

Prise en charge holistique des victimes de la violence conjugale : une étude rétrospective de 243 cas colligés à Isange One Stop Center, Hôpital de Police de Kacyiru, Kigali, Rwanda

D. Nyamwasa^{1*}, R. Ndejuru², I. Schäfer³, F. Sinayobye¹, L. Munyankindi¹, C. Munyashongore⁴

¹ Kacyiru Police Hospital, Rwanda.

² Imbuto Foundation, Rwanda.

³ University of Hamburg, Germany

⁴ CMHS/School of Public Health-UR, Rwanda.

RESUME

Introduction : La violence domestique est rarement documentée au Rwanda, malgré ses multiples conséquences sur les individus, les familles et la société. Cette étude rétrospective d'une durée de 19 mois a été menée à l'hôpital de la police, département d'Isange One Stop Center, centre pilote du pays de prise en charge de la violence basée sur le genre.

Objectifs : Montrer le rôle du centre dans la prise en charge des victimes de la violence domestique. Elle vise à déterminer la prévalence, les facteurs explicatifs, les conséquences de différents types de violence domestique et leur prise en charge holistique par le centre.

Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective s'étalant de Janvier 2010 à Juillet 2011 à partir de 243 dossiers éligibles. Une enquête exhaustive a été menée et a consisté à exploiter la totalité des dossiers des victimes de la violence domestique, sélectionnés parmi 2434 victimes de la violence basée sur le genre.

Résultats : L'étude montre que la prévalence globale a été de 243 cas soit 9,9% de la violence basée sur le genre. Parmi eux, 85, 1 % provenaient de la périphérie du centre Isange One Stop Center, 14,9% venaient de différentes provinces du pays. L'âge moyen des victimes était de 34,13 ± 8,6 ans avec les extrêmes de 18 et 77 ans. Le sexe féminin était plus concerné dans les proportions de 86,5% de la population d'étude contre 13, 5 % d'hommes, soit une sex-ratio de 0,1. Les facteurs explicatifs probables étaient dominés par l'alcool avec un taux de 56,8%, suivi par l'irresponsabilité, l'adultère et le concubinage représentant respectivement 42,3%; 41,5% et 37, 8%. Les violences physiques et psychologiques dominaient la série avec un taux de 90,9%, incluant deux cas de décès et un cas de suicide; suivies par les violences économiques et sexuelles respectivement 78,9% et 39,5% des cas. La totalité des victimes a bénéficié d'une prise en charge médicale gratuite. La psychothérapie a permis une réconciliation de 139 couples soit 57% des cas. Au cours de la prise en charge juridique, 47% des cas, ont été arrêtés, 31% d'entre eux ont été traduit en justice avec des sentences finales d'emprisonnement dans 25% des cas et de divorce dans 13 % des cas.

Conclusion : Les centres offrant les soins holistiques aux victimes de la violence basée sur le genre, devraient être disséminés à travers tout le pays, jusqu'à la plus petite structure sanitaire.

Mots Clés : Prise en charge holistique, violence conjugale, Isange One Stop Center.

ABSTRACT

Introduction: Domestic violence is rarely documented at Rwanda, despite its multiple consequences on individuals, families and society. This study was conducted at the Police Hospital of Rwanda, in Isange One Stop Center department, the country's pilot center for management of violence based on gender.

Objectives: To demonstrate the role of the center in support of victims of domestic violence. Its specific objectives determine the prevalence, determinants, and consequences of different types of domestic violence and their holistic care by the Rwanda National Police.

Methods: This was a quantitative retrospective study of 243 eligible cases spanning from January 2010 to July 2011, conducted at Kacyiru Police Hospital. Included were all records of victims of domestic violence that received supportive care in this period.

Results: Most victims were females (86.5 %). Their average age was 34.13 ± 8.6 years. Conjugal domestic violence has affected people from all walks of life. Physical and psychological violence dominated the series with a rate of 90.9 % followed by economic and sexual violence (78.9% and 34, 6 % respectively). Alcohol was likely the most frequent reason (56.8%). Psychotherapy reconciled 139 couples (57 %). During the legal support, 47% of the perpetrators were arrested, 31% of them were prosecuted, 25% faced prison sentences, and 13% divorced.

