



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DEPHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2009

THESE N° 53

LA VIOLENCE FAMILIALE



THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 07/12/2009

PAR

Mme **Moussa ES-SOUSSI**

Née le 11-03-1980 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE



MOTS- CLES:

VIOLENCE FAMILIALE – PREVALENCE – PROFIL- DEPRESSION



JURY

Mr. **H. ABBASSI**

Professeur de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT

Mme. **I. TAZI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **M. SBIHI**

Professeur de Pédiatrie

Mr. **M. Latifi**

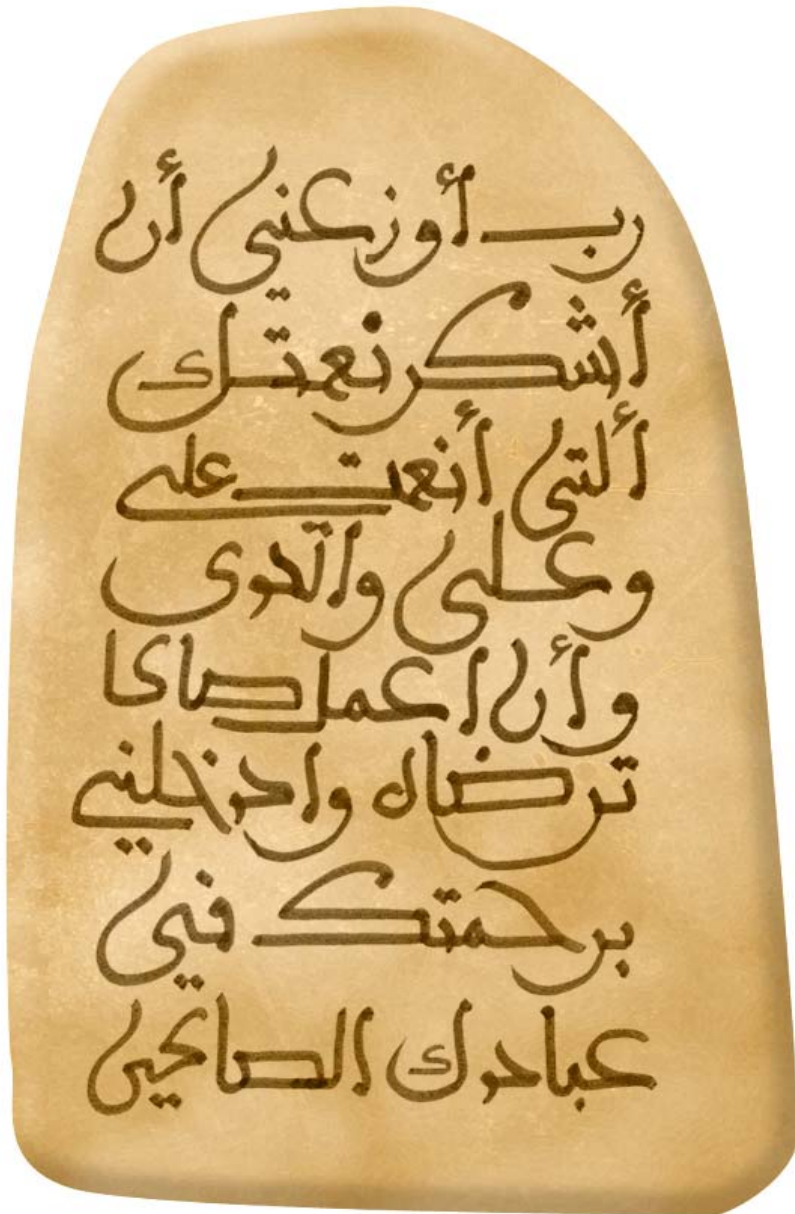
Professeur de Traumatologie

JUGES

Mme. **I. Ait Sab**

Professeur Agrégée de pédiatrie

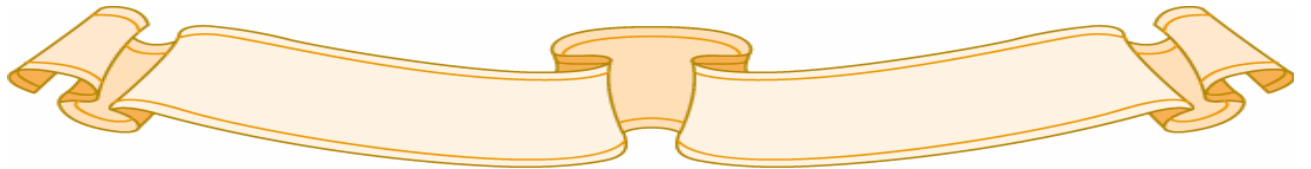
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





اقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.
وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَأْفَةِ أَدْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ بَادِلًا وَسَعِي فِي
اسْتِنْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.
وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.
وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَادِلًا رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.
وَأَنْ أَتَأْبِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، أَسْخِرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.
وَأَنْ أَوْقَرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.
وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ
وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.
وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ.



DEDICACES

A mes très chers parents,

A Celui qui m'a indiqué la bonne voie en me rappelant que la volonté fait toujours les grands hommes, et A celle qui a attendu avec patience les fruits de sa bonne éducation, mes très chers parents qui ont toujours été là pour moi, et qui m'ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. J'espère qu'ils trouveront dans ce travail le fruit de leurs sacrifices consentis pour mon éducation, et l'expression de mon amour et de ma gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils m'ont toujours entouré. Que Dieu leur préserve longue vie et bonne santé.

À ma chère et adorable femme

En témoignage de mon éternel amour pour elle, et pour le soutien moral et sacrifices qu'elle m'a accordés le long de la préparation de cette thèse, Je dédie ce travail.

A mes très chères frères et sœurs

A mes chers frères : Brahim, Youssouf et Abderrahman.

A mes chères sœurs : khadija et meriame.

A toute ma famille

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

REMERCIEMENTS

A notre rapporteur de thèse : Pr. I TAZI Professeur de psychiatrie

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Nous sommes très touchés par votre disponibilité et par le réconfort que vous nous avez apporté lors de notre passage au service ainsi que lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et président de thèse : Pr. H ABBASSI Professeur de gynécologie obstétrique

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissant de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements

A notre maître et juge Pr. M SBIHI Professeur de Pédiatrie

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.

Veillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse Pr. M LATIFI Professeur de traumatologie

Vous avez spontanément accepté de faire partie de notre jury. Nous apprécions vos qualités professionnelle et humaines. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge Pr. I AIT SAB Professeur de Pédiatrie

Vous avez accepté très spontanément de faire partie de notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de notre profond respect.

En témoignage de ma gratitude et de mes remerciements.

A notre pr.assistante f. manoufi pr.ass. en psychiatrie:

Il nous a énormément aidé pour réaliser ce travail. Nous sommes très touchés par sa présence et son aide. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude.

A toute personne qui de près ou de loin a contribué à la réalisation de ce travail.

PLAN

PLAN.....	8
INTRODUCTION.....	11
MATERIELS ET METHODE.....	14
Matériels de l'étude.....	15
1) type de l'étude:.....	15
2) L'échantillon :.....	15
3) Déroulement de l'enquête:.....	15
4) questionnaire:.....	15
Méthode statistique:.....	16
RESULTATS.....	17
I) Caractéristiques globales de l'échantillon.....	18
1- l'échantillon:.....	18
2- L'âge:.....	19
3- l'origine :.....	19
4- niveau d'instruction :.....	20
5- la profession:.....	20
6- niveau socio économique:.....	21
7- nombre d'enfants:.....	21
8- Les antécédents:.....	22
8-1 antécédents médicaux :.....	22
8-2 Antécédents chirurgicaux:.....	22
8-3 Antécédents psychiatriques:.....	23
9- motif de mariage:.....	23
10- les femmes battues par leurs parents:.....	23
11- violence conjugale chez les parents des femmes de notre échantillon:.....	24
12- la violence contre les enfants:.....	24
12-1 par leur mère :.....	24
12-2 par leur père :.....	24
14- répartition de l'âge des conjoints:.....	24
15- Profession des conjoints:.....	25
II) Etude de la violence:.....	25
1-Prévalence de la violence.....	25
2- Les causes de la violence :.....	26
3- L'état du conjoint au moment de la violence:.....	27
4- la violence et les enfants:.....	27
4-1) la violence devant les enfants :.....	27
4-2) la violence contre les enfants:.....	27
5- Fréquences des agressions :.....	28
6- Réaction des femmes victimes de violence :.....	28
7- A qui se confient les femmes victimes de violence ?:.....	29
7-1 pourcentages des femmes qui se confient à une personne :.....	29
7-2 les personnes à qui se confient les femmes victimes de violence :.....	29
7-3 : les raisons pour lesquelles les femmes victimes de violence ne se confient pas :.....	30
8- Sentiments des femmes victimes de violence:.....	30
9- Traumatisme suite a la violence:.....	31
10- Niveau des agressions:.....	31
11- Différent types d'agression:.....	32
12- Conséquences des agressions:.....	32
IV) Prévalence de la dépression:.....	33
ANALYSE UNIVARIEE.....	39
I) la violence en fonction de l'âge:.....	40
II) Violence et niveau d'instruction:.....	40

III) violence et profession des femmes:	41
IV) violence et niveau socio-économique:.....	41
V) ATCD de violence chez les femmes victimes de violence:.....	42
VI) profil des conjoints violents:.....	43
1) l'âge:	43
2) profession:.....	43
VII) rapport violence et dépression:.....	44
VIII) les femmes à risque :	44
DISCUSSION.....	45
I) généralités.....	46
A) Typologie de la violence selon IOMS :	46
B) Nature des actes violents : (schéma 2)	47
C) Escalade de la violence familiale :	47
D) le cycle de la violence familiale :.....	48
II) discussion des résultats:	50
1- la prévalence :	50
2- caractères sociodémographiques :	52
2-1 l'Age :	52
2-2 la profession:.....	53
2-3 Niveau socio-économique :.....	54
3- causes de la violence familiale:.....	54
4- contexte des actes violents :	55
4-1 L'alcoolisme :	55
4-2 ATCD de violence :	56
5- L'enfant témoin- l'enfant victime :	57
6- réactions des femmes victimes de violence :	57
7- conséquences de la violence :	59
7-1 Conséquences physiques :.....	59
7-2 conséquences psychiatriques :	59
III) Rôle des professionnels de santé :	60
IV) la prévention de la violence familiale : défis et objectifs :	65
V) Les aspects juridiques et déontologiques :.....	69
CONCLUSION.....	71
ANNEXE	74
BIBLIOGRAPHIE	82

INTRODUCTION

Ces dernières décennies, on a constaté l'amplification du phénomène de la violence comme un comportement qui caractérise les relations sociales.

C'est un thème récurrent qui traverse tous les débats, on parle de:

- Violence sociale engendrée par l'accroissement des inégalités et la marginalisation.
- Violence institutionnelle en prison, à l'école, au travail.
- Violence de l'état.
- Violence politique: guerres, attentats, terrorisme, racisme...

Ce sont souvent les aspects les plus spectaculaires de la violence qui sont largement repris et véhiculés notamment par les medias, tandis que la violence familiale est restée loin de tout intérêt.

La violence familiale même si elle apparaît moins importante et moins médiatisée que les autres formes de violences répandues, elle constitue un très grand danger pour l'individu et la société car les conséquences causées par l'inégalité des forces au sein de la famille entraînent un déséquilibre des valeurs et des comportements notamment chez les enfants. Ceci est à l'origine d'une régénération de la violence aussi bien dans la famille que dans la société [1].

Toute analyse d'un phénomène, commence par définir les notions axiales, ainsi on détermine:

1- la violence Selon les dictionnaires courants:[2]

- c'est l'emploi de la force pour contraindre.
- agressivité brutale dans les actes ou dans les propos.
- acte caractérisé par l'emploi de la force brutale.

2- la violence Selon l'OMS:[3]

« 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 ou des privations»

Dans cette définition, l'OMS englobe intentionnellement l'acte lui-même quelque soit ses conséquences en excluant les actes accidentels, et l'utilisation de la force physique élargie la nature de l'acte violent et la définition conventionnelle de la violence aux actes qui résultent d'une relation de pouvoir en y incluant les menaces et les intimidations.

Cette définition couvre plusieurs conséquences y compris les dommages psychologiques, les privations, d'où la nécessité d'inclure non seulement la violence qui entraîne les traumatismes ou la mort, mais aussi celle qui touche le retentissement psychologique et le social.

3- Violence familiale:

La violence familiale est un problème majeur universel qui concerne autant la santé que les droits de la personne humaine.

- Elle englobe toute atteinte contre l'intégrité corporelle ou mentale d'une personne exercée dans le cadre d'un rapport de force par la personne la plus forte structurellement. (BUCHLER 1998)[4]

- On est en présence de violence familiale dès lors qu'une personne exerce ou menace d'exercer une violence physique, psychique, ou sexuelle au sein d'une relation familiale, conjugale, ou martiale en cour ou dissoute. (SCHWANDER 2003)[4].

- Tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques, ou sexuelles aux personnes qui en font partie. Sont également envisagées dans cette définition la menace de tel acte, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté que ce soit dans la vie publique ou privé [5].

Actuellement la violence familiale commence à prendre de l'importance dans tous les pays du monde, de nombreuses études sur la violence familiale mettant en évidence l'ampleur de ce fléau.[6]

Au Maroc: on a constaté une rareté d'études et de chiffres concernant ce phénomène, les derniers chiffres annoncés par le réseau nationale des centres d'écoute des femmes victimes de violence au Maroc parle de 74% de violence conjugale dont 30,4% est une violence physique.(rapport du 25 juin 2007).[7]

Notre travail vient donc contribuer à l'étude de ce phénomène, en essayant d'approcher l'aspect épidémiologique et d'apprécier le retentissement de cette violence.

Les objectifs de notre travail:

- 1) Estimer la prévalence de la violence familiale chez les femmes mariées.
- 2) Décrire les caractéristiques de cette violence.
- 3) Analyser le contexte familial, social, et économique des situations de violence.
- 4) Etudier les réactions des victimes après l'acte de violence.
- 5) Evaluer la dépression chez les victimes.

MATERIELS ET METHODE

Matériels de l'étude

1) type de l'étude:

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale, afin d'estimer la prévalence de la violence familiale chez les femmes, les caractéristiques de cette violence, d'analyser le profil sociodémographique, et les réactions des victimes, ainsi que l'évaluation du retentissement de cette violence.

2) L'échantillon :

Notre enquête a concerné un échantillon de 265 femmes réparties en:

- 153 femmes évaluées par hétéro questionnaire.
- 112 femmes évaluées par auto questionnaire.

3) Déroulement de l'enquête:

L'enquête a eu lieu durant le mois de décembre 2006.

- au centre de santé (hay mohammadi daoudiate), 153 hétéroquestionnaires ont été remplis auprès des femmes consultantes ou accompagnatrices le choix des femmes interrogées était fait de façon aléatoire après explication de l'objectif de l'enquête et consentement échangé.
- les auto-questionnaires ont été distribués auprès de 112 femmes fonctionnaires (infirmières, médecins, institutrices et professeurs de lycée.)

Les réponses ont été recueillies le jour même.

4) questionnaire:(voire annexe):

Un questionnaire anonyme élaboré par le service de psychiatrie (CHU Mohamed VI), repartit en 3 parties:

- 1^{ère} partie: correspond aux caractéristiques sociodémographiques des femmes et de leur conjoint ainsi que les ATCD médicaux, ATCD de violence familiale et les habitudes toxiques.
- 2^{ème} partie: décrit les caractéristiques de la violence, les réactions des femmes, ainsi que le retentissement physiques de cette violence.
- 4^{ème} partie : permet l'évaluation de la sévérité de la dépression à travers deux échelles :

• Échelle de HAMILTON (heteroquestionnaires) :

Chaque item est coté différemment entre 0 et 4 pour un score entre:

0-7 : pas de dépression.

8-17 : dépression légère.

18-25 : dépression modéré.

26-52 : dépression sévère.

• Échelle de BECK (auto-questionnaires) :

Chaque Item est coté de 0 à 3 pour un score entre:

0-7 : pas de dépression.

8-15 : dépression modéré.

16 et plus : dépression sévère.

Méthode statistique:

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.

– Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.

– Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts types.

Une analyse uni variée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:

– Le test de student pour comparer deux moyennes.

– L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.

– Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages. Quand les conditions d'application du test khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info6.04d FR. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

RESULTATS

I) Caractéristiques globales de l'échantillon

1- l'échantillon:

Sur les 265 femmes de l'enquête, 153 femmes ont répondues a un hétéroquestionnaires (consultantes ou accompagnatrices), 112 femmes ont répondues a un auto questionnaire (infirmières, médecins, institutrices, et professeurs de lycée).

Tableau n° I : catégories des femmes questionnées

catégories		nombre	pourcentage
Hetero questionnées	accompagnatrices	109	40%
	consultantes	44	18%
Auto questionnée	Infirmières, médecins institutrices et professeurs de lycée	112	42%
total		265	100 %

2- L'âge:

L'âge moyen des femmes de notre échantillon était de 39 ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 65 ans ; on note une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 41 et 50 ans (36,7%), suivie de la tranche d'âge comprise entre 31 et 40 ans (32,2%).

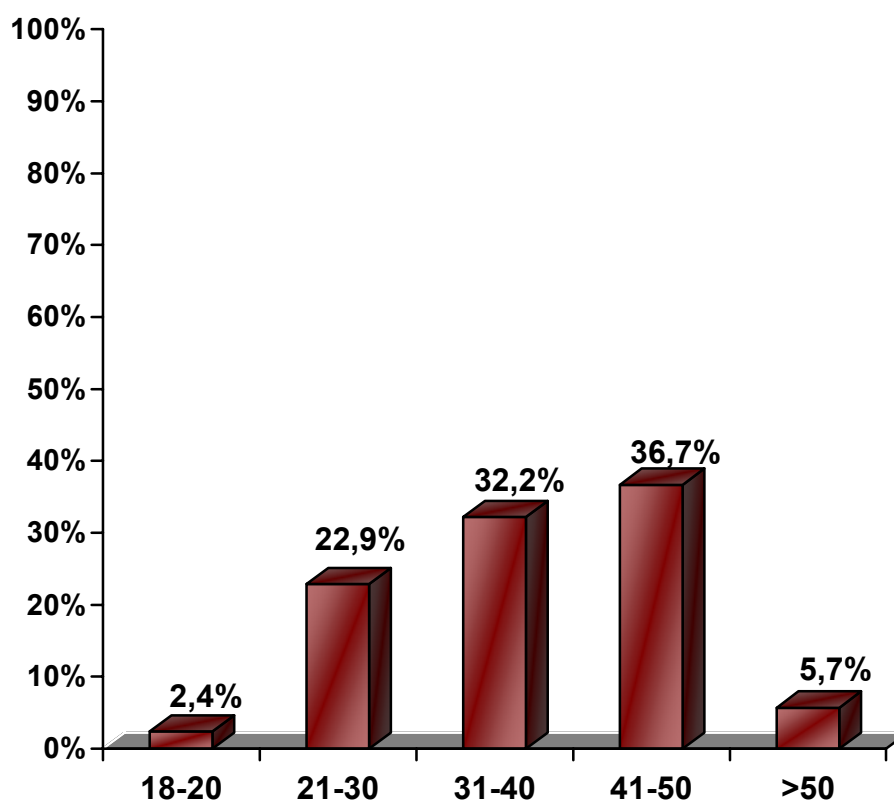


Figure n°1: répartition des femmes selon l'âge

3- l'origine :

Les femmes d'origine urbaine représentent 82% des femmes de notre enquête.

