes qui permettent de s'anesthésier et de traiter cette souffrance quotidienne (particulièrement des conduites à risque, des conduites auto-agressives et des addictions). Les mécanismes neuro-biologiques et neuro-physiologiques à l'œuvre commencent depuis quelques années à être bien connus. Ils nous permettent d'expliquer de nombreux symptômes psychotraumatiques ainsi que les troubles psychiques associés qui entraînent des conduites paraissant paradoxales chez les victimes (troubles de la personnalité et du comportement).

Les mécanismes neuro-biologiques en jeu sont « assimilables à des mécanismes de sauvegarde exceptionnels qui, pour échapper à un risque vital intrinsèque cardio-vasculaire et neurologique, induit par une réponse émotionnelle dépassée et non contrôlée, vont faire disjoncter le circuit de réponse émotionnelle (comme dans un circuit électrique en surtension qui disjoncte pour sauvegarder les appareils) ». Le circuit neurologique en question est le système limbique comprenant principalement les amygdales, les hippocampes et le cortex associatif.

Lors d'un stimulus dangereux les amygdales vont déclencher une réponse émotionnelle par l'intermédiaire de la production d'adrénaline par le système nerveux autonome et de cortisol par l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Ces sécrétions auront pour effet l'augmentation du rythme et du débit cardiaque ainsi que la stimulation de la glucogénèse et de la néoglucogénèse permettant à l'organisme de recevoir de l'oxygène et du glucose en grande quantité afin de répondre au danger (affrontement ou fuite). La réaction des amygdales a lieu avant que le cortex sensoriel et associatif reçoive l'information et puisse lire et interpréter l'événement. Parallèlement l'information parvient jusqu'à l'hippocampe, qui permet de traiter et stocker les souvenirs et les apprentissages afin de les mobiliser quand cela est nécessaire. Une fois que les amygdales sont actives seul un rétro-contrôle de la part du cortex associatif permet de les réguler ou les éteindre. Ceci est rendu possible par l'analyse de la situation et la prise de décisions du cortex associatif, aidé par l'hippocampe contenant les souvenirs d'apprentissage et les repères spatio-temporels.

Lors de violences extrêmes, incompréhensibles, ne se confrontant à aucun repère, aucune acquisition, la victime est confrontée à sa mort imminente, « sans échappatoire possible avec une impuissance totale et faisant s'effondrer toute les certitudes acquises ». Dans ce cas le cortex et l'hippocampe ne peuvent pas se représenter l'événement, ni même l'intégrer et le relier à des connaissances ou des repères acquis. Il n'y a donc pas de rétrocontrôle de l'action des amygdales entraînant une réponse émotionnelle maximale avec des taux d'adrénaline et de cortisol devenant toxiques pour l'organisme. L'adrénaline peut entraîner une toxicité cardiaque et vasculaire avec un risque d'infarctus du myocarde, de stress et d'hypertension maligne. Le cortisol quant à lui peut entraîner une toxicité neurologique avec un risque épileptique et de mort neuronale par apoptose pouvant aller jusqu'à 30% du volume de certaines structures. Pour survivre l'organisme instaure « une voie de secours exceptionnelle qui va faire disjoncter le circuit limbique, déconnecter les amygdales et éteindre la réponse émotionnelle ». Pour ce faire le cerveau sécrète des drogues dissociantes endogènes : endorphines produisant une analgésie et drogues "kétamine-like". La conséquence néfaste de cette disjonction est la déconnection des amygdales des hippocampes. Ainsi la mémoire émotionnelle ne va pas pouvoir être analysée et intégrée et va rester « piégée » : c'est la mémoire traumatique. La déconnection des amygdales et du cortex est également délétère car ce dernier va continuer de recevoir les stimuli traumatiques mais va les traiter « sans connotation émotionnelle et sans souffrance physique ce qui va donner une impression d'étrangeté, d'irréalité, de dépersonnalisation, d'être spectateur des événements. » De plus les

drogues “kétamine-like” entraînent des sensations de « transformations corporelles et de distorsions spatio-temporelles : c’est la dissociation péri-traumatique ».

Ainsi « le risque vital lié au stress extrême généré par les violences est évité au prix d’une disjonction responsable d’une mémoire traumatique et de symptômes dissociatifs ».

Plus la victime va avoir recours à des conduites dissociantes pour calmer la souffrance psychique post traumatique plus cela va recharger et aggraver la mémoire traumatique. Le risque est d’entraîner une dépendance aux drogues dissociantes endogènes. De plus ces conduites anesthésiantes sont en soit dangereuses : auto-agressions (tentatives de suicide, auto-mutilations) ou violence envers autrui, conduites à risque de mise en danger, prises de produits excitants (amphétamines) ou drogues dissociantes externes (alcool, cannabis, héroïne....). Ces conduites dissociantes s’imposent à la victime mais sont « paradoxales et déroutantes, douloureuses et incompréhensibles pour les victimes et pour les professionnels qui s’en occupent, elles sont responsables de sentiments de culpabilité, de honte, d’étrangeté, de dépersonnalisation et d’une vulnérabilité accrue face au monde extérieur et plus particulièrement face aux agresseurs ». En effet les auteurs de violences connaissent ces manifestations et en profitent pour installer leur emprise sur les victimes. Ils sont eux-mêmes soumis à leur propre mémoire traumatique et les victimes ne sont que des instruments utilisés pour se dissocier et s’anesthésier grâce aux explosions de violence qu’ils leur font subir.

1.7. Conséquences sur la santé des femmes

La violence, avec le début de sa reconnaissance dans la dimension médicale, a été considérée comme un facteur de risque pour la santé. Elle a autant d’impact sur la santé des femmes que les autres grands problèmes de santé publique. (5)

L’OMS estime que les femmes victimes de violences perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et le coût de leur prise en charge est deux fois et demie plus élevé que celui d’autres femmes. Le coût pour l’état des violences dans le couple a été estimé en 2004 à un milliard d’euros. (24)

Lorsqu’une personne est victime d’une violence cela aboutit la plupart du temps à un traumatisme psychique ; celui ci peut-être « aigu, durable ou répété ». Lorsqu’il est aigu, il peut provoquer un fort sentiment de solitude et une « cassure dans le destin individuel » de la victime. Tout s’arrête pour elle, ses valeurs et croyances sont fragilisées, son avenir et ses projets perdent leur sens. Lorsqu’il est durable, la victime se retrouve objetisée comme lors

d'une prise d'otage ou une longue séquestration. La victime peut avoir des difficultés à revenir dans une réalité et sortir du chaos. Lorsqu'il est répété, il s'accompagne du « secret et du non - dit ». Ce traumatisme fait alors parti de l'intime de la victime et de son agresseur. Il peut complètement anéantir ce qui était construit (famille, relation au travail, etc.) (11).

Cette situation est gravement perturbante pour l'équilibre de la victime. Elle peut amener à des troubles psychiques : troubles de l'appétit, anorexie/boulimie, troubles du sommeil, cauchemars, asthénie, troubles cognitifs : difficulté de mémoire, de concentration, confusion, agressivité et/ou méfiance envers l'entourage, anxiété, sentiment de honte et de culpabilité, perte de l'estime de soi, de confiance en soi et de spontanéité, crises de larmes, détresse psychologique, dépression, tentative de suicide voir même suicide. (1)

S'ajoute parfois un syndrome post-traumatique associant cauchemars, « flash back », réactions émotionnelles violentes à de faibles stimulations ou à des évènements déclencheurs rappelant le choc, stratégie d'évitement des endroits faisant référence au traumatisme, troubles dissociatifs de la personnalité. (25) S'associe également la consommation de substances psycho-actives : anxiolytiques, hypnotiques, alcool, drogue. (25, 26)

Ces troubles psychologiques vont favoriser l'apparition de perturbations psychosomatiques : ulcère de l'appareil digestif, hypertension artérielle, spasmes musculaires, eczéma, asthme, céphalées, vomissements, etc.

On observe également des aggravations ou des décompensations de maladies chroniques, des douleurs chroniques des sphères génito-pelvienne et dorso-lombaire, mais aussi des irritabilités du côlon et des diarrhées non infectieuses. (1, 25, 26).

Les lésions traumatiques retrouvées sont des ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, fractures. Leur siège est variable, d'où la nécessité d'un examen clinique complet. (26)

Au niveau gynécologique on retrouve des lésions périnéales, des infections sexuellement transmissibles, des troubles de la sexualité et des troubles des menstruations. (26)

Les violences conjugales sont une cause majeure de mortalité des femmes. En 2009, 140 femmes ont perdu la vie sous les coups de leur compagnon ou leur ex-compagnon (contre 157 en 2008 et 170 en 2005) (8).

Le rapport Henrion indique que de 1990 à 1999, l'Institut Médico-Légal de Paris a étudié les situations d'homicides subies par 652 femmes âgées en moyenne de 45,5 ans et toujours de plus de 15 ans. L'auteur de l'homicide est le mari dans 31% des cas, un autre partenaire

dans 20%, un proche dans 4%, une connaissance de la femme dans 30%, et un inconnu de la victime dans 15%. La plupart des homicides ont eu lieu dans un contexte de violence déjà ancien. Parmi ces femmes, 7 % avaient été violées avant d'être tuées. (27)

De plus, en 1998, le profil des auteurs de ces homicides a été étudié : « en dehors des cas d'alcoolisme, il s'agit d'hommes [...], ayant une certaine notoriété, bénéficiant par leur fonction d'un certain pouvoir ... » On retrouve 67% de cadres, 25 % de professionnels de santé mais aussi des militaires ou policiers. (27)

1.8. Violences faites aux femmes et maternité

Les femmes enceintes sont particulièrement exposées aux violences sexistes. La grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant des violences préexistantes, par la fragilisation physique et morale de la femme qu'elle induit. (28) Dans la vie intime, cela peut être avec un remaniement du couple et une nouvelle place acquise dans la famille. Dans la vie professionnelle la femme doit souvent réaménager son temps de travail.