Conclusion: Centers providing holistic care for victims of gender-based violence should be scaled up throughout the country and be closer to the population from the first or smallest healthcare center provider.

Keywords: Holistic care, Domestic violence, Isange One Stop Center.

INTRODUCTION

La violence domestique est un problème mondial de santé publique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé 2002 [1], la violence conjugale est la violence au sein du couple, c'est un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce, dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, sexuelles, économiques, psychologiques, ou

spirituelles. Elle est considérée comme la première cause de mortalité chez les femmes âgées de 19 à 44 ans dans le monde, devant la guerre, le cancer, et les accidents de la route [2]. Néanmoins, si la violence conjugale touche les deux sexes, il n'empêche que des femmes dans les couples en souffrent le plus. Certes dans la tradition Rwandaise, certaines violences dans les foyers, particulièrement envers les femmes tels que frapper, répudier sa femme, et la polygamie étaient ancrées dans les mœurs et tolérées par la société. Aussi, l'héritage du patrimoine familial revenait aux enfants du sexe masculin. De puis 2002, le Rwanda lutte avec acharnement contre la violence basée sur le genre y compris celle faite dans les foyers. Il a,

*Correspondence to: GCP. Daniel NYAMWASA, MD
Kacyiru Police Hospital, Rwanda
Email : dnyamwasa@gmail.com
Tel (+250) 788613030

depuis juillet 2009, initié un centre pilote Isange One Stop Center pour mener une prise en charge holistique des victimes de la violence basée sur le genre tout en arrêtant et en traduisant en justice les suspects. Cette étude se fixe pour objectif de déterminer la prévalence, les facteurs explicatifs, et expliquer les éléments de la violence domestique et la prise en charge holistique par le centre Isange.

METHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective s'étalant de Janvier 2010 à Juillet 2011, menée à l'Hôpital de la Police de Kacyiru, dans son département d'Isange One Stop Center. Au total 2434 victimes de la violence basée sur le genre, ont été reçues au centre au cours de cette période. Parmi eux, 321 cas soit 13,1% étaient des victimes de la violence conjugale. Cependant l'étude a exclu 24, 3% soit 78 cas qui n'avaient pas réussi à suivre tout le circuit de la victime. Seulement 75,7% des cas soit 243 victimes avaient des dossiers exploitables pour l'étude. Le choix du site était raisonné, basé sur le fait que le centre était pilote, unique au pays offrant des soins multidisciplinaires aux victimes de la violence domestique. L'enquête était exhaustive et consistait à exploiter la totalité des dossiers des victimes de la violence domestique ayant suivi le circuit complet de la violence basée sur le genre, tel que présenté par la figure 1. Les données étaient collectées par les psychologues du centre pendant 21 jours, sur des questionnaires fermés. La prévalence de la violence domestique, a été déterminée en incluant dans l'étude, toute personne de sexe masculin ou féminin indépendamment de son âge, victime de la violence domestique, ayant suivi le circuit complet de la victime, mariée légalement ou pas, vivant ensemble ou pas avec son partenaire, et ayant été reçue à l'Hôpital de Police de Kacyiru au service d'Isange OSC durant la période choisie pour l'étude. La victime, était reçue tour à tour et dans l'ordre, par au moins trois des quatre spécialistes : sociologue, officier de police judiciaire, médecin et psychologue. Dans les cas d'une violence psychologique et économique, la victime pouvait court-circuiter le médecin et être reçu directement par le psychologue qui établit enfin le rapport d'expertise psychologique.

La détermination des facteurs explicatifs des éléments de la prise en charge ont été réalisées grâce à une enquête quantitative rétrospective utilisant un questionnaire permettant de dépouiller les fiches des victimes. Ils étaient obtenus directement dans les registres et dossiers des victimes

Pour expliquer la violence conjugale, la définition de l'OMS [3] a été utilisée au cours de cette étude et inclut la violence physique (giffes, coups de poing, coups de pied, les agressions avec une arme, homicide), la violence sexuelle (viol, la contrainte et la violence, l'utilisation de la force physique, de menaces verbales et de harcèlement à avoir des relations sexuelles, les caresses indésirables, la participation forcée à la pornographie ou à d'autres actes dégradants qui persistent souvent au fil du temps), la violence psychologique (rabaisser le partenaire, l'empêchant de voir la famille et les amis, l'intimidation, l'empêchant de travailler ou en confisquant son revenu), et toute violence (une combinaison de violence physique,