4- niveau d'instruction :

Les femmes ayant un niveau secondaire représentent la tranche la plus importante de notre échantillon (31%). Les femmes sans niveau d'instruction représentent 27%, et 16,7% des femmes avaient un niveau universitaire.

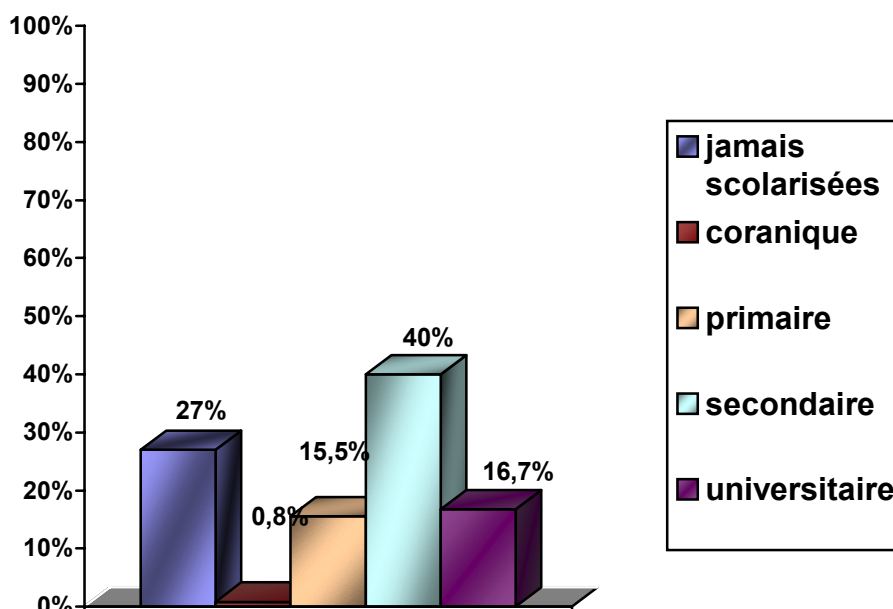


Figure n°2: répartition selon le niveau d instruction

5- la profession:

Plus de la moitié (56,2%) des femmes étaient des femmes au foyer, les femmes cadre moyens représentent 32,4 %, et 5,3 % des femmes étaient des cadres supérieurs.

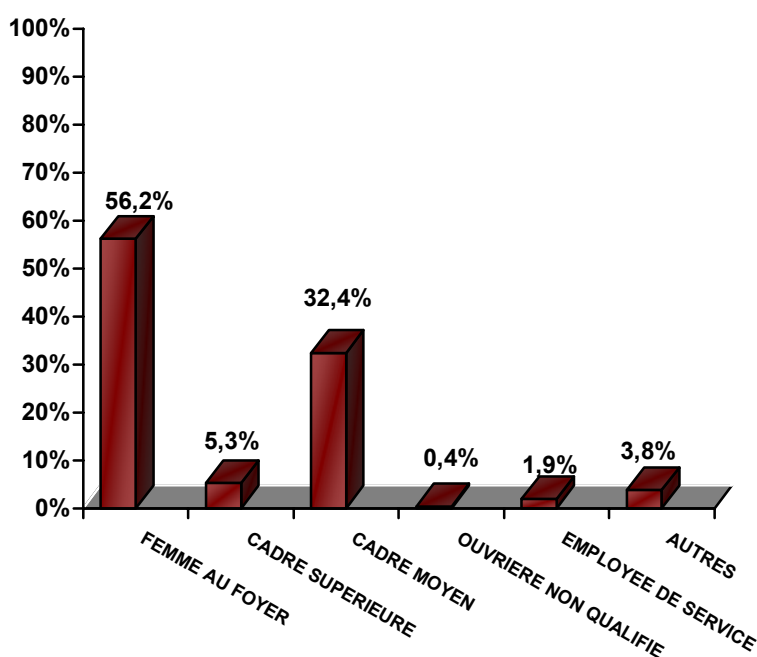


Figure n°3 : répartition des femmes selon leur profession

6- niveau socio économique:

Plus de la moitié (51,4%) des femmes de notre échantillon avaient un revenu mensuel entre 2000 et 5000 DHS, 19,6% avaient un revenu entre 1000 et 2000 DHS, alors que les femmes qui ont un revenu de 5000 a 10000DHS représentent 18,4%.

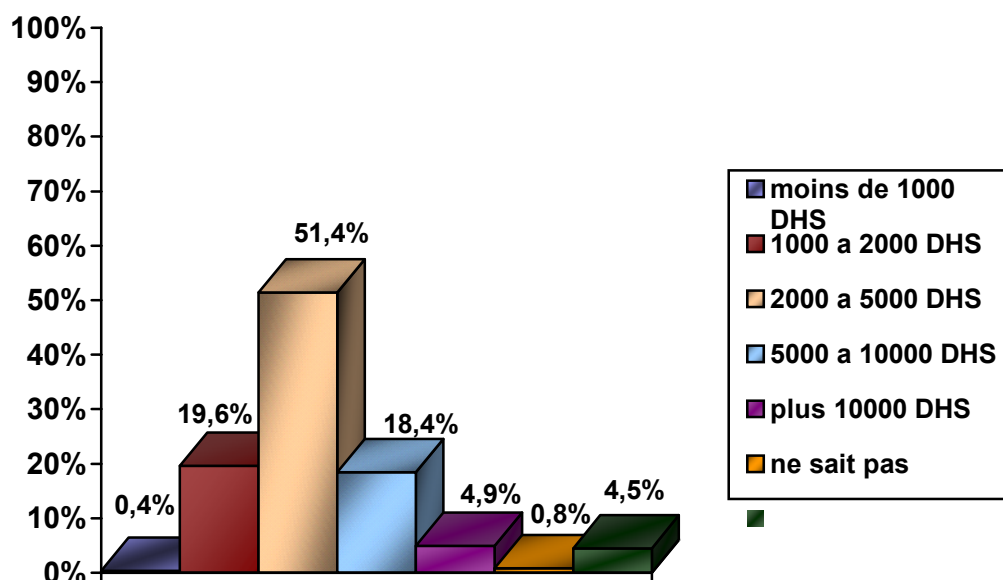


Figure n° 4 : niveau socio-économique

7- nombre d'enfants:

La plupart des femmes (70,6%) avaient un à 3 enfants.

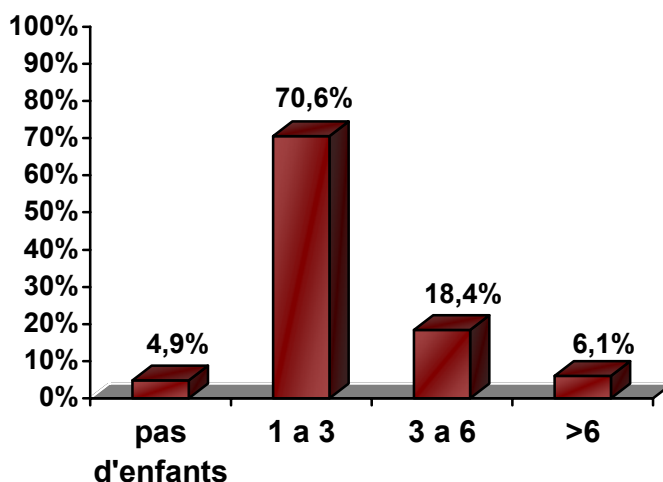


Figure n° 5: nombre d'enfants

8-Les antécédents:

8-1 antécédents médicaux :

La plus part des femmes de notre étude (76,7%) n'avaient pas d'ATCD médicaux.

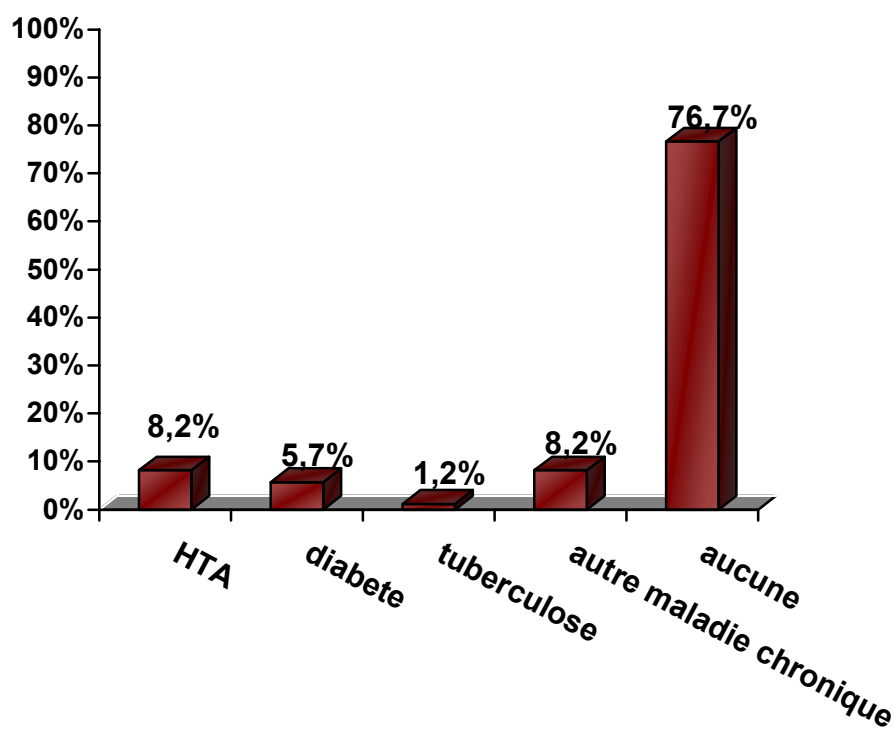


Figure n°6 : antécédents médicaux

8-2 Antécédents chirurgicaux:

Plus des 2/3 des femmes (69,8%) n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux.

8-3 Antécédents psychiatriques:

L'ATCD de dépression était présent chez 3,7% des femmes de notre échantillon, 2 femmes avaient fait une tentative de suicide et 4 femmes avaient consulté en psychiatrie.

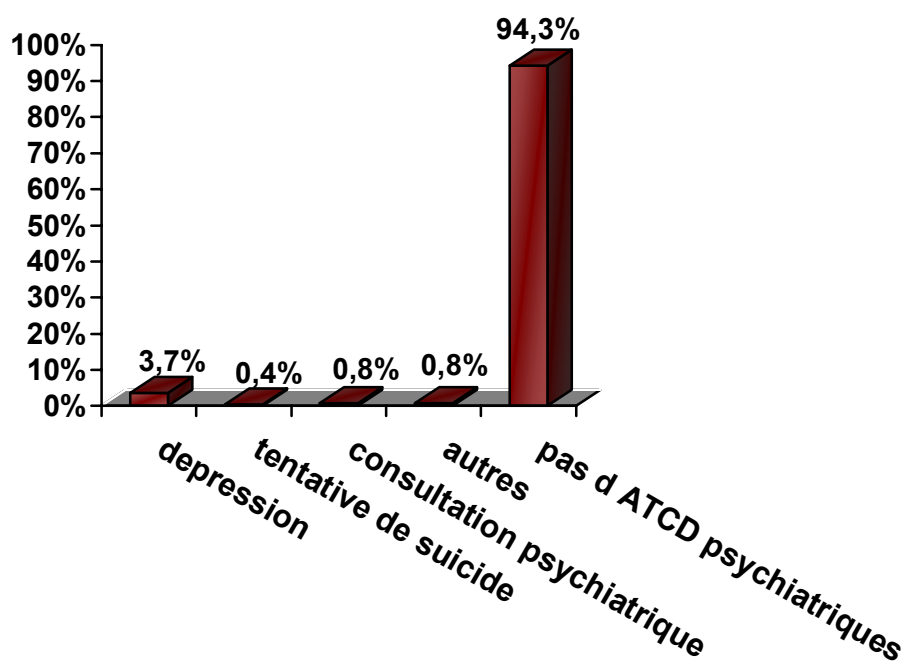


Figure n°7 : Antécédents psychiatriques

9- motif de mariage:

Plus de la moitié (55,5%) des motifs de mariage était à la suite d'un arrangement familial. dans 44,5% c'était après une relation amoureuse.

10- les femmes battues par leurs parents:

Presque la moitié des femmes 42% de notre échantillon avaient subies des violences physiques par leurs parents dans 0,4% n avaient pas de réponse.

11 – violence conjugale chez les parents des femmes de notre échantillon:

Les femmes ayant vécu une violence conjugale entre leurs parents représentent 21,2%.

12–la violence contre les enfants:

12-1 par leur mère :

Plus de la moitié (54,3%) des femmes de notre échantillon battaient leurs enfants.

12-2 par leur père :

Presque les 3/4 des pères (73,9%) battaient leurs enfants.

14– répartition de l'âge des conjoints:

L'âge moyen des conjoints des femmes était de 51 ans avec des extrêmes allant de 22 à 76 ans, on note la prédominance de la tranche d'âge comprise entre 40 et 50 ans (37,5%).

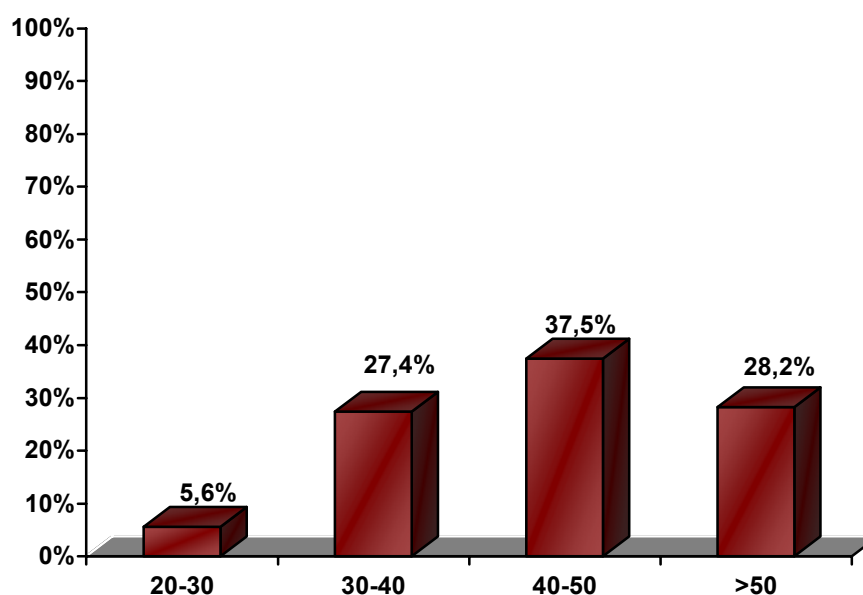


Figure n°8 : répartition de l'âge des conjoints:

15- Profession des conjoints:

Les conjoints cadre moyens représentent 32,7%, 16,3% étaient des cadres supérieurs.

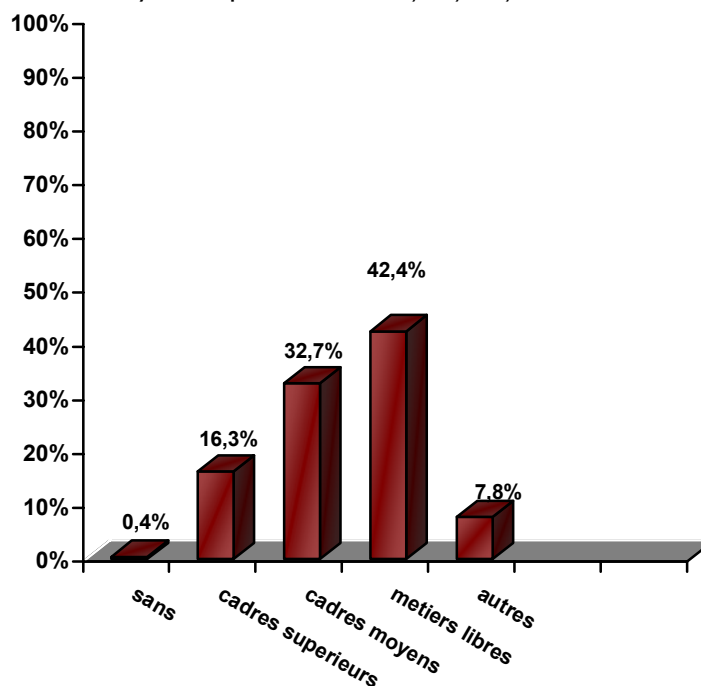


Figure n°9 :profession des conjoints

II) Etude de la violence:

1-Prévalence de la violence.

La prévalence de la violence chez les femmes de notre échantillon est de 16,6%.

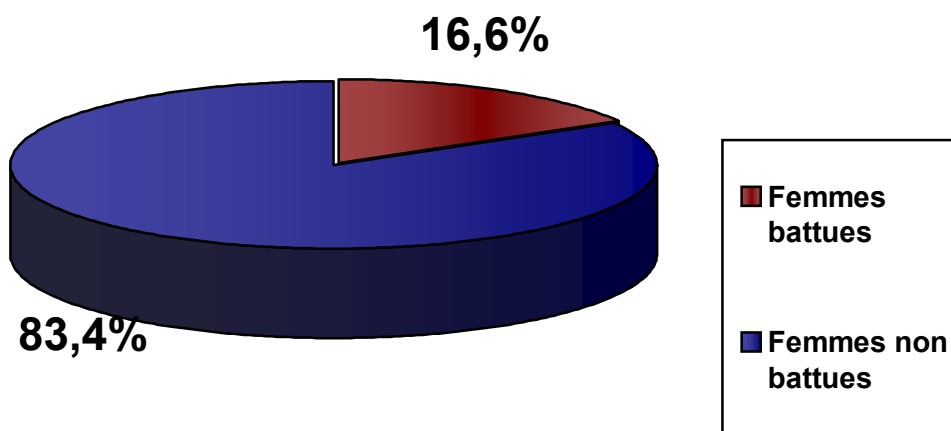


Figure n°10 : Prévalence de la violence.

