



Sommaire sur la violence familiale et le droit de la famille

Traumatisme crânien et violence entre partenaires intimes : défis pour les survivants qui ont des démêlés avec la Cour de la famille

Numéro 26 | *juin 2023*



Le présent mémoire a été conçu par RESOLVE Manitoba (Research and Education for Solutions to Violence and Abuse), membre de l'Alliance des centres de recherche canadiens sur la violence basée sur le genre.

RESOLVE Manitoba est établi à l'Université du Manitoba, à Winnipeg, au Manitoba, au Canada, sur les terres ancestrales des peuples Anichinabés, Cris, Oji-Cris, Dakota et Déné et sur la terre natale de la Nation Métis.

Citation suggérée

Haller, A., Ellis, M., & Stewart, A. (2023). *Traumatisme crânien et violence entre partenaires intimes : défis pour les survivants qui ont des démêlés avec la Cour de la famille*. Mémoire sur la violence familiale et le droit de la famille (26). Winnipeg, Manitoba: RESOLVE (Research and Education for Solutions to Violence and Abuse)

Édition

Diana Corredor, coordonnatrice des communications au Centre de recherche et d'éducation sur la violence contre les femmes et les enfants, & Patricia Karacsony, spécialiste des communications numériques, RESOLVE

Traduction

Sylvie Rodrigue

Partager vos commentaires sur ce mémoire

Cliquez sur le lien ci-dessous pour faire part de vos commentaires sur ce mémoire ou de vos suggestions sur des ressources futures :

https://uwo.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_bQPgoQ57z58PpC6

Nous joindre

Écrivez-nous pour recevoir de l'information sur nos futurs ressources et webinaires : RESOLVE@umanitoba.ca

Ce mémoire est basé sur la présentation du Dr Michael Ellis et Ashley Stewart intitulée « Traumatisme crânien et violence entre partenaires intimes : défis pour les survivants qui ont des démêlés avec la Cour de la famille » tenue le 3 avril 2023 par RESOLVE Manitoba. Le webinaire peut être consulté à partir de : <https://umanitoba.yuja.com/V/Video?v=843189&node=4111304&a=446480&autoplay>



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

Traumatisme crânien et violence conjugale : défis pour les survivantes qui ont affaire au système des tribunaux de la famille

Introduction

La violence conjugale (VC) est l'une des principales causes de blessures non mortelles chez les femmes dans le monde (ABI Research Lab, 2023). Les survivantes de VC subissent souvent des blessures physiques comme des coupures, des ecchymoses, des fractures, des dislocations ou des os brisés. Toutefois, une blessure courante, mais souvent négligée, subie par les survivantes est le traumatisme crânien (TC), une blessure qui affecte le fonctionnement du cerveau (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Un traumatisme cérébral peut être causé par un coup ou une secousse à la tête, ou une blessure qui pénètre la tête, comme une blessure par balle (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Le TC est l'une des principales causes d'incapacité à l'échelle mondiale et est couramment observé chez les personnes qui subissent des chutes, des accidents de la route et des blessures liées au sport (Haag et coll., 2019). Cependant, la prévalence des traumatismes crâniens chez les survivantes de VC demeure sous-reconnue, ce qui fait que ces blessures sont sous-diagnostiquées et non traitées chez cette population.

Subir un traumatisme crânien peut présenter une myriade de défis pour les survivantes de VC. Un domaine qui peut s'avérer particulièrement difficile est le système des tribunaux de la famille, où les répercussions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales à court et à long terme des lésions cérébrales peuvent rendre extrêmement difficile la participation aux procédures judiciaires. En plus de cette complexité supplémentaire dans le système judiciaire, de nouvelles recherches laissent entendre qu'un diagnostic de lésion cérébrale pourrait même nuire aux chances de succès des survivantes dans les procédures de garde et de droit de visite, étant donné que l'avocat de la partie adverse est susceptible d'utiliser un diagnostic de lésion cérébrale pour miner la capacité des survivantes d'être parents.