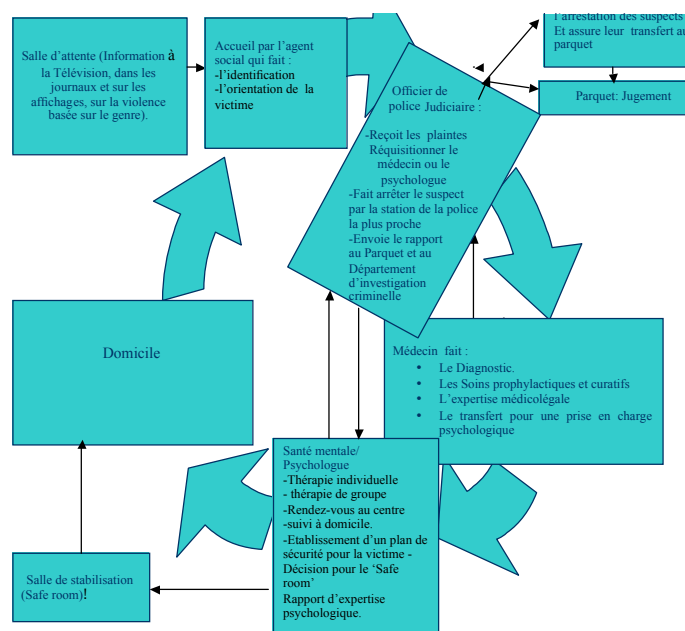


Figure 1. Circuit complet de toute victime de la violence basée sur le genre à l'Isange One Stop Center

sexuelle, psychologique et économique, perpétrée par un partenaire intime mâle contre un partenaire intime féminin ou réciproquement).

L'étude reposait sur la saisie des questionnaires grâce à l'outil informatique. L'exploitation des données et les calculs statistiques ont été fait à partir du logiciel SPSS version 16.

RESULTATS

La prévalence des victimes de la violence domestique éligibles était de 9,9%. Comme le montre le tableau 1, l'âge moyen était de 34,13 ± 8,6 ans avec les extrêmes d'âge de 18 et 77 ans. La classe d'âge modale est celle de 18-27 ans avec 98 cas soit 40,3%. Les tranches d'âge allant de 58 à 77 ans sont faiblement représentées, 2 cas. Le sexe féminin était plus concerné avec 86,5% de cas contre 13,5 % d'hommes, soit un sex-ratio de 0.1.

Le statut matrimonial des victimes de la violence conjugale montre que les personnes mariées légalement représentaient 44,4% des cas, suivies par des couples en union libre, 28,8% des cas. Des couples remariés une fois et plus, des couples divorcés et séparés, ainsi que ceux unis par le mariage coutumier étaient représentés respectivement dans les proportions de 11,5% ; 6,9% et 6,5 % de cas. Les mères célibataires dont l'âge était égal ou supérieur à 18 ans représentaient 1,6%.

Les victimes scolarisées de la violence domestique s'élevaient à 87,7%, parmi elles, 49,7% avaient fait l'école primaire, 26,3% avaient fréquenté l'école secondaire. Les universitaires et post universitaires étaient représentés respectivement dans 10,2% et 1,2%. Seuls 12,3% n'avaient pas fréquenté l'école.

Les victimes de la violence domestique reçues au centre provenaient de différentes provinces du pays. La majorité d'entre elles habitait la Ville de Kigali et représentait 85,1%, suivies par celles des provinces du Sud et de l'Est

représentant un taux de 5,3% chacune. Seulement 10 victimes étaient venues des provinces du Nord et de l'Ouest. Au total, seulement 14,9 % des victimes provenaient en dehors de la Ville de Kigali.

Ces victimes exerçaient 16 différentes professions. Les victimes sans profession rémunérée dominaient la série avec un taux de 32,9%. Les fonctionnaires et celles qui pratiquaient le petit commerce représentaient respectivement les taux de 17,6% et de 16,4%.