2-Les causes de la violence :

La cause la plus répondue de la violence dans notre étude était les problèmes avec la belle famille (36,32%), dans 11,38% des cas les femmes ont rapporté comme cause de violence la réclamation de l'argent et 6,82% rapportent que la dépense d'une grande somme d'argent était la cause de la violence, le refus des rapports sexuels étaient la cause de violence dans 6,82% des cas.

Tableau n°2 : Les causes de la violence

causes	nombre	Pourcentage
PROBLEME DE LA BELLE FAMILLE	16	36,32 %
AUTRES	10	22,72 %
RECLAME DE L ARGENT	5	11,38 %
DEPENSE D UNE GRANDE SOMME D ARGENT	3	6,82 %
ALLEZ CHEZ LA FAMILLE SANS L'AVISER	3	6,82 %
RAPPORTS SEXUELS OBLIGES	3	6,82 %
DEMANDE DE L'ARGENT	1	2,28 %
TARDER LE SOIR DEHORS (au delà de19h)	1	2,28 %
PROBLEME AU TRAVAIL	1	2,28 %
DYSPAREUNIE	1	2,28 %
TOTAL	44	100 %

3-L'état du conjoint au moment de la violence:

Plus de la moitié (54,62%) des conjoints battaient leurs femmes alors qu'ils étaient dans leur état habituel, tandis que 27,36% exercent la violence contre leur femme en état d'ivresse et 11,30% après prise d'autres toxiques.

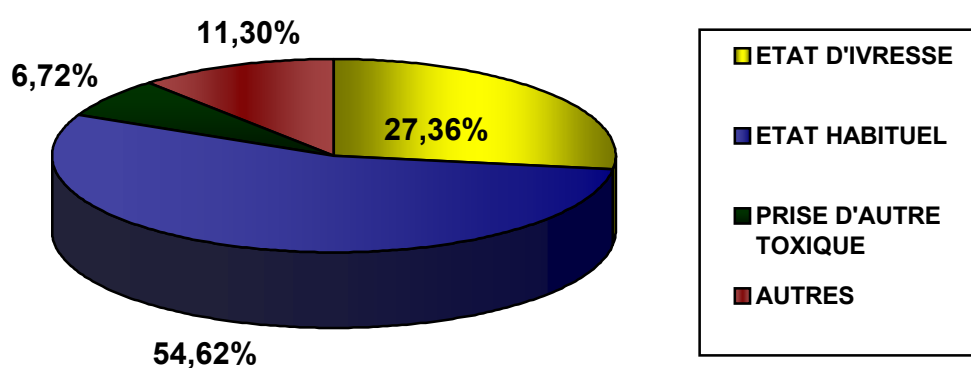


Figure n°11: pourcentage de différents états du conjoint lors de la violence

4-la violence et les enfants:

4-1) la violence devant les enfants :

Presque les 2/3 (63,64%) des conjoints violents battaient leur épouse devant les enfants.

4-2) la violence contre les enfants:

Le 1/4 des conjoints violents (25%) battaient leurs enfants simultanément que leurs épouses.

5-Fréquences des agressions :

Les femmes se disent agressées deux a trois fois par semaine dans 13,64%.

Tableau n°3 : Fréquences des agressions

Fréquence des agressions	nombre	Pourcentage
UNE FOIS DEPUIS LE MARIAGE	10	22,72 %
1 /6MOIS	8	18,18 %
1 /AN	7	15,90 %
2_3 /SEMAINE	6	13,64 %
1 /MOIS	4	9,10 %
AU QUOTIDIEN	3	6,82 %
2_3 /MOIS	3	6,82 %
1 /SEMAINE	2	4,54 %
1 /3MOIS	1	2,28 %
Total	44	100 %

6-Réaction des femmes victimes de violence :

La moitié des femmes battues n'ont eu aucune réaction après être violentée, 38,63% ont quitté le foyer conjugal et seulement 2,2% ont déposé une plainte.

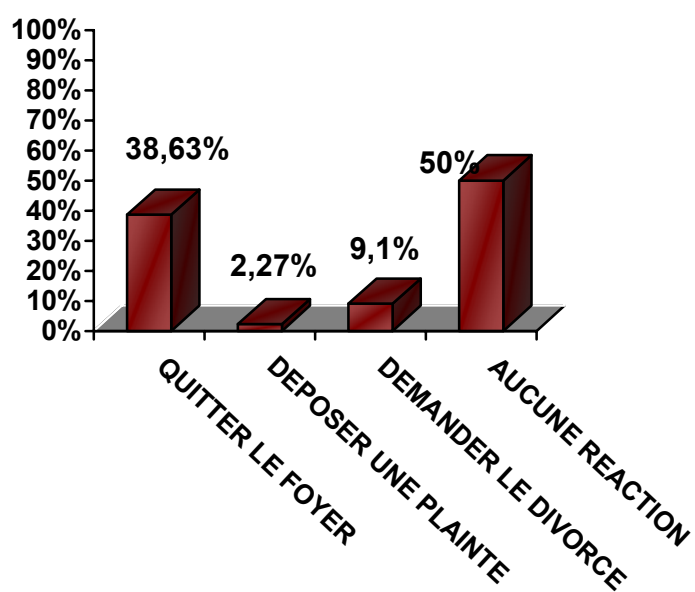


Figure n°12 : réaction des femmes battues

7- A qui se confient les femmes victimes de violence ?:

7-1 pourcentages des femmes qui se confient à une personne :

La plupart (72,72%) des femmes battues se confient à quelqu'un.

7-2 les personnes à qui se confient les femmes victimes de violence :

Plus du 1/3 des femmes victimes de violence (40,62%) se confient à leurs mères, alors que 18,75% se confient à leur sœur et 15,62% se confient aux voisins.

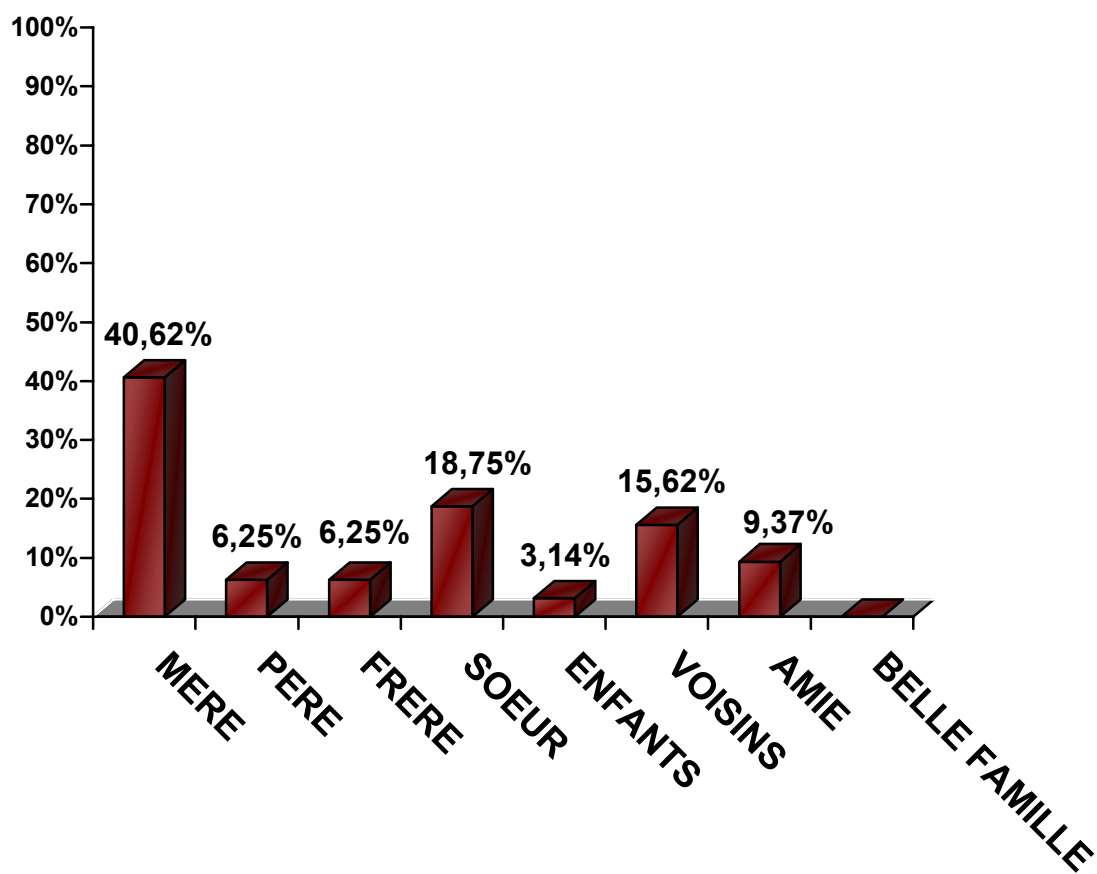


Figure n°13 : pourcentage des personnes à qui se confient les femmes battues.

7-3 : les raisons pour lesquelles les femmes victimes de violence ne se confient pas :

La raison la plus importante pour laquelle les femmes victimes de violence ne se confient à personne est la crainte de ne pas être crue (41,66%), suivie de la peur du conjoint (33,32%). la honte représente 16,68% des raisons.

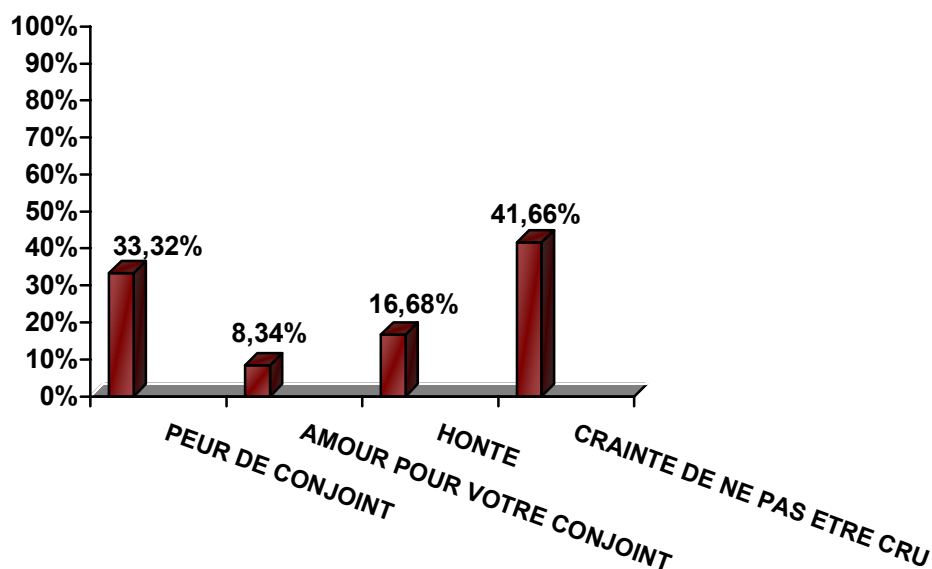


Figure n°14 : les raisons pour lesquelles les femmes victimes de violence ne se confient pas.

8- Sentiments des femmes victimes de violence:

Les femmes victimes de violence se disent dégoûtées dans 36,36% des cas, alors que 29,54% sont en colère, la haine est retrouvée chez 27,28% des cas et l'auto culpabilité est retrouvée chez 6,82% des femmes.

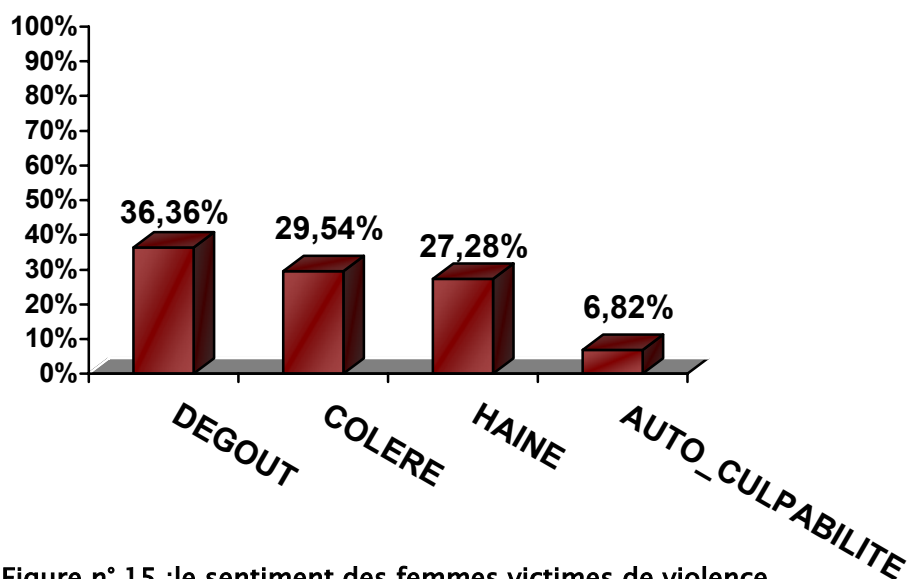


Figure n° 15 :le sentiment des femmes victimes de violence

9-Traumatisme suite a la violence:

Les femmes ayant présenté un traumatisme suite à la violence représentent 32%.

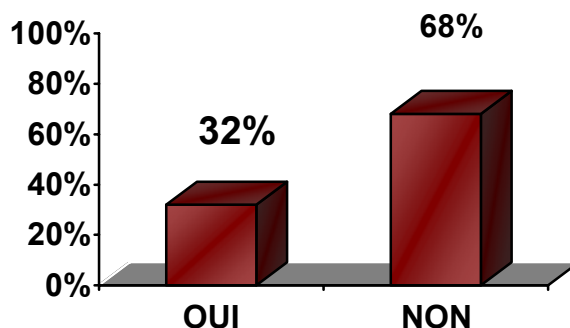


Figure n° 16 :Traumatisme suite a la violence

10-Niveau des agressions:

Le visage est la première partie du corps visée lors des agressions(78,6%), la tête dans 14,26 % des cas, et 7,14% des femmes rapporte l'agression au niveau des membres supérieurs.

Au fait, 92,86 des coups sont axés sur la tête et le visage.

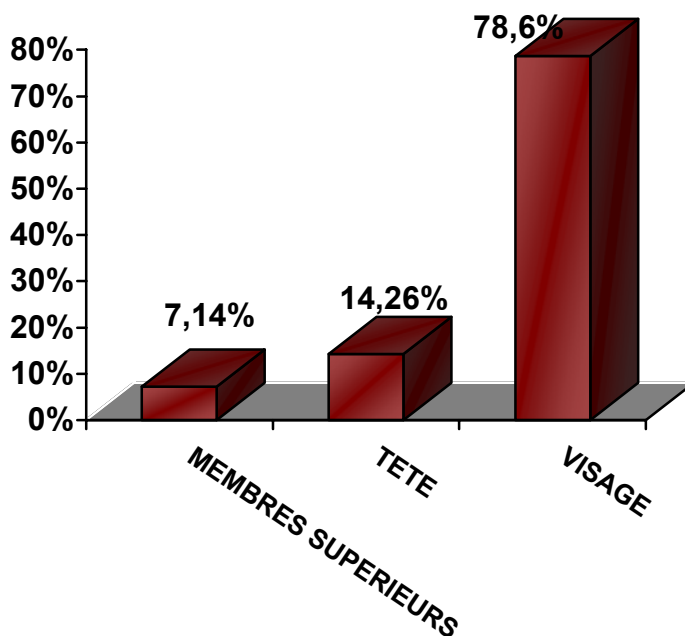


Figure n°17 : pourcentage selon le niveau des agressions

11-Différent types d'agression:

Les conjoints violents ont causé chez leurs femmes dans 64,3 % des cas des ecchymoses des parties découvertes, les plaies ouvertes ont été retrouvées chez 21,42% des femmes, les plaies fermées et ecchymoses des parties couvertes ont été présentes dans 7,14% des cas.

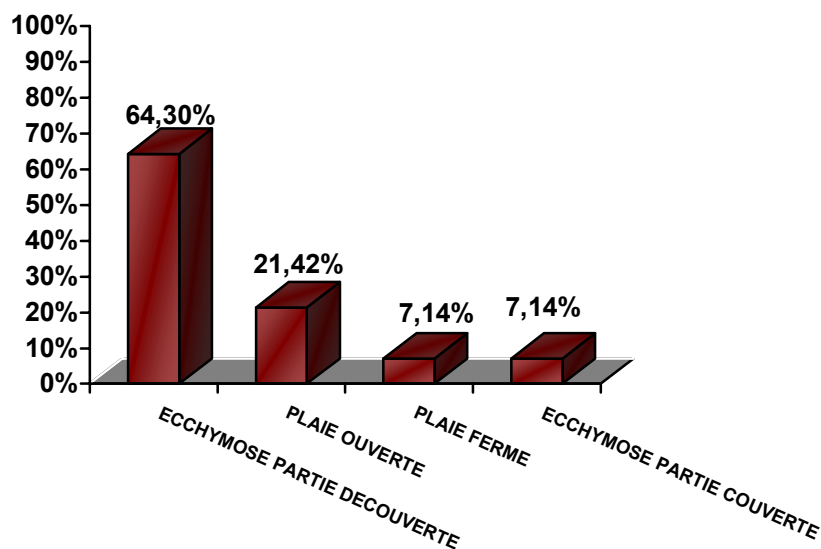


Figure n°18 : Pourcentage des différentes types d'agression

12- Conséquences des agressions:

Dans 14,28% des cas les femmes victimes de violence ont eu une agression nécessitant des points de

Sutures ou plusieurs consultations ou laissant une cicatrice indélébile.

Une intervention chirurgicale a été nécessaire chez 7,4% des femmes victimes de violence.