Au sein du couple, le premier épisode violent apparaît fréquemment au cours du 2^{ème} trimestre ou dans les premiers jours de vie du nouveau-né. Néanmoins, nous devons préciser que la survenue d'une grossesse, n'est pas le « ferment » de la violence, seulement le déclencheur d'une tension latente qui va s'extérioriser ou l'accélérateur d'une violence déjà présente. (29)

Enfin, les traumatismes de violences passées même lorsqu'elles sont stoppées depuis de longues années, peuvent être réactivés pendant la grossesse.

1.8.1. Epidémiologie de la violence envers les femmes pendant la grossesse

Le rapport Henrion précise que selon les pays, entre 3 et 8% des femmes sont victimes de violences au cours de leur grossesse. (27)

Fildes et al. ont évalué, en 1992, que « 25% des décès maternels lors d'une grossesse sont secondaires à des violences physiques perpétrées par le père biologique ». (29)

En 2006, Silverman et al. ont estimé que les femmes qui ont subi des violences avant et/ou pendant la grossesse ont des risques significativement plus élevés pour un grand nombre de pathologies obstétricales. Ils retrouvent ainsi, des risques augmentés jusqu'à 90% pour les

métrorragies, 60% pour les ruptures prématurées des membranes, les infections urinaires et les vomissements incoercibles, 48% pour le diabète et 40% pour l'hypertension artérielle. Les nouveau-nés de ces femmes ont un risque de prématurité significativement augmenté jusqu'à 37% et d'hypotrophie jusqu'à 21%. (30)

Dans une enquête française de Saurel-Cubizolles et coll. réalisée auprès de 761 femmes primipares ou deuxième pares, portant sur les violences subies dans les 12 mois suivant la naissance, la fréquence des violences varie de 3 à 6 %. Les antécédents de fausses couches sont plus élevés (31% contre 17%) ainsi que la consommation de psychotropes (7% contre 2%). Il n'y a pas de différence significative selon l'âge de la femme, son niveau d'études, son exercice ou non d'un emploi et le nombre d'enfants qu'elle a déjà eu. (31)

Une enquête de 2008 de Diquilou et coll. sur les troubles du comportement des femmes enceintes suites à de la maltraitance passée, rapporte qu'une femme sur cinq a été victime d'une situation qu'elle estime être de la maltraitance, avec une grande proportion d'agressions sexuelles : 57%. (32)

1.8.2. Conséquences des violences faites aux femmes sur la périnatalité

Ces violences sont d'une particulière gravité car elles retentissent à la fois sur la mère mais aussi sur le fœtus et le futur enfant en devenir.

La grossesse peut tout d'abord ne pas être désirée : contexte de mal être, grossesse issue d'un viol, d'une interdiction de contraception par le conjoint avec une volonté d'interrompre la grossesse, une déclaration tardive et/ou un mauvais suivi. (26) Une telle grossesse peut entraîner le départ du conjoint ou a contrario un mariage précipité ou même forcé. (18)

Le contexte d'angoisse permanente peut provoquer un tabagisme accru, parfois l'usage d'alcool ou de drogues risquant d'entraîner un syndrome d'alcoolisme fœtal ou de sevrage. On retrouve également des anémies maternelles ainsi que des infections urinaires et vaginales plus fréquentes. (26)

En interrogeant les femmes sur le déroulement de leurs grossesses on retrouve significativement un réveil obstétrical du syndrome post-traumatique associant une perturbation grave de la sexualité, une perturbation des relations avec autrui, des algies pelviennes, des hospitalisations pour des symptômes psychosomatiques, des troubles du

sommeil, de l'émotion et de l'alimentation. De plus on retrouve une forte dominante des dépressions prénatales et du post-partum. (26,32)

Les violences physiques peuvent provoquer : hématome rétro placentaire, fausse couche, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, hémorragie fœto-maternelle, rupture utérine, mort fœtale in utéro. Le fœtus peut présenter un retard de croissance intra-utérin. Les lésions du fœtus sont rares grâce à la protection physique par le liquide amniotique. (25, 26)

Une enquête européenne de Saurel-Cubizolles et coll. réalisée dans 59 maternités de 16 pays, révèle que 2,7% des naissances prématurées ont eu lieu dans un contexte de violence. Ces violences ne sont retrouvées que chez 1,7% des femmes ayant accouché à terme. (33)

Le travail et l'accouchement peuvent être particulièrement difficiles dans un contexte de violence et ce d'autant plus si la femme a vécu des violences sexuelles. (34)

La relation mère-enfant peut être gravement perturbée si la situation est trop angoissante et prenante pour la mère. L'accès à la parentalité peut être rendu difficile par un contexte de violences actuelles ou passées. De terribles angoisses vont être réveillées par un trouble grave de l'identification, une absence de modèle parental valorisant, et la reconnaissance de l'insuffisance de la notion de « mère suffisamment bonne ». (32)

Les violences familiales mettent également en danger les enfants. Ceux-ci grandissent dans un climat de violence et d'insécurité. Cela peut avoir de graves conséquences sur leur développement et leur manière d'appréhender les relations entre les deux sexes. (21)

Nous retrouvons des troubles fonctionnels : énurésie, encoprésie ; des poussées d'eczéma à expression psychosomatique ; un « nanisme psychosocial » : arrêt de croissance, troubles du comportement alimentaire, difficultés de relation avec les membres de la famille, une hyperactivité ; un retard du développement psychomoteur. (18)

2. ROLE DES SAGES-FEMMES ET DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

2.1. Arguments en faveur d'une prise en charge des femmes victimes de violences

2.1.1. Compétences de la sage-femme en matière de lutte contre les violences faites aux femmes

La grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences passées ou actuelles, subies par une femme. En effet la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit, le plus souvent, entre la sage-femme et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que jusque là la femme n'a pu évoquer. (25)

Si le dépistage est plus aisé lorsque l'on constate des lésions physiques évidentes, il l'est beaucoup moins devant des séquelles inhomogènes, une décompensation de pathologies chroniques, des troubles psychosomatiques ou des complications obstétricales. Le dépistage est particulièrement difficile lorsque les troubles sont principalement psychiques ou que la femme n'expose aucun symptôme. C'est pour ces raisons qu'il convient de poser quelques questions simples et explicites de façon systématique ou, au moindre doute, une fois la patiente en confiance. (25)

Le seul fait que la sage-femme s'enquière de la possibilité que la femme ait pu subir des actes violents est de nature à l'aider. Elle se sent potentiellement comprise, considérée. Une simple question sur son éventuel vécu de violences peut diminuer son sentiment de honte, sa peur d'en parler. L'écoute fait bien partie du rôle propre du professionnel. (32)

De plus si la femme entrevoit, grâce à ces questions, qu'elle n'est pas porteuse d'une tare indélébile mais bien victime d'un traumatisme, la sage-femme lui aura permis un grand pas. Il est important de lui dire que ce n'est pas elle, la coupable. Elle doit entendre que rien ne justifie la violence. Peut-être verra-t-elle, qu'elle peut être aidée.

Si nous découvrons l'existence de violences passées ou actuelles, nous devons en apprécier la gravité et consigner les éléments utiles dans le dossier. En cas de séquelles physiques ou psychiques il convient de proposer à la victime une orientation vers un médecin légiste afin qu'il établisse un certificat médical évaluant le retentissement des violences. Le certificat médical initial est très souvent l'élément maître du dossier juridique, tant au point de vue pénal pour définir l'infraction, qu'au point de vue civil pour indemniser la victime. (11)

Médecins et sages-femmes doivent être prudents dans leurs rédactions et s'en tenir à de simples observations objectives sans donner leurs présomptions quant à la culpabilité d'un des proches de la victime par exemple. (27) Ensuite, nous devons soigner la patiente de ce qui peut être fait immédiatement, mais aussi l'informer et l'orienter. Il est parfois nécessaire de faire un signalement aux autorités judiciaires ou administratives. (25)

2.1.2. Le dépistage systématique

Lorsque la femme ne présente pas de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences qu'elle subie est le dépistage systématique ; d'autant plus qu'il est très difficile pour les femmes victimes d'en parler spontanément. « Le dépistage contribue à réduire la durée de tolérance à la violence, le nombre de récidives, l'aggravation des risques et les conséquences profondes sur la personnalité de la victime. » (35) Il est donc nécessaire de poser la question car les patientes sous-estiment la situation, ont peur de ne pas être prises au sérieux et ont des craintes sur les suites judiciaires possibles. (35, 36)

En 2002, le Dr. François a montré que si l'on pose la question des violences conjugales à des femmes venant consulter pour le suivi de leur grossesse, on obtient 19% de réponses positives. (37)

