

TRAUMATISMES

SEPTEMBRE 2018

ÉTAT DES CONNAISSANCES
ÉPIDÉMIOLOGIE DES
VIOLENCES CONJUGALES
EN FRANCE ET DANS
LES PAYS OCCIDENTAUX

Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016

Présentation

Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux Synthèse bibliographique

L'Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France en mai 2016) a confié en 2013 à la société Sepia Santé, retenue sur appel d'offre, la réalisation d'une étude ayant pour objectif la réalisation d'une synthèse sur l'ensemble des publications scientifiques disponibles concernant l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux : nombre et répartitions (géographique, sociodémographique, économique), facteurs de survenue, évolution dans le temps, devenir des personnes (victimes, auteurs) et de leur proches, influence sur la santé, coût individuel et collectif, etc.

Ce travail a conduit à finaliser un rapport en août 2013, qui a fait l'objet d'une mise à jour en juillet 2016, pour la rédaction d'un article sur ce sujet dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. [Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux](#). Bull Epidémiol Hebd. 2016;(22-23):385-9.

Afin de permettre l'accès à ces travaux, le présent rapport a été constitué, qui contient donc :

- Le rapport d'août 2013 (pages 2 à 81)
- La mise à jour de juillet 2016 (pages 82 à 110)

MOTS CLÉS : VIOLENCE CONJUGALE, PARTENAIRE INTIME, ÉPIDEMIOLOGIE,
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dr Bertrand Thélot
Direction des Maladies non transmissibles
et des Traumatismes, Santé publique France

Epidemiology of domestic violence in France and in Western countries Bibliographic Summary

The Institut de veille sanitaire (now Santé publique France since May 2016) entrusted the company Sepia Santé, selected by tender, to carry out a study in 2013 with the aim of producing a summary on all the scientific publications available on the epidemiology of domestic violence in France and in Western countries: number and distributions (geographical, socio-demographic, economic), factors of occurrence, trends over time, fate of the persons (victims, perpetrators) and of their kins, influence on health, individual and collective costs, etc.

This work led to the finalization of a report in August 2013, which was updated in July 2016, for the writing of an article on this subject in the Bulletin épidémiologique hebdomadaire: Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. [Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux](#). Bull Epidémiol Hebd. 2016;(22-23):385-9.

In order to allow access to this work, this report has been compiled, and contains:

- The August 2013 report (pages 2 to 81)
- The update of July 2016 (pages 82 to 110)

KEY WORDS: DOMESTIC VIOLENCE, INTIMATE PARTNER, EPIDEMIOLOGY,
LITERATURE REVIEW

Citation suggérée : *Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 110 p.
Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISBN-NET : 979-10-289-0451-7 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE -
DÉPÔT LÉGAL : SEPTEMBRE 2018

Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux

Synthèse bibliographique, août 2013

Abréviations

BCS	British Crime Survey
ACSF	Analyse des comportements sexuels en France
ACSJ	Analyse des comportements sexuels des jeunes
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales
CAHRV	Co-ordination Action on Human Rights Violations
CESDIP	Centre de recherche sociologique sur le droit et les institutions pénales
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CSF	Contexte de la Sexualité en France
CSVF	Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles
CVS	Cadre de vie et sécurité
DAV	Délégation aux victimes
Ddass	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHS	Demographic and Health Surveys
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	École des hautes études en santé publique
Enveff	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
EU ICS	European Union, International Crime Survey (Enquête européenne de victimation)
EVS	Événements de vie et santé
FNSF	Fédération nationale solidarité femmes
HAS	Haute Autorité de santé
ICRW	International Center for Research on Women
ICVS	International Crime Victimization Survey
Ined	Institut national des études démographiques
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
ITT	Incapacité totale de travail
IVAWS	International Violence Against Women Survey
NVCS	National Crime Victimization Survey
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OR	Odds ratio
UNCRI	United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute
Virage	Violences et rapport de genre
VPI	Violences entre partenaires intimes
WHO	World Health Organization

Sommaire

1. INTRODUCTION	6
2. MÉTHODES D'IDENTIFICATION ET DE SÉLECTION DES TRAVAUX	7
2.1 Techniques de recherche bibliographique	7
2.1.1 Recherches de travaux publiés dans des revues avec comité de lecture	7
2.1.1.1 Moteurs de recherche employés	7
2.1.1.2 Mots-clés et thèmes associés aux violences conjugales	7
2.1.1.3 Résultats des recherches : description, analyse et difficultés rencontrées	8
2.1.1.4 L'option des revues systématiques	11
2.1.2 Identification de la littérature « grise » et des travaux français	12
2.2 Critères de sélection des travaux	13
2.3 Méthodologie de classement	14
2.3.1 Axes de classement	14
2.3.2 Évaluation des documents	15
2.4 Contenu du rapport	15
3. SYNTHÈSE DES ÉTUDES	17
3.1 Prévalence des violences conjugales	17
3.1.1 Travaux internationaux	17
3.1.1.1 Sources des données	17
3.1.1.2 Données de prévalences	18
3.1.2 France	27
3.1.2.1 Sources des données de prévalences sur les violences entre partenaires intimes	27
3.1.2.2 Données de prévalence	30
3.2 Facteurs de risque des violences conjugales	36
3.2.1 Généralités	36
3.2.2 Études des facteurs associés aux violences au sein du couple	37
3.2.2.1 Les caractéristiques individuelles	38
3.2.2.2 L'histoire de vie	41
3.2.2.3 La consommation de substances psychoactives	43
3.2.2.4 Les caractéristiques de la relation conjugale	44
3.2.2.5 Les caractéristiques socio-économiques	46
3.2.2.6 L'appartenance et les liens sociaux	49
3.2.3 Synthèse sur les facteurs de risques et les programmes d'intervention	50
3.3 Conséquences des violences	51
3.3.1 Conséquences sur la santé des victimes de violence	51
3.3.2 Conséquences sur les enfants	55
3.3.3 Conséquences sur la vie sociale et professionnelle de la victime	55
3.3.4 Conséquences financières	56
4. CONCLUSION	59
Références	61
5. ANNEXES	68
Annexe 1. Références des revues systématiques sélectionnées	68
Annexe 2. Référence des études de prévalence (UN Women)	75
Annexe 3. Référence des études d'Estimation du coût des violences conjugales	76
Annexe 4. Références d'autres travaux sur les violences conjugales	77

Tableaux

Tableau 1 : Présentation des occurrences, présentes dans les titres et résumés, associées à la violence conjugale et aux populations vulnérables (de 2000 à 2012).	10
Tableau 2 : Affiliations et années de publication des 66 revues systématiques retenues	14
Tableau 3 : Prévalence des violences contre les femmes	20
Tableau 4 : Prévalences des violences envers les femmes (20-59 ans) après ré-analyse	22
Tableau 5 : Questions ayant une incidence sur la comparabilité des données sur la violence à l'égard des femmes (d'après Ellsberg M & Heise L, 2005).	23
Tableau 6 : Proportions de femmes victimes de violences dans le couple au cours des 12 derniers mois (femmes en couple au moment de l'enquête)	30
Tableau 7 : Proportions de femmes et d'hommes déclarant avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles intra-ménage (ONDRP-Insee, 2012)	32
Tableau 8 : Recensement national des morts violentes au sein du couple	32
Tableau 9 : Facteurs associés à des risques de violence envers les femmes	36
Tableau 10 : Facteurs de risque étudiés par Stöckl et al. (2011)	38
Tableau 11 : Estimation du coût des violences conjugales	58

1. INTRODUCTION

« La violence conjugale est un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination. Ces comportements agressifs et violents ont lieu dans le cadre d'une relation de couple (entre deux époux, conjoints ou ex partenaires) et sont destructeurs quel que soit leur forme et leur mode » (Violence.fr/Institut de l'humanitaire). Les termes violences conjugales et violences entre partenaires intimes sont utilisés ici comme souvent ailleurs, à l'identique.

À ce jour les données bibliographiques, le traitement de la problématique par les organisations internationales et nationales sont très largement centrées sur les violences conjugales envers les femmes. L'OMS les a fait entrer dans le champ de la santé publique, et ainsi quitter le champ exclusif de la police et justice (Krug *et al.* 2002). Le secteur médical doit donc être impliqué avec les associations, travailleurs sociaux, policiers et magistrats.