Au cours de l'étude, les types de violence retrouvés, étaient les violences physiques et psychologiques, 221cas chacune soit un taux de 90,9% ; suivis par les violences économique et sexuelle représentées respectivement dans 78, 6% et 39,5% des cas. Ces formes de violence, telle que représentées dans le tableau 1, touchaient les femmes dans des proportions respectives : psychologiques, 87,3%, physiques, 83,2%, économiques, 89% et sexuelles, 86,4%.

Table 1. Caractéristiques socio démographique

Age	Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage		
	18-27	98	40,3		
	28-37	54	22,3		
	38-47	78	32,1		
	48-57	11	4,5		
	58-67	1	0,4		
	68-77	1	0,4		
Total		243	100		
Sexe		Effectif	Pourcentage		
	Masculin	33	13,5		
	Féminin	210	86,5		
Total		243	100		
Provenance		Effectif	Pourcentage		
	Ville de Kigali	207	85,1		
	Province de l'Est	13	5,3		
	Province du Sud	13	5,3		
	Province du Nord	5	2		
	Province de l'Ouest	5	2		
Total		243	100		
Statut matrimonial		Effectif	Pourcentage		
	Marié légalement	108	44,4		
	Union libre	70	28,8		
	Mariage coutumier	16	6,5		
	Remariés une fois	25	10,2		
	Remariés plus d'une fois	3	1,2		
	Divorcés	9	3,7		
	Séparés	8	3,2		
	Les filles mères	4	1,6		
Total		243	100		
Niveau d'étude		Effectif	Pourcentage		
	Néant	30	12,3		
	Primaire	121	49,7		
	Secondaire	64	26,3		
	Universitaire	25	10,2		
	Postuniversitaire	3	1,2		
Total		243	100		
Types de violences par sexe		F	M	F	M
		Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
	Psychologique	193	28	79,4	11,5
	Physique	184	27	75,7	11,1
	Économique	170	21	69,9	8,6
	Sexuel	83	13	34,1	5,3

Tel que montré dans le tableau 2, les différents facteurs probables de la violence domestique ont été identifiés. Les plus fréquents étaient l'alcool avec un taux de 56,8%, l'irresponsabilité ou le refus d'honorer les engagements familiaux, le concubinage, l'adultère, l'antécédent de traumatisme psychologique, l'individu naturellement violent, et la jalousie excessive étaient représentés respectivement dans les proportions de 42,3%, 41,5%, 37,8%, 37,8%, 30,8% et 25,1%. La maltraitance des enfants par un des partenaires était la cause de la discorde dans le couple dans 21, 8% des cas, tandis que la prise de la drogue, a été évoquée dans 10,2% des cas.

Table 2 : Facteurs explicatifs de la violence

Facteurs explicatifs de la violence	Effectif	Pourcentage
Alcool	138	56,8
Irresponsabilité	103	42,3
Concubinage	101	41,5
L'adultère	92	37,8
Antécédent de traumatisme psychologique	92	37,8
Individu naturellement violent	75	30,8
Jalousie excessive	61	25,8
Maltraitance des enfants	47	21,8
Drogue	25	10,2

La prise en charge des victimes de la violence domestique était une prise charge holistique comprenant:

- Une prise en charge médico-légale : elle concernait le diagnostic médical, le traitement curatif et prophylactique.
- La prise en charge diagnostique réalisée dans 94, 2% des cas. Elle a mis en évidence : les violences physiques dans 211 cas soit 86,8%, les déchirures de l'anus et du périnée dans 5,7% des cas, des ecchymoses génitales dans 9,4% des cas, l'enflure des lèvres vulvaires dans 8,2% des cas. Le choc émotionnel suraigu qui était une urgence hospitalière absolue, avec angoisse, confusion et délire a été retrouvé dans 40,7% des cas.
- La prise en charge thérapeutique était effectuée dans 65% de ces cas. Malgré une prise en charge médicale adaptée, il y a eu des incapacités permanentes partielles dans 15,2 % des cas et des incapacités permanentes totales dans 0,8% des cas.
- La prise en charge prophylactique a été pratiquée dans 72,7 % des cas ; lors de la prévention de la grossesse, du tétanos, du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles tel que de la gonococcie et la syphilis. Néanmoins la violence conjugale a conduit à la contamination du VIH dans les proportions de 2,8% des cas.
- La prise en charge psychologique, se faisait à deux niveaux:
- A la consultation où était fait : la psychothérapie de la victime dans 96,2% des cas, La psychothérapie du couple dans 73% des cas, la thérapie de groupe dans 35,3%, un programme pour les thérapies ultérieures de la victime dans 90,5% des cas, des sessions de thérapie à domicile dans 70,3% des cas et un plan de sécurité de la victime fait dans 60% des cas
- A la salle de stabilisation (Safe room), les victimes psychologiquement non stables y étaient retenues dans 25,9% des cas.
- La prise en charge financière : il s'agissait de la gratuité des soins offerts à toute victime de la violence basée sur le genre y compris les victimes de la violence domestique. Les victimes nécessitant la salle de stabilisation (Safe room) ont reçu à 100% les services gratuits tels que la consultation, la prophylaxie, la prise en charge