Des études prouvent que les patientes souhaitent que leur médecin les questionne à ce sujet : Forgy et al. en 2002, Pudukollu en 2003, et le Dr Piau dans sa thèse en 2006. Cette dernière retrouve que 72% des femmes victimes de violences interrogées, auraient souhaité que leurs médecins leur posent des questions, leur donnant ainsi la possibilité de révéler les violences qu'elles subissaient. (38, 39, 40) Rodriguez et al. ont montré en 2001 que les femmes victimes de violences sexuelles sont également favorables à un questionnaire de routine par leur médecin traitant à ce sujet. (41)

Pour les femmes non victimes il en est de même : Bradley et al. ont retrouvés, en 2002 que 77% des patientes étaient favorables à un questionnaire de routine par leur médecin traitant à ce sujet. (42) D'autres articles et études le confirment : Lazimi en 2005 et 2007, l'AMA en 1992. (15, 43, 44)

Taket et al. recommandent en 2003, le dépistage puis l'orientation vers des structures adaptées. Cette démarche permettrait un accompagnement ultérieur, avec sur une période de deux ans, une diminution des incidents violents et une amélioration de la qualité de vie. (45)

2.1.3. L'après dépistage : l'orientation pour une prise en charge de la femme victime

Après avoir écouté et recueilli par écrit les dires de la patiente, il est primordial de l'orienter vers les partenaires compétents : associations d'aide aux victimes, assistante sociale, psychologue, unité médico-judiciaire, institutions judiciaires, etc.

Cette orientation fait également partie du rôle de la sage-femme.

Un exemple de prise en charge peut être cité avec le pôle régional de référence et d'accueil de violences sexuelles et de maltraitances, situé au CHU de Clermont Ferrand, pour la région d'Auvergne.

Ses objectifs sont :

- D'être un lieu de référence, de coordination et de formation des professionnels au niveau régional.
- D'accueillir et prendre en charge les victimes de violences sexuelles et de maltraitances.

Ce service répond à une volonté de progression de la qualité de la prise en charge et à un besoin d'identification d'un lieu de référence médical sur la région.

Une équipe pluridisciplinaire est présente et est capable de prendre en charge les victimes dans une même unité de temps et de lieu. Une sage-femme référente et un gynécologue expert auprès de la cour d'appel prennent en charge les adultes. Une infirmière référente, un pédiatre expert auprès de la cour d'appel et un pédopsychiatre sont présents pour les enfants. Une psychologue et une juriste, coordinatrice du pôle ont un rôle transversal.

Cette équipe est ainsi amenée à prendre en charge une nouvelle victime par jour. Elle peut le faire de façon efficace, en adéquation avec les exigences juridiques tout en restant dans leur mission de soin et cela, en réseau avec les associations. (46)

2.2. Difficultés à prendre en charge les violences faites aux femmes

Pour l'ensemble des violences familiales, nous avons longtemps observé une réticence de la part du corps médical à s'introduire dans l'intimité du cocon familial. Ce sujet dérange car il renvoie aux difficultés et aux faiblesses humaines.

Tout ceci peut impliquer des réactions de défense qui consistent à ne pas voir la cause de ces douleurs ou à ne pas reconnaître les difficultés de ceux qui les subissent, ce qui va évidemment à l'encontre des intérêts des victimes.

Plusieurs sortes de réactions excessives et inappropriées peuvent avoir lieu : le déni ou le mutisme pour ne pas s'impliquer dans ces situations complexes, la culpabilité de ne pas avoir vu plus tôt ce qui se passait ou encore une trop grande action et volonté de tout changer sans essayer de comprendre quelle serait la meilleure solution pour la victime. Ces difficultés sont exacerbées quand la victime court un réel danger immédiat. (18)

En 2000, Chambonnet et coll. publient une étude menée auprès de 917 médecins généralistes révélant qu'ils dépistent une situation de violences conjugales seulement 2 fois par an. (47) Cette fréquence est très faible compte tenu de la prévalence des violences faites aux femmes révélée la même année par l'ENVEFF. (7) Les médecins perçoivent peu les violences sexistes, considérant pour beaucoup que toute question est une intrusion dans la vie privée des patientes. Ils sont très peu à effectuer un dépistage systématique : 7 à 9%. (47)

De plus ils trouvent ces situations particulièrement difficiles à gérer, sachant qu'ils le font seuls dans 2/3 des cas. (18) D'après la thèse de Morvan C., plus de 60% des médecins se sentent insuffisamment formés. (35) Ainsi, plusieurs auteurs rapportent l'absence de formation comme un obstacle principal au dépistage, et cela à plusieurs années d'intervalle : 1992 (43), 2002 (38) et 2007 (48).

Les sages-femmes effectuent également peu ce dépistage. Cela s'illustre dans les études de différents mémoires de fin d'études des sages-femmes. E. Gallot, conclue en 2005 que le dépistage systématique permet d'appréhender d'avantage de situations de violences et que les femmes ont un avis favorable sur cette pratique. (49) P. Solbiac, expose en 2006 que bien qu'elles estiment avoir un rôle à jouer auprès des femmes par l'écoute, l'information et le dépistage très peu d'entre elles le pratiquent systématiquement. Lorsqu'il est réalisé, c'est à partir de signes évocateurs mais par la suite les sages-femmes ne sont pas à l'aise. Elles préconisent d'avoir un meilleur niveau de formation ainsi qu'un travail en réseau. (50) S. Lacaze a montré en 2003 que la plupart des sages-femmes sont favorables au dépistage mais ne le pratiquent pas ou très peu, énumérant de nombreux obstacles. (51)

La forme que doit prendre ce dépistage est délicate. En effet il faut être vigilant à ne pas mettre les patientes en danger. Ainsi les patientes accompagnées d'un tiers ou ne parlant pas

le français sont souvent exclues des études étudiant le dépistage systématique (52, 53, Dr Lazimi).

De plus si aujourd'hui la notion de repérage des violences faites aux femmes, notamment par le dépistage systématique, fait de plus en plus l'unanimité c'est la suite qui pose problème. Le Dr François expose cette difficulté par rapport aux violences conjugales : « Le discours médical, structuré tel qu'il est, avec son histoire, sa scientificité, ne peut pas appréhender quelque chose d'aussi affectif et impalpable que la violence conjugale. » Elle explique que le corps médical est capable d'appréhender les causes et les conséquences de ces violences mais que « le médecin ne peut pas soigner la violence conjugale, il ne peut pas non plus la prendre en charge, mais il peut surtout s'intéresser aux personnes qui la vivent, dans un mouvement de sollicitude, au sens premier du terme. » (52)

Les professionnels de santé trop peu formés, sont dépassés par les situations au point que même le fait de s'intéresser aux victimes n'est pas simple. Le soin à dispenser n'est pas celui auquel ils sont habitués. Il n'y a pas de « schéma thérapeutique standardisé », et la vie intime n'est pas considérée comme un domaine de compétence médicale. (37) De plus lorsqu'ils dépistent des femmes victimes ils restent relativement impuissants. Ainsi, en 1999, Parsons et coll. ont démontrés que « 51,2 % des femmes enceintes décédées à la suite de traumatismes physiques étaient connues de leur gynécologue comme étant des victimes de violences de la part de leur partenaire ou d'une connaissance » (54)

2.3. Textes officiels et recommandations

2.3.1. Le paradoxe entre le secret professionnel et le devoir d'assistance à personne en danger : code pénal et code de déontologie

Dans les nombreuses raisons pour expliquer les réticences des professionnels de santé, à s'investir dans ces situations de violence, nous trouvons la crainte d'éventuelles retombées judiciaires s'ils viennent à faire des signalements.

Face à la loi, les professionnels de santé sont dans un dilemme conséquent entre le devoir de protection des patientes et l'obligation de secret professionnel. (18)

Le code de déontologie des sages-femmes leur impose le respect du secret établi en faveur des patientes, pour tout ce qu'elles ont pu connaître dans le cadre de leur exercice. Mais ce même code indique qu'une sage-femme a le devoir d'intervenir en cas de « danger immédiat » ainsi que pour protéger les patients victimes de sévices. (55)

Dans le code pénal, la loi est assez claire pour les sévices faits à un mineur ou lorsque la victime majeure va dans le sens d'un signalement ; la sage-femme peut alors s'affranchir du secret professionnel pour signaler ces violences aux autorités. En revanche, pour les victimes majeures, ne désirant pas aller dans ce sens, le secret s'applique. Une exception est faite pour une « personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son état physique ou psychique » sans préciser l'état de grossesse (article 226-14 du Code pénal). Cette définition est imprécise et laisse les praticiens dans le flou. (17, 27) Il est admis qu'une femme enceinte peut être considéré comme vulnérable. Néanmoins, un signalement sera toujours plus justifié, hors cas d'extrême urgence après une prise en charge de la victime de façon interdisciplinaire avec une communication entre chaque intervenant.

2.3.2. Les recommandations pour un dépistage systématique

En 2000, le rapport Henrion indique qu'un tel dépistage est considéré comme primordial par les auteurs américains et canadiens mais très peu réalisé par les médecins français. La conséquence évidente et dramatique est que de nombreuses femmes victimes ne sont pas repérées et restent donc isolées. (27) Ainsi dans les « dix actions prioritaires à mettre en œuvre rapidement », ce rapport parlait déjà, d'inciter les professionnels de santé à « dépister les violences conjugales au moindre soupçon ». Il prévoyait également d'évaluer des stratégies pilotes de dépistage systématique pour « apprécier le bien-fondé » de cette pratique. Enfin il évoquait le service d'obstétrique comme l'un des plus importants dans le dépistage des violences conjugales. (27) Nous pouvons penser que ce dépistage peut légitimement s'étendre à l'ensemble des violences faites aux femmes de part leur gravité, quelles qu'elles soient.