Le focus sur les violences envers les femmes se justifie du fait que le contexte, la sévérité des violences et leurs conséquences notamment de santé, font qu'elles constituent un problème de bien plus large ampleur en terme de santé publique que les violences envers les hommes (Richardson *et al.* 2002a ; La Flair *et al.* 2012). Les violences conjugales envers les hommes sont cependant de plus en plus prises en compte, et apparaissent comme une problématique à traiter différente de celle des violences envers les femmes sous bien des aspects (Cocker *et al.* 2002).

L'objectif initial du présent travail portait sur la réalisation d'une synthèse sur l'ensemble des publications scientifiques disponibles concernant l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux : nombre et répartitions (géographique, sociodémographique, économique), facteurs de survenue, évolution dans le temps, devenir des personnes (victimes, auteurs) et de leur proches, influence sur la santé, coût individuel et collectif, etc.

Il est apparu rapidement après le démarrage des travaux que cet objectif était sans doute trop ambitieux vis-à-vis des ressources allouées au projet. En effet, les travaux autour des violences conjugales sont particulièrement nombreux notamment depuis les dix dernières années, en lien probablement avec l'action des institutions internationales pour que la lutte contre ces violences soit inscrite dans les actions au niveau national (cf. par exemple, Johnson *et al.* 2008, qui présentent une sélection des conventions et réglementations internationales destinées à lutter contre la violence de genre). Des choix ont donc dû être faits, notamment celui de la non inclusion des travaux sur les violences envers les hommes ou entre partenaires de même sexe (cf. ci-dessus). Les autres choix sont exposés en matériels et méthode.

2. MÉTHODES D'IDENTIFICATION ET DE SÉLECTION DES TRAVAUX

Ce projet a été suivi par l'unité traumatismes de l'InVS (B. Thélot). Les aspects méthodologiques, l'avancement des travaux et les résultats obtenus, faisant l'objet de ce rapport, ont été discutés avec les membres de cette unité dans le cadre de réunions tout au long de l'avancement du travail.

2.1 Techniques de recherche bibliographique

2.1.1 Recherches de travaux publiés dans des revues avec comité de lecture

2.1.1.1 Moteurs de recherche employés

Pour mener à bien la recherche bibliographique dans le domaine de l'épidémiologie des violences conjugales, PubMed a été retenu comme banque de données et outil de recherche bibliographique de référence (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), hébergée par l'*US National Library of Medicine*, rattachée aux *National Institutes of Health* américains, développée par le *National Center for Biotechnology Information*. Comme cela est spécifié sur la page d'accueil, PubMed regroupe plus de 22 millions de références de la littérature biomédicale issues de MEDLINE, de journaux traitant des sciences de la vie et de livres en ligne. Ces références sont accompagnées de leur propre résumé (quand celui-ci est disponible), et peuvent inclure des liens vers les sites des éditeurs ou vers les contenus complets de ces références en libre accès sur la plateforme *PubMed Central*.

Deux autres moteurs de recherche ont été employés :

- La fonctionnalité « find full text » du logiciel de gestion de base de données EndNote X6 : elle a été employée pour extraire et archiver, au sein d'un fichier, les liens URL et/ou les articles au format PDF des références sélectionnées par l'intermédiaire de PubMed.
- Google, via essentiellement l'outil Google Scholar, a été employé dans le cadre de la recherche sur la littérature « grise », et comme complément à PubMed dans le repérage des références dont le texte complet est disponible, en libre accès, au format PDF ou, au moins, au format HTML.

2.1.1.2 Mots-clés et thèmes associés aux violences conjugales

Cette étape nous a permis de constater l'absence d'une expression-clé qui serait systématiquement reprise dans les travaux traitant de cette thématique, ce qui ne permet pas d'assurer à 100% l'exhaustivité de la recherche. Les différentes combinaisons effectuées sous PubMed nous ont conduits à faire le choix des expressions suivantes :

- *Domestic violence*
- *Domestic abuse*
- *Intimate partner violence*
- *Intimate partner abuse*
- *Spouse violence*
- *Spouse abuse*

Comme cela sera montré, la très grande majorité des références traitant de ce sujet emploient le terme de *domestic* et/ou celui d'*intimate partner*. Il convient, par ailleurs, de préciser que nous avons décidé de rechercher ces expressions exactes sous PubMed, afin de cibler le plus précisément possible les articles traitant des violences conjugales.

Suite à une rapide revue bibliographique préalable, une série de thèmes pouvant être considérés comme des causes ou des conséquences des violences conjugales a été listée :

- *Pregnancy/Pregnant*
- *Screening/Screen*
- *Intervention/Intervening*
- *Prevalence/Prevalent*
- *Epidemiology/Epidemiological*
- *Risk Factor*
- *Socio(-)economic/Societal/Social*
- *Crime/Criminal/Homicide*
- *Trauma*
- *Psychology/Psychological*
- *Mental Health/Mental Disorder*
- *Policy*
- *Prevention/Preventive/Preventing*
- *Economy/Economic/Cost*
- *Evaluation/Evaluating*
- *Clinical*
- *Sexual/Sexuality/Sexually*
- *HIV/AIDS*

De manière quasi-systématique, il a été nécessaire d'indiquer simultanément dans les requêtes de recherche le singulier, le pluriel et l'adjectif de chaque mot, afin d'être le plus exhaustif possible.

2.1.1.3 Résultats des recherches : description, analyse et difficultés rencontrées

Dans ce chapitre sont présentés les principaux résultats des tests de recherche réalisés à partir de PubMed entre le 15 janvier 2013 et le 13 février 2013. La précision des dates de mise en œuvre des tests est importante car le nombre de références évolue de manière quasi-quotidienne.

Tests réalisés sur les six expressions se rapportant aux violences conjugales

La première série de tests, réalisée le 15 janvier 2013, avait pour but d'estimer de manière très générale la quantité d'information se rapportant à notre domaine d'étude. En intégrant *domestic* et *violence* au sein d'une requête par défaut, 33 655 occurrences ont été mises à jour selon la combinaison suivante :

- "domestic violence"[MeSH Terms] OR ("domestic"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "domestic violence"[All Fields]

Par défaut, la requête se focalise aussi bien sur l'expression exacte que sur les mots pris séparément, que ce soit dans n'importe quel champ de la publication (titre, résumé, corps du texte, etc.) ou dans les *MeSH terms* qui correspondent, si l'on se réfère à la définition de l'Inserm (<http://mesh.inserm.fr/mesh/presentation.htm>), aux termes du thésaurus de référence (*Medical Subject Headings* ou *MeSH*) dans le domaine biomédical et les domaines connexes.

En testant *intimate partner violence*, toujours à partir d'une requête par défaut, le nombre d'occurrences était de 2 951 selon la combinaison suivante :

- intimate[All Fields] AND "partner"[All Fields] AND ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields])

On constate que PubMed, par défaut, ne propose pas l'option de recherche portant sur l'expression complète, que ce soit sur l'ensemble des champs ou dans les *MeSH terms*.

Face à cette masse de publications, il est apparu nécessaire de cibler notre recherche sur les expressions exactes se rapportant aux violences conjugales incluses dans le titre et /ou le résumé des références bibliographiques archivées sous PubMed. La requête sur laquelle nous nous appuyons est donc la suivante :

- (domestic violence[Title/Abstract] OR domestic abuse[Title/Abstract] OR intimate partner violence[Title/Abstract] OR intimate partner abuse[Title/Abstract] OR spouse violence[Title/Abstract] OR spouse abuse[Title/Abstract]) AND "humans"[MeSH Terms]

La combinaison ainsi proposée a permis d'extraire, **en date du 1^{er} février 2013, 5 602 références** bibliographiques. La plus ancienne a été publiée en 1978 et 81,6 % d'entre elles, soit 4 571 au total, sont postérieures à l'année 1999. Le choix de l'année 2000, comme date de départ, a été fait de manière concertée en vue de la suite de ce travail.

Si l'on s'intéresse aux « couples » d'expressions, les résultats sont les suivants :

- *Domestic violence* ou *domestic abuse* = 3 448 occurrences dont 73,3 % à partir de l'année 2000.
- *Spouse violence* ou *spouse abuse* = 173 occurrences dont 43,9 % à partir de l'année 2000.
- *Intimate partner violence* ou *intimate partner abuse* = 2 299 occurrences dont 98,2 % à partir de l'année 2000.