À propos de ce mémoire

Ce bref sommaire explore la question des traumatismes crâniens chez les survivantes de VC et les défis subséquents que ces blessures peuvent présenter pour les survivantes dans le système des tribunaux de la famille. Les renseignements figurant dans ce mémoire sont fondés sur le webinar : *Traumatic Brain Injury and Intimate Partner Violence: Challenges for Survivors Involved in the Family Court System*, [traduction libre : Traumatisme crânien et violence conjugale : défis pour les survivantes qui ont affaire au système des tribunaux de la famille], présenté par le Dr Michael Ellis (directeur médical, programme Pam Am sur les commotions cérébrales) et Ashley Stewart (coordonnatrice, programme des infirmières examinatrices en matière d'agressions sexuelles, Centre des sciences de la santé). Ce sommaire fournit des renseignements précis sur l'intersection de la VC et du TC, le rôle des fournisseurs de services de première ligne dans la reconnaissance et la prise en charge des traumatismes crâniens liés à la VC, ainsi que les défis que doivent relever les survivantes de TC dans le système des tribunaux de la famille.

Violence conjugale et traumatisme crânien

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2021), la VC est la forme de violence la plus répandue contre les femmes. On estime qu'une femme sur trois est victime de violence physique ou sexuelle, ou de violence sexuelle non conjugale au cours de sa vie. Bien que la VC puisse se produire dans n'importe quel contexte, certains facteurs de risque augmentent le risque de victimisation liée à la VC chez les femmes, notamment un plus jeune âge, un statut socioéconomique inférieur, un niveau de scolarité inférieur et une exposition antérieure à la violence ou à la VC (Abramsky et coll., 2011; Capaldi et coll., 2012). Il est important de noter que les groupes marginalisés, comme les populations autochtones, les personnes ayant des déficiences physiques ou cognitives, les communautés 2ELGBTQ+, les personnes vivant dans des logements précaires et celles qui travaillent dans l'industrie du sexe, peuvent également faire face à la VC et à des obstacles uniques à l'accès aux soins ou aux services.

Au Canada, la VC représente plus du quart de tous les crimes violents déclarés par la police (Conroy, 2021). Certains des taux les plus élevés de VC se trouvent dans les provinces des Prairies, la Saskatchewan enregistrant les taux les plus élevés de VC à l'échelle provinciale, suivie du Manitoba (Conroy, 2021). Des disparités entre les taux de VC dans ces provinces ont également été observées, la VC étant plus répandue dans les régions rurales, éloignées ou du Nord des Prairies que dans les centres urbains (Conroy, 2021). Bien que ces régions affichent certains des taux les plus élevés de VC au pays, les statistiques actuelles ne reflètent pas vraiment la nature omniprésente du problème, car une grande partie de la VC n'est jamais déclarée à la police (Statistique Canada, 2021).

Les survivantes de VC subissent le plus souvent des blessures physiques à la tête, au cou et au visage, et environ 92 % d'entre elles subissent un traumatisme dans ces régions (Jackson et coll., 2002; Sheridan et Nash, 2007; Wu et coll., 2010). En raison de cette augmentation des traumatismes, les survivantes sont touchées de façon disproportionnée par les traumatismes crâniens. Les chercheurs et chercheuses estiment que jusqu'à 75 % des survivantes subissent un traumatisme crânien et qu'une proportion importante d'entre elles subissent des traumatismes crâniens multiples (Haag et coll., 2019; Valera et Berenbaum, 2003). Un traumatisme crânien peut être classé comme léger, modéré ou grave, différents symptômes indiquant le niveau de gravité.