La pratique du dépistage systématique de la violence conjugale est préconisée aux Etats-Unis par l'« American Medical Association » en médecine de premiers recours et par « l'American College of Obstetrician and Gynecologist » dans le suivi de la grossesse grâce à un court questionnaire intégré à l'anamnèse. (56, 57) D'autres associations sont plus favorables à un dépistage lors du moindre soupçon comme le préconise « la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada » et « l'American Academy of Pediatrics ». (58, 59)

Le département de la santé du Royaume Uni encourage le dépistage de situations de violences conjugales par les professionnels de santé, particulièrement lors du suivi des femmes enceintes. Cette recommandation s'accorde avec la stratégie de dépistage

systematique de la violence domestique du Royal Collège of Obstetricians and Gynaecologists en 1998. (57)

En France, les plans interministériels ont toujours été dans ce sens notamment en préconisant la formation des soignants. Celui de 2008-2010 : « Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes » soulignait déjà l'importance d'« intensifier et étendre la formation des professionnels concernés par la problématique des violences faites aux femmes », notamment les professionnels de santé.

Certaines écoles de sages-femmes intègrent un enseignement sur ce sujet. En effet le programme national des études de sages-femmes comporte des modules de sciences humaines et sociales, de droit et législation et de santé publique qui représentent respectivement dix, six et sept pourcent de l'ensemble du programme. Les violences faites aux femmes ont une place dans chacun de ces trois modules, ainsi que dans ceux de gynécologie et obstétrique. Pour exemple, ce sujet bénéficie de deux enseignements en 3^{ème} année à l'école de sages-femmes de Baudelocque : un sur les violences conjugales et l'autre sur les mutilations sexuelles féminines.

Cet apprentissage dès la formation initiale est primordial car la sage-femme a une place de choix dans la lutte contre les violences faites aux femmes. De par un suivi régulier, dans un contexte particulier elle peut établir un climat de confiance. (46) De plus elle effectue l'entretien précoce dont les objectifs sont notamment : la prévention et l'orientation, réalisées grâce à une approche de « santé globale » de la femme et un « repérage systématique des facteurs de vulnérabilité ». Dans ses recommandations la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise ainsi de persuader avec diplomatie les femmes à parler des violences conjugales tout en respectant leur rythme personnel pour faire évoluer leur situation. (60)

3. ENTRE AUTONOMIE ET BIENFAISANCE, QUELS PARCOURS DE SOINS POUR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES

Afin de trouver le bon équilibre entre paternalisme et autonomie lors de la prise en charge d'une femme victime de violence, nous allons tenter d'analyser la relation soignant soigné au regard des principes fondateurs de l'éthique médicale, décrits par Beauchamp et Childress, dans l'ouvrage Principles of Biomedical Ethics (60), en 1983. Les enjeux éthiques présents dans la pratique médicale y sont formulés d'après quatre grands principes : bienfaisance, non-malfaisance, autonomie et justice.

Ils correspondent à des normes générales issues de la morale commune et de la tradition dont les sources varient.

En effet les principes de bienfaisance et de non-malfaisance sont issus de la tradition médicale, et des théories déontologiques particulièrement celles de Kant et de Ross. La bienfaisance vise à garantir le bien-être des patients. Dans ce but il est nécessaire de prendre en compte le rapport entre les bénéfices et les risques des soins afin de maximiser les premiers et de minimiser les seconds. Le principe de non-malfaisance s'inspire du *primum non nocere* hippocratique (61).

Le principe d'autonomie affirme que chaque patient est un individu autonome, capable de faire des choix et de prendre des décisions. Cela correspond au fondement philosophique de la règle du consentement éclairé des patients. Le respect de l'autonomie de la personne est issu des théories utilitaristes, notamment celle développée par John Stuart Mill. Les notions de consentement de la personne et de respect de l'autonomie ont été renforcées par la première Déclaration d'Helsinki en 1964 rédigée suite à des expérimentations dans la recherche biomédicale menées sans tenir compte de ces normes (62).

Enfin le principe de justice est ressorti des travaux de la Commission présidentielle américaine pour l'étude des problèmes éthiques en médecine et en recherche biomédicale et comportementale (63) : Il est également un héritage de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen qui énonce notamment dans son premier article que « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits ». Ce principe engage à ne pas faire de discrimination et à agir pour qu'il y ai équité dans la distribution des bénéfices et des risques.

Afin d'être appliqués à la résolution de problèmes concrets nous nous proposons de définir ces principes de manière plus spécifique, en fonction de chaque contexte étudié.

Soignants, nous ne réalisons pas toujours à quel point le soin représente une « activité humaine singulière et essentielle ». Nous allons tenter ici, malgré notre grande proximité avec cette activité, de discerner les véritables enjeux du soin.

Pour Marie François Collière, représentante de la profession d'infirmière, le soin n'est pas moins que « le premier art de la vie » (64). En effet il représente une façon de « veiller sur la vie des hommes », de s'inquiéter d'autrui. Le soin n'est autre qu'une forme nécessaire de responsabilité envers autrui.

Cette pratique a été définie notamment par deux philosophes qui caractérisent une visée du soin : la prise en compte du patient comme une « personne singulière ». Tout d'abord Claude Bruaire, en 1978, qui énonçait sa représentation du soin comme « l'expression active du respect que l'on porte à une personne irremplaçable, nécessaire » (65). Puis Frédéric Worms qui affirme que « le soin se rapporte à toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même » (66). Cependant il est classique d'opposer deux idées de la relation soignant-soigné : la bienfaisance fondée sur la confiance aveugle, modèle davantage Français et l'autonomie reposant davantage sur un contrat de soins avec une vision plus anglo saxonne.

En France les premières lois de bioéthique datent de 1994 et dans les années 2000, s'est opéré un passage du modèle paternaliste à un modèle autonomiste (61) même si la notion de contrat de soins est apparu bien avant, notamment à travers l'arrêt Mercier en 1936.

Pierre Le Coz, vice président du Comité consultatif national d'éthique, professeur agrégé de philosophie, docteur en sciences de la vie et de la santé, a associé chacun de ces concepts à un sentiment : il a relié la bienfaisance à la compassion et l'autonomie au respect (67). Dans le même sens deux citations résument bien ces deux positions apparemment opposées. La première est celle du médecin français, le Pr Portes en 1950 « Tout acte médical n'est, ne peut être, ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience ». La seconde vient de Tristram H. Engelhard, philosophe américain, qui affirmait il y a 25 ans « Fais à autrui son bien, tel que tu t'es engagé, en accord avec lui-même, à le lui faire »

3.1. Le principe de bienfaisance

Il y a plusieurs courants de pensée concernant la bienfaisance. Cette notion date d'Aristote, il s'agit de faire le bien : logique aristotélicienne. On retrouve des versions plus modernes, notamment celle du philosophe contemporain Emmanuel Levinas pour qui donner de soi pour le bien d'autrui devrait se faire sans rien attendre en retour, c'est-à-dire sans réciprocité. Ainsi il explique que l'asymétrie de la relation est éthique : « ce que je me permets d'exiger de moi-même ne se compare pas à ce que je suis en droit d'exiger d'Autrui » (68).

La confiance, fondement de bon nombre des relations interhumaines, relèverait donc du principe de bienfaisance. La confiance est définie par « un état de l'âme qui se fie » et elle est depuis Hippocrate, au cœur de la relation soignant-soigné. D'origine latine, il y a dans le mot confiance le suffixe cum : avec, ensemble et le verbe fido : se fier, croire, avoir foi. Traditionnellement un patient est considéré comme un individu malade, qui est donc caractérisé par sa vulnérabilité. C'est cette dernière qui justifierait le sentiment qu'ont les soignants de devoir de protection, envers le patient. Cette conception est issue du paternalisme médical qui est plutôt une conception française.

Ces comportements paternalistes sont des actions bienveillantes puisque s'inscrivant dans une logique de compassion. Ce dernier mot et issu du latin est signifie littéralement « souffrir avec » tout comme le terme sympathie. Ainsi c'est dans un processus d'identification à la souffrance de l'autre que les soignants appliqueraient le principe de bienfaisance. Les écueils de cette vision du soin sont d'une part le caractère contingent des sentiments que sont la compassion et la sympathie comme l'évoque Michel Geoffroy : « [la compassion] est soumise, quand elle existe, à une variation temporelle qui rend à elle seule impossible son utilisation comme seul fondement d'une éthique de soins » (69) et d'autre part le fait de considérer que la vulnérabilité du patient impose une asymétrie par rapport au soignant. Il y a d'un côté celui qui sait, de l'autre celui qui souffre n'ayant aucune possibilité de refuser les soins, les attentions, en un mot, le bien qui lui est destiné. Ainsi le Pr Portes déclara en 1950 à l'Académie de médecine : « Tout patient est et doit être pour [le médecin] comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir. » Le risque est d'aller vers une relation de domination du soignant et même à une aliénation du patient. La compassion ne doit jamais faire perdre au

patient sa dignité car aussi bienveillant soit-il, le soignant ne peut ni la remplacer ni la compenser.