Confirmant un test sur l'occurrence de ces termes dans le texte des publications (non présenté), on constate que le terme *intimate partner* est d'emploi globalement plus récent que celui de *domestic* ou celui de *spouse*, ce dernier étant par ailleurs utilisé de manière beaucoup plus restreinte. Cette « modernité » pourrait s'expliquer par le fait que *intimate partner* ne renvoie pas exclusivement au statut matrimonial mais au couple en général, tout en étant plus précis que *domestic* qui peut également inclure des phénomènes de maltraitance vis-à-vis, entre autres, des enfants ou des personnes âgées vivant au sein des ménages.

Lors des tests réalisés le 11 février 2013 sur les publications postérieures à 1999, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'emploi exclusif de certaines expressions dans les titres et/ou résumés, ainsi que des deux principaux groupes affectés par les violences conjugales : les femmes et les enfants.

I TABLEAU 1 I

Présentation des occurrences, présentes dans les titres et résumés, associées à la violence conjugale et aux populations vulnérables (de 2000 à 2012)

	Nb d'occurrences	Avec <i>woman</i> ou <i>female</i> (singulier et pluriel)		Avec <i>child</i> ou <i>children</i> ou <i>infant(s)</i>	
		Nb d'occurrences	%	Nb d'occurrences	%
[1] Intimate partner violence ou intimate partner abuse	2264	1597	70,5	428	18,9
[2] Domestic violence ou domestic abuse	2530	1320	52,2	659	26,0
[3] Spouse violence ou spouse abuse	76	46	60,5	20	26,3
[4] Intimate partner violence ou intimate partner abuse exclusivement	1995	1394	69,9	361	18,1
[5] Domestic violence ou domestic abuse exclusivement	2259	1118	49,5	591	26,2
[6] Ensemble des 6 expressions	4580	2745	59,9	1037	22,6
[4]/[1] (en %)	88,1	87,3		84,3	
[5]/[2] (en %)	89,3	84,7		89,7	
((4)+[5])/[6] (en %)	92,9	91,5		91,8	

Nous constatons que plus de la moitié (59,9%) des 4 580 références incluant au moins une des six expressions liées à la violence conjugale dans le titre et/ou le résumé intègrent également les mots *woman* ou *female*. Cette proportion est plus élevée quand les expressions *intimate partner violence* ou *intimate partner abuse* sont employées (70,5%). C'est le constat inverse qui est établi pour les enfants, relativement plus présents quand ils sont associés à *domestic violence* ou *domestic abuse* (26% contre 22,6% globalement). Cela tend à démontrer que *intimate partner*, outre son caractère plus moderne, semble être le mot-clé le plus efficace pour repérer les publications traitant des violences.

Les expressions incluant *domestic* ou *intimate partner* sont largement dominantes et marquées par leur caractère exclusif. Le qualificatif « exclusivement » présent dans le Tableau 1 signifie que l'on recherche les publications contenant ces seules expressions (ex : le nombre de publications où apparaît *domestic violence* ou *domestic abuse* et où les quatre autres expressions sont absentes). On constate ainsi que 88,1% des publications employant les expressions *intimate partner violence* ou *intimate partner abuse* dans le titre et/ou le résumé n'emploient pas d'autres termes ayant trait aux violences conjugales (cette proportion atteint 89,3% dans le cas de figure de *domestic violence* ou *domestic abuse*). Ainsi il n'est pas étonnant de constater que 92,9% des 4 580 références contiennent, de manière stricte, soit l'une soit l'autre combinaison d'expressions.

Les différents tests présentés conduisent à un seul et même constat : le nombre très élevé de références rendant obligatoire le choix d'un type de publication afin de réduire considérablement le nombre de documents à analyser dans un premier temps. C'est pour cela que nous avons décidé de ne retenir que les *systematic reviews*, choix qui sera explicité plus loin.

Difficultés rencontrées

Il s'agit ici de récapituler les aspects qui complexifient le processus de recherche bibliographique. Quelques grandes difficultés ressortent :

- Le très grand nombre de publications traitant des violences conjugales, nécessitant de faire un choix raisonné de celles qui seront effectivement à analyser ;
- L'absence d'une expression générique pour désigner les violences conjugales, rendant plus délicate une recherche parfaitement exhaustive dans le domaine (bien que les termes *domestic* et *intimate partner* soient ultra-majoritaires) ;
- L'impossibilité d'être parfaitement exhaustif sur le cadre d'étude de l'ensemble des publications via des recherches sur les titres, les résumés et les *MeSH terms*. Par exemple, dans de nombreux cas de figure, seules les villes et les provinces (voire uniquement le nom des habitants ou gentilé) sont indiquées sans qu'il y ait mention du pays. La sélection des publications traitant des pays occidentaux ne peut se faire, à minima, qu'à partir d'une lecture systématique des résumés.

2.1.1.4 L'option des revues systématiques

À cause du très grand nombre de publications se rapportant aux violences conjugales, nous avons décidé, de manière concertée avec l'InVS, de ne retenir dans un premier temps que les publications de type **systematic review** publiées à partir de l'année 2000. Ce choix s'explique par les caractéristiques de ces publications notamment décrites par Hemigway & Brereton (2009).

Ces revues systématiques de littérature remplacent de plus en plus les traditionnelles revues narratives et les commentaires d'experts en tant que moyen de résumer les résultats scientifiques. Elles tendent à adopter un processus de réalisation rigoureux par l'emploi de procédures transparentes permettant de trouver, d'évaluer qualitativement et de synthétiser les résultats des travaux de recherche les plus pertinents du domaine étudié. Les procédures sont explicitement définies par souci de transparence, et pour qu'elles puissent être reproduites.

En résumé, les *systematic reviews* de qualité doivent permettre entre autres :

- De sélectionner les publications pertinentes à inclure en fonction du sujet traité ;
- D'évaluer la qualité de chaque publication ;
- De synthétiser les résultats de ces publications de manière impartiale ;
- D'interpréter les résultats et de présenter un résumé de ceux-ci en tenant compte de leurs défauts éventuels.

En conséquence, la requête suivante a été employée :

- (domestic violence[Title/Abstract] OR domestic abuse[Title/Abstract] OR spouse abuse[Title/Abstract] OR spouse violence[Title/Abstract] OR intimate partner violence[Title/Abstract] OR intimate partner abuse[Title/Abstract]) AND ("2000/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND systematic[sb]

En date du 13 février 2013, **127 références bibliographiques** ont été recensées. L'étape suivante a été de vérifier si les thèmes détaillés précédemment étaient présents dans les titres et résumés de ces 127 références. Ces thèmes, testés au singulier comme au pluriel, sont classés par ordre croissant de présence relative au sein de ces références :

- *Intervention/Intervening* (41,7%)
- *Socio(-)economic/Societal/Social* (26,8%)
- *Screening/Screen* (26%)
- *Prevention/Preventive/Preventing* (25,2%)

- *Clinical* (18,9%)
- *Pregnancy/Pregnant* (18,1%)
- *Sexual/Sexuality/Sexually* (17,3%)
- *Prevalence/Prevalent* (15,8%)
- *Risk Factor* (15%)
- *Policy* (14,2%)
- *Evaluation/Evaluating* (13,4%)
- *Mental Health/Mental Disorder* (11%)
- *Psychology/Psychological* (8,7%)
- *Crime/Criminal/Homicide* (7,1%)
- *Trauma* (7,1%)
- *HIV/AIDS* (7,1%)
- *Economy/Economic/Cost* (6,3%)
- *Epidemiology/Epidemiological* (3,9%)

Chaque mot-clé, ou groupe de mots-clés, est au minimum présent à cinq reprises (cas de figure *Epidemiology/Epidemiological*). Cela pourrait démontrer, en théorie, l'exhaustivité des thématiques liées aux violences conjugales abordées dans ces *systematic reviews*.

Il convient néanmoins de rester prudent : ces thématiques peuvent avoir uniquement une démonstration illustrative dans les résumés sans lien direct avec la problématique abordée. En dehors du vocabulaire associé à la dimension socioéconomique, les thématiques qui reviennent le plus souvent font référence à des actions liées à la détection des violences conjugales : intervention, dépistage (*screening*) et prévention. Cependant, toutes les références extraites ne sont pas pertinentes dans le cadre de cette étude. Une sélection va s'imposer via la lecture de l'ensemble des résumés.