thérapeutique, le séjour hospitalier, la restauration et le transport. Pour les victimes en ambulatoire, la gratuité des frais concernait: la consultation, l'octroi des médicaments préventifs et curatifs et autres services médicaux offerts par l'hôpital. Cette prise en charge financière par l'hôpital a permis aux victimes de la violence conjugale de consulter à temps sans se soucier de leur situation socio économique ou de l'écart géographique qui pouvait aller jusqu'à 275km. Cette consultation précoce a permis la mise en évidence en temps opportun, des preuves médico-légales et la prévention de la grossesse ainsi que celles des infections sexuellement transmissibles dans les 72 heures.

La prise en charge juridique : le rôle du centre se limitait à transférer les suspects dans les tribunaux à travers la police, et à l'élaboration des dossiers des victimes, contenant des preuves pouvant aider le système judiciaire. La prise en charge par un officier de police judiciaire avait pour but : de réquisitionner le médecin immédiatement après l'interrogatoire des victimes, de faire arrêter l'agresseur présumé, en collaboration avec la station de police proche du site d'agression ou en collaboration avec le département de l'investigation criminelle et de préparer le rapport médico-légal afin de le transmettre au parquet et au Département d'investigation criminelle de la police. Certes, ce rapport sera transféré en justice en même temps que le suspect endéans 72 heures ; délai exigé par la Police Nationale, de garder le suspect avant son transfert au parquet. En effet au cours de l'étude, les suspects ont été arrêtés, dans 47% des cas, 31% parmi eux ont été traduits en justice. Le jugement rendu a conduit à 25% des cas d'emprisonnement et au divorce dans 13 % des cas. L'Isange One Stop Center a joué un grand rôle dans la réconciliation des couples. Cette réconciliation a réussi grâce à la prise en charge des psychologues dans 139 couples soit 57%.

DISCUSSION

La prévalence de la violence domestique de 9,9%, est relativement élevée. Elle aurait pu être plus élevée si les services offerts par le centre Isange One Stop Center, étaient proches de la population et présents dans tous les hôpitaux de districts voire dans tous les centres de santé du pays.

La violence domestique a concerné majoritairement les couples jeunes, entre 18 et 27 ans. Cette tranche d'âge comprenait 40,3% de la population d'étude. L'étude canadienne corrobore nos résultats avec une large représentation des victimes de la violence domestique âgées de 25 à 34 ans [4]. L'Organisation Mondiale de la Santé quant à elle, affirme dans une étude multi pays que la prévalence de la violence sexuelle et physique varie de 15% à 71% parmi les femmes âgées de 15-49ans [5]. La violence domestique semble être l'apanage des moins de cinquante ans. On constate que la violence est partout dans le monde et n'épargne aucun pays, elle concerne majoritairement les partenaires en deçà de la cinquantaine. Tandis que les tranches d'âge au delà de cet âge, laissent déduire que les victimes plus âgées déclarent ou subissent moins de violence.

Cependant, au cours de cette étude, le sexe féminin était plus concerné par la violence conjugale avec un taux élevé de 86,5 %, ce taux est proche des statistiques canadienne [6] qui montrent que les femmes comptaient pour 85 % de toutes les victimes de la violence conjugale. D'après les études américaines, le taux de la violence féminine dans les couples est annuellement plus élevé, 1,5 millions de femmes contre 834,700 hommes [7]. On constate que dans ce genre de violence les femmes sont plus agressées que les hommes.