Le modèle paternaliste ne correspond plus à l'évolution de la société actuelle (niveau d'éducation générale et conception des figures d'autorité) ni à la demande des patients. En effet les évolutions sociétales ont fait passer cette approche au second plan au profit du modèle autonomiste. C'est par la loi du 04 mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé, que l'autonomie du patient acquière en France une véritable reconnaissance juridique (61). Cette loi implique que les choix du patient doivent être respectés par le médecin : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et de préconisations qu'il lui fournit, des décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. » Rappelons que l'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». C'est donc à propos de tous ces éléments que le patient doit prendre des décisions de façon libre et éclairé.

3.2. Le principe d'autonomie

Historiquement l'autonomie nous vient de la conception anglo-saxonne qui énonce, dans l'idée de l'ordonnance d'Habeas Corpus en 1215, que chacun est propriétaire de son corps en mettant l'individu et sa liberté au centre de tout choix. Nous trouvons également la pensée de Kant pour qui la dignité d'une personne prime par rapport à sa liberté. Ainsi l'individu doit pouvoir définir lui-même sa morale ou « la loi de ses actions » et en fonction appliquer ses choix individuels d'où la présence d'autonomie. (70) Ces deux visions se sont opposées, mais la culture anglo-saxonne s'est davantage imposée. On peut considérer que la loi Kouchner du 4 mars 2002 s'inscrit dans cette vision même si la notion de consentement avait déjà émergée dans la recherche biomédicale à travers le code de Nuremberg à la suite de la seconde Guerre Mondiale

Le terme autonomie signifie littéralement « la loi que je me donne » ou encore « capacité de se donner sa propre loi avec « auto » qui se traduit par « soi-même » et « nomie » qui vient du Grec nomos, la loi. Dans cette perspective il ne s'agit plus de faire le bien du patient mais son bien, pouvant être différent de ce qu'envisageait le soignant et ce,

dans une relation pouvant être qualifié de contractuelle où se rejoignent deux volontés libres. Grace à l'information reçue le patient tend à devenir l'égal du soignant. Quand Pierre Le Coz associe le principe d'autonomie au respect c'est que ce mot vient du latin respectus qui signifie « se tourner pour regarder derrière soi ». Le respect peut ainsi être vu comme « un mouvement volontaire de l'homme qui suspend son activité pour consentir à porter son regard sur un autre ». Il s'agit donc de reconnaître la part d'humanité présente en chacun de nous.

Cette vision paraissant moderne et adaptée à l'idée que l'on a d'un homme digne, ne présente pas moins d'écueils que son habituelle concurrente, la bienfaisance. Le risque est de dévier vers une relation trop distante. Le respect de l'autonomie de doit pas être une excuse morale justifiant une attitude de désengagement, d'abandon ou d'indifférence du soignant. De la même façon si l'information garantit l'autonomie, elle ne doit pas être délivrée dans le seul but de protéger le praticien du point de vue juridique. Christian Gilioli énonce ce qu'il nous faut éviter : « [passer d'une] relation de confiance à la dimension insécure et méfiante du contrat » (71). Enfin cette relation à caractère contractuelle ne doit pas devenir consumériste. En ce sens nous devons éviter que le patient voie en nous, soignants, de simples prestataires de service pouvant garantir de façon certaine les risques et les bénéfices.

Après avoir étudié ces deux principes fondamentaux de la pratique éthique nous nous sommes interrogés sur comment tenter de dépasser le clivage manichéen entre bienfaisance et autonomie. Pour ce faire, nous proposons d'introduire le concept de la sollicitude et de réfléchir à un autre mode de pensée, « la pensée complexe ».

3.3. Une visée du soin

C'est vers Paul Ricœur, qui refuse « la contingence des affects comme la froide rigueur du respect » que nous nous tournons dans un premier temps pour étudier la voie de la sollicitude.

Paul Ricœur définit la visée éthique ainsi : « visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes ». Il explique les trois composantes de cette définition (72).

Tout d'abord « la vie bonne ». Il appuie sur la formulation de cette définition qui laisse transparaître un « souhait » voir même un « souci » : « souci de soi, souci de l'autre, souci de l'institution. » Il insiste que l'idée de « souci de soi » est un bon point de départ car elle s'associe à « l'estime de soi ». Pour lui il est primordial d'avoir la « capacité d'agir

intentionnellement » pour pouvoir être initiateur de changements, d'évolutions. Pour cela il est nécessaire d'avoir conscience que nous sommes plus que « de simples forces de la nature ou de simples instruments » d'où l'idée « d'estime de soi ».

Cette idée s'articule avec la seconde, se trouvant dans « vivre bien avec et pour les autres », c'est-à-dire la sollicitude. Paul Ricœur explique que pour éviter que l'estime de soi n'aboutisse à un repli sur soi, la sollicitude ne s'additionne pas de façon externe à cette conviction mais « qu'elle en déplie la dimension dialogale implicite ». Ainsi pour lui « estime de soi et sollicitude ne peuvent se vivre et se penser l'une sans l'autre ». « Dire soi n'est pas dire moi ». Soi suppose autrui. Il y a une réelle réciprocité et Paul Ricœur parle d'un « schéma d'estime croisée » synthétisée par l'expression « toi aussi : toi aussi tu es un être d'initiative et de choix, capable d'agir selon des raisons, de hiérarchiser tes buts ; et, en estimant bons les objets de ta poursuite, tu es capable de t'estimer toi-même. » La réciprocité n'est possible que si l'autre et moi-même pouvons dire « je » et être responsables, avec une estime pour lui égale à celle pour moi-même. Elle engendre le fait que chacun de nous est irremplaçable. Néanmoins il y a un risque d'asymétrie dans la relation notamment quand l'autre est vulnérable, qu'il souffre. La compassion aurait alors comme rôle de rétablir l'équilibre. En effet lorsque l'on se trouve dans la compassion, il ne s'agit pas seulement de donner mais également de recevoir grâce à la gratitude et à la reconnaissance de cet autre. Ainsi pour Paul Ricœur « La sollicitude rétablit l'égalité là où elle n'est pas donnée ».

Enfin il s'agit de « Vivre bien, avec et pour l'autre, dans des institutions justes ». La présence d'autrui implique la nécessité de justice et d'équité, notions différentes de celle de sollicitude. De plus une société n'est pas réductible aux relations interpersonnelles et la justice permet de toucher celui qui ne fait pas partie de cette relation en « face à face ». Paul Ricœur évoque l'expression de « justice distributive » où il s'agit d'accorder à « chacun sa part ». Ici « le chacun est le destinataire d'un partage juste. » (72)

La sollicitude nous permet d'exprimer notre humanité et d'instaurer une « réciprocité dans une relation pourtant asymétrique ». Selon Paul Ricœur la sollicitude « demande que la pluralité des personnes et leur altérité ne soient pas obliérées par l'idée englobante d'humanité ». Cela correspond à une « relation qui n'exclut ni l'Autre comme représentant de l'humanité, ni l'autre comme celui qui me fait face. » Il s'agit donc de s'inquiéter de l'autre, de « prendre soin » de lui comme le montre l'origine étymologique commune des mots soin et sollicitude : le mot latin *sollicitudo* signifiant souci, trouble moral, inquiétude. C'est probablement grâce à cette posture que l'on peut tendre vers l'idée exposée par Didier

Sicard : « de faire percevoir pour celui qui souffre qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne »
(73)

Pour mettre en acte cette sollicitude agissante et asseoir le principe « d'autonomie bienveillante » nous pouvons nous tourner vers Amartya Sen, prix Nobel d'économie en 1998 ayant travaillé sur le développement économique et social des pays pauvres. Dans les années 80 il développe le concept de capabilités avec comme objectif de se centrer sur la capacité d'action de chacun. Le terme capabilité va même plus loin que celui de capacité puisqu'il adjoint une dimension de potentialité et d'opportunité. Ainsi être pauvre n'est plus seulement être privé de ressources ou être vulnérable c'est plus fondamentalement être dépossédé de liberté réelle, d'autonomie en situation c'est-à-dire du point de vue de Sen de capabilités. La question qui prime n'est plus celle de l'autonomie mais celle de la capacité qu'a la personne à l'utiliser.

Dans cette vision des choses le soin correspond à une « remobilisation des capabilités d'autrui ». Il est une forme d'aide active et même proactive de lutte contre la vulnérabilité s'étant installée temporairement ou de façon définitive.

Rappelons que le plus souvent chacun d'entre nous n'accède qu'à une partie de ses propres capacités d'actions. Nos capabilités, ne sont jamais octroyées d'emblée. Pour en découvrir de nouvelles nous avons besoin d'autrui, de son soutien, de son aide. Le soignant n'est alors autre chose que ce soutien, cet appui au patient permettant de retrouver sa capacité d'agir, son « conatus » d'après Spinoza. Il s'agit donc d'un « réarmement » de sa puissance grâce au soin.