2.1.2 Identification de la littérature « grise » et des travaux français

L'identification des travaux issus de la littérature grise ne provient pas d'une démarche systématisée comme dans le cas des travaux publiés dans les revues à comité de lecture, elle revêt un caractère empirique :

- Des recherches dans Google à l'aide des mots clé cités précédemment ;
- La consultation de sites internet, dont les principaux sont les suivants :
 - o *Violence against women in Europe*, Conseil de l'Europe
http://www.euowrc.org/13.institutions/3.coe/04.en_coe.htm
 - o CAHRV (Co-ordination Action on Human Rights Violations, financé dans le cadre du 6^e programme de la Commission européenne)
<http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/190.htm>
 - o Centre virtuel de connaissance pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles, ONU Femmes
<http://www.endvawnow.org/fr/about>
 - o L'OMS
http://www.preventviolence.info/evidence_base_complete.aspx,
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/sexual/en/index.html,
 - o Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), Québec
<http://www.criviff.qc.ca/cms/index.php?lang=fr&accueil=1>
 - o CNIDFF, centre national d'information sur le droit des femmes et des familles, France
http://www.infofemmes.com/v2/p/Lutte-contre-les-violences/Lutte-contre-les-violences_10
 - o Base de données documentaire des Centres ressource pour les intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
<http://theseas.reseaudoc.org/opac/>

- Le réseau Previos (association de professionnels de terrain créée en 2006 œuvrant dans le champ de la prévention).
<http://reseauprevios.fr/ressources/Biblio+VC+juin-2010.pdf>
- La lecture de rapports transmis au démarrage du projet par l'InVS ou identifiés lors de nos recherches.

À noter que l'EHESP a publié en 2012, un dossier documentaire sur les violences faites aux femmes (<http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/bibliographies-et-dossiers-documentaires/>). Il recense des travaux et des sites internet relatifs à cette thématique en France (principalement).

2.2 Critères de sélection des travaux

En tout premier lieu, il convient de préciser que ce travail de sélection s'est effectué sur 130 résumés (127 plus les 3 ajoutés via l'emploi de *marital violence* ou *marital abuse*). En effet, bien que leur importance soit restreinte (dans les ordres de grandeur des expressions employant le terme *spouse*), nous avons omis d'intégrer *marital violence* et *marital abuse* au sein de notre recherche. Cela a pour effet d'ajouter trois références qui ne seront, au final, pas retenues. Cela confirme en tout cas une des difficultés soulevées plus haut : l'absence d'expression générique pour désigner les violences conjugales.

Les critères de sélection se basent sur un principe d'exclusion/inclusion.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Revue systématique de littérature concernant un pays non-occidental (pays en voie de développement, pays développés asiatiques, ex-URSS, ex-pays de l'est) ;
- Revue systématique dont le sujet central n'est pas lié aux violences conjugales (ex : la maltraitance envers les personnes âgées) ou quand celles-ci ne sont employées qu'à titre illustratif ;
- Conséquences d'un mauvais référencement par PubMed : quand les *systematic reviews* n'en sont pas (même si le sujet abordé est lié aux violences conjugales) ;
- Redondance (même revue publiée à deux dates différentes) ;

Les critères d'inclusion correspondent donc à l'opposé de ces cinq points. Le premier point, notamment, englobe les revues de littérature géographiquement « neutres » et celles traitant des pays occidentaux (croisement Union Européenne - Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie et Nouvelle-Zélande).

Le seul critère de sélection appliqué pour les documents issus de la littérature grise, est celui des pays. Ainsi les travaux de l'OMS portant sur les pays en voie de développement n'ont pas été retenus (<http://www.who.int/publications/list/9242593516/fr/index.html>). L'absence d'autres critères se justifie par le fait qu'une grande partie a été identifiée de manière ciblée (lecture de rapports). Seule une classification des travaux par pays a été réalisée.

Sur les 130 résumés, 66 ont été retenus pour constituer la base bibliographique soit un peu plus de la moitié. Les caractéristiques des références exclues sont les suivantes :

- 48 (soit 36,9%) ne concernent pas un pays occidental et/ou traitent d'un sujet lié, à la marge, aux violences conjugales ;
- 14 (soit 10,8%) correspondent à des articles « classiques », bien que pertinents, référencés au sein PubMed comme des *systematic reviews*. Cela démontre une relative faiblesse du moteur de recherche associé à cette banque de données, ce qui constitue une difficulté supplémentaire dans le cadre de ce travail ;
- Les deux dernières sont redondantes.

Le Tableau 2 résume des caractéristiques des 66 références retenues (ensemble des références en Annexe 1). Près de la moitié des revues proviennent des États-Unis. En Europe, le Royaume-Uni et l'Espagne sont les seuls pays bien présents. En Espagne, toutes les revues ont été réalisées par la même équipe affiliée à l'Université d'Alicante.

I TABLEAU 2 I

Affiliations et années de publication des 66 revues systématiques retenues

Affiliation	n	%	Année	n	%
États-Unis	32	48	2012	10	15,2
Royaume-Uni	11	17	2011	10	15,2
Canada	10	15	2010	8	12,1
Espagne	6	9,1	2009	5	7,6
Allemagne	1	1,5	2008	5	7,6
Brésil	1	1,5	2007	7	10,6
Chine	1	1,5	2006	6	9,1
Japon	1	1,5	2005	2	3,0
Norvège	1	1,5	2004	5	7,6
Pays-Bas	1	1,5	2003	5	7,6
Suisse	1	1,5	2002	2	3,0
			2001	1	1,5
			2000	0	0,0

2.3 Méthodologie de classement

La lecture des documents a fait d'emblée apparaître un classement basé sur le contenu des documents d'une part et sur le niveau d'apport d'informations vis-à-vis de la problématique d'autre part. La typologie sera donc basée sur ces deux niveaux :

- 1^{er} niveau : Un classement tenant compte de l'information traitée dans les documents,
- 2^e niveau : Une évaluation chiffrée de l'apport de cette information.

Les documents seront en premier lieu classés selon la thématique, puis à l'intérieur de chaque thématique, sera attribuée la valeur de l'information en lien avec son apport au présent travail de synthèse.

2.3.1 Axes de classement

La lecture des documents identifiés (revues systématiques et rapports d'étude) a permis de dégager **dix axes majeurs ou thématiques** permettant de catégoriser les documents en fonction des informations livrées :

- 1- Prévalence : états des lieux chiffrés des violences conjugales ;
- 2- Facteurs de risque : traitement des facteurs de cause, de risque, des facteurs associés aux violences conjugales (profils psychologiques, violences dans l'enfance, niveau socio-culturel, alcool, etc.) ;
- 3- Populations spécifiques : ces travaux traitent potentiellement de tout type de thématique liée aux violences conjugales, mais sur un échantillon de population très précis. Il peut ainsi s'agir des femmes enceintes, des malades mentaux, des femmes âgées, des militaires, des afro-américains, des homosexuels... ;

- 4- Conséquences directes : ces travaux traitent des conséquences directes et principalement sur la santé (traumatisme, santé mentale, etc.) des victimes ;
- 5- Conséquences indirectes : elles concernent principalement les enfants ;
- 6- Dépistage et prévention : sont ici concernées les actions d'identification des victimes dans les services médicaux, de dépistage des marques de violences et de prévention de ces dernières. Elle intègre également les analyses qualitatives de ces actions ;
- 7- Intervention et prise en charge : ce thème regroupe les actions qui vont au-delà du simple dépistage en se focalisant sur les prises en charge. Elle intègre également les analyses qualitatives de ces actions ;
- 8- Perception des victimes vis-à-vis des prises en charge médicales ;
- 9- Coûts des violences : ils englobent, entre autres, les dépenses de santé et le manque à gagner d'un point de vue économique liés aux violences conjugales ;
- 10- Type d'études : cette catégorie regroupe les revues systématiques de littérature dont les objectifs sont très proches des nôtres.