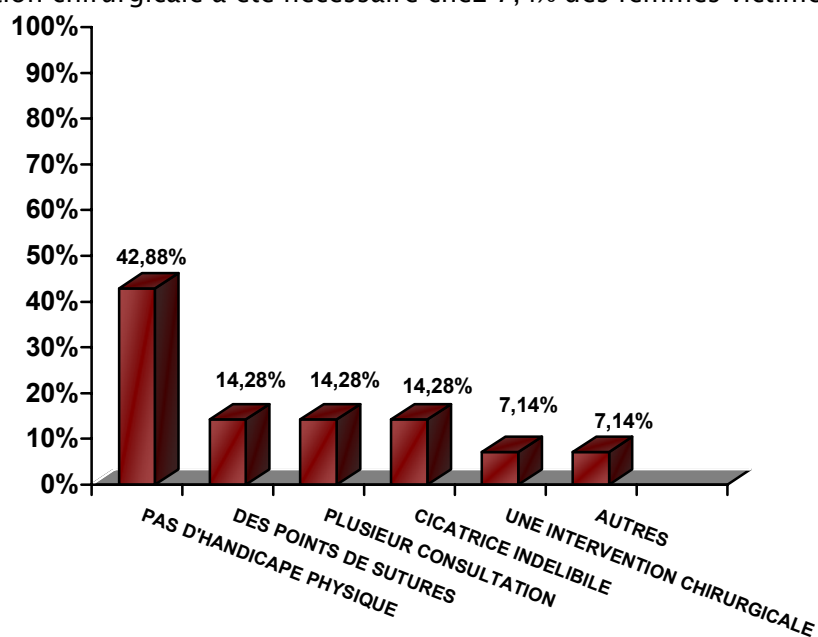


Figure n°19 : conséquences des agressions

IV) Prévalence de la dépression:

La dépression était retrouvée chez 18% des femmes de l'échantillon global, 5,2% avaient une dépression légère et pas de dépression chez 76,8% des femmes de l'échantillon, sachant que l'échelle de Hamilton était utilisée pour les hétéroquestionnaires et l'échelle de Beck pour les autoquestionnaires.

Tableau n°4 : résultat de la sévérité de la dépression selon les échelles Hamilton et Beck

score	nombre	pourcentage
Echelle de Hamilton		
0-7 (pas de dépression)	125	47 %
8-17 (dépression légère)	14	5,2 %
18-52(dépression)	13	5,2 %
Echelle de Beck		
0-7 (pas de dépression)	79	29,8 %
8-16 (dépression)	34	12,8 %
totale	265	100 %

Afin de faciliter la lecture des résultats nous avons procédé à présenter des tableaux récapitulatifs des différentes caractéristiques

Tableau n°5 : Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon globale

Caractéristiques	Participants à l'étude (n= 265)	
	N	%
Catégories		
Accompagnatrices	109	40 %
Consultantes	44	18 %
Auto questionnées	113	42 %
L'âge		
18-20	7	2,4 %
20-30	58	22,9 %
30-40	86	32,3 %
40-50	98	36,7 %
>50	16	5,7 %
Niveau d'instruction		
Jamais scolarisées	66	24,9 %
Coranique	2	0,8 %
Primaire	41	15,5 %
Secondaire	85	32 %
Universitaire	45	17 %
Formation professionnelle	26	9,8 %

Tableau n°5 : Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon globale

Caractéristiques	Participants à l'étude (n= 265)	
	N	%
Profession		
Femme au foyer	149	56,2 %
Cadre supérieur	14	5,3 %
Cadre moyen	86	32,4 %
Ouvrières	1	0,4 %
Employées de service	5	1,9 %
autres	10	3,8 %
Niveau socio économique		
<1000DH	2	0,4 %
1000-2000DH	50	19,6 %
2000-5000DH	130	51,4 %
5000-10000DH	47	18,4 %
>10000DH	12	4,9 %
Ne sait pas	4	0,8%
Pas de réponse	11	4,5%
Age du conjoint		
20-30	16	6,6 %
30-40	75	27,4 %
40-50	98	37,8 %
>50	76	28,2 %
Habitudes toxiques des conjoints		
Alcool	0	0 %
Tabac	2	0,4 %
Cannabis	0	0 %
psychotropes	0	0 %
Pas de prise de toxique	254	99,6%

Tableau n°6 : caractéristiques de la violence

Caractéristiques	N	%
Prévalence de la violence		
Femmes non battues	221	83,4 %
Femmes battues	44	16,6 %
totale	265	100 %
L état des conjoints violents		
Etat habituel	24	54,62 %
Etat d'ivresse	12	27,36 %
Autres	5	11,30 %
Prise de toxique	3	6,72 %
totale	44	100 %
Enfants témoins de la violence		
oui	28	63,64 %
Non	16	36,36 %
totale	44	100 %
Enfants victimes de violence		
Non	33	75 %
Oui	11	25 %
totale	44	100 %
Fréquence des agressions		
1 fois depuis le mariage	10	22,72 %
1 /six mois	8	18,18 %
1 /an	7	15,90 %
2-3/semaine	6	13,64 %
1 /mois	4	9,10 %
Au quotidien	3	6,82 %
2-3/mois	3	6,82 %
1 /semaine	2	4,54 %
1 / trois mois	1	2,28 %
totale	44	100 %

Tableau n°7 : réactions des femmes victimes de violence

Caractéristiques	N	%
Réactions des femmes battues		
Aucune réaction	22	50 %
Quitter le foyer	17	38,63 %
Demander le divorce	4	9,10 %
Déposer une plainte	1	2,27 %
totale	44	100 %
Pourcentage des femmes qui se confient à quelqu'un		
Oui	32	72,72%
Non	12	27,28%
totale	44	100%
Les personnes a qui se confient les femmes battues		
Mere	13	40,62%
Sœur	6	18,75%
Voisins	5	15,62%
Amies	3	9,37%
Père	2	6,25%
Frère	2	6,25%
Enfants	1	3,14%
Belle famille	0	0%
totale	32	100%
Les raisons pour lesquelles les femmes battues ne se confient à personne		
Crainte de ne pas être cru	5	41,66%
Peur de conjoint	4	33,32%
La honte	2	16,68%
Amour propre au conjoint	1	8,34%
totale	12	100%
Sentiments des femmes battues		
Dégoût	16	36,36%
Colère	13	29,54%
Haine	12	27,28%
auto culpabilité	3	6,82%
totale	44	100%

Tableau n°8 : conséquences de la violence

Caractéristiques	N	%
Traumatisme suite a la violence		
Non	30	68 %
Oui	14	32 %
totale	44	100 %
Niveau des agressions		
visage	11	78,6 %
Tête	2	14,26 %
Membres supérieurs	1	7,14 %
totale	14	100 %
Différents types d'agression		
Ecchymoses parties découvertes	9	64,3 %
Plaies ouvertes	3	21,42 %
Plaies fermées	1	7,14 %
Ecchymoses parties couvertes	1	7,14 %
totale	14	100 %
Conséquences des agressions		
Aucune conséquence	6	42,88 %
Des points de sutures	2	14,28 %
Plusieurs consultations	2	14,28 %
Cicatrice indélébile	2	14,28 %
Intervention chirurgicale	1	7,14 %
Autres	1	7,14 %
totale	14	100 %

ANALYSE UNIVARIEE

I) la violence en fonction de l'âge:

Les femmes âgées entre 18 et 40 ans constituent la tranche la plus touchée par la violence (57%), alors que 34% des femmes victimes de violence sont âgées entre 40 et 50 ans.

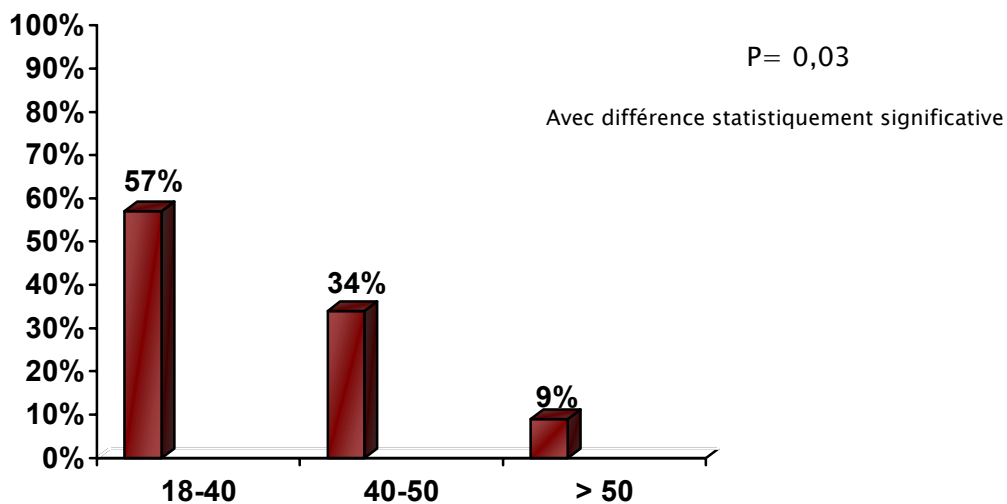


Figure n°20 : la violence en fonction de l'age

II) Violence et niveau d'instruction:

Les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction représentent 41% des femmes victimes de violence 36,5% avaient un niveau secondaire et 11,5% d'entre elles avaient un niveau universitaire.

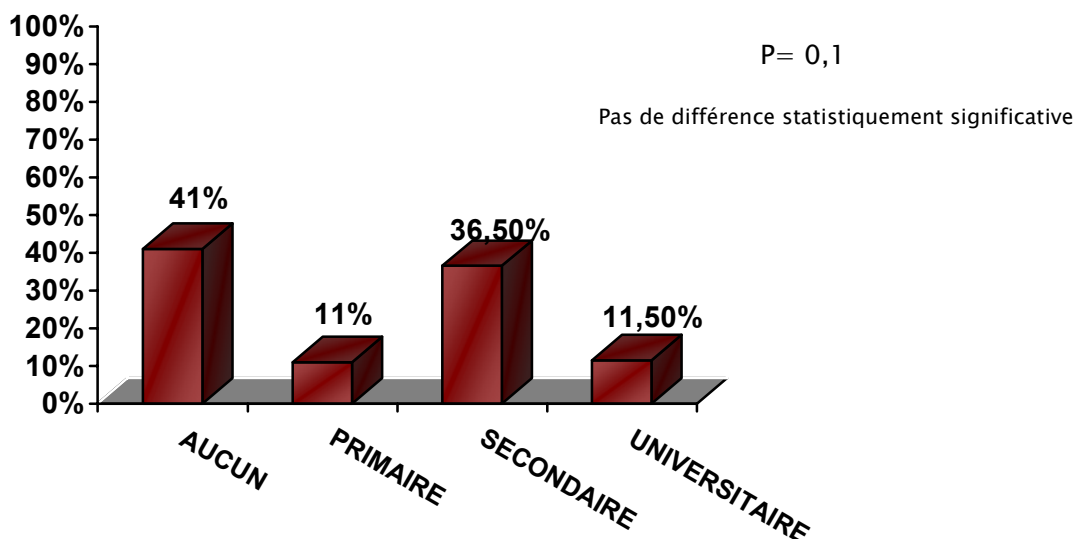


Figure n° 21 : violence et niveau d instruction

III) violence et profession des femmes:

La plus part des femmes victimes de violence (63%) étaient des femmes au foyer, les cadres moyens représentent 25% des femmes battues alors que les cadres supérieures représentent 3%.

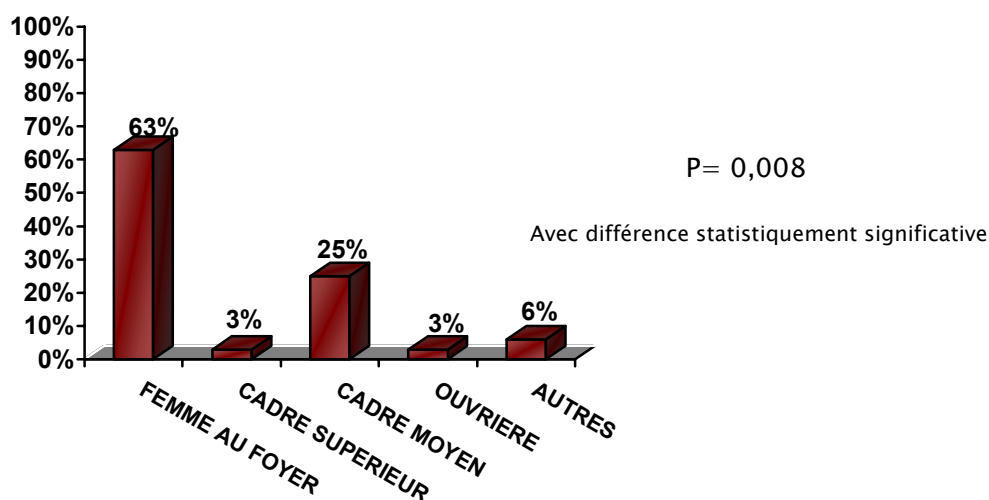


Figure n° 22 : violence et profession des femmes

IV) violence et niveau socio-économique:

Les femmes victime de violence issues d'un niveau socio-économique moyen (1000dh-5000dh) représentent plus des 2/3, les femmes ayant un niveau de plus de 5000dh représentent 16%.

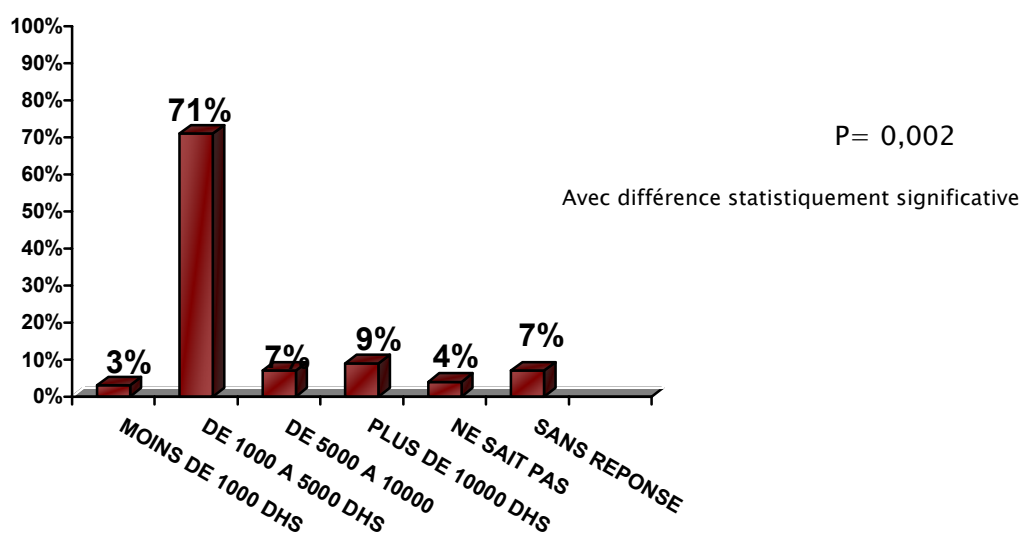


Figure n° 23 : violence et niveau socio-économique

Les femmes victimes de violence avaient le plus souvent un niveau socio-économique moyen.

V) ATCD de violence chez les femmes victimes de violence:

Plus de la moitié (52%) des femmes victimes de violence par leur conjoint ont déjà eu une violence dans leur enfance.

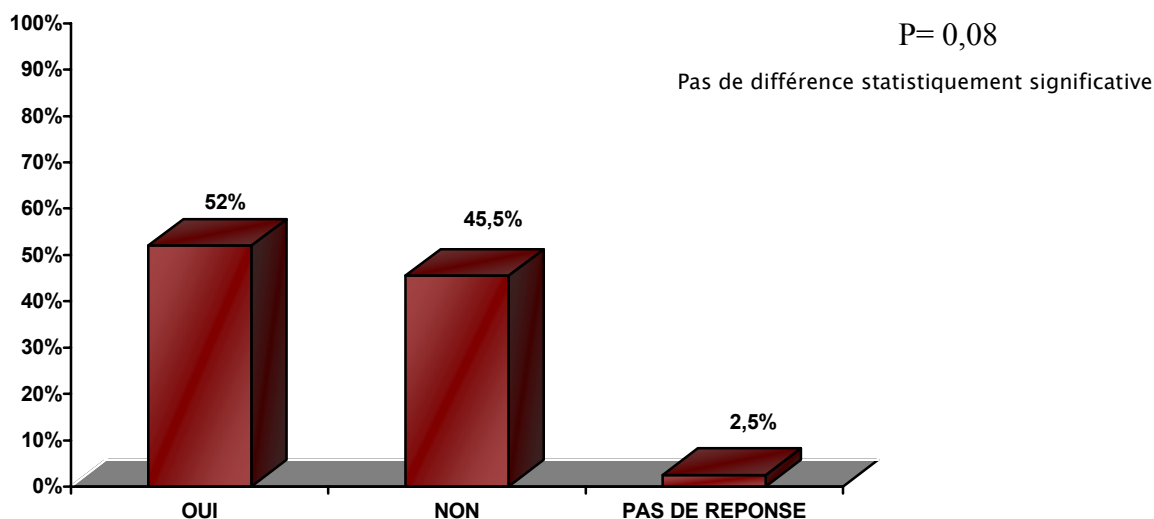


Figure n° 24 : ATCD de violence chez les femmes victimes de violence

Plus du tiers (36%) des femmes victimes de violence ont vécu une violence conjugale chez leur parents.

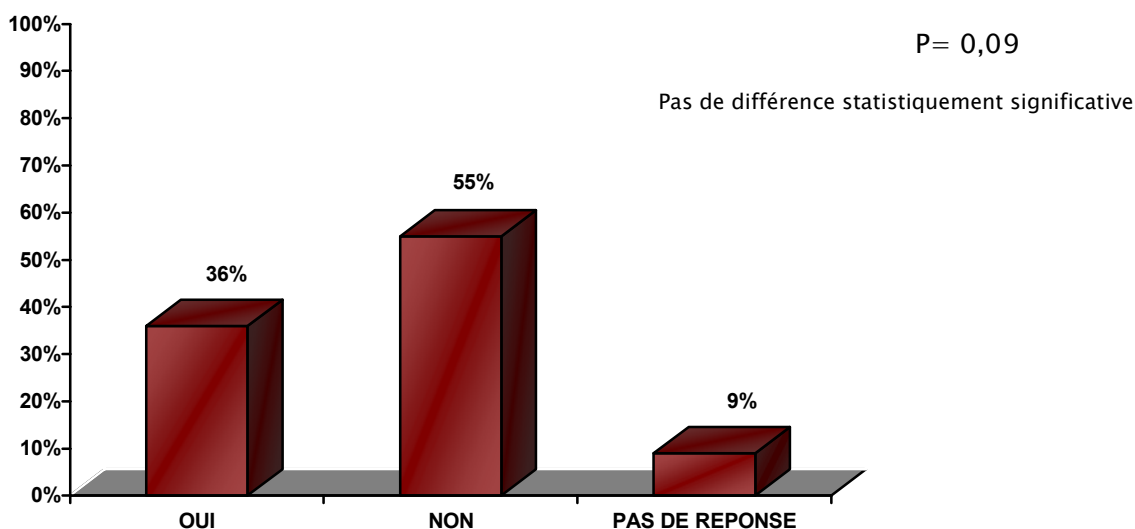


Figure n° 25 : ATCD de violence conjugale chez les parents des femmes victimes de violence

VI) profil des conjoints violents:

1) l'âge:

La majorité des conjoints violents ont un âge supérieur à 40ans, les conjoints âgés entre 30 et 40 ans représentent 18%.