Les survivantes atteintes d'un **traumatisme crânien léger** peuvent présenter divers symptômes physiques, émotionnels, cognitifs et liés au sommeil, notamment (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) :

- **Symptômes physiques** : maux de tête, nausées, étourdissements ou déséquilibre, vision floue et sensibilité à la lumière ou au son
- **Symptômes émotionnels** : anxiété, tristesse, irritabilité et le sentiment d'être plus émotionnelle
- **Symptômes cognitifs** : difficulté à se concentrer ou à se souvenir, confusion et difficulté à penser clairement
- **Symptômes liés au sommeil** : difficulté à s'endormir et dormir plus ou moins que d'habitude

Les survivantes atteintes d'un **traumatisme crânien modéré à grave** peuvent également présenter des symptômes liés à la pensée, à l'apprentissage, aux habiletés motrices, à l'ouïe, à la vision et au comportement (Centers for Disease Control and Prevention, 2023) :

- **Capacité de raisonnement et d'apprentissage** : difficulté à comprendre ou à penser clairement et difficulté à communiquer ou à acquérir des compétences
- **Habiletés motrices, ouïe et vision** : faiblesse des bras et des jambes, problèmes de coordination et d'équilibre, problèmes d'ouïe et de vision, et changements de la perception sensorielle
- **Comportement** : difficulté à contrôler le comportement, changements de personnalité et impulsivité

Les personnes atteintes d'un traumatisme crânien lié à la VC peuvent également subir d'autres blessures au visage, aux yeux et au cou. Un traumatisme au visage peut entraîner des contusions, des lacérations, des fractures faciales et des blessures dentaires, ce qui peut causer de la douleur localisée, des ecchymoses, de l'enflure ou de la difformité et des déficits du fonctionnement sensoriel ou moteur. Un traumatisme à l'orbite (espace dans le crâne qui contient l'œil, y compris ses nerfs, ses muscles et ses glandes) peut causer une contusion périorbitaire, une hémorragie sous-conjonctivale, une abrasion cornéenne, un décollement rétinien, des fractures orbitales, des blessures aux muscles qui contrôlent l'œil et la rupture du globe (globe oculaire), qui peut causer de la douleur et de l'enflure localisées, une vision floue, une vision double, des anomalies du champ visuel et une perte de vision complète.

Les lésions cérébrales peuvent également survenir à la suite d'une strangulation non mortelle; ces lésions sont appelées encéphalopathie hypoxique ischémique (EHI) (Monahan et coll., 2020). Des tentatives de strangulation ont été signalées chez jusqu'à 68 % des femmes dans des relations de violence et constituent un important facteur de risque d'homicide conjugal (Glass et coll., 2008; Wilbur et coll., 2001). La strangulation non mortelle peut également causer des blessures à la colonne cervicale, aux voies respiratoires, à l'œsophage, aux vaisseaux sanguins et aux structures des tissus mous, comme les ganglions lymphatiques, qui peuvent entraîner un enrouement ou des changements de la voix, des difficultés à avaler ou à parler, un accident vasculaire cérébral ou des symptômes semblables à ceux d'un accident vasculaire cérébral.

En plus des signes de blessures physiques, il est important de reconnaître d'autres facteurs qui peuvent avoir une incidence sur le fonctionnement des survivantes, y compris la présence de problèmes de santé mentale, la toxicomanie et les traumatismes crâniens antérieurs. Cela est particulièrement important, car des recherches émergentes suggèrent que les populations de femmes atteintes de traumatismes crâniens pourraient être plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale en raison de leurs blessures (Karakurt et coll., 2021). La recherche a également révélé une association entre la consommation de substances et les traumatismes crâniens liés à la VC; les survivantes atteintes de traumatismes crâniens liés à la VC présentaient des niveaux importants de cirrhose alcoolique, de foie adipeux alcoolique et de cirrhose induite par la drogue (Liu et coll., 2020).

Le rôle des fournisseurs de services de première ligne dans la reconnaissance et la prise en charge de traumatismes crâniens liés à la VC

Les fournisseurs de services de première ligne peuvent prendre plusieurs mesures pour aider adéquatement les survivantes chez qui l'on soupçonne des lésions cérébrales. Par exemple, les fournisseurs de services peuvent apprendre quels sont les signes et les symptômes des lésions cérébrales liées à la VC, comprendre les facteurs qui se recoupent et qui mènent à la VC et ont une incidence sur la vie des survivantes, et élaborer des procédures qui orientent les clientes vers les services médicaux et de soutien appropriés dans leur région. De plus, il peut être utile pour les fournisseurs de services de comprendre les diverses façons dont les survivantes ayant subi un traumatisme crânien lié à la VC se présentent dans les milieux de soins actifs, ainsi que la façon d'utiliser des questions pour aider à reconnaître ou à dépister les lésions cérébrales liées à la VC.