Ces 10 axes n'ont pas le même poids vis-à-vis de la surveillance épidémiologique. Globalement on distingue deux catégories : les axes 1 à 5 dont le poids est élevé (niveau A) et les axes 6 à 10 dont le poids est relativement moindre (niveau B).

2.3.2 Évaluation des documents

Pour évaluer l'apport de l'information livrée par les divers documents, une échelle de 1 à 4 a été retenue :

- groupe 1 : travaux donnant accès à un niveau d'information important,
- groupe 2 : niveau d'information intéressant, à prendre en compte / possibles insuffisances méthodologiques / possible redondance (avec une qualité inférieure) vis-à-vis de travaux classés en niveau 1,
- groupe 3 : niveau d'information plus faible / faiblesses techniques / publication basée sur un simple commentaire des travaux existants,
- groupe 4 : non pertinent (ex : ne traite pas au final des violences entre partenaires intimes).

Les documents identifiés ont été évalués selon ces quatre niveaux à l'intérieur de chacun des dix axes.

2.4 Contenu du rapport

La lecture des revues systématiques et des travaux de littérature grise a permis d'identifier des travaux importants pour ce travail. Ces nouveaux travaux étaient soit publiés dans la littérature grise soit dans des revues à comité de lecture ou non.

Ils ont ensuite été classés dans la base bibliographique selon la méthode présentée plus haut.

Un plan a été construit après lecture. Les différents chapitres sont les suivants :

- **Chapitre 1 : la prévalence (axe 1)** avec une description des sources puis des données chiffrées :
 - Un premier chapitre expose les données au niveau international,
 - Il comprend aussi les prévalences pour des **populations spécifiques (axe 3)** (femmes enceintes, femmes atteintes de maladies mentales)
 - La thématique du **dépistage (axe 6)** est évoquée en lien avec les sources médicales et hospitalières
 - Un deuxième chapitre expose les données françaises, ceci afin d'exposer la situation française de manière plus détaillée.

- **Chapitre 2 : les facteurs de risques (axe 2) :**

- l'**axe 7** (Interventions pour réduire les violences entre partenaires intimes) est évoqué à la fin de ce chapitre en lien avec des travaux sur des facteurs de risque. Cette thématique n'a pas été davantage développée car elle nécessiterait un travail important sur les différents types d'intervention qui n'a pas été considéré comme prioritaire.

- **Chapitre 3 : les conséquences :**

- directes (**axe 4**). Les conséquences directes se manifestent par des effets sur la santé des victimes. Aussi leur prise en charge par le milieu médical a été traitée à la suite de ce paragraphe (**axe 7**), avec la perception par les victimes (**axe 8**) du milieu médical,
- indirectes (**axe 5**), soit sur les enfants,
- financières (**axe 9**).

À l'exception de l'axe 10, qui permettait d'identifier des études analogues à la nôtre, tous les axes ont été inclus dans la synthèse.

L'identification des travaux réalisés en France et leur présentation ici, est un des objectifs de ce travail. Pour la prévalence un chapitre spécifique s'est imposé du fait des données disponibles. Par contre, ce traitement spécifique ne s'imposait pas pour les autres chapitres, les quelques travaux identifiés sont bien cités, mais parmi les travaux internationaux. À noter que des équipes françaises ont participé, à plusieurs reprises ici, à des travaux impliquant plusieurs pays européens.

3. SYNTHÈSE DES ÉTUDES

3.1 Prévalence des violences conjugales

Seules les mesures de prévalences de violences entre partenaires intimes, réalisées de façon représentative au niveau national, ont été retenues. Les études à l'échelle d'une province ou d'une ville ont été écartées. Dans un autre genre, les statistiques d'associations d'aide aux victimes qui ont la capacité de caractériser le phénomène et de fournir de nombreuses informations, mais qui n'ont pas de caractère représentatif, ont aussi été écartées (seules ont été citées, des données rapportées par l'ONDRP).

Les mesures sont issues de différents types sources : sources institutionnelles (policières et judiciaires), enquêtes en population, sources hospitalières, etc.

Pour les prévalences, spécifiquement, les sources et données françaises ont été traitées dans un chapitre séparé pour mieux les développer.

3.1.1 Travaux internationaux

3.1.1.1 Sources des données

Au niveau international, les premières données statistiques sur les violences au sein du couple sont issues d'enquêtes de victimation¹, mises en place afin de compléter les statistiques de police dont le recensement des faits de violence ne peut qu'être partiel. La première enquête nationale de ce type a été conçue et réalisée aux États-Unis en 1973 (Bruneau *et al.* 2006). A l'époque, elle était l'aboutissement d'une réflexion des chercheurs américains sur l'amélioration du dispositif statistique relatif à la mesure des phénomènes de délinquance. Par la suite, la *National Crime Victimization Survey* (NCVS) du département de la justice américaine a inspiré de nombreux projets en Europe et en premier lieu en Angleterre et au Pays de Galles. Depuis 1981, le Home Office britannique mène des enquêtes nationales de victimation (*British Crime Survey ou BCS*). Depuis 2001, ces enquêtes devenues annuelles sont notamment utilisées comme des outils de pilotage et d'orientation des services de police. La Belgique, la Suisse, la Suède, les Pays-Bas ou encore la Catalogne disposent également de ce type d'enquête.

En 1989, une enquête internationale a été mise en place : l'*International Crime Victimization Survey* (ICVS). Elle a lieu tous les quatre ans depuis 1992. Financée et initiée par le ministère de la Justice des Pays-Bas, c'est un groupe de criminologues (du ministère néerlandais de la Justice, du British Home Office et de l'Université de Lausanne) qui a développé les modalités de l'enquête qui est coordonnée depuis 1991 par l'*United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute* (UNCRI). Les enquêtes de 2004 et de 2008 ont été exécutées sous l'égide de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Une enquête européenne de victimation (EU ICS) a été réalisée en 2005 à l'image des ICVS, elle a inclus 18 pays européens dont la France. Toutes ces enquêtes de victimation ne ciblent évidemment pas que les violences au sein du couple, elles explorent de nombreux types de victimation. Dans l'ICVS et l'EU ICS, la violence entre partenaires intimes n'est pas directement abordée, des informations sur ce type de violence peuvent être obtenues du fait que l'identité de l'agresseur dans le cadre des violences de contacts (dont les violences sexuelles) est demandée.

À partir des années 1990, la problématique des violences envers les femmes, a commencé à être envisagée comme une thématique de santé publique, avec notamment l'investissement de l'OMS. L'intérêt d'études en population générale sur des échantillons représentatifs afin d'estimer et étudier ces violences est apparue comme une nécessité afin de compléter les enquêtes de victimation et les statistiques de police jusqu'alors seules disponibles (Johnson *et al.* 2008). La première enquête d'envergure en population générale et spécifique de la

¹ Victimation soit le fait d'être victime de, de subir un préjudice (infraction, accident, atteinte aux biens, à la personne, etc.).

thématique a été menée en 1993 au Canada (Statistics Canada, 1994). Le point de départ du protocole mis en place a été celui des enquêtes de victimation. Mais, en lien avec la difficulté de recueillir auprès des femmes des données aussi sensibles, un travail important a été réalisé par Statistics Canada afin de recueillir de manière fiable la nature et l'étendue des violences subies par les femmes. Des enquêtes nationales similaires sur la violence à l'égard des femmes ont depuis lors été effectuées dans d'autres pays, notamment en Australie (1996), Nouvelle-Zélande (1997), Finlande (1998), États-Unis (2000), France (2001), Suède (2001) et Allemagne (2004). Depuis l'intérêt et la nécessité de ce type d'étude ont été reconnus, cette méthodologie apparaissant comme la plus adaptée pour fournir des données statistiques fiables sur ces violences (Nations Unies, 2006).

Plusieurs initiatives ont été menées pour un recueil homogène permettant des comparaisons entre pays. L'étude multi pays de l'OMS, incluant en majorité des pays émergents², en est la démonstration (WHO, 2005). L'OMS a aussi publié un rapport afin de guider la recherche sur les violences faites aux femmes (Ellsberg & Heise, 2005).