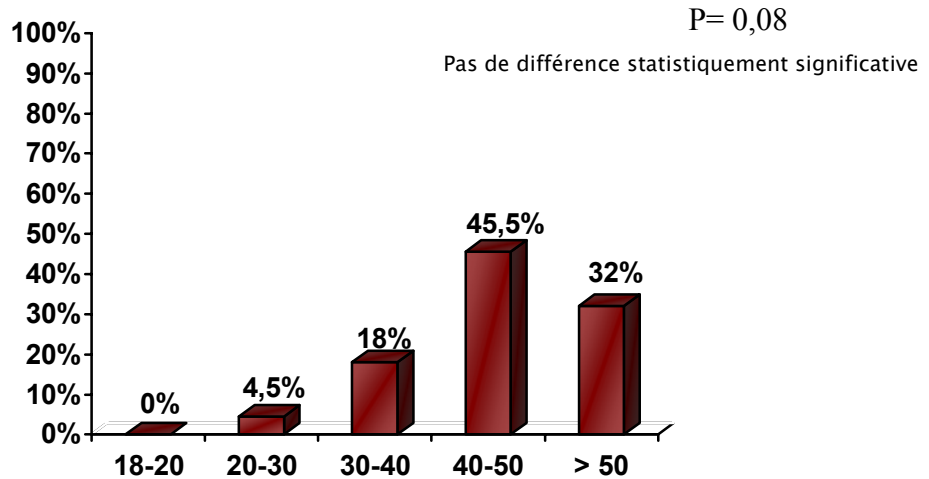


Figure n° 26 : répartition des conjoints violents selon l'âge

2) profession:

Plus du 1/3 des conjoints violents (35%) sont des ouvriers, les cadres supérieurs représentent 11% alors que les agents des services de sécurité représentent 5%.

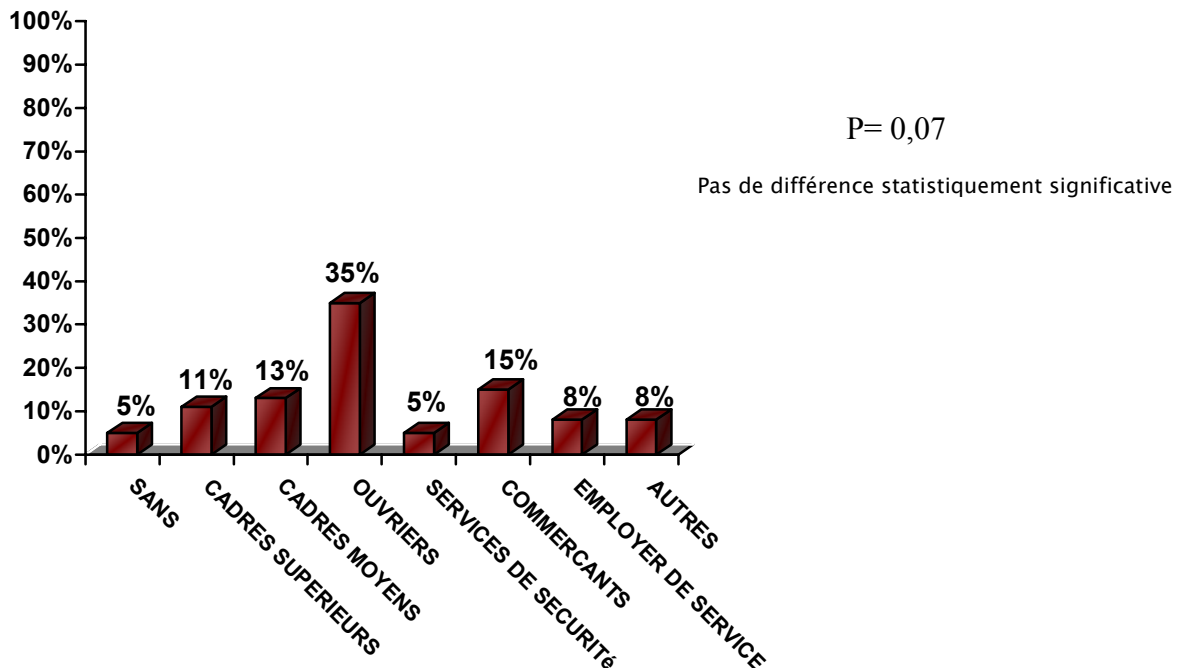


Figure n° 27 : Profession des conjoints violents

VII) rapport violence et dépression:

Dans notre étude 52,3% de femmes battues ont une dépression modérée à sévère et 20,5% ont une dépression légère.

Une dépression légère a été retrouvée chez 7,7% des femmes non battues, 83,7% d'elles non pas de dépression.

Tableau n°9 : rapport violence et dépression

p =0,002

Avec différence statistiquement significative

catégories	dépressions					
	Pas de dépression		Dépression légère		Dépression modérée à sévère	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
femmes battues	12	27,2 %	9	20,5 %	23	52,3%
Femmes Non battues	185	83,7 %	17	7,7 %	19	8,6 %

VIII) les femmes à risque :

Au terme des résultats de notre études les femme a risque sont :

- Femmes âgées de moins de 40ans
- Femmes aux foyers sans revenu fixe et dépendantes de leurs conjoints
- Femmes ayant un niveau socio-économique bas
- Femmes victimes de violence dans leur enfance où ayant vécu la violence familiale chez leurs parents.
- Femmes conjointes des ouvriers.

Ces femmes sont susceptible d'avoir des problèmes psychiques notamment la dépression.

DISCUSSION

I) généralités

A) Typologie de la violence selon IOMS :

Selon l’OMS, la violence est divisée en 3 grandes catégories, correspondant aux caractéristiques de ceux qui commettent l’acte violent. (Schémas 1) [7]

1) Violence auto infligée:

Elle-même se divise en deux sous types:

- comportement suicidaire: pensées suicidaire tentative de suicide.
- service auto infligé : automutilations.

2) violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui:

- violences familiales à l’égard d’un partenaire intime, autrement dit, la violence entre membre d’une famille et entre partenaire intime de manière générale, ce type de violence survient habituellement mais pas exclusivement au foyer.
- communautaire: c’est-à-dire la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître.

Ce type de violence survient généralement à l’extérieur du foyer.

3) Violence collective : se divise en :

- Violence sociale
- Economique
- Politique

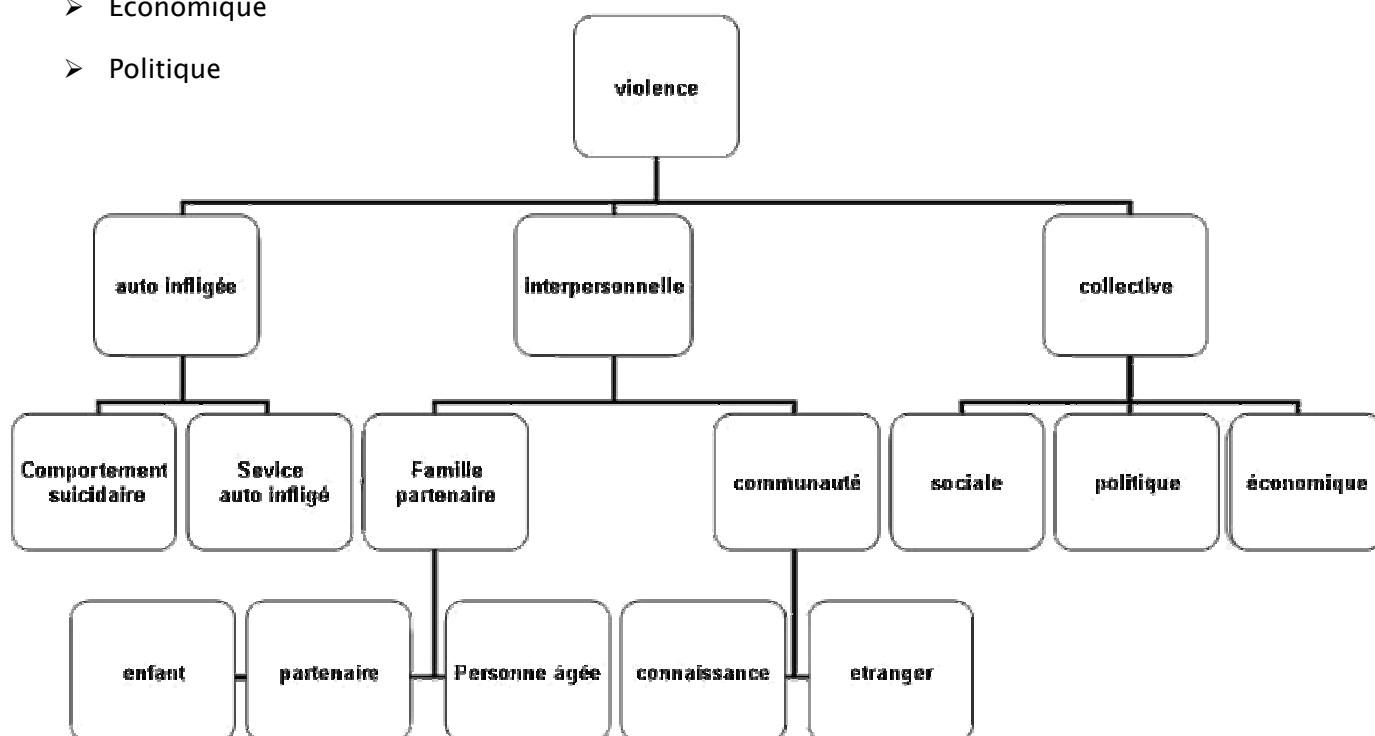


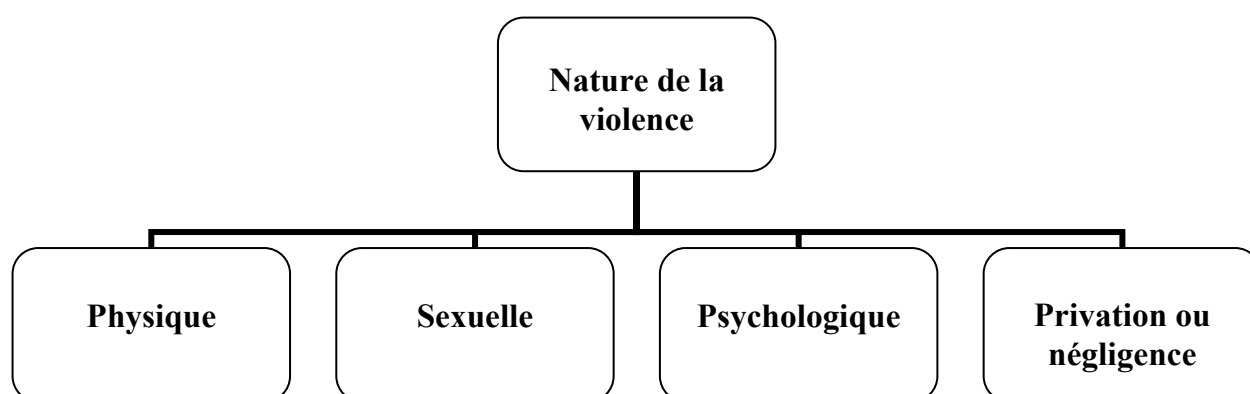
Schéma 1 :Typologie de la violence

B) Nature des actes violents : (schéma 2)

La violence se caractérise aussi par :

- 1) Violence physique : englobe différents actes pouvant entraîner la mort (coup, bousculades, morsures, étranglement, jet d'objets...)
- 2) Violence sexuelle : englobe tous les actes sexuels imposés par la force, de la contrainte au viol.
- 3) Violence psychologique : Englobe aussi bien les menaces graves, la contrainte
- 4) La privation de la liberté : et l'harcèlement sont des actes qui ne constituent pas une menace immédiate mais dont l'accumulation constitue un acte violent c'est la discrimination, l'injure, l'humiliation, l'insulte, la contrainte, la privation de la liberté.

Schéma2 : nature de la violence



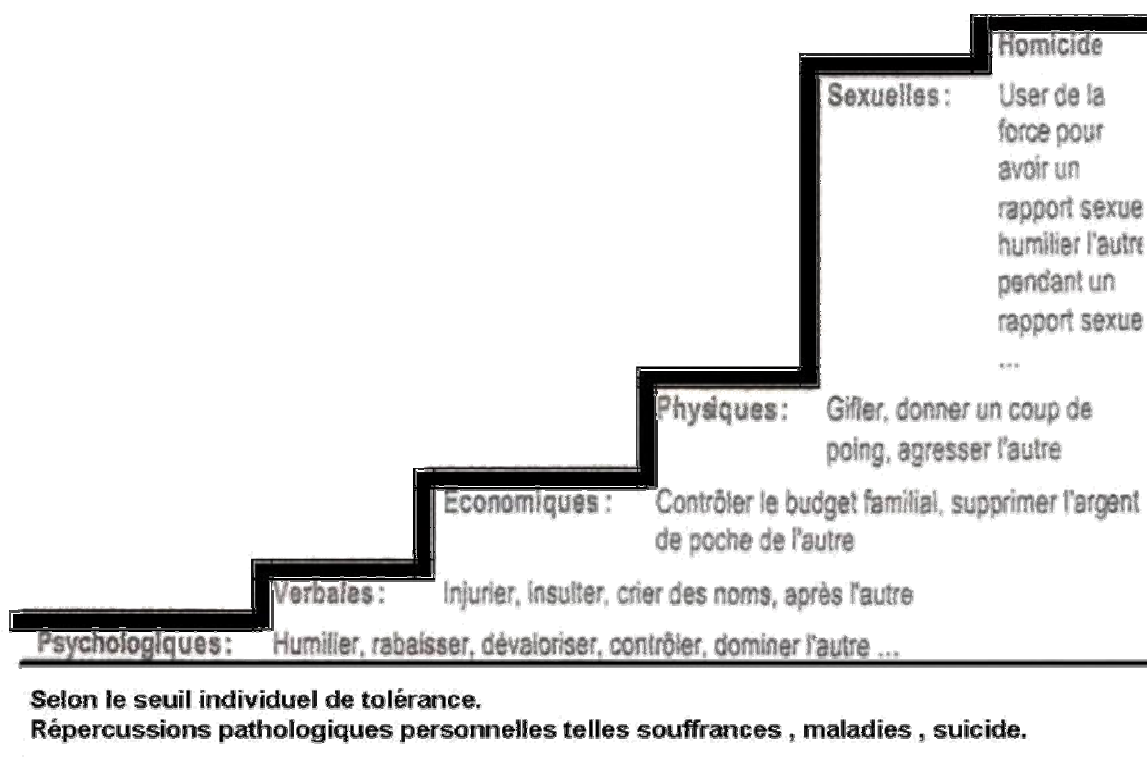
N.B. : Quoique importante et loin d'être universellement acceptée, la typologie de l'OMS offre un cadre de référence utile pour la compréhension de la violence.

C) Escalade de la violence familiale :

La famille est le lieu où la loi intervient le moins et où s'observe la violence envers les êtres les plus faibles, qu'il s'agisse des femmes, des enfants, personnes âgées, ou des hommes.

Cette violence au sein de la famille se présente sous plusieurs types et s'installe progressivement selon une escalade. [8][9][10]

Schéma n°3 : Escalade de la violence familiale



D) le cycle de la violence familiale :

• la violence familiale se déroule aussi sous la forme d'un cycle, véritable cercle vicieux destructeur, facilement repérable une fois connue : ce processus cyclique se compose de quatre étapes répétitives et stéréotypées.[11]

➤ montée et accumulation de la tension dans le quotidien de la famille a cause de L'absence de discussion et de résolution de problèmes.

➤ explosion de la violence: verbale, physique, sexuelle, psychique, c'est souvent à cette occasion pour cela s'arrête, le dominé se conforme aux exigences de l'agresseur ou l'aide d'un tiers et demandé.

➤ Denis, transfert des responsabilités, la justification de l'auteur de violence. L'agresseur minimise son acte et ces conséquences. La victime doute d'elle-même. Se culpabilise et fini par pensée que c'est elle qui doit changer pour que la violence cesse.

➤ la lune de miel (phase d'amour et de pardon). L'auteur de violence exprime le regret, devient très intentionné, reproduit des actes de séductions et d'amour, faire des promesses.

La victime reprenne espoir, veut croire aux promesses, minimise la violence sans savoir que cette situation détruit de plus en plus grave son identité, le couple vit dans l'illusion du couple parfois.

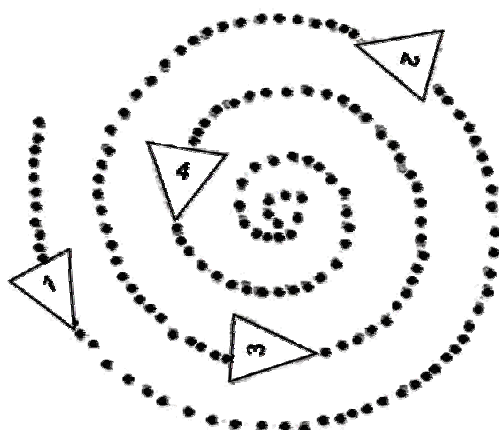
Le cycle recommence avec des phases de plus en plus rapprochées et agression de plus en plus graves.

Il ne se fait pas en boucle, mais en spirale les partenaires deviennent dépendants de ce cercle vicieux et des moments de plus en plus rares d'accalmie et de réconciliation.

Tableau n°10 : Tableau des différentes réactions au cours des phases du cycle de la violence

Phases	Dominant(e)	Dominé(e)
1- L'escalade, tension Conflits, divergences Education des enfants Relation avec la famille Choix budgétaires Décision de vie familiale Décision d'opinion grossesse	Tension Frustration Manque de satisfaction Menace	Crainte Peur Terreur
2- L'explosion, agression Agression verbale Psychologique Physique sexuelle	Recours à la violence	Colère Humiliation Tristesse Impuissance Désespoir
3- Dénî, transfert des responsabilités Constat, des effets de la violence	Dénî de la gravité des faits déresponsabilisation Transferts de la responsabilité sur la victime	Responsabilisation Culpabilisation Auto accusation
4- Lune de miel, rémission, sursis amoureux Promesses Cadeaux Sorties fleurs	Cherche à faire excuser sa conduite et obtenir la pardon	Espoir de changement repris de l'espoir Effacement du vécu violent Efforts pour minimiser, excuser, nier les faits.

Schéma n° 4 : le cycle de la violence familiale



- 1 la tension monte**
- 2 la violence explose**
- 3 l'agresseur se justifie, la victime doute et se blâme**
- 4 il promet de ne plus recommencer, elle reprend espoir, tout va bien.**

II) discussion des resultats:

1 – la prévalence :

Dans notre étude menée auprès de 265 femmes la prévalence de la violence contre les femmes en milieu conjugale est de 16,6%.