Les victimes sans profession rémunérées et les moins instruits, qui n'ont pas dépassé l'école primaire dominaient la série avec des taux respectives de 32,9% et 60%. Tandis que les victimes universitaires représentaient 11,4%. Certes, la violence conjugale touche aussi les milieux socioculturels, y compris ceux qui sont intellectuellement favorisés. Bien que les femmes de tous les milieux et de toute catégorie sociale puissent être vulnérables à la violence conjugale, certaines le sont plus que d'autres, notamment les femmes moins éduquées et vivant dans la précarité.

Le facteur de risque probable dominant au cours de l'étude était l'alcool avec un taux de 56,8%. Selon Kantor & Strauss, 70 % des conjoints ayant sévèrement battu leurs femmes ont rapporté qu'ils avaient été ivres [8]. D'après Fitch, parmi les hommes à la recherche d'un traitement pour leur comportement violent envers leurs partenaires, 59% avaient abusé d'alcool [9]. Certes des études menées à travers les pays d'Europe corroborent nos résultats, avec un taux de violence domestique lié à l'alcool variant entre 16% et 71%, selon le pays [8]. Néanmoins parmi les facteurs de risque probables relevés, l'infidélité aurait été le premier facteur de risque avec un taux de 79,3%, si on n'avait pas pris séparément les termes de concubinage et d'adultère.

Les conséquences de la violence conjugale sont nombreuses et affectent la santé physique, mentale et reproductive de la victime. En effet parmi les types de violence retrouvées dans cette étude, les violences physiques représentaient dans 75% des cas, constituent le type de violence le plus dangereux et peuvent quelque fois aboutir à des conséquences fatales. Certes trois décès, deux homicides, et un suicide ont été recensés dans 19 mois, ce chiffre petit soit-il devait être alarmant car les bourreaux sont les gens qui ont raté leur mission première, la protection de leurs partenaires devenus leurs victimes. Cependant, il n'est pas rare que ces homicides se produisent au sein des couples, parmi les gens au départ intimes.

Les résultats d'Ogrodnik, au Canada montrent que les femmes étaient encore plus susceptibles que les hommes d'être victimes d'un homicide aux mains de leur conjoint. Parmi les 65 homicides entre conjoints ou ex-conjoints déclarés en 2007, les femmes dominaient avec 51 cas soit 78,5% que d'hommes, 14 cas soit 21,5% d'homicides [10].

L'homicide, reste l'une des conséquences majeures de la violence conjugale et concerne le plus souvent la femme. Selon Pierre et all, La première autopsie faite en 2013, au Portugal à travers tout le pays à la recherche des preuves judiciaires chez 62 partenaires intimes vivant ensemble ou séparés, révèle que 60,8 % de ces homicides étaient dus à la violence conjugale [11]. Au Royaume-Uni, en 2003, on constate que les partenaires intimes féminins sont six

fois plus victimes d'homicide, en effet 37% des femmes ont été assassinées par leur partenaire intime actuel ou ancien, comparativement à 6% des hommes [12].

Selon Ansermet, entre 40 % et 70 % de toutes les femmes assassinées l'ont été par un partenaire intime masculin. En revanche, entre 4 % et 8,6 % des hommes assassinés l'ont été par une partenaire intime féminine [13]. En France, en 2008, on dénombrait 192 homicides commis au sein du couple, 86 % des victimes étaient des femmes [14]. Ces résultats sont aussi confirmés par les statistiques canadiennes qui révèlent que 50 % des meurtres subis par les femmes ont été commis par leurs conjoints ou amis intimes, ce qui est sensiblement plus élevé que les 11 % des meurtres subis par les hommes et commis par leurs femmes ou amies intimes [15].

Selon une étude menée dans 16 Etats des Etats Unis d'Amérique entre 2003 et 2009 sur 4470 homicides subit par des Partenaires intimes et victimes corollaires, 80% de ces victimes d'homicide, étaient des partenaires intimes, [16]

L'homicide entre partenaires intimes, semble être un phénomène mondialement observable, et les femmes payent le plus grand tribut, en effet dans une étude menée par Stöckl et al sur les données obtenues dans 66 pays sur les homicides entre partenaires intimes, 13, 5% des homicides ont été commis par un partenaire intime. La proportion était six fois plus élevée pour les homicides faites aux femmes, 38, 6%, que pour les homicides faites aux hommes, 6,3% [17].