Dans les milieux de soins actifs, les patientes peuvent se présenter avec des antécédents vagues d'avoir été agressée, avoir un souvenir limité des événements entourant l'agression ou signaler une perte de conscience. Dans ces cas, il peut être judicieux d'avoir un indice élevé de suspicion de lésions cérébrales, surtout s'il y a des blessures visibles à la tête, au cou ou au visage. À l'inverse, les patientes peuvent décrire des antécédents de traumatisme à la tête, au cou ou au visage, ou même révéler un acte de violence physique comme la strangulation. Il est important de noter que les survivantes qui ont subi une strangulation peuvent ne pas se souvenir d'avoir perdu conscience et peuvent ne pas présenter de symptômes immédiats de strangulation après l'incident. Des blessures importantes par strangulation peuvent également survenir sans signes externes clairs de traumatisme.

Il y a plusieurs questions que les fournisseurs de services peuvent poser aux patientes en milieu de soins actifs pour évaluer les lésions cérébrales liées à la VC, notamment :

- La patiente a-t-elle été frappée à la tête ou étranglée?
- Avec quoi l'a-t-on frappée? Est-ce qu'elle est tombée et s'est frappé la tête? A-t-on frappé sa tête contre un objet? Avec une arme? Et si oui, de quoi s'agit-il?
- Quand cela s'est-il produit?
- A-t-elle perdu conscience, a-t-elle subi des changements visuels ou fait une crise d'épilepsie?
- A-t-elle subi une perte de contrôle de la vessie ou de l'intestin?
- Quels symptômes ressent-elle actuellement ou a-t-elle ressentis depuis l'agression?

Il peut également être utile de demander aux patientes s'il y a des antécédents de VC ou de traumatisme crânien, notamment :

- Y a-t-il des antécédents de VC? Dans l'affirmative, l'a-t-on déjà frappée à la tête ou étranglée?
- A-t-elle éprouvé des symptômes depuis de précédentes blessures à la tête?
- A-t-elle consulté un médecin pour des cas antérieurs de TC soupçonnés liés à la VC?

Il y a aussi plusieurs autres points importants à prendre en considération lorsqu'on prend soin de survivantes ayant subi un traumatisme crânien lié à la VC :

- Les patientes peuvent ne pas consulter un médecin ou ne pas se présenter à des rendez-vous de suivi en raison de leurs blessures visibles. S'il s'agit d'une préoccupation, les fournisseurs peuvent fixer des rendez-vous plusieurs jours après l'incident lorsque les blessures sont moins visibles; fixer des rendez-vous pendant les périodes « lentes » à la clinique; ou offrir de rencontrer les patientes à l'entrée et de les escorter.
- Les patientes peuvent faire face à des obstacles liés au transport, à la garde d'enfants, au travail et à la sécurité qui peuvent les empêcher de se rendre à des rendez-vous médicaux. Il peut être avantageux de leur demander si elles font face à ces défis et de trouver des façons de les relever ensemble.
- Il se peut que les patientes ne soient pas en mesure de donner un historique clair de leur agression ou de se souvenir de leurs symptômes lorsqu'elles se trouvent dans un milieu de soins actifs en raison des répercussions immédiates d'un traumatisme crânien et des traumatismes, mais qu'elles soient en mesure de fournir des antécédents beaucoup plus détaillés lors des rendez-vous de suivi.
- Les patientes peuvent révéler qu'elles ont déjà été frappées à la tête ou étranglées, mais elles ne révéleront souvent pas qui les a blessés, à moins qu'on le leur demande. Il peut être utile pour les fournisseurs de soins de santé de demander aux patientes *qui* les a frappées à la tête pour s'assurer qu'elles reçoivent les soins et les services dont elles ont besoin. Si une patiente divulgue une VC, il est essentiel de préserver la confidentialité et le caractère privé de ses renseignements dans la clinique ou l'hôpital.
- Les patientes signalent souvent des antécédents de maux de tête croissants, de manque de concentration et de difficultés visuelles, et une augmentation des symptômes de santé mentale causés par des blessures répétées à la tête.