Des études ont été conduites dans 71 pays par l'OMS sur la santé des femmes et la violence familiale. Ces études ont montré que la prévalence de la violence physique commise par le partenaire intime durant la vie d'une femme, oscille entre 13% et 61% la prévalence varie entre 23% et 49% pour la majorité des pays. (Voir tableau)[19][20]

Une étude menée en Syrie en 2002 a révélé que 21,8% de femmes avaient subi une violence familiale parmi celle ci la moitié avaient subis une violence physique.[21]

En France l'enquête nationale sur la violence envers les femme menée en 2000 a montré que au cours des 12 deniers mois, 8% des femmes vivaient en situation d'harcèlement psychologique tandis que les agressions physiques ont été déclarées par 2,5% des femmes.[22]

Au canada en 1993, 25% des femmes étaient victimes de la violence depuis l'âge de 16 ans ce pourcentage était de 3% sur la période de 12 derniers mois. [23]

Au Maroc en 2006 selon le rapport sur la violence fondée sur le genre, sur une base de 864 femmes victimes de violence 91,7% de ces femmes ont été agressées par leurs maris, dont la violence physique représente 26,2% et la violence psychologique à 18,7%. [24]

Différents facteurs influencent la qualité et la comparabilité des données relatives à la violence familiale, y compris :

- des définitions variables de la violence familiale
- des variations dans les critères de sélection des participants aux études
- des différences résultantes des sources de données
- la volonté des personnes interrogées de parler franchement et honnêtement d'un vécu par rapport à la violence.

A cause de ces facteurs il est difficile de comparer directement la plupart des chiffres de prévalence de la violence familiale provenant de différentes études. Ainsi toutes les études ne séparent pas les différents types de violence ce qui fait que ce n'est pas toujours possible de faire la distinction entre les actes de violence physique, psychologique et sexuelle. Certaines études

n'examinent que les actes violents survenus dans les 12 derniers mois tandis que d'autres évaluent ce qui se passe au cours de toute une vie.

En conséquent les différences entre les études résultent très probablement de différences méthodologiques et pas de réel écart entre les taux de prévalence. [25]

Tableau n°11 : violence physique contre les femmes par partenaire intime, sélection des études Démographiques.

pays	année	Population étudiée	Taille de l'échantillon	% de violence physique	
				12 derniers mois	Au cours de la vie
Afrique					
Afrique du sud	1998	I	10190	6%	13%
Egypte	1995	I		16%	34%
Ethiopie	1995	II	673	10%	45%
Amérique latine					
Nicaragua	1998	I	8507	12%	28%
Mexique	1996	I	1064	.	17%
Puerto rico	95-96	I	4755	.	13%
Amérique du nord					
canada	1993	III	12300	3%	29%
usa	95-96	III	8000	13%	22%
Asie					
Cambodge	1996	I	1374	.	16%
Inde	1999	I	9938	14%	40%
Turquie	1998	III	599	14%	58%
Europe					
Grande- Bretagne	1993	III	430	12%	30%
Suisse	94-96	II	1500	6%	21%
Pays bas	1986	III	989	.	21%
norvege	1989	I	111	.	18%
Maroc					
Enquête nationale	06-07	IV	864	.	26,2%
Notre étude	2006	II	265	.	16,6%

I : femmes déjà mariées ou ayant déjà eu un partenaire.

II : femmes mariées ou ayant un partenaire actuellement.

III : échantillon représentatif de la population générale (ERPG)

IV : femmes victimes de violence reçues dans un centre d'écoute

2- caractères sociodémographiques :

2-1 l'Age :

Dans notre étude les femmes victimes de violence ayant l'âge de 18 à 20 ans représente 2% des cas, celles entre 21 et 30 ans représentent 16% des cas, la tranche la plus exposée à la violence est celle entre 31 et 40 ans avec un taux de 39% suivie de 34% pour les femmes âgées de 41 à 50 ans. Les femmes victimes de violence et qui ont un âge supérieur à 50 ans représentent 9%.

Une enquête nationale de la violence envers les femmes réalisé en France en 2000 a montré que les femmes victimes de violence et âgés entre 20 et 24 sont les plus à risque 12,1%, les femmes âgées entre 25 et 34 ans représentent 10,1%, celles entre 35 et 44 ans représentent 9% alors que les femmes âgés de plus de 45 ans représentent 7,6%. [26]

Au Canada en 2002 selon une enquête nationale les femmes de moins de 25 ans sont les plus à risque elles ont signalé un taux annuel de violence de 5% comparativement aux femmes de 45 ans et plus qui signalent un taux de 1%. [27]

Tableau n°12 : comparaison des tranches d'âge des femmes victimes

auteur	année	échantillon	Tranche d'âge	pourcentage
Enquête nationale sur la violence envers les femmes en France	2000	Echantillon représentatif population générale (ERPG) N=7000	20-24 ans	12,1 %
			25-34 ans	10,1 %
			35-44 ans	9 %
			Plus de 45 ans	7,6 %
Centre de la statistique juridique canada	2002	ERPG N= 12300	Moins de 25 ans	5 %
			Plus de 45 ans	1 %
S.faroukhi these 56 /09 FMPPM	2005	Femmes victimes de violence N=371	31_40 ans	43,5%
Notre étude	2006	Femmes mariées N= 265	18-20 ans	2 %
			21-30 ans	16 %
			31-40 ans	39 %
			41-50 ans	34 %
			Plus de 50 ans	9 %

Quelque soit la nature de la violence le jeune âge est un facteur de risque, parmi les explications probable, l'effet de générations, les femmes les plus âgées n'auraient pas la même perception de comportement autoritaire d'un homme épousé en tant que chef de famille que leur cadettes mariées dans le sceau de l'égalité entre les conjoints.

2-2 la profession:

2-2-1 la profession des femmes victimes de violence :

Dans notre échantillon la majorité (63%) des femmes qui ont eu une violence physique étaient des femmes au foyer.

En France en 2000 (ENVEFF) a montré que les femmes totalement inactives et chômeuses en situation de violence très grave représentent 2.8%, les cadres supérieurs représentent 6,1% et les ouvrières 4,6%. [28]

La majorité des femmes victimes de la violence sont sans profession ou ont abandonné leur activité, néanmoins même une femme active ou disposant des ressources personnelles peut elle aussi être victime de l'emprise d'un conjoint violent. [29]

Tableau n°13 : comparaison des professions des femmes victimes.

pays	année	échantillon	profession	pourcentage
France (ENVEFF)	2000	ERPG N=7000	femmes sans activité	10,4 %
			Cadres supérieures	6,1 %
			Ouvrières	4,6 %
S.faroukhi FMPM	2005	Femmes victime de violence N=371	Femmes au foyer	20,48%
			Femmes actives	17,78%
Notre étude	2006	Femmes mariées N=265	Femmes au foyer	63 %
			Cadres supérieures	3 %
			Ouvrières	3 %
			Cadres moyens	25 %

2-2-2 conjoints violents :

Dans notre échantillon plus que le 1/3 des conjoints violents sont des ouvriers (35%).

Selon le rapport du Dr Henrion (enquête 1999), il s'agit en majorité des hommes bénéficiant par leur fonction professionnelle d'un certain pouvoir, on remarque une proportion très importante de cadres supérieurs 67%, les professionnels de santé représentent 25%. [30]

Dans une étude néerlandaise évoquée par OLGA KELTOSOVA presque 50 % des auteurs d'acte de violence à l'égard des femmes sont titulaires d'un diplôme universitaire. [31]

2-3 Niveau socio-économique :

Dans notre étude la majorité des femmes victimes ayant un niveau économique inférieur à 5000DH.

L'enquête nationale sur la violence envers les femmes réalisées en France en 2000 montre que les femmes sans aucun revenu sont d'avantage en situation de violence (3,3%).

Il semble que le manque d'argent lié aux situations de précarité, la dépendance des femmes sans aucun revenu sont autant des facteurs aggravants des situations de violence familiale. [32]

La violence familiale existe dans toutes les classes, sociales culturelles et économiques sans critère d'âge. [33]

3- causes de la violence familiale:

La cause la plus répondue de la violence dans notre étude est les problèmes avec la belle famille (36,32%).

Selon l'OMS [34] des études réalisées dans différents pays ont montré que :

Au Brésil l'adultère représente 11% des causes de violence physique.

En Egypte la négligence de la maison et des enfants représente 40% des causes de la violence alors que le refus des relations sexuelles et la désobéissance représentent 59%.

A Nicaragua l'adultère est la cause dans 22% des cas, la négligence de la famille était retrouvée chez 15% des cas, et le refus des relations sexuelles représente 5% des causes de la violence familiale.

Tableau n°14 : comparaison des causes de la violence.

pays	année	échantillon	Causes de la violence	Pourcentage
Brésil	1999	femmes	adultère	11 %
Egypte	1996	Femmes urbaines	Négligence de la maison et les enfants	40%
			Refus des relations sexuelles	59%
Nicaragua	1999	Femmes urbaines	adultère	22%
			Négligence	15%
			Refus des relations sexuelles	5%
Notre étude	2006	Femmes mariées	Problème de la belle famille	36,32%
			Réclamation d'argent	11,38%
			Dépense d une grande somme d argent	6,82%
			Rapport sexuel obligé	6,82%

4- contexte des actes violents :

4-1 L'alcoolisme :

Dans notre étude 27,36% des conjoints violents étaient en état d'ivresse au moment de la violence

En France (ENVEFF) 2000 ; l'agression la plus importante a été constatée une fois sur quatre, alors que le conjoint avait bu l'alcool. Ces états d'ivresse sont plus manifestes lors de l'agression physique.

Au Canada ; dans plus de 40% des actes de violence, l'agresseur avait consommé l'alcool. Vu ces résultats la prise de l'alcool est sans doute un catalyseur de la violence, cependant on peut retenir aussi que plus des 2/ 3 des agressions sont produites alors que le partenaire n'avait pas bu l'alcool. [35] ceci justifie que la prise de l'alcool n'est pas une excuse pour être violent.

Tableau n°15 : comparaison de l'état d'ivresse chez les conjoints violents.

pays	année	échantillon	% des conjoints violent en état d'ivresse
France	2000	ERPG N=7000	27%
Canada	2002	ERPG N=12300	40%
Notre étude	2006	Femmes mariées N=265	27,36%

4-2 ATCD de violence :

Dans notre étude 52% des femmes ayant subi une violence étaient battues dans leur enfance et 36% ont vécu une violence conjugale chez les parents.

En France (ENVEFF) 2000 ; 16% ont vécu un climat de violence entre leur parents, 8% sont entré en conflit avec l'un des deux parents voir les deux, 3 % ont subi des sévices et des coups répétés. 28% des femmes ayant subi des services dans l'enfance ont été victimes de violence dans les 12 derniers mois contre 6% de celles qui n'ont pas été victime de violence.

Statistiquement ; il est indéniable que le fait d'être victime dans l'enfance accroît considérablement le risque de victimisation conjugale a l'âge adulte c'est un facteur aggravant[36]

Tableau n°16 : comparaison des ATCD de violence chez les femmes victimes.

pays	échantillon	année	Violence conjugale chez les parents des femmes victimes	Violence dans l'enfance chez les femmes victimes
France	ERPG N=7000	2000	16%	28%
Notre étude	Femmes mariées N=265	2006	36%	52%

5- L'enfant témoin- l'enfant victime :

Dans notre étude 63,6% des cas les enfants des femmes victimes de violence ont assisté à l'agression et dans 75% les enfants étaient victimes d'agression simultanément que leur mère.

Selon une étude réalisée en France en 2000 (ENVEFF), 35% des femmes ont rapporté que leurs enfants ont assisté aux scènes violentes entre elle et leur père. [37]

Une étude réalisée en Irlande a montré que 64% des femmes maltraitées déclarent que leurs enfants sont souvent témoin de la violence. Au Mexique 50% des femmes victimes ont fait la même déclaration. [38]

La violence dont l'enfant est témoin a le même effet sur lui que s'il en était victime, lors des scènes de violence, les enfants adoptent différentes attitudes : la fuite, l'observation silencieuse ou l'intervention, ils développent un fort sentiment de culpabilité, d'autant que le père les utilise comme moyen de pression et de chantage. Ces enfants sont susceptibles de reproduire la violence, seul modèle de communication qu'ils connaissent, soit dans les lieux publics (école, dans la rue) soit en privé (à la maison, dans une future relation de couple)

6- réactions des femmes victimes de violence :

Dans notre étude, 50% des femmes victimes de violence n'ont eu aucune réaction, 38,6% ont quitté le foyer alors que 9,1% ont demandé le divorce et 2,27% ont déposé plainte.

Au Canada 22% des femmes n'ont eu aucune réaction, 26% ont contacté la police, en Australie 18% des femmes ont été sans aucune réaction et 26% ont contacté la police. En Egypte 47% des femmes n'ont eu aucune réaction, (ENVEFF en France 2000), 13,6% ont quitté le foyer, 16% ont appelé les secours. [39]

Tableau n°17 : comparaison des différentes réactions des femmes victimes

pays	année	échantillon	Réactions des femmes battues	Pourcentage
Canada	2002	ERPG N=12300	Aucune réaction	22 %
			Contacter la police	26 %
Australie	1996	ERPG N=6300	Aucune réaction	18 %
			Contacter la police	26 %
Egypte	95-96	Femmes mariées N=7121	Aucune réaction	47 %
France	2002	ERPG N=7000	Quitter le foyer	13,6 %
			Appeler les secours	16 %
Notre étude	2006	Femmes mariées N=265	Aucune réaction	50 %
			Quitter le foyer	38,6 %
			Demander le divorce	9,1 %
			Déposer une plainte	2,27 %

Dans notre étude les femmes victimes de violence qui se sont confiés à quelqu'un représentent 32%, 40,6% de ces femmes se sont confié à leur mère.

Au Canada 81% des femmes victimes de violence se sont confiées à une autre personne dont 65% se sont confié à un des membres de famille, 27% à des amis, et 31% à un médecin. [40]

Dans notre étude, 36,3% des femmes victimes de violence avaient un sentiment de dégoût, 29,5% étaient en colère et 6,8% se sentent auto coupable.

Au Canada 44% se sentent frustrées, 34% ont une colère et 15% se sentaient auto coupable.

Tableau n°18 : comparaison des différents sentiments des femmes victimes

pays	année	échantillon	sentiments des femmes victimes	pourcentage
Canada	2002	ERPG N=7000	La frustration	44 %
			la colère	34 %
			L'auto culpabilité	15 %
Notre étude	2006	Femmes mariées N=265	Le dégoût	36,3 %
			La colère	29,5 %
			L'auto culpabilité	6,8 %

La plupart des femmes victimes de violence ne sont pas des victimes passives, elles adoptent des stratégies pour renforcer leur sécurité et celle de leurs enfants mais leurs réactions sont souvent limitées par les options dont elles disposent. Divers facteurs peuvent faire rester les femmes dans des relations violentes, il s'agit souvent de la peur, la honte, les représailles, de l'absence d'aide économique par ailleurs, de l'inquiétude pour les enfants, d'un manque de soutien de la part de la famille et de l'espoir constant que le conjoint va changer. Malgré les obstacles, beaucoup de femmes maltraitées finissent par quitter le partenaire violent, sortir de la relation violente est un processus et pas un événement ponctuel, ce processus comprend des périodes de dénégation, de culpabilité et de souffrance.

7- conséquences de la violence :

7-1 Conséquences physiques :

Le 1 /3 des femmes victimes de violence de notre étude ont eu un traumatisme physique, le visage était ciblé dans 78,6% des cas et la tête été visée dans 14,2 % des cas.

Les ecchymoses des parties découvertes étaient retrouvées dans 64,3% des cas de violence, et dans 21,4% des cas la violence à causé des plaies ouvertes.

Les points de sutures étaient nécessaires dans 14,2%.

Dans une étude rétrospective menée auprès de 371 femmes victimes de violence réalisée par S. faroukhi, les traumatismes cranio-faciaux sont les plus fréquents soit 47,70% suivis des traumatismes des membres soit 26,41%. Les lésions des parties molles sont les plus fréquentes soit 23,98% pour les contusions, 17,78% pour les ecchymoses, et 17,78% pour les plaies.[42]

Selon une étude nord américaine effectuée dans un service d'urgences à partir de 279 cas (hotch1995) : 59% de contusions, 24,1% de plaies profondes, 13,9% de plaies superficielles 6% de fractures et 1,2% de brûlures. [41]

Parmi 138 femmes victimes de violence conjugale et consultantes dans une unité medico-judiciaire française le nombre de lésions constatés par patiente a été de trois, elles concernaient seulement la face dans 23,9% des cas, le reste du corps dans 31,9% et l'ensemble du corps dans 44,2% (thomas et coll.2000) [42]

7-2 conséquences psychiatriques :

Dans notre étude 52,3% de femmes victimes de violence ont une dépression modérée sévère, et 20,5% ont une dépression légère.

Parmi 60 patientes interrogées, 50% des femmes hospitalisées dans un service de psychiatrie sont victimes de violence conjugale (poste 1980).,

Plus de 50% des femmes victimes de violence conjugale pressentent des symptômes de dépression et 29% ont fait au moins une tentative de suicide (Hilberman & Munson ,Rounsaville & Weissman, 1977_78)[43]

La dépression est fréquente chez les femmes victimes de violence, elle est caractérisée par la perte d'estime de soi, une prudence exacerbée, un repli sur soi, troubles de sommeil, et /ou des tentatives de suicide. Elle peut être la conséquence naturelle d'une situation dans laquelle la femme se sent réellement dans l'impossibilité de fuir le control et le pouvoir de son partenaire qui la maltraite. Elle peut être également due au sentiment que la vie du couple arrive à son terme, une grande incertitude de l'avenir, la peur de représailles du partenaire, et la crainte de difficulté économique, ou encore à une intériorisation de la colère.

III) Rôle des professionnels de santé :

Les professionnels de santé sont le plus souvent les premiers interlocuteurs et acteurs privilégiés dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de la violence; ils ont un rôle clé dans le dépistage de ces violences : le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte. Ils ont aussi un rôle stratégique dans l'information ; l'orientation et la prévention des femmes victimes de la violence. [12]

1) Accueillir et être à l'écoute :

C'est pour les médecins et les professionnels de santé ; être disponible, savoir engager le dialogue, poser quelques questions simples qui mettent la femme en confiance et lui donnent l'opportunité de raconter son histoire.