L'affaiblissement apparent dans un premier temps peut se transformer grâce au soin, car les capabilités d'un sujet peuvent être altérées mais par définition, jamais anéanties. Nous pouvons comparer ce processus à une crise maturative comme Georges Canguilhem l'a exposé (74). En effet selon lui le pathologique n'est pas qu'une réduction, qu'un déficit ; il peut aboutir à un nouvel équilibre, une « allure nouvelle de vie ». De plus, même après la guérison, quand elle a lieu, il n'y a pas de retour à l'état antérieur. La pathologie laisse une trace de son passage dans l'histoire de vie car « aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique ». Il explique alors que « guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes ». Ainsi l'état pathologique devient « une expérience d'innovation positive du vivant et non plus seulement un fait diminutif [...] ». Dans cette vision des choses

le rôle du soignant est de « re-possibiliser l'existence du soigné », de l'aider à découvrir ou redécouvrir des capacités physiologiques, psychologiques ou sociales et à les exploiter.

Le moyen d'y parvenir est l'aide et le soutien des soignants et de l'ensemble de la collectivité : peut être alors de façon paradoxale une nécessaire bienfaisance afin que le soigné retrouve son autonomie. Le soin n'a plus comme seul but le maintien de la vie mais aussi que « la vie puisse exprimer ses capacités, sa créativité ».

L'opposition entre les concepts d'autonomie et de bienfaisance est donc levée avec le premier comme objectif et le second le moyen d'y parvenir. D'autre part un objectif commun à toute l'équipe médico-psycho-social apparaît : « élargir avec sollicitude pour ce malade le champ des possibles » en acceptant qu'au final ce sera à lui, patient, que reviendra le choix final. Ce choix de vie sera, par l'action de l'équipe pluridisciplinaire, éclairé et le plus vaste possible.

Nous ne sommes définitivement pas dans l'obligation d'opposer les deux principes d'autonomie et de bienfaisance.

Nous connaissons la logique cartésienne avec comme principe la simplification qui comprend la réduction et la disjonction. La disjonction existe entre le sujet (intérêt du philosophe et du religieux) et l'objet (intérêt du scientifique). La réduction des éléments complexes en éléments plus simples permet de cerner l'ensemble grâce à la connaissance de chacune des parties d'un tout.

Cette logique cartésienne s'inspire de la logique aristotélicienne du tiers exclu pour laquelle deux propositions contradictoires ne peuvent être vraies en même temps.

Un autre mode de pensée existe : la méthode transdisciplinaire développée par Edgar Morin dans son ouvrage, La méthode. Pour lui, il convient de raisonner par la logique du tiers inclus en prenant en compte la temporalité. C'est ce qu'il nomme la « pensée complexe ».

En effet, selon lui il n'est pas possible de tout simplifier et dans certains contextes, il est possible que deux propositions contradictoires soient vraies dans un même temps.

Il convient de savoir changer de mode de raisonnement et de s'adapter aux différentes situations, tout en prenant en compte la notion d'évolution dans le temps d'où le terme « transdisciplinarité », qui évoque une transversalité, qui recoupe plusieurs disciplines liées entre elles. Ce terme est différent de « pluridisciplinarité » où l'objet concerne plusieurs disciplines mais de façon assez compartimentée.

En effet, nous pouvons, en tant que soignant être paternaliste avec un malade pour finalement lui redonner son autonomie (exemple de la réanimation médicale).

Le soin est donc une façon de se comporter vis-à-vis de l'autre. Le soin comme « responsabilité pour autrui » est donc une « forme d'éthique active, c'est-à-dire plus simplement de souci pour autrui ». Loin de tout protocole, les maîtres mots sont alors l'incertitude et l'inquiétude. Jacques Derrida estime qu'afin d'être éthique l'action doit pratiquer l'expérience de l'indécidable. Selon lui « si je sais ce que je dois faire, je ne prends pas de décision, j'applique un savoir, je déploie un programme ». « C'est au moment du « je ne sais pas quelle est la bonne règle » que la question éthique se pose. C'est ce moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il me faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti. » (75)

3.4. Application en victimologie

Lorsque nous sommes auprès d'une femme victime, la difficulté réside dans le fait qu'elle n'est pas forcément en demande de changement. Parfois elle n'a même pas identifié l'existence de la violence. Nous entrevoyons donc ici une application concrète des idées exposées plus haut. Au début de la relation de soin avec une victime il est souvent nécessaire d'appliquer le principe de bienfaisance car elle est, à ce moment de vie, une personne vulnérable et en danger. Il s'agit notamment de lui permettre d'identifier la violence qui atteint son intégrité psychique, physique et/ou sexuelle et parfois il s'agit de l'extraire en urgence d'une situation de très grand danger. Ceci a uniquement pour but de lui permettre, un jour, de retrouver son autonomie en lui redonnant la parole et lui permettant de faire front, d'affronter la situation pour se relever, retrouver son statut de personne humaine.

Quand Levinas exprime que, pour lui, la relation se crée à partir du visage il évoque également la possibilité de la présence d'un masque recouvrant le visage original. Dans ce cas il nous faut « transcender le masque » du visage pour voir au-delà. Or une personne victime de violence, et à fortiori, victime de maltraitance sous l'emprise de son agresseur, ne sait même pas qu'elle porte ce masque. C'est ainsi que les spécialistes en victimologie ont expérimenté et étudié le dépistage systématique et la conduite proactive c'est-à-dire l'offre qui précède la plainte ou la demande (10). C'est un procédé délicat d'« aller-vers » sans être trop intrusif. Il est primordial de ne pas laisser la victime dans l'abandon mais de rester dans une proposition sans en faire une obligation. Notons que dans l'idée d'une pro-activité, les cadres institutionnels sont primordiaux. Ainsi l'article 41 du CPP explique que le procureur saisit l'association d'aide aux victimes et lui donne la liste des victimes.

La neutralité bienveillante est le deuxième principe faisant suite à la pro-activité.

La neutralité correspond à l'absence de jugement et ce, même envers l'agresseur, ce qui n'empêche pas de faire des rappels à la loi.

La bienveillance quant à elle correspond à la disponibilité psychique. Il s'agit de ne pas s'effondrer, de ne pas avoir peur, ni même d'abandonner la victime. Le psycho-traumatisme est une angoisse d'un arrêt de vie. Il est donc nécessaire d'être vivant en face d'une victime et de ne pas seulement la laisser parler sans avoir aucune réaction, ceci pouvant s'illustrer notamment par des relances ou des reformulations lors de l'entretien. Gabriel Marcel a développé cette idée de « disponibilité dans la relation à l'autre » avec un appel à un dialogue authentique entre soi-même et autrui reposant sur un mouvement de « se tourner vers autrui ». C'est à ce moment d'ouverture à autrui que l'on parvient à le considérer comme un partenaire et qu'on « le confirme dans son existence ». Il est intéressant de penser que cette « relation dialogique » que Buber considère comme une « relation originelle à travers laquelle peut s'accomplir la connaissance de l'autre comme tel » implique une réciprocité. En effet pour les deux philosophes Buber et Marcel « cet acte essentiel suppose la parfaite transparence des deux consciences qui ont décidé d'échanger, de se confirmer réciproquement. » Ceci implique l'idée que chacun des deux interlocuteurs est saisi par l'autre. Cette idée est nuancée par Levinas, pour qui la relation à l'autre doit s'établir sans attendre de réciprocité. Ainsi il est nécessaire en tant que soignant de se connaître soi-même et de se donner les moyens de pouvoir accueillir la parole des victimes avec une écoute bienveillante.

Dans un second temps, il est important de prendre soin du soignant en travaillant sur son vécu, ses émotions, par l'intermédiaire de groupes de paroles, de supervisions, etc.... Il s'agit ici de reconnaître la possible souffrance psychique du soignant qui ne sera que délétère sur sa pratique médicale.

C'est notamment en confirmant l'autre dans son existence qu'on lui permet de retrouver la parole. Ce mouvement d'ouverture vers autrui lui permet d'identifier qu'il est digne d'intérêt. Etre victime c'est toujours « subir un événement qui n'aurait pas dû arriver ». Cette soumission durant l'épisode violent provoque chez la victime un sentiment d'être « hors humanité ». Lui permettre de verbaliser l'évènement en respectant ses limites, lui redonner la parole notamment en lui posant des questions sont des actions thérapeutiques qui vont à l'encontre des conséquences négatives provoquées par l'agression.

Cette réflexion nous permet d'étudier l'idée de la nécessaire présence d'un cadre lors de la prise en charge de victimes. Ce cadre correspond tout d'abord à la solidité et au caractère contenant que la disponibilité dans la relation à l'autre permet. Il s'agit également d'analyser ce que les psychologues appellent le « transfert » et le « contre-transfert » ; autrement dit, identifier ce que projette la victime sur nous, soignants et en retour qu'est ce que nous projetons de nos ressentis sur la victime, à travers par exemple nos remarques, nos reformulations. Cette analyse permettra alors de canaliser ces projections afin qu'elles ne soient pas nuisibles à la victime. Enfin il est primordial d'expliquer le cadre de notre intervention à la victime afin qu'elle comprenne son parcours de prise en charge et notamment les différentes orientations vers d'autres soignants. Pour exemple Carole Damiani, docteur en psychologie et chargée de mission « Aide psychologique » à l'INAVEM explique l'importance de cadrer l'aide psychologique aux victimes effectuée dans le cadre d'une association d'aide aux victimes. Il s'agit d'expliquer au début de la prise en charge que la psychothérapie traitera du traumatisme et de ses conséquences. En cas de dépassement (si la thérapie commence à traiter d'une névrose infantile par exemple) le thérapeute orientera le patient vers un confrère. (10) Lors d'un suivi obstétrical dans un cadre hospitalier par une sage-femme notamment, le contexte actuel permet souvent de ne suivre les patientes que de la grossesse à la consultation post-natale. Ainsi il est important de préparer les patientes victimes à cet arrêt de suivi et à un relais. Ce cadre permet à tous les acteurs de la relation soignante d'être à l'aise et évite de créer un nouveau sentiment d'abandon chez la patiente victime.