Il est important de noter que, bien que la VC soit un problème répandu, de nombreuses survivantes ne cherchent pas à obtenir les soins médicaux, les ressources juridiques ou les services dont elles ont besoin. Il y a plusieurs raisons pour lesquelles les survivantes ne demandent pas de soutien, comme le fait de ne pas penser que leurs blessures sont suffisamment graves, les divers obstacles à l'accès aux services ou le fait que leur agresseur les empêche d'accéder aux services. À l'inverse, les survivantes qui *cherchent à obtenir* des soins médicaux ou du soutien peuvent ne pas être à l'aise de divulguer la cause de leurs blessures en raison de leurs sentiments de culpabilité ou de honte, de la crainte de mauvais traitements futurs ou de l'incidence que le signalement aurait sur leurs enfants; tandis que d'autres peuvent *vouloir* divulguer la cause de leurs blessures, mais peuvent ne pas se sentir à l'aise de le faire dans ces milieux.

Défis pour les survivantes dans le système des tribunaux de la famille

Les survivantes ayant subi des lésions cérébrales liées à la VC peuvent faire face aux défis suivants dans le système des tribunaux de la famille :

- **Troubles de la mémoire** – les survivantes peuvent ne pas se souvenir des détails de leur agression en raison des répercussions de leurs lésions cérébrales sur le fonctionnement cognitif.
- **Répercussions liées à la neurobiologie du traumatisme et à l’incapacité de séquencer les événements** – les survivantes peuvent avoir des souvenirs fragmentés ou incomplets d’une agression traumatique et ne pas être en mesure de se souvenir des événements de façon chronologique ou linéaire.
- **Manque de documentation et de dossiers médicaux** – les survivantes peuvent avoir subi une ou plusieurs lésions cérébrales, mais elles n’ont pas les documents ou les dossiers médicaux nécessaires pour le démontrer.
- **Absence de rapports de police ou de participation de la part de la police** – les survivantes peuvent ne pas demander l’aide de la police en cas de VC ou ne demander de l’aide qu’après un certain nombre d’incidents de violence.
- **Répercussions sur la déclaration de la survivante** – plusieurs facteurs (y compris ceux mentionnés ci-dessus) peuvent avoir une incidence sur la déclaration de la survivante concernant son expérience de VC.

De plus, de nouvelles recherches menées par Boyle et ses collègues (2022) ont révélé qu’un diagnostic de lésion cérébrale peut miner les chances de réussite d’une survivante pendant les conflits liés à la garde et au droit de visite. Dans ces conflits, la *capacité d’être parent* est souvent examinée à la loupe, ce qui peut comprendre des renseignements sur l’état de santé d’un parent (Boyle et coll., 2022). Par conséquent, un diagnostic de lésion cérébrale peut être divulgué contre la volonté d’une survivante, car la loi actuelle permet le partage de renseignements médicaux devant les tribunaux malgré la confidentialité médecin-patient (Boyle et coll., 2022). Les avocats participant à l’étude ont déclaré que leur stratégie en tant qu’avocat adverse dans ces affaires consisterait à utiliser le diagnostic de lésion cérébrale d’une survivante contre elle pour soutenir qu’elle est un parent inapte, même s’ils reconnaissaient que cette stratégie était immorale ou contraire à l’éthique (Boyle et coll., 2022).

Renseignements supplémentaires

On peut trouver des renseignements et des ressources supplémentaires sur la VC et le TC aux liens suivants.