Dans certains cas, la violence conjugale a conduit au cours de cette étude à des maladies incurables comme la contamination du VIH dans les proportions de 2,8% des cas. Une étude de Chyun-Fung Shi et al menée au Kenya confirment nos résultats, en effet, sur 1904 femmes ayant subi la violence conjugale, la prévalence du VIH était de 7,5% [18]. Cependant Ying Li et al affirment que les données disponibles suggèrent une association modérée statistiquement significative entre la violence conjugale et l'infection à VIH chez les femmes [19]

Les femmes qui subissent la violence conjugale ont un risque d'être contaminées du VIH. En effet dans de telle circonstance, la victime subit la volonté de l'agresseur. Selon Campbell, les victimes de la violence basée sur le genre sont souvent incapables de négocier l'utilisation d'un préservatif. La violence de la part d'un partenaire intime est un facteur de risque de contracter des IST qui peuvent, à leur tour, augmenter la transmission du VIH [20].

CONCLUSION

La violence domestique touche les couples urbains et ruraux, de toutes les classes socio-économiques. Dans cette étude, l'alcool, l'infidélité et l'irresponsabilité, constituent ses principales raisons. Les conséquences qui en découlent touchent les couples, puis les familles et la société en général. Dans les pays où existent les lois punissant la violence domestique, cette violence y persiste. Vu l'ampleur du problème, les centres, offrant les soins holistiques aux victimes de la violence basée sur le

genre devaient être rapprochés de la population. Hommes, femmes, jeunes, doivent apprendre à résoudre les conflits dans les relations intimes de façon non-violente. Quand la résolution des conflits deviendra l'apanage de tout un chacun, peut-être alors, nous allons voir l'élimination de la violence domestique.

REFERENCES

1. OMS /WHO (2002) : Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève
2. Sandra Barnes : Direction de la Communication - Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes. conseil d'Europe 2009.
3. World Health Organization. Geneva: WHO; 2004. Violence against women and HIV/AIDS: critical intersections – intimate partner violence and HIV/AIDS.
4. Canadian Center for justice statistics. Family violence in Canada : a statistical profile Ottawa, Canada : Minister of interior 2005.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : étude multi pays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Genève 2005
6. Maire Sinha : Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques. Centre canadien de la statistique Février 2013
7. Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. Intimate partner violence. *Am Fam Physician.* 83(10): 1165-72 ; 2011.
8. Kantor & Straus, 1989). Kantor, G.K. & Straus, M.A. (1989). Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 15(2), 173-189
9. Fitch, F.J. & Papantonio, A. (1983). Men who batter: Some pertinent characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Diseases,* 171(3), 190-192
10. Ogrodnik, L. (Ed.). 2008. La violence familiale au Canada: un profil statistique, 2008, produit no 85-224-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique
11. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med.* 2013 Nov;20(8):1099-107.
12. Aldridge ML, Browne KD. Perpetrators of spousal homicide: a review. *rauma Violence Abuse.* 2003 Jul;4(3):265-76.
13. Ansermet F et Laget J. 2002, PUF, Paris: 15-55
14. OMS /WHO: Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002.
15. Minister responsible for Statistics Canada. Homicide in Canada. *Juristat Article,* 2012.
16. Smith SG, Fowler KA, Niolon PH. Intimate partner homicide and corollary victims in 16 states: National Violent Death Reporting System, 2003-2009. *Am J Public Health.* 2014 Mar;104(3):461-6
17. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG: The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet.* 2013 Sep 7; 382(9895):859-65
18. Chyun-Fung Shi, Fiona G Kouyoumdjian, Jonathan Dushoff. Intimate partner violence is associated with HIV infection in women in Kenya: A cross-sectional analysis. *BMC Public Health.* 2013; 13: 512
19. Ying Li, Caitlin M Marshall, Hilary C Rees, Annabelle Nunez, Echezona E Ezeanolue, and John E Ehiri Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2014; 17(1): 18845.
20. Campbell, J.C. 2002. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* vol 359, 1331-1336