La femme victime de la violence vit sous la contrainte, l'angoisse et la peur. Elle est humiliée et a souvent développer un sentiment de culpabilité. Le médecin doit donc s'efforcer de lui faire exprimer son désarroi. Il doit comprendre son sentiment de vulnérabilité, son désespoir, sa tendance à nier l'effet, à les minimiser voir à défendre son oppresseur. Il doit accepter que la femme soit confuse effrayée, hanteuse ou agressive.

2) dépister les violences :

Le dépistage peut être facile devant des lésions visibles dont la multiplicité et la topographie sont suggestives, d'autant plus qu'elles sont d'âges différents. Il est beaucoup plus difficile lorsque la femme consulte pour des troubles dus à une somatisation comme des troubles digestifs ou des troubles gynécologiques ou encore des troubles psychiques variés. Le médecin doit alors faire preuve de perspicacité.

En l'absence des signes évocateurs la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique, essentiel pour les auteurs américains et canadiens et très peu fait par les médecins européens. Mais la plupart des femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas parler de ce qu'elles subissent. D'après les études canadiennes 25% seulement en parleraient spontanément à leur médecin.

Cela suppose donc de poser quelques questions simples ce peut être des questions sur la vie conjugale :

- vous entendez-vous bien avec votre mari ?
- vous vous disputez avec lui ? que se passe-t-il alors ?
- qu'est-ce que vous rend triste ?

Ce peut être aussi des questions en rapport avec le climat actuel de la violence :

- on parle beaucoup en ce moment de mécontentement dans les familles, des violences dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? Quelqu'un vous a-t-il mal traité ?
- de nombreuses patientes nous en disent avoir été plus au moins mal traitées par quelqu'un de proche. est-ce que cela vous est arrivé.
- Êtes-vous effrayée par le comportement de quelqu'un à votre domicile.

Si la patiente répond affirmativement le médecin dit tenter d'approfondir la situation en posant d'autres questions.

- Voudriez-vous me parler longuement ?
- que voudriez-vous faire ?

Dans le doute certains éléments peuvent orienter le diagnostic tel que la notion recueillie à l'interrogatoire de maltraitance de la femme dans son enfance. Certaines situations sont également évocatrices : le jeune âge de la femme, une séparation récente, en instance de divorce, une instabilité du couple, l'alcoolisme du conjoint ou un conjoint connu peu être violent, le

conjoint sans emploi ou encore un état de précarité du ménage sont également des facteurs aggravants.

Dans d'autres cas, c'est le comportement de la femme et ou de l'homme lors de la consultation qui éveillent l'attention. La patiente tantôt craintive et apathique, tantôt irritée et agressive, sursaut au moindre bruit, à la moindre stimulation. Ses déclarations peuvent être confuses ou incohérentes. L'homme est trop prévenant, répond à la place de sa femme ou lui suggère ses réponses, la contrôle par les expressions du visage ou des attitudes intimidantes. Mieux vaut faire sortir l'accompagnateur sous un prétexte quelconque.

La femme peut aussi consulter sous d'autres prétextes : l'établissement d'un certificat médical sur réquisition ou non, un renouvellement de traitements médicamenteux, une demande de soin pour ses enfants ou pour son compagnon.

Quoiqu'il en soit, dans certains cas la femme ne veut pas parler. Le médecin peut l'aider en lui délivrant le message qu'elle pourra toujours revenir et il peut lui donner des adresses ou des numéros de téléphone utiles.

3) Evaluer la gravité :

C'est apprécier les conséquences somatiques des lésions traumatiques mais aussi gynécologiques qui peuvent survenir à la suite de rapports sexuels forcés. C'est aussi évaluer l'impact des violences sur le psychisme qui peut conduire la femme à de graves manifestations anxieuses ou phobiques, à la dépression, à des tentatives de suicide, à un comportement addictif vis-à-vis du tabac, de l'alcool, des autres drogues psycho actives, des médicaments psychotropes. On doit se garder de sous estimer le caractère très destructeur qu'un climat de violence à long terme exerce sur la femme quelque soit la gravité des signes cliniques apparents.

Il convient d'évaluer, outre la gravité des lésions :

- L'augmentation de la fréquence des actes de violences et leur aggravation qui, en répétant, peut atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial.
- Le contexte d'alcoolisme chronique du partenaire.
- Le retentissement sur les enfants au foyer, très souvent témoins des actes de violences.
- La présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que la grossesse.
- L'existence de menaces de mort ou l'usage d'armes, très inquiétantes.

La notion d'un risque élevé peut justifier soit de conseiller une hospitalisation en urgence, soit inciter la femme à un éloignement immédiat même temporaire, soit de porter plainte.

Au minimum il convient de l'orienter vers des relais compétents tels que les associations d'aide aux victimes. L'examen a posteriori des cas d'homicides a parfois permis de constater que si les acteurs de santé et de justice avaient tenus compte des signes d'alerte, le drame aurait pu être évité.

Cependant, il n'est pas rare que la femme soit réticente. Divers facteurs interviennent dans sa conduite paradoxale : outre sa fatigue physique et son état dépressif, le souci de préserver l'unité familiale et les enfants, la peur de représailles la crainte de ne pouvoir surmonter les obstacles matériels, la crainte d'affronter les institutions judiciaires, la crainte que l'abandon du domicile conjugal ne se retournent contre elle dans une instance de divorce.

C'est le rôle des soignants, du médecin et des associations, d'aider la femme dans sa décision et de lui apporter un éclairage extérieur.

4) assurer les soins et constituer les dossiers :

Le bilan des lésions nécessite parfois des examens complémentaires : radiographie, examens spécialisés.

Les soins consistent non seulement à traiter les lésions constatées mais aussi les manifestations douloureuses immédiates et le retentissement psychologique : insomnie, anxiété, état dépressif.

L'établissement du certificat auquel tout médecin traitant est tenu peut être différé. Qu'il le soit ou non tous les éléments recueillis à l'interrogatoire et à l'examen doivent être consignés dans un dossier, tant l'effet objectif que subjectif : début des violences, fréquences, type des violences, contexte déclenchant, alcoolisme du mari, lésions constatées, retentissement sur le psychisme, violences à l'encontre d'autres membres de la famille.

5) rédaction du certificat :

Le certificat est un acte médical descriptif qui témoigne des dires et décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques et leurs retentissements physiques et psychiques des violences subies par la femme.

C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme, l'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendant

largement. Il peut aussi constituer un élément de preuve qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme ne l'utilise pas immédiatement.

Il doit comporter, outre les éléments d'identification du médecin et de la femme ainsi que la date et l'heure de l'examen :

- la description exhaustive des lésions constatées en précisant leur aspect tout en respectant les termes médicaux appropriés (ecchymoses, hématomes...), leur emplacement, leur ancienneté, et leur étendue. Un schéma peut être utile.
- La description des soins nécessaires et prescrits ainsi que la liste des examens complémentaires prescrits et effectués.
- Les conséquences fonctionnels des blessures tenant compte des appréciations objectives du médecin et des allégations de la victime relatives aux douleurs ressenties, à la fatigue, à la gêne plus ou moins importante pour accomplir les mouvements.
- La détermination de l'incapacité totale du travail (ITT) qui concerne le travail personnel et non professionnel. Cette durée, évaluée en jours, bien que les violences perpétrées par le partenaire constituent dorénavant un délit ressortant du tribunal correctionnel quelque soit la durée de l'ITT, n'en conserve pas moins toute son importance pour l'appréciation du préjudice subi, de la dangerosité de l'agresseur et la fixation de la peine.

6) L'information et l'orientation de la patiente :

C'est une des missions essentielles des médecins et des professionnels de santé en général. Le médecin dispose de plusieurs possibilités en fonction de la gravité de la situation, de l'état de réceptivité de la patiente et de ses désires. La capacité d'une femme victime de violences à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offertes.

Si la situation est grave et laisse craindre l'irréparable le médecin peut décider une hospitalisation immédiate il peut aussi conseiller à la femme de porter plainte. Si le médecin estime ne pas avoir la compétence voulue, il peut adresser la femme dans un service médico-judiciaire compétent et spécialisé. Il peut aussi orienter la femme victime de violences vers les associations qui accompagnent les femmes dans leurs procédures judiciaires et sociales.

IV) la prévention de la violence familiale : défis et objectifs : [13]

La prévention, c'est l'ensemble des actions qui réduisent la probabilité de l'apparition d'un phénomène, en s'attaquant à ses causes et aux facteurs qui lui sont associés. Bien que la prévention soit essentielle pour parvenir à diminuer la fréquence de la violence familiale, des activités de promotion doivent aussi être menées afin de modifier, à long terme, la culture et les valeurs propices à la violence. La promotion consiste donc précisément en des activités qui tendent à modifier les contextes politique, social, économique, culturel, environnemental et biologique afin d'accroître le bien-être des personnes et des populations. Par ailleurs, la promotion vise à ce que les personnes deviennent responsables de leur santé et de leur bien-être.

En ce qui concerne la violence familiale, la promotion doit agir, par exemple, sur la manifestation des rapports de force historiquement inégaux entre les sexes, rapports qui ont abouti à la domination des hommes sur les femmes, tant dans la sphère publique que dans la sphère privée. Elle doit viser également le respect des droits de la personne, le respect des différences et la responsabilisation individuelle et collective par rapport à l'amélioration de la qualité de la vie. Les spécialistes établissent trois grands types de prévention, soit la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La prévention primaire vise la population en général, avant l'apparition d'un phénomène. En ce qui a trait à la violence familiale, elle se traduit en outre par des activités de sensibilisation et d'information aptes à prévenir l'émergence de ce problème. La prévention secondaire s'adresse, quant à elle, aux populations à risque et aux clientèles plus vulnérables au regard d'un problème. En matière de violence conjugale, la prévention secondaire doit, par exemple, être dirigée vers les groupes exposés à des facteurs qui les rendent vulnérables, comme les enfants qui vivent dans un contexte de violence familiale, les jeunes femmes, les femmes âgées ainsi que celles dont les caractéristiques physiques, sociales et politiques les différencient de la majorité de la population. Elle doit aussi s'adresser aux hommes et aux femmes qui se trouvent dans des situations à risque de violence, comme la rupture ou la grossesse. La prévention auprès des enfants et des jeunes qui sont exposés à la violence familiale revêt une importance particulière, car elle vise à freiner la reproduction de cette violence à travers les générations. Elle doit favoriser l'acquisition d'attitudes et de comportements non sexistes et non violents.

Enfin, la prévention tertiaire concerne les personnes qui se trouvent dans une situation de violence familiale, c'est-à-dire les femmes victimes, les enfants et les conjoints violents. Dans le cas des victimes, il s'agira de les aider à réduire leur tolérance envers la violence et à s'y soustraire. Dans le cas des contrevenants, la prévention tertiaire consistera à empêcher la récurrence par une intervention socio judiciaire et correctionnelle appropriée. Une attention particulière devra aussi être portée aux enfants afin d'empêcher que les filles intègrent le rôle de victimes, et les garçons celui d'agresseurs. L'intervention en matière de récurrence nécessite en ce sens une série d'actions de nature préventive et curative, qui ont pour but d'empêcher que la violence ne se répète. La prévention de la violence familiale exige une connaissance des causes de cette violence et des facteurs qui en favorisent l'émergence. Elle requiert aussi que tous les milieux adoptent une compréhension commune de ce phénomène, afin que des moyens cohérents et des outils de préventions efficaces puissent être mis au point. Prévenir la violence familiale nécessite que des

priorités d'action soient établies et que des moyens précis soient mis en œuvre en fonction des priorités et des objectifs poursuivis.

Enfin, la prévention suppose que les intervenantes et les intervenants visés par les priorités d'action soient clairement désignés et mobilisés et que les ressources nécessaires soient engagées. L'élément clé de tout succès en prévention repose sur la reconnaissance de la nécessité d'intervenir de façon massive, concertée, complémentaire et cohérente.

1) 1^{er} DÉFI: Favoriser l'amélioration de la qualité de la vie des personnes et de la population.

OBJECTIFS :

Promouvoir l'établissement de rapports égaux entre les hommes et les femmes et entre les garçons et les filles :

- en sensibilisant la population, particulièrement les hommes, à l'importance d'établir des rapports égaux entre les sexes;
- en outillant le personnel en contact avec les enfants et les jeunes, particulièrement le personnel du milieu scolaire et des services de garde, pour favoriser la transmission de valeurs basées sur l'égalité des sexes;
- en amenant les parents à éduquer leurs enfants selon des modèles égaux;
- en incitant les médias à proposer des modèles de relations égaux entre les sexes et à bannir le sexisme de leurs productions;
- en soutenant des initiatives qui visent à promouvoir des rapports égaux.

Amener les nouvelles générations à adopter des modèles relationnels fondés sur le respect des droits de la personne, les responsabilités individuelles et le respect des différences :

- en faisant la promotion de modèles relationnels fondés sur le respect des droits de la personne, les responsabilités individuelles et le respect des différences;
- en sensibilisant le personnel scolaire et celui des services de garde à l'importance de leur rôle dans la transmission de modèles relationnels sains et appropriés;
- en favorisant le développement de la confiance en soi et d'une saine estime de soi chez les enfants;
- en éduquant les enfants et les jeunes à la tolérance, au respect des droits de la personne et des différences, et aux responsabilités individuelles.

Favoriser la réduction des inégalités et agir sur les milieux de vie :

- en luttant contre l'isolement et la pauvreté;
- en soutenant des initiatives qui visent l'amélioration de la qualité de la vie et le bien-être des personnes et de la population;
- en renforçant l'action des communautés dans la mise en place de stratégies adaptées à leur réalité.

2) 2^{eme} DÉFI: Prévenir l'émergence de la violence conjugale en mobilisant tous les milieux pour qu'ils fassent de la prévention une priorité.

OBJECTIF :

Réduire la tolérance sociale face à la violence en général, et à la violence conjugale en particulier :

- en sensibilisant la population au caractère inacceptable et criminel de la violence;
- en sensibilisant la population pour qu'elle reconnaisse la violence familiale, la refuse, la réprouve et agisse pour la prévenir;
- en informant la population sur le phénomène de la violence conjugale, son ampleur, sa fréquence, ses coûts sur le plan humain, social et économique ainsi que sur les services et les ressources disponibles;
- en informant les femmes de leurs droits;
- en incitant les médias à traiter l'information portant sur la violence conjugale sans recourir au sensationnalisme;
- en soutenant des initiatives axées sur la prévention de la violence conjugale.

3) 3^{eme} DÉFI: Agir auprès des personnes et des groupes qui vivent des situations à risque et auprès des personnes plus vulnérables à la violence familiale.

OBJECTIFS

Soutenir les femmes et les hommes qui vivent des situations à risque de violence :

- en les informant sur le phénomène de la violence conjugale et sur les ressources d'aide existantes;
- en sensibilisant le personnel des ressources publiques, parapubliques et communautaires aux situations particulières qui accroissent les risques de violence conjugale.

Aider les enfants qui vivent dans un contexte de violence conjugale :

- en les orientant vers l'acquisition d'attitudes et de comportements non sexistes et non violents;
- en sensibilisant toutes les personnes susceptibles d'être en contact avec des enfants exposés à la violence conjugale aux effets de cette violence et à la nécessité d'agir;
- en informant le personnel en contact avec des enfants exposés à la violence conjugale sur les ressources d'aide vers lesquelles les diriger.

4) 4^{eme} DÉFI: Prévenir la récurrence de la violence conjugale :

OBJECTIFS

Réduire la tolérance des victimes face à la violence conjugale :

- en informant les victimes sur le cycle de la violence conjugale, ses manifestations et ses effets.
- en suscitant une prise de conscience de leur situation et de son caractère inacceptable;
- en les aidant à entreprendre une démarche de dévictimisation;
- en les informant sur les ressources d'aide existantes;
- en les outillant de manière à ce qu'elles puissent se soustraire à des situations de violence.

Freiner la reproduction de la violence conjugale à travers les générations :

- en permettant aux enfants et aux jeunes exposés à la violence conjugale d'adopter des modèles relationnels différents, plus sains et plus égalitaires que ceux auxquels ils ont été exposés.

Responsabiliser les conjoints violents :

- en suscitant chez eux une prise de conscience du caractère criminel de leur comportement et de ses conséquences;
- en les amenant à entreprendre une démarche de changement;
- en les dirigeant systématiquement vers des ressources d'aide appropriées;
- en les amenant à adopter des attitudes et des comportements non sexistes et non violents.

V) Les aspects juridiques et déontologiques :

1) Les sanctions pénales marocaines :

Le Code pénal marocain pénalise l'usage de la violence contre les conjoints. Son amendement en 2003 a rendu encore plus claires les peines qui attendent ceux qui battent lâchement leurs femmes. Le Code pénal est clair sur le sujet. L'article 404 pénalise la violence contre les parents ou proches. Dès 1962, il a été précisé que : **« quiconque volontairement fait des coups à son père, à sa mère ou à tout autre ascendant, est puni : dans les cas et selon les distinctions prévues aux articles 400 et 401, du double des peines édictées auxdits articles ; dans le cas prévu à l'article 402, alinéa 1, de la réclusion de dix à vingt ans ; dans le cas prévu à l'alinéa 2, de la réclusion de vingt à trente ans ; dans le cas prévu à l'alinéa 1 de l'article 403, de la réclusion de vingt à trente ans et dans le cas prévu à l'alinéa 2, de la réclusion perpétuelle »**. [14]

Cet article du Code pénal pénalisait la violence contre les parents et proches, mais il n'était pas assez dissuasif aux yeux de certains hommes. D'où son amendement en 2003 par un ajout qui clarifie à tout jamais la question. L'amendement de loi n°24/ 2003 modifie les termes de

l'article 404 du Code pénal comme suit : **« quiconque volontairement fait des coups à son père, à sa mère, à son conjoint ou à tout autre ascendant, est puni »**. Les peines sont proportionnelles à la gravité de la violence.

Le Code pénal garantit la protection de la femme victime de violence aussi bien au sein du domicile conjugal qu'à l'extérieur. La sanction est plus lourde quand il s'agit du mari ou du parent, et ce, aussi bien pour la femme que pour la fille mineure.

Le Code pénal, dans son article 1-503, condamne l'agresseur à une peine d'emprisonnement de 1 à 2 ans assortie d'une amende allant de 5 000 à 50 000 dirhams.