- **Concussion Awareness Training Tool** : <https://cattonline.com/> (ressource en anglais)
- **Victimes de violence et de traumatisme cérébral – une boîte à outils** : https://www.abitoolkit.ca/fr_ca/
- **SOAR (Supporting Survivors of Abuse and Brain Injury through Research)** : <https://soarproject.ca/> (ressource en anglais)
- **Pauktuutit Inuit Women of Canada** : <https://pauktuutit.ca/abuse-prevention-justice/gender-based-violence/intimate-partner-violence-traumatic-brain-injury/> (ressource en anglais)
- **Manitoba Association of Women’s Shelters – Training** : <https://maws.mb.ca/courses/mental-health-and-substance-use/> (ressource en anglais)

Références

- ABI Research Lab. (2023). *Comprendre l'intersection de la violence entre partenaires intimes et du traumatisme craniocérébral*. <https://www.abitoolkit.ca/>
- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. et Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11(109), 1-17. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>
- Boyle, Q., Illes, J., Simonetto, D. et Donkelaar, P. (2022). Ethicolegal considerations of screening for brain injury in women who have experienced intimate partner violence. *Journal of Law and Biosciences*, 9(2), 1-14. <https://doi.org/10.1093/jlb/ljac023>
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. et Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280. DOI : [10.1891/1946-6560.3.2.231](https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Traumatic brain injury and concussion*. https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/get_the_facts.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Symptoms of mild TBI and concussion*. <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/concussion/symptoms.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Potential effects of a moderate or severe TBI*. <https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/moderate-severe/potential-effects.html#print>
- Conroy, S. (2021). *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2019*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00001-fra.htm>
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L. et Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(1), 39-45. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.1.39>
- Glass, N., Laughon, K., Campbell, J., Block, C. R., Hanson, G., Sharps, P. W. et Taliaferro, E. (2008). Non-fatal strangulation is an important risk factor for homicide of women. *Journal of Emergency Medicine*, 35(3), 329-335. DOI: [10.1016/j.jemermed.2007.02.065](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.02.065)
- Haag, H. L., Jones, D., Joseph, T. et Colantonio, A. (2019). Battered and brain injured: Traumatic brain injury among women survivors of intimate partner violence—a scoping review. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(4), 1-18. DOI : [10.1177/1524838019850623](https://doi.org/10.1177/1524838019850623)

- Karakurt, G., Whiting, K., Jones, S. E., Lowe, M. J. et Rao, S. M. (2021). Brain injury and mental health among the victims of intimate partner violence: A case-series exploratory study. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.710602>
- Liu, L. Y., Bush, W. S., Koyutürk, M. et Karakurt, G. (2020). Interplay between traumatic brain injury and intimate partner violence: Data driven analysis utilizing electronic health records. *BMC Women's Health*, 20(269). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01104-4>
- Monahan, K., Bannon, S. et Dams-O'Connor, K. (2020). Nonfatal strangulation (NFS) and intimate partner violence: A brief overview. *Journal of Family Violence*, 37, 75-86. DOI : [10.1007/s10896-020-00208-7](https://doi.org/10.1007/s10896-020-00208-7)
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Sheridan, D. J. et Nash, K. R. (2007). Acute injury patterns of intimate partner violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 281-289. <https://doi.org/10.1177/1524838007303504>
- Statistique Canada. (2021). *La violence conjugale au Canada, 2019*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211006/dq211006b-fra.htm>
- Valera, E. M. et Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797-804. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.797>
- Wilbur, L., Higley, M., Hatfield, J., Surprenant, Z., Taliaferro, E., Smith, D. J. et Paolo, A. (2001). Survey results of women who have been strangled while in an abusive relationship. *Journal of Emergency Medicine*, 21(3), 297-302. DOI : [10.1016/s0736-4679\(01\)00398-5](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(01)00398-5)
- Wu, V., Huff, H. et Bhandari, M. (2010). Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(2), 71-82. DOI : [10.1177/1524838010367503](https://doi.org/10.1177/1524838010367503)