Cette continuité des soins est un autre point clé pour permettre à la victime de retrouver son autonomie. L'orientation vers une personne dénommée est plus efficace en termes de poursuite de la prise en charge (10), ainsi il est nécessaire de connaître ses relais afin de proposer à la patiente victime une orientation sécurisée, et non pas lui imposer un nouveau plongeon dans l'inconnu.

Cette continuité des soins est primordiale pour garantir la prise en charge globale qui est un des objectifs de santé publique à atteindre notamment grâce à la mise en place des réseaux. (76)

Cette démarche de prise en charge globale au sein de réseau devrait s'adresser à tout patient, « chacun d'entre nous étant par définition porteur d'un ou de plusieurs éléments de vulnérabilité médicale et/ou sociale. ». « L'idée générale, en regard des indicateurs actuels de santé publique apparaît donc claire : éviter qu'un élément non pris en charge vienne réduire à néant les efforts faits par ailleurs sur d'autres facteurs de risque de la personne. »

Une telle ré-organisation de la prise en charge médicale devra nous amener à structurer les partenariats entre réseaux afin d'asseoir réellement le concept de prise en charge globale. Dans cette idée une consultation médicale devrait apporter une réponse au motif de consultation mais également réaliser, avec le consentement du patient, un repérage des facteurs de risques auxquels il peut être exposé :

- « Un repérage de ses facteurs de risque et comportements à risque
- Un repérage précoce des maladies dépistables
- Une prévention primaire ou secondaire ciblée
- Une prise en compte des éléments médico-juridiques : faciliter l'accès aux droits, assurer une information de qualité, prendre en charge et conseiller en regard des aspects de médecine légale clinique et d'éthique clinique.
- Une prise en compte des éléments sociaux participant aux grands équilibres et donc à la santé des patients (emploi, logement, famille, vie en couple, sexualité, handicap, prise en charge sociale...) » (76)

Selon le Dr Salmona « la prise en charge va à la fois aider les victimes à sortir de leur isolement, à mieux se comprendre, à retrouver une dignité, à se sentir soulagées, déculpabilisées et à reprendre espoir. » (23) Ces progrès sont possibles grâce à l'identification des violences, la compréhension par les victimes de l'origine de leur souffrance. En les aidant à faire des liens entre les violences et leurs symptômes, en leurs expliquant les mécanismes neuro-biologiques et psychologiques des psychotraumatismes nous allons leur permettre de réécrire leur histoire en intégrant ces violences grâce à une élaboration et des représentations. Pour cela il est nécessaire d'ouvrir « toutes les portes que nous offre les manifestations de la mémoire traumatique (véritable témoin de l'horreur indicible vécue) ». Ainsi, progressivement, les réponses émotionnelles vont s'éteindre annulant la nécessité des conduites d'évitements et des conduites dissociantes.

« La mémoire traumatique “démunie”, “désamorcée” va pouvoir être réintégrée dans une mémoire explicite narrative et autobiographique libérant l'espace psychique, l'arrêt des conduites dissociantes va permettre une récupération neurologique (neurogénèse) et la récupération d'un sentiment de cohérence et d'unité. » (23)

Cet accompagnement médico-psycho-social complémentaire à un accompagnement judiciaire va permettre à la victime des “retrouvailles avec [elle]-même”. (23) Mais rien de tout cela n'est possible si personne n'aide la patiente à faire le premier pas, le plus difficile.

CONCLUSION

Les caractéristiques des violences faites aux femmes sont aujourd'hui bien connues. Nous avons, à notre disposition, plusieurs explications à ces manifestations terribles. Qu'elles soient historiques, sociologiques, neuro-biologiques ces explications nous aident à améliorer chaque jour un peu plus notre prise en charge des femmes victimes. L'arsenal juridique est de plus en plus réactif et efficace. Les associations d'aide aux victimes ont une réelle expertise de l'accompagnement psychologique, juridique et humain de ces femmes rendues vulnérables par un évènement qui « n'aurait pas dû arriver ». Cependant toutes ces structures seraient plus efficaces si la tolérance à la violence était moindre. Cette tolérance doit diminuer jusqu'à disparaître et dans ce but nous sommes tous concernés : la société, l'entourage personnel et professionnel de la victime et la victime elle-même. Il n'est pas acceptable par exemple, qu'à ce jour en France, une femme aie accouchée trois fois dans notre pays, et que ce ne soit que lors de sa quatrième grossesse que son excision et surtout ses conséquences soient abordées !

Afin d'accroître avec sollicitude « le champ des possibles » pour ces patientes et pour les autres, il est nécessaire de réaliser ce mouvement « d'aller vers », de se tourner vers elles. Ainsi et seulement ainsi, elles pourront identifier qu'une autre voie que le silence est possible.

Il convient, pour ne pas les mettre en danger, de toujours avoir en tête la balance bénéfice-risque et de procéder selon un cadre étudié et posé en amont. Mais cela est possible. Nous avons réussi en nous investissant, à juste titre, à lutter efficacement contre d'autres facteurs de risques dévastateurs pour la Santé. Alors pourquoi laisser la violence vécue par tant de patients, « réduire à néant les efforts faits par ailleurs ». Ce qui est interdit par la loi française, ne fait pas partie de la vie privée ou de l'intimité des individus et ne pas leur en parler, les incite à continuer à se taire.

Si la sollicitude vise à réduire les inégalités imposées par la vie et permet à autrui d'entrevoir l'ensemble des possibilités s'offrant à lui, alors prenons nos responsabilités en tant que soignants pour défendre le droit à l'intégrité et à la dignité de chaque femme.

Dans ce même but il est primordial que nos dirigeants politiques prennent également leurs responsabilités. En effet il ne suffit pas de construire des « plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes », il est indispensable que ceux-ci soient accompagnés de réels moyens humains et financiers. Or ces dernières années, les associations d'aides aux victimes, les services hospitaliers et les services juridiques, pour ne citer qu'eux,

ont subis les mêmes restrictions de moyens aboutissant parfois à des réorganisations opérantes mais souvent à une dégradation de la qualité des services offerts aux usagers.

BIBLIOGRAPHIE

1. GILLIOZ L., GRAMONI R., MARGAIRAZ C., FRY C., 2003, Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes, Genève, Edition Médecine et Hygiène, Collection Cahiers Medico-Sociaux, 319 p.
2. SERVICE DES DROITS DES FEMMES, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE, Sur les chemins de l'égalité : Repères pour une histoire des droits des femmes, s.l.n.d.
3. JASPARD M., 2005, Les violences contre les femmes, Paris, Edition La Découverte, Collection Repères, 122 p.
4. LETARD V., 2008, Dossier de presse de la journée internationale pour l'élimination de la violence envers les femmes, Paris, Ministère du travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité, Secrétariat d'état chargé de la Solidarité, 23 p.
5. E. G. KRUG, L. L. DAHLBERG, J. A. MERCY, A. ZWI, R. LOZANO-ASCENCIO, 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 376 p.
6. OMS, 2008, Aide-mémoire N°239 : La violence à l'encontre des femmes, s.l., 3p.
7. JASPARD M., 2003, Les Violences envers les femmes en France, une enquête nationale, Paris, La Documentation française.
8. MINISTERES DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011/2013,
9. MINISTERES DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE, Site internet Stop Violences Femmes, adresse URL <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/-La-loi-avance-.html> consultée le 25 avril 2011
10. Carole Damiani, 1997, Les victimes, Violences publiques et crimes privés, Bayard Editions, Paris, p 187 à 189
11. AUDET J., KATZ J-F., 2006, Précis de victimologie générale, 2^{ème} édition, Edition Dunod, 522 p.
12. Site Légifrance, service public de la diffusion du droit : <http://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 15/11/10 : code pénal, partie législative, titre II, chapitre II, section 3 et chapitre VI, section 4
13. Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république, avril 2011, Rapport de la mission d'information de l'assemblée nationale sur la prostitution en France.