2) La situation du praticien:

Le praticien appelé à prendre en charge une femme victime de violence conjugale se trouve dans une situation délicate. Il est pris entre son devoir de protection de la santé de ses patientes et les impératifs du secret professionnel. En effet, les dispositions législatives font apparaître une antinomie entre divers articles du code pénal :

– Article 431 du code pénal : « **quiconque s’abstient volontairement de porter à une personne en péril l’assistance que sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours est puni de l’emprisonnement de trois mois à cinq ans. Amende 120 à 1000 dirhams ou l’une de ces deux peines**». [15]

– Cependant l’article 446 du même code précise : « **Les médecin chirurgiens et autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens, les sages femme et toute autre personne dépositaire par état ou profession ou par fonction temporaire ou permanente, des secrets qu’on leur confie qui, hors la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d’un emprisonnement d’un mois a six mois et d’une amende de 120 à 1000 dirhams**». [16]

Aux articles du code pénal correspondent des articles du code de déontologie médical, qui confirment la réalité du conflit entre la prise en compte de l’intérêt du patient et l’obligation du secret professionnel :

– Article 3 du code de déontologie : « **quelle que soit sa fonction, ou sa spécialité hors le seul cas de force majeur tout médecin doit porter secours d’extrême urgence à un malade en danger immédiat si d’autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés**». [17]

– Article 4 du code déontologique : « **Le médecin doit à son malade le secret absolu en tout ce qui lui a été confié ou qu’il aura pu connaître en raison de la confiance qui lui a été accordée**». [18]

Dans tous les cas ce sont le sens de la responsabilité et sa conscience personnelle qui doit dicter au médecin sa décision, il ne s’agit pas de retrancher derrière le code déontologique lorsque la vie

d’une personne est en danger. Le vrai dire, l’efficacité quand il y a danger ne passe pas forcément par le droit, il peut aussi consister à adresser en urgence la personne en danger à une association d’aide aux victimes ou la mettre à l’abri de son agresseur dans les meilleurs délais.

Le cas de conscience ne se posera réellement que si la femme refuse obstinément tout soutient et toute solution alors qu’elle parait être en danger de mort.

CONCLUSION

La violence familiale est un problème de santé publique important qui existe dans tous les pays et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels.

Dans le but d'étudier ce phénomène dans notre population, nous avons mené une étude épidémiologique, qui a consisté à une enquête réalisée auprès de 265 femmes à Marrakech.

L'analyse des questionnaires recueillis nous a permis de dégager les données et les caractéristiques suivantes :

- 16,6% des femmes de notre échantillon sont battues physiquement.
- L'âge jeune est un facteur de risque, les femmes entre 30 et 40 ans représentent 39% des femmes battues.
- la violence touche toutes les classes sociales, économique et culturelles ; ainsi 63% des femmes ayant subi une violence sont des femmes au foyer, 25% des cadres moyens et 3% des cadres supérieurs, les femmes battues ayant un revenu bas représentent 30%, celles avec un revenu de 2000–5000DH représentent 44% et les plus de 5000DH sont à 16%.
- la cause de la violence importante de notre étude était représentée par les problèmes de la belle famille avec un pourcentage de 36,32%, la réclamation d'argent était de 11,3% et les rapports obligés ainsi que la dépense d'une grande somme d'argent sont à 6,8% chacune.
- L'alcoolisme est un facteur aggravant de la violence familiale 27,3% des conjoints qui agressent leurs femmes étaient en état d'ivresse.
- 52% des femmes ayant subi une violence étaient victimes de violence dans l'enfance, et 36% ont vécu une violence conjugale chez leurs parents.
- dans 63,6% des cas les enfants étaient témoins de violence, et dans 75% des cas les enfants étaient victimes de la violence simultanément que leur mère
- 50% des femmes victimes de violence n'ont fait aucune réaction, 38,6% ont quitté le foyer, 9,1% ont demandé le divorce
- 32% des femmes victimes ont subi un traumatisme suite à l'agression.
- L'association de la dépression et la violence était très importante, 52,3% des Femmes battues de notre étude avaient une dépression.

Au terme de ce travail nous avons constaté que le fléau de la violence familiale constitue un grand danger et la nécessité de la mise en place d'un programme de lutte contre la violence familiale urgent et pertinent dont le point de départ sensibiliser la population, répondre aux besoins des victimes et durcir les sanctions pour les agresseurs.

ANNEXES

- 18/ Est ce que vous battez vos enfants?
1-Oui 2-Non 3-NR
- 19/ Si oui, a quel niveau? 1-abdomen 2-thorax 3-membres supérieurs
4- membres inférieurs 5- tête 6- visage 7- dos 8- région pelvienne
- 20/ Si oui, quel type? 2- Plaie ouverte 3- Plaie fermée
4- Ecchymoses (partie couvert) 5- Ecchymoses (partie découverte)
- 21/ Est ce que ce traumatisme a entraîné:
1- des points de suture
2- une intervention chirurgicale 3- une hospitalisation
4- plusieurs consultation 5- une hémorragie
6- impotence fonctionnelle 7- une cicatrice indélébile(localisation....)
8- Une cécité 7- Autres
- 22/ Est ce que votre mari bat vos enfants: 1- Oui 2- Non 3- NR
- 23/ Si oui, a quel niveau? 1- abdomen 2-thorax 3- membres supérieurs
4- membres inférieurs 5- tête 6- visage 7- dos 8- région pelvienne
- 24/ Si oui, quel type? 1- Fracture 2- Plaie ouverte 3- Plaie fermée
4- Ecchymoses (partie couvert) 5- Ecchymoses (partie découverte)
- 25/ Est ce que ce traumatisme a entraîné:
1- des points de suture
2- une intervention chirurgicale 3- une hospitalisation
4- plusieurs consultation 5- une hémorragie
6- impotence fonctionnelle 7- une cicatrice indélébile(localisation..)
8- Une cécité 7- Autres
- 26/ age du marie :.....ans 2-taille :.....cm 3- poids.....kg
- 27/ Profession du mari: 1- Sans 2- Cadre sup.: (a- privé b- publique)
3- Cadre moy. :(a- privé b- publique) 4- Ouvriers qualifiés (a- oui b- non)
5- Services de sécurité (police, gendarmerie, armée) 6- Artisanat
7- Commerce (a- petit b- grand) 8- Agriculture (a- petit b- grand)
9- Pêche (a- petit b- grand) 10- Employés de service
11- Artiste 12- Autres
- 28/ ATCDS psychiatriques du mari: 1- dépression 2- toxicomanie
3- Alcoolisme 4- accès psychotique aigu
5- Hospitalisation psychiatrique 6- consultation psychiatrique
- 29/ Fume t-il actuellement? 1- NR 2- Non 3- Oui
- 30/ Est ce qu'il consomme de l'alcool? 1- NR 2- Non 3- Oui
Si oui précisez
- 31/ Est ce qu'il consomme du cannabis? 1- NR 2- Non 3- Oui
Si oui précisez:
- 32/ Est ce qu'il consomme des psychotropes? 1- NR 2- Non 3- Oui
Si oui précisez:
- 33/ ATCDS Judiciaire: 1- NR 2- Non 3- Oui
- 34/ Si oui, pourquoi? 1-Agression 2- Vol 3- Meurtre
4-Viol 5- Autres.....

Continuer avec les femmes battues:

35/ Quelle sont les causes quand votre mari vous bat?

- A- Raison pécuniaire :1-Réclame de l'argent
2- dépense d'une petite somme d'argent (<300dhs)
3- dépense d'une grande somme d'argent
4- Vous demande de l'argent
- B- Vous allez chez la famille sans l'aviser:
- C- Vous tardez le soir dehors (au delà de 19h)
- D- Vous recevez quelqu'un à la maison seule
- F- Problème au travail
- g- Problème de belle famille
- H- Problème sexuel. • 1- Aversion 2-Vaginisme 3- Dyspareunie.
4- Absence d'orgasme 5- Rapport obligé 6- Autres
- I- Autres

36/ Etat du mari quand il vous bat (le plus fréquent):

- 1- Etat d'ivresse
- 2- Malade mental en arrêt de traitement
- 3- Etat habituel
- 4- Prise de toxique
- 5- Autres

37/ Vous bat-il devant vos enfants?

- 1- Oui
- 2- Non

38/ Bat-il vos enfants simultanément

- 1- Oui
- 2- Non

39/ Fréquences des agressions:

- 1- Au quotidien
- 2- 2-3/semaine
- 3- 1/semaine
- 4- 2-3 mois
- 5- 1/mois
- 6- 1/3 mois
- 7- 1/6 mois
- 8- han
- 9- 1 fois depuis le mariage

40/ Quelle est votre réaction quand vous êtes battues?

- 1- Quitter le foyer
- 2- déposer une plainte
- 3- faire des certificats médico-légaux
- 4- prendre des photos
- 5- demander le divorce
- 6- Aucune réaction

41/ Vous confiez-vous à quelqu'un après que vous soyez battu?

- 1- Oui
- 2-Non

42/ Si oui:

- 1- Mère
- 2- Père
- 3- Frère
- 4- Soeur
- 5- Enfants
- 6- Voisins
- 7- Amie
- 8- Belle famille
- 9- Autre membre de la famille
- 10- Autres

43/ Si non, pourquoi?

- 1- Peur du conjoint
- 2- Amour pour votre conjoint
- 3- Amour propre
- 4- Vous le méritez
- 2- Honte
- 5- Crainte de ne pas être cru

44/ Qu'est ce que vous ressentez après que vous soyez battu?

- 1- Dégoût
- 2- Colère
- 3- Haine
- 4- Auto culpabilité
- 5- Soulagement
- 6- Autres

45/ ATCDS traumatique suite à une violence conjugale:

- 1- Oui
- 2- Non

46/ Si oui, a quel niveau?

- 1- abdomen
- 2- thorax
- 3- membres supérieurs
- 4- membres inférieurs
- 5- tête
- 6- visage
- 7- dos
- 8- région pelvienne

47/ Si oui, quel type?

- 1- Fracture
- 2- Plaie ouverte
- 3- Plaie fermée
- 4- Ecchymoses (partie couvert)
- 5- Ecchymoses (partie découverte)
- 6- Fausse couche secondaire à un traumatisme

48/ Est ce que ce traumatisme a entraîné:

- 1- des points de suture
- 2- une hémorragie
- 3- une intervention chirurgicale
- 4- une hospitalisation
- 5- plusieurs consultation
- 6- une hémorragie
- 7- impotence fonctionnelle
- 8- Une cécité
- 9- une cicatrice indélébile(localisation....)
- 10- Autres

ANNEX2 :ECHELLE DE HAMILTON

Nom du patient :.....

Date :...../...../.....

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation) :

0 : Absent.

1 : Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2: Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3: Le sujet communique ces états affectifs non verbalement, par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4 : Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité :

0 Absent.

1 : S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2: Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.

4 : La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

5 : Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide :

0 : Absent.

1 : A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2: Souhaite être mort ou équivalent; toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3: Idées ou geste de suicide.

4 : Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4) Insomnie du début de la nuit :

0: Pas de difficulté à s'endormir.

1: Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir, par exemple de mettre plus d'une demi-heure.

2: Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de la nuit :

0: Pas de difficulté.

1: Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2: Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit- sauf si c'est pour uriner).

6) Insomnie du matin :

0 : Pas de difficulté.

1 : Se réveille de très bonne heure le matin, mais se rendort.

2: Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités :

0: Pas de difficulté.

1 : Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 : Perte d'intérêt dans les activités professionnelles ou de détente – ou bien décrite directement

Par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (l'impression qu'il doit se forcer pour avoir une activité).

3: Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital, coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 h par jour à des activités (aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle. à l'exclusion des tâches de routine de la salle.)

4 : A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage; baisse de la faculté de concentration) :

0 : Langage et pensées normaux.

1 : Léger ralentissement à l'entretien.

2: Ralentissement manifeste à l'entretien.

3: Entretien difficile.

4 : Stupeur entretien impossible.

9) Agitation

0 : Aucune

1 : Crispations, secousses musculaires.

2: Joue avec ses mains, ses cheveux; absence de repos.

3: Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4: Se tord les mains ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 : Aucun trouble.

1: Tension subjective et irritabilité (anxiété légère)

2: Se fait du souci à propos de problèmes mineurs (anxiété modérée).

3: Attitude inquiète, apparente dans ('expression faciale et le langage (anxiété sévère).

4 : Peurs exprimées sans au' on pose de questions (anxiété invalidante).

11) Anxiété somatique :

0 : Absente

1: Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations.)

2: Moyenne.

3: Grave (cardio-vasculaires : palpitations, céphalées).

4 : Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (respiratoires: hyperventilation, soupirs pollakiurie, transpiration).

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0 : Aucun.

1: Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.

2: A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13) Symptômes somatiques généraux :

0 : Aucun.

1 : Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.

2: Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels) :

0 : Absents.

1: Légers.

2: Graves.

15) hypocondrie :

0 : Absente

1 : Attention concentrée sur son propre corps.

2 : Préoccupations sur sa santé.

3: Plaintes fréquentes, demandes d'aide, conviction d'être malade physiquement.

4: idées délirantes hypocondriaques.

16) Perte de poids (d'après les dires du malade) :

0 : Pas de perte de poids.

1: Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

Perte de poids (appréciée par pesées)

0: Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1: Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2: Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) prise de conscience :

0: Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 : Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2: Nie qu'il est malade.

BIBLIOGRAPHIE

1-Rapport mondial sur la violence et la santé .

OMS Genève 2002 page : 15-17

2 -Petit robert, la rousse .

Définition de la violence

3 -Rapport mondial sur la violence et la santé .

OMS Genève 2002 page : 5

4 -Buchler A .

Domination et violence envers la femme dans le couple

Lausanne 1998

5 -Rapport mondial sur la violence et la santé.

Chapitre : violence familiale, Genève 2002 page : 71

6 -United nations statistic division- demographic and social statistic.

Rapport mondial violence et santé 2002

Page : 100-101

7 -Rapport initial sur les violences fondées sur le genre .

Réseau national des centres d'écoute des femmes victimes de violence au Maroc

(25 juin 2007)

8 -Rapport mondial sur la violence et la santé .

Genève 2002 page 100_101

9 -FRANCK P ; VAN LINT P .

La violence dans le couple, journée d'étude « la violence au sein du couple : puis je dénoncer ?
dois -je dénoncer ? » mars 2003.

10 -HIRGOYEN M-F .

La violence psychologique : repérer et soigner

2002

11-WALKER L ;E .

The battered women, springer publishing company

2000, p 327.

12 -haute comité de la santé publique France.

Rapport violence et santé

Chapitre 1: les violences familiales page : 19

13 –G. Québec, Ministère de la santé.

Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale
1995. page 31–33

14 –code pénal Marocain.

Article 403.

15 –code pénale Marocain.

Article 431.

16 –code pénal Marocain.

Article 446.

17 – Code de déontologie médicale.

Article 3. B.O. n° 2121, 19 juin1953, page : 828

18 –Code de déontologie médicale.

Article 4. B.O. n° 2121, 19 juin1953, page : 828

19 –Document officiel des nations unis sur la violence.

<<http://www.un.org/frensh/documents.>>[date de consultation :22 novembre2008]

20 –Rapport mondial sur la violence et la santé .

Genève 2002 page 100_101

21 –Rapport mondial sur la violence et la santé .

Genève 2002 page 99.

22 –la violence envers les femmes en France une enquête nationale .

(Collection droit des femmes) édition juin2002 page:58–61.

23 –Centre national de la statistique juridique .

la violence familiale un profil statistique 1993.

<<http://www.statcan.ca>> [date de consultation :19 septembre 2008]

24 –Réseau national des centres d'écoute des femmes victimes de violence au Maroc .

Rapport sur les violences fondées sur le genre 12 juillet 2006.

<<http://www.anaruz.org>> [date de consultation 10 décembre 2008]

–centre d'écoute HAWAE Association Ennakhil.

La violence basée sur le genre, analyse des plaintes déposées entre 1999 et 2006.

25 –OMS rapport violence et santé.

Chapitre4 page : 100.

26 –JASPARDM.et AL ; les violences envers les femmes en France enquête nationale.

Documentations françaises 2002, Page : 370

27 –Centre national de la statistique juridique :

La violence familiale un profil statistique 2002.

<<http://www.statcan.ca>>.[date de consultation 20 décembre 2008]

28 –CHAMBONET.

LA VIOLENCE CONJUGALE : PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE

REVUE DU PRATICIEN, médecine générale vol.14

N° 507 2000. Pages : 1481_1485

29 –MARYSE JASPARD.

La violence contre les femmes.

Édition la découverte paris 2005. Page : 38–39.

30 –HENRION R.

Les femmes victimes de violences conjugales : Le rôle des professionnels de santé.

Rapport au ministre délégué a la santé 2001.

31–Geneviève Madou.

Violences conjugales faire face et en sortir.

Edition des puits fleuri 2007 page : 29–31.

32 –secrétariat d'état aux droits des femmes.

Enquête nationale sur la violence envers les femmes. Paris, 1999

34 –Rapport mondial sur la santé et la violence .

Genève 2000 page 106 tableau 4.2.

35 –INSERM.

Consommation et violence : expertise collectif alcoolisme, dommage sociaux

Abus et dépendance

Paris édition INSERM 2003 pages : 171_231.

36 –Gaspard M. et Al.

Reproduction ou résilience : Les situations vécues dans l'enfance ont-elle une incidence sur les violences subies par les Femmes à l'âge adulte ? Revue française des affaires sociales.

N° 3 juillet– septembre 2003 page 159–189.

37 –Rapport mondial sur la violence et la santé :

Genève 2002 page 115.

38 –SPERRAZA R. et AL.

Dysfonctionnement relationnel au sein de couples alcooliques

Vol : 24 N° :2002, pages : 117_125.

39 –Centre canadien de la statistique juridique la violence familiale.

Un profil statistique 2002.

<<http://www.statcan.ca>> [date de consultation 24 décembre 2008]

40 -Site pour les professionnels de santé sur les violences conjugales.

<<http://www.sivic.org>> [date de consultation 1 juin 2009]

41 -DUCHE D.J.

Conséquences des violences familiales

Bulletin de l'académie nationale de Médecine .

Vol. 186 N° 6 2002 ; pages : 63-970.

42 -S. FAROUKHI.

Les femmes victimes de violence : expérience du CHU Mohammed VI

Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech

Thèse N°56 /09



جامعة القاضي عياض
كلية الطب و الصيدلة
مراكش

أطروحة رقم 53

سنة 2009

العنف الأسري

الأطروحة
قدمت ونوقشت علانية يوم 2009/.../...
من طرف

السيد موسى السوسي

المزداد في 1980/03/11 بالبيضاء

لنيل شهادة الدكتوراة في الطب

الكلمات الأساسية :

العنف الأسري – نسبه – مميزاته – الاكتتاب

اللجنة

الرئيس	السيد	ح. العباسي
المشرف	السيدة	أستاذة في طب النساء و التوليد أ. التازي
القضاة	السيد	أستاذة في طب الأمراض النفسية م. الصبيحي
	السيد	أستاذ في طب الأطفال م. اللطيفي
	السيدة	أستاذة في جراحة العظام والمفاصل أ. ايت الصاب
		أستاذة مبرزة في طب الأطفال