Une autre initiative est le projet « *International Violence Against Women Survey* » (IVAWS), dont l'institut européen de contrôle et de prévention du crime affilié à l'ONU (HEUNI) est à l'origine. Ce projet réunit en outre l'UNICRI (entité de l'ONU qui supporte les organisations dans la lutte contre le crime) et Statistics Canada. L'objectif ultime de l'IVAWS est de produire des données fiables pour l'élaboration de politiques en vue de combattre les violences envers les femmes. Les pays ayant adhéré au projet IVAWS sont ceux qui étaient au préalable investis dans les enquêtes internationales sur les victimes de criminalité. Entre 2003 et 2005, onze pays ont mis en œuvre l'IVAWS (Australie, Costa-Rica, République tchèque, Danemark, Grèce, Hong-Kong, Italie, Mozambique, Philippines, Pologne et Suisse). L'analyse de l'ensemble de ces enquêtes a été réalisée par Johnson *et al.* (2008) : méthodologie et ses limites, prévalence et sévérité, impacts et conséquences, facteurs liés, divulgations des violences à la police ou à d'autres supports, recommandations pour prévenir les violences.

Outre ces enquêtes spécifiques, les enquêtes dites de ménages peuvent aussi permettre de recueillir des données sur des échantillons représentatifs de manière standardisée. Le programme « *Demographic and Health Surveys* » (DHS)³, démarré en 1984, s'est doté à partir de la fin des années 1990 d'un module standardisé portant sur les violences faites aux femmes. Ce module de questions a évolué au cours des années, mais sans que l'ensemble des pays ne s'y adapte systématiquement. Kishor & Johnson en 2004 ont synthétisé les données issues de onze pays (pays émergents⁴).

3.1.1.2 Données de prévalences

Études en population générale

UN Women répertorie les chiffres de prévalences établis à partir des enquêtes menées dans les différents pays (Nations Unies, 2012). Les données répertoriées en décembre 2012 (99 pays en tout) ont été extraites pour les pays d'intérêt de ce travail dans le Tableau 3. De manière plus générale, l'ONU depuis 2006, met à disposition une base de données sur les violences faites aux femmes. Parmi les données disponibles figurent notamment les différents travaux et recherches statistiques par pays (<http://sqgdatabase.unwomen.org/home.action>).

Toutes ces enquêtes ont été menées au niveau d'échantillons représentatifs de l'ensemble des populations entre 1986 et 2010. Certaines d'entre elles étaient spécifiquement dédiées à l'étude des violences envers les femmes et parfois aussi envers les hommes. Dans d'autres enquêtes, ces violences sont intégrées via un module spécifique de questions dans une enquête plus

² Îles Samoa, Pérou, Brésil, Serbie, Monténégro, Namibie, Éthiopie, Tanzanie, Bangladesh, Thaïlande, Japon, Nouvelle-Zélande

³ Financées principalement par l'USAID (*United States Agency for International Development*) avec d'autres supports comme l'OMS. Depuis 1984, plus de 230 enquêtes représentatives au niveau national dans au total 80 pays ont été menées.

⁴ Cambodge (2000), Colombie (2000), République dominicaine (2002), Égypte (1995), Haïti (2000), Inde (1998-1999), Nicaragua (1998), Pérou (2000), and Zambie (2001-2002).

générale. Par ailleurs, dans certaines enquêtes (spécifiques ou non), les violences recensées ne se limitent pas à celles exercées par le partenaire intime.

Les références des publications de ces études de prévalence sont présentées en annexe 2. Ces références sont celles fournies par *UN Women*, la date de publication, qui diffère parfois assez fortement de celle de l'enquête est reportée dans le Tableau 3 ci-dessous, avec la source.

À noter, que des publications antérieures à celle fournies par *UN Women* ont été parfois réalisées, et ceci notamment pour les enquête IVAWS (Italie, Suisse, Irlande, etc.) dont la référence fréquente est un livre publié en 2008 par Johnson *et al.*

I TABLEAU 3 I

Prévalence des violences contre les femmes

Pays	Année d'enquête	Source, année de publication, type d'enquête	Physique		Sexuelle		Physique et/ou sexuelle	
			12 derniers mois	Vie entière	12 derniers mois	Vie entière	12 derniers mois	Vie entière
Australie	2005	Australian bureau of statistics, 2006 Personal safety survey (module)						2,1
	2002-2003	Australian Institute of criminology, 2004; IVAWS	4	25	1	8	4	27
Belgique	2009	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2010, Enquête spécifique	1,9		0,9			
Canada	2009	Statistics Canada, 2011, Family violence in Canada Enquête de victimation+données administratives					1,9	6,4
	2004	Statistics Canada, 2006 General social survey (module)					2	7
Danemark	2003-	IVAWS, 2008	1	20	0	6	1	22
Finlande	2005-2006	National Research Institute of Legal Policy, 2006 Enquête de victimation chez les femmes	6,3	17,6	2	4,3	7,9 ^a	
France	2007	ONDRP-Insee, 2008 Enquête de victimation	3		0,7		3,3	
	2000	Service du droit des femmes, 2001 Enveff, Enquête spécifique	2,5		0,9		10 ^a	
Allemagne	2003	Federal Ministry for Family Affairs, 2004 Enquête spécifique		23		7		25
Islande	2008	Ministry of Welfare, 2012 IVAWS		20		6		30
Irlande	2003	National Crime Council, 2005 IVAWS	1,4	1,3	0,7	8	3,2	14,5 ^a
Italie	2006	ISTAT, 2007 IVAWS	1,7	12,2	1	6,1	2,4	14,3
Pays Bas	1986	Utrecht University, 1997 Enquête spécifique		21				
Norvège	2008	Department of Public Health and General Medicine, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, 2008 Enquête spécifique		13,9	1	9,4	5,5	26,8
Portugal	2007	Commission for Citizenship and Gender Equality, Faculty Social and Human Sciences (Lisbonne), 2008 Enquête spécifique					6,1 ^a	
Espagne	2005	Instituto de la Mujer, 2006 Enquête spécifique des violences					9,6 ^b	
Suède	1999-2000	Crime Victim Compensation and Support Authority, Swedish National Center for Battered and Raped Women, 2001 Enquête spécifique	4	18				
Suisse	2003	Université de Lausanne, 2008 IVAWS	1	9		3	1	10
Royaume-Uni	2005	British crime survey, 2006	2,7	18,9	0,2	3,8	5,9	28,4
États-Unis	2010	CDC, national Institute of justice, 2010 enquête spécifique	4	32,9	0,6	9,4	5,9 ^a	35,6 ^a
	2000	CDC, national Institute of justice, 2000 enquête spécifique	1,3	22,1	0,2	7,7	1,5	24,8

a : ont inclus la violence émotionnelle ; b : violence au sein du couple et/ou autre violence

Source : UN WOMEN, Violence against women Prevalence data : survey by country. Compiled by UN Women (as of December 2012)

http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw_prevalence_matrix_15april_2011.pdf

Globalement, les prévalences de violences physiques s'étagent entre 1 et 6,3 % au cours des 12 derniers mois et entre 1,3 et 32,9 % au cours de la vie. Pour les violences sexuelles, les prévalences s'étagent entre 0 et 2 % au cours des douze derniers mois et entre 3 et 9,4 % au cours de la vie. Pour les prévalences globales, en excluant les pays qui ont inclus la violence émotionnelle, les prévalences de violences physiques et/ou sexuelles au cours de la vie s'étagent entre 2,1 et 30 %, celles dans les douze derniers mois s'étagent entre 1 et 5,9 %. L'inclusion de la violence émotionnelle augmente ces prévalences, 10 % en France, 7,9 % en Finlande.

Des différences de prévalences apparaissent clairement entre ces pays développés. Mais plusieurs constats ont été faits sur les difficultés de comparaison entre pays du fait des différences de méthodologies employées (recueils des données, population d'étude).

Les pays ayant participé à l'IVAWS sont ici l'Australie, le Danemark, la Suisse et l'Italie. Les taux de participation aux enquêtes IVAWS (toutes téléphoniques) sont respectivement de 39 %, 52 %, 59 % et 72 %. Les prévalences de violences physiques et/ou sexuelles subies par les femmes au sein du couple et au cours de la vie varient entre 10 % (Suisse) et 27 % (Australie). Lors des douze derniers mois, les prévalences varient entre 1 % (Suisse) et 4 % (Australie).