14. CASALIS M-F., 2008, Eléments spécifiques de la stratégie des auteurs de violences sexistes, s.l., Collectif féministe contre le viol.
15. LAZIMI G., 2007, Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnaire systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant : Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes, 557 patientes interrogées : Intérêt et faisabilité, Mémoire de Diplôme Universitaire Stress, Traumatisme et Pathologies, Paris, Université Paris VI, Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière, 55p.
16. MORBOIS C., CASALIS M-F., 2004, Mécanismes de la violence conjugale, Paris, Délégation régionale aux droits des femmes d'Ile de France, 29 p.
17. FAUCHER C., PERNOT C., Mars 2002, Le rôle des sages femmes face à la violence conjugale, Les dossiers de l'obstétrique, n°303.
18. ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, 2002, Les violences familiales, Paris, sans éd., 84 p.
19. BAYLE Benoît, , Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance, Une clinique de l'interface soma-psyché, L'Harmattan, 2006
20. CONSEIL GENERAL DE LA SEINE-SAINT-DENIS, 2007, Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles, Bobigny, Observatoire départemental des violences envers les femmes.
21. Site internet de l'Observatoire des violences envers les femmes du conseil général de la Seine-Saint-Denis, <http://www.seine-saint-denis.fr/-Observatoire-dpartemental-des-.html> consulté le 23/10/10
22. CONSEIL GENERAL DE LA SEINE-SAINT-DENIS, Mars 2006, Discriminations et violences sexistes au travail : Quatrième rencontre de l'Observatoire des violences envers les femmes, Bobigny, 116p.
23. SALMONA Muriel, , Violences envers les femmes et les filles, fléau mondial, septembre 2010, article consulté le 20 mai 2011, adresse URL : <http://www.memoiretraumatique.org/documents-a-telecharger.html>
24. MARISSAL J-P., CHEVALLEY C., pour le CRESGE : Recherche et Etudes Politiques Sociales, Santé et Habitat, Novembre 2006, Etude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France : rapport au service des droits des femmes et de l'égalité, Lille, sans éd., 94p.
25. HENRION R., 2005, Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants, J Gynecol Obstet Biol Reprod, Volume 34, supplément au n°1, 2S62-2S67.

26. GUILLOTO J., Septembre 2008, Les conséquences de la violence conjugale, *Vocation Sage-femme*, n°65, 25-27.
27. HENRION R., 2001, Les femmes victimes de violences conjugales Le rôle des professionnels de santé, Rapport au Ministre de la Santé, réalisé par un groupe d'experts sous la présidence du professeur Roger Henrion, Paris, La Documentation française, 29 p.
27. GUILLOTO J., Mars 2008, La violence conjugale, comment mieux comprendre ce fléau social ?, *Vocation Sage-femme*, n°60, 20-21.
28. FILDES J. et al., 2001, Stop violence against women act of 2000, Nevada office of the Attorney General, University of Nevada School of Medicine.
29. SILVERMAN J. G., DECKER M. R., REED E., RAJ. A., 2006, Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states : Associations with maternal and neonatal health, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n°195, 140–148.
30. SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., BLONDEL B., LELONG N. et ROMITO P., 1997, Violence conjugale après une naissance, *Contraception. Fertilité. Sexualité.*, Vol 25, n°2, 159-164.
31. DIQULOU J.-Y., AMAR P., BOYER S., MONTILLA F., KAROUBI R., Août 2008, Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis, *La Revue Sage-Femme*, 7, 203-216.
32. SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., LELONG N., 2005, Violences familiales pendant la grossesse » *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Volume 34, supplément au n°134 (supplément au n° 1), 47-53.
33. JAMIESON, BEALS, LALONDE and Associates, Inc., Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse, Ottawa, Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, 1999, 62p.
34. C. MORVANT, Le médecin face aux violences conjugales : Analyse à partir d'une étude auprès des médecins généralistes, Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Paris, Université Pierre et Marie Curie, 2000
35. G. LOPEZ, Evaluation de 4 différentes actions destinées à améliorer le dépistage et la prise en charge des victimes de maltraitances dans un réseau ville-hôpital, Mémoire DEA, 2004.
36. FRANCOIS-PURSSELL I., Evaluation des pratiques en matière de repérage et de prise en charge des femmes subissant des violences conjugales, Mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique, Paris, Université Paris 5, 2001, 9 p.

37. FORGATY C., BURGE S., MC CORD E., Communicating with patients about intimate partner violence: screening and interviewing approaches, *Fam. Med.*, volume 34, n°5, 2002, 369-375.
38. PUNUKOLLU M., Domestic violence: Screening made practical, *J. Fam. Pract.*, volume 52, n°7, 2003.
39. PIAU CHARRUAU D., Place du médecin généraliste dans les violences conjugales : à partir d'une enquête auprès de femmes victimes, Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Angers, Université d'Angers, 2006.
40. RODRIGUEZ M., SHELDON W., BAURE H., PEREZ- STABLE E., The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians, *J. Fam. Pract.*, volume 50, n°4, 2001, 338-344.
41. BRADLEY F., SMITH M., LONG J., O'DOWD T., Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice, *BMJ*, 2002, 324, 271-274.
42. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, Diagnostic and Treatment Guideline on Domestic Violence, 1992, 21 p.
43. LAZIMI G., Étude réalisée dans le cadre d'un mémoire du DIU Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour le médecin généraliste : « Evaluation des violences faites aux femmes : Etude auprès de 100 consultantes en médecine générale. », Paris, Université UFR Paris 6, 2005, 50 p.
44. TAKET A., NURSE J., SMITH K., WATSON J., SHAKESPEARE J., VICKY L., COSGROVE K., MULLEY K., FEDER G., Routinely asking women about domestic violence in health settings, *BMJ*, n° 327, 2003, 673-676.
45. FARGE M., La violence conjugale, Nancy, Vingt cinquième Journées d'Etudes de l'Association Nationale des Sages-femmes Cadres, 2008.
46. CHAMBONNET JY, DOUILLARD V, URION J, MALLET R., La violence conjugale : prise en charge en médecine générale, *Revue du praticien*, tome 14, n°507, 2000, 1481-1485.
47. Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales : www.violences.fr consulté le 10/12/10
48. GALLOT E., Prise en charge des femmes enceintes victimes de violences conjugales, Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Grenoble, Ecole de sage-femme de Grenoble, Faculté de médecine de Grenoble, 2005, 98p.

49. SOLBIAC P., Violence conjugale : améliorer le dépistage et l'accompagnement des femmes au cours de la grossesse, Mémoire de fin d'étude de cadre sage-femme, Dijon, Ecole de cadres sages-femmes, 2006.
50. LACAZE-ESLOUS S., 2003, Le dépistage de la violence conjugale en maternité, Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Université Paris Descartes, 76p.
51. FRANCOIS-PURSSELL I., Légitimité d'une intervention médicale dans la vie privée d'une personne victime de violence conjugale. La violence conjugale est-elle un objet médical ?, Thèse pour le doctorat d'université en éthique médicale, Paris, Université Paris Descartes, 2006
52. DELESPINE M., Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes, Intérêt et faisabilité lors de la première consultation prénatale ou de l'entretien du 4^{ème} mois, Mémoire pour le DE de Sage-Femme, Paris, Université Paris Descartes, 2009.
53. PARSONS L-H., ZACCARO D., WELLS B., STOVALL T-G., Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence, Amer J of Obst and Gyn, , 1995,173, 381-387.
54. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES « Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie »
55. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1992, Council on Scientific Affairs : Violence against women: relevance for medical practitioners, JAMA, 267(23), 3184-3189.
56. CANTIN S., 1998, Violence conjugale : la recherche au cœur de nouvelles solutions. Sociologie Santé, n°18, 41-45.
57. SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA, 1996, Violence against women, The Society, Ottawa.
58. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1998, Committee on Child Abuse and Neglect : The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women, Pediatrics, 101(6), 1091-1092.
59. HAS, 2005, Recommandations professionnelles : Préparation à la Naissance et à la Parentalité.
60. Tom L. BEAUCHAMP et James F. CHILDRESS, Principles of Biomedical Ethics, New York/oxford, Oxford University Press, [1983] 1994.

61. Michela MARZANO, L'éthique appliquée, Paris, PUF, "Que sais-je ?", 2008
62. Jocelyne SAINT-ARNAUD, octobre 1999, Enjeux éthiques et technologies biomédicales Contribution à la recherche en bioéthique, Montréal, Presses Universitaires de Montréal, p. 16-18.
63. Tom L. BEAUCHAMP, 1995, Principlism and Its Alleged Competitors, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol 5, n°3, p. 182
64. Marie-Françoise COLLIÈRE, 1996, Soigner, le premier art de la vie, Paris, , InterEditions, p. 11.
65. Claude BRUAIRE, Une «éthique pour la médecine, Fayard, Paris, 1978, p. 109.
66. Frédéric WORMS, « Les deux conceptions du soin » Esprit, Janvier 2006, p. 143. C'est nous qui soulignons.
67. Pierre LE COZ, Petit traité de la décision médicale, Le Seuil, Paris, 2007
68. Emmanuel LEVINAS, Totalité et infini, Nijhoff, La Haye, 1961, p. 24
69. Michel Geoffroy, La patience et l'inquiétude, Paris, Romillat, 2004, p. 195.
70. Michela MARZANO, Je consens, donc je suis..., PUF, Paris, 2006.
71. Christian GILIOLI, Ethique médicale et modernité, la question de la technique, Thèse de philosophie, Université de Marne-la-Vallée, 2001. p. 9.
72. Paul RICOEUR, Lectures. Tome I : Autour du politique, Seuil, [1999](#)
73. Didier SICARD, in La lettre de l'espace éthique AP-HP, Hiver-été 2002.
74. Georges CANGUILHEM, Le Normal et le Pathologique, op. cit., p. 155-156
75. Jacques DERRIDA, entretien avec J.-A. Nielsberg, L'Humanité 28 janvier 2004, page consulté le 02 mai 2011 adresse URL : <http://www.jacquesderrida.com.ar/frances/evenement.htm>
76. Dr Grégoire MOUTEL, Dr Astrid LIEVRE, Pr Christian HERVE, Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin-patient. », Université Paris descartes.