Prévalence dans des groupes spécifiques de population de femmes

UN Women répertorie aussi les prévalences de violences pendant la grossesse, période considérée « à risque » par certains auteurs pour un déclenchement ou une aggravation des violences conjugales (Richardson *et al.* 2002b). Parmi les pays traités ici, ce type de données est seulement disponible pour la Belgique : 7,1 % des femmes enceintes ont été victimes de violences (type non précisé) pendant les 12 derniers mois, contre 15,8 % des femmes qui n'étaient pas enceintes. Dans les pays industrialisés, les prévalences de violences envers les femmes enceintes s'étagent entre 3,4 % et 11 %, contre 3,4 % à 31,7 % dans les pays en voie de développement (Campbell *et al.* 2004 ; Gazmararian *et al.* 1996).

Les études de prévalences se sont surtout intéressées aux femmes en âge de procréer et très peu aux femmes plus âgées. L'attention sur cette population a cependant considérablement augmenté depuis les années 1990, Weeks & LeBlanc ainsi que McGarry *et al.* ont réalisé en 2011 des revues de littérature afin de faire le point des travaux sur cette thématique. Les études sont surtout qualitatives et il existe peu de travaux quantitatifs qui par ailleurs ont une définition étendue des violences. Une des conclusions est que cette population nécessite une approche spécifique. D'après une étude américaine réalisée chez des femmes âgées de plus de 55 ans ayant consulté dans des services de soins primaires, la prévalence de violences physiques après 55 ans est de 1,5 %, l'incidence (année passée) est de 0,4 %, les données correspondantes pour les violences sexuelles sont respectivement de 2,1 % et 1,1 % (Zink *et al.* 2005). Ces chiffres, plus faibles que chez les femmes plus jeunes, s'accordent avec ce qui est attendu. Par contre, les données pour les violences psychologiques sont proches de celles observées dans les populations plus jeunes, soit respectivement 45,2 % et 31,7 %.

D'autres groupes de population ont été étudiés, notamment les femmes présentant des troubles psychiatriques. Il semble que le lien causal entre violence domestique et troubles psychiatriques soit aujourd'hui reconnu et ceci dans les deux sens : un trouble psychiatrique rend une femme plus vulnérable face à la violence domestique et la violence domestique a la capacité d'engendrer des maladies mentales (Howard *et al.* 2010). D'après la revue de Howard *et al.*, les prévalences de violences domestiques sont beaucoup plus élevées qu'en population générale, soit entre 20 et 60 % au cours de la vie. Cependant les définitions de la violence sont variables de même que les populations étudiées, etc. Une revue systématique de 2012 confirme ces prévalences plus élevées en présence de maladie mentales (Trevillion *et al.* 2012).

Comparaison des études en population générale

Le CAHRV (*Co-ordination Action on Human Rights Violations*) est un réseau collaboratif d'institutions et de chercheurs financé par le sixième programme cadre de la commission européenne. Parmi ses travaux on compte notamment un état des lieux sur la recherche en matière de prévalence des violences interpersonnelles et son impact sur la santé et les droits de la personne (CAHRV, 2006a), un travail sur les bonnes pratiques dans le recueil de données sur les violences interpersonnelles en Europe (CAHRV, 2007) et une ré-analyse comparative des études de prévalence des violences contre les femmes (CAHRV, 2006b). Ce travail comparatif a été réalisé par les membres nationaux intervenus dans chacune des enquêtes. Au final, ont pu être inclus dans la ré-analyse les enquêtes allemandes⁵ (Müller & Schröttle 2004), française (Jaspard *et al.* 2002), finlandaise (Heiskanen & Piispa, 1998), suédoise (Lundgren *et al.* 2002) et lituanienne mais cette dernière n'est pas reprise ici. L'homogénéisation a porté sur les catégories d'âge, l'agresseur (partenaire intime ou autre), la période d'étude (douze derniers mois, vie entière), la forme de violence (physique, sexuelle, psychologique, les menaces de violences), la sévérité (traumatisme, et fréquences/incidences des violences (sur les douze derniers mois : une fois/ plus d'une fois ; au cours de la vie : un incident, 2-10, plus de 10), la définition des violences. Les listes des différents termes pour chaque type de violence ont été homogénéisées, les menaces de violences ont par exemple été exclues des violences physiques et traitées séparément. Les données issues des ré-analyses sont présentées dans le Tableau 4.

I TABLEAU 4 I

Prévalences des violences envers les femmes (20-59 ans) après ré-analyse

Vie entière	Finlande	Allemagne	Suède	France
Violence physique par un partenaire intime				
Violence physique par le partenaire actuel	17,0	13,2	8,6	-
Violence physique par l'actuel ou le précédent partenaire	27,5	27,9	20,5	-
Violence physique par un précédent partenaire (femmes ayant eu avant un partenaire)	42,1	39,5	31,8	-
Violence sexuelle				
Violence physique par le partenaire actuel	5,0	1,0	1,4	
Violence physique par l'actuel ou le précédent partenaire	11,5	6,5	6,2	
Violence physique par un précédent partenaire (femmes ayant eu avant un partenaire)	17,6	12,1	11,1	
Au moins un fait de violence psychologique par le partenaire actuel	16,5	14,3	11,6	(24,3)*
Au cours des 12 derniers mois				
Violence physique par l'actuel ou le précédent partenaire	7,0	-	4,6	2,7
Violence sexuelle par l'actuel ou le précédent partenaire	2,8		0,7	1,1

*Sur les 12 derniers mois et non vie entière

Les prévalences au cours de la vie sont plus élevées en Finlande qu'en Suède et en Allemagne ; malgré le travail d'homogénéisation, les auteurs évoquent encore des potentielles raisons méthodologiques. Quel que soit le pays, les prévalences sont particulièrement élevées pour des violences commises par un ancien partenaire. Les données ne permettent pas d'expliquer ce résultat, plusieurs hypothèses sont possibles : déclaration facilitée du fait que les partenaires ne sont plus ensemble, violences générées du fait de la séparation, probabilité plus élevée de séparation du fait de la violence. Les auteurs suggèrent que la notion de séparation soit introduite pour les anciens partenaires dans les futures études.

⁵ Les enquêtes allemande, française et suédoise correspondent à celle présentées dans le Tableau 4. Par contre l'enquête finlandaise est antérieure à celle présentée dans ce tableau qui correspond à une enquête de victimation.

Les prévalences au cours des 12 derniers mois sont à nouveau plus élevées en Finlande que dans les autres pays, ici la Suède et la France. Cette dernière présente les plus faibles prévalences de violences physiques, ceci peut en partie s'expliquer du fait de la méthodologie de mesure de ces violences. Malgré les limitations rencontrées dans ce travail comparatif, les auteurs sont d'accord pour souligner la tendance plus élevée de violences en Finlande.

Les auteurs concluent que les données existantes issues d'études nationales en Europe ne sont pas comparables du fait de différences au niveau des méthodologies, des outils de recherche, des échantillons, des bases de calculs et des origines culturelles. Des recommandations et des éléments pour standardiser les méthodologies sont fournis dans ce rapport de manière détaillée.

Cet écueil vis-à-vis de la comparabilité des études est récurrent. Ellsberg & Heise cite dans leur guide « Researching violence against women », une liste de faits ayant une incidence sur la comparabilité des données dans le cadre d'enquêtes en population (Tableau 5) ; ils sont repris dans le rapport des Nations Unies de 2006 (Ellsberg & Heise, 2005 ; Nations Unies, 2006).

I TABLEAU 5 I

Questions ayant une incidence sur la comparabilité des données sur la violence à l'égard des femmes (d'après Ellsberg M & Heise L, 2005)

- | |
|---|
| <p>a. Comment la population étudiée est-elle sélectionnée ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Quelles sont les limites d'âges, par exemple plus de 18 ans, entre 15 et 49 ans ?• Les femmes non mariées sont-elles exclues ?• Quelle zone géographique couvre l'étude ? <p>b. Comment la violence est-elle définie et mesurée ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Qui donne la définition de la violence—l'enquêteur ou la personne interrogée ?• Sur quelle période de temps la violence est-elle mesurée ?• L'étude distingue-t-elle différents types d'auteurs de violence selon la relation qu'ils ont avec la victime ?• La fréquence de la violence est-elle mesurée ?• Quels types de violences couvrent l'étude (physique, sexuelle, psychologique ou économique) ?• L'étude recueille-t-elle des informations portant sur la gravité de la violence ? <p>c. L'entretien est-il organisé de manière à inciter les femmes à révéler les violences dont elles ont été victimes ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Comment les questions sur la violence sont-elles formulées ?• Comment les questions sont-elles présentées ?• Quelles sont les questions liminaires ?• Combien de possibilités les personnes interrogées ont-elles pour se confier ?• Quel est le contexte de l'entretien du point de vue de la confidentialité, de la durée et des compétences de l'enquêteur ?• Comment l'entretien est-il organisé, par exemple, face à face, par téléphone ou par ordinateur ? |
|---|

Données de mortalité

Selon une publication l'OMS de 2002, en Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud et aux États-Unis, 40 à 70 % des femmes victimes de meurtres ont été tuées par leur conjoint (Krug *et al.*, 2002). Ces données contrastent avec les victimes masculines, aux États-Unis entre 1976 et 1996, 4 % des hommes victimes de meurtres avaient été assassinés par leur conjointe.

Un travail réalisé sous l'égide de l'OMS et publié en 2013 dans *The Lancet*, conforte ces résultats. Stöck *et al.* ont réalisé une revue systématique des travaux sur les prévalences d'homicides entre partenaires intimes. Des données ont été identifiées pour 66 pays. Globalement, 13,5 % des homicides ont été commis par un partenaire intime. Par sexe, c'est 38,6 % des homicides de femmes et 6,3 % des homicides d'hommes qui ont été commis par un

partenaire intime. Les pourcentages sont plus élevés dans les pays aux revenus les plus forts (14,9 % en moyenne).

Un rapport a été publié sur l'estimation de la mortalité liée aux violences conjugales dans les 27 états membres (Nectoux *et al.*, 2010), ce travail a été financé dans le cadre du programme DAPHNE⁶. L'estimation pour 2006 est 3 413 décès liés aux violences conjugales en Europe (EU27) dont :

- 2 419 femmes (1 409 féminicides directs par un partenaire, 1 010 suicides de femmes victimes),
- 272 homicides d'hommes par un partenaire,
- 186 homicides collatéraux,
- 536 suicides d'hommes auteurs d'homicide de leur partenaire.

L'ordre de grandeur estimé est le suivant : 3 500 décès par an liés aux violences conjugales en Europe (EU27), soit plus de 9 par jour, dont près de 7 femmes.

Données quantitatives issues des sources hospitalières et médicales, la question du dépistage

Aux États-Unis, les prévalences annuelles de violences conjugales détectées dans des populations ayant consulté dans des services de santé varient entre 4 et 23 %, les prévalences au cours de la vie varient de 33 à 39 % ; les prévalences obtenues dans les enquêtes en population sont respectivement de 8 à 14 % et de 25 à 30 % (Campbell, 2002).

Une étude de prévalence, PRAISE, a été menée dans 12 cliniques orthopédiques de cinq pays (Canada, États-Unis, Pays-Bas, Danemark et Inde) (PRAISE Investigators, 2013). Quatre-vingt-cinq pourcent des 2 945 femmes incluses ont participé. Seize pourcent ont subi des violences conjugales au cours de l'année passée et 34,6 % au cours de la vie. 1,7 % (n=49) des femmes consultaient pour une conséquence directe des violences, parmi elles, seulement 14 % avaient déjà été interrogées sur la violence dans un service médical. La conclusion des auteurs est qu'une femme sur 50 consulte dans un service d'orthopédie suite à des violences conjugales.

De manière générale, les données issues de sources médicales, sont à ce jour, insuffisantes pour caractériser l'ampleur du phénomène principalement du fait que les victimes ne sont pas toutes repérées. Seulement un dixième des femmes victimes de violences conjugales serait détecté par les services de santé. Dans les publications, ceci est toujours mis en parallèle avec le fait que le milieu médical apparaît pourtant comme étant en première ligne pour identifier et aider les victimes. Les enquêtes en population montrent que les femmes qui en parlent, en parlent le plus aux personnels médicaux (Jaspard *et al.*, 2002).

La question du dépistage systématique (ou universel ou de routine)⁷ de la violence entre partenaires intimes au sein des structures hospitalières fait débat. De nombreux articles principalement Nord-Américain rendent compte de la problématique de ce dépistage. Les groupes de travail canadien et américain sur les soins de santé préventive ainsi que le comité national de dépistage du Royaume-Uni se sont prononcés en déclarant qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour ou contre des recommandations vis-à-vis d'un dépistage systématique en routine des femmes victimes de violence domestique en général (US Preventive Services Task force, 2004 ; Wathen & MacMillian. 2003 ; Ramsay *et al.* 2002). L'insuffisance de preuves concerne la réduction des violences et de leurs effets (et non l'intérêt de ces données à des buts d'indicateurs statistiques). Des études d'intervention ont été menées, divers modes de recueil testés (verbal, questionnaire, personnel médical ou social), différents services

⁶ Le programme de financement DAPHNE a pour objet de contribuer à la protection des enfants, des jeunes et des femmes contre toutes les formes de violence et de parvenir à un niveau élevé de protection de la santé, de bien-être et de cohésion sociale. Son objectif spécifique est de contribuer à prévenir et à combattre toutes les formes de violence survenant dans la sphère publique ou privée, y compris l'exploitation sexuelle et la traite des êtres humains. Le programme spécifique Daphné III se place dans le cadre du programme général «Droits fondamentaux et justice» de l'Union Européenne.

⁷ Dépister la violence entre partenaires intimes chez toutes patientes indépendamment d'un risque présumé, s'oppose à un dépistage uniquement chez les patientes suspectées d'être le plus à risque.

hospitaliers ont été inclus (urgences, gynécologie etc.). Elles montrent une augmentation de prévalence dans le cadre d'un dépistage systématique (par exemple O'Campo *et al.* 2011). Des associations de professionnels de la médecine sont d'ailleurs favorables à un dépistage des violences entre partenaires intimes, notamment l'« *American medical association* », l'« *American college of Obstetricians and Gynecologists* », qui préconisent un dépistage systématique depuis des années chez les femmes enceintes (Vieillard-Baron, 2007) ; des recommandations ont été émises par des organisations comme le CDC (Basile *et al.* 2007). Malgré cela, il a été estimé que seulement entre 1,5 et 13 % des patients accueillis en services d'urgence seraient « soumis » à un dépistage, le chiffre serait de 10 % dans les services d'obstétrique-gynécologie (Sprague *et al.* 2012). De fait, plusieurs travaux ont mis en évidence diverses barrières liées aux professionnels et aux patients (Sprague *et al.* 2012 Robinson & Spilsbury, 2007 ; Feder *et al.* 2006 ; Nelson *et al.* 2004 ; Taket *et al.* 2004 ; Anglin *et al.* 2003 ; VIVIO, 2002). Dans leur revue systématique, O'Campo *et al.* (2011) montrent aussi l'importance du support institutionnel et du protocole utilisé dans la réussite du dépistage.

Les freins au niveau des professionnels sont liés au manque de ressources (temps, manque de connaissance, de formation), à des barrières personnelles (inconfort dans le fait d'aborder cette thématique avec des patients, crainte d'empiéter sur le domaine privé, d'offenser les patients et le sentiment que ce n'est pas le rôle du médecin de mener un tel dépistage) (Sprague *et al.* 2012).

Autour de 20 % des femmes (qu'elles soient ou non victimes) seraient opposées à ce que la violence conjugale soit évoquée dans une consultation pour un autre motif (Richardson *et al.* 2002). Mais selon le rapport VIVIO de l'Institut humanitaire⁸, présentant une étude menée chez des professionnels et des victimes dans 7 pays européens dans le cadre de DAPHNE, les femmes victimes de violences conjugales recourent massivement aux services de santé, en particulier aux services d'urgences (VIVIO, 2002). Selon les professionnels, lorsqu'évoquée, la violence conjugale l'est à 70 % par la victime, moins de 20 % des professionnels ont évoqué eux-mêmes le sujet. Lorsqu'ils l'ont abordée eux-mêmes, la patiente présentait des troubles psychologiques dans 50 % des cas et des lésions traumatiques dans 20 % des cas. Les médecins indiquent avant tout des violences physiques (86 %), puis des violences verbales (67 %) et psychologiques (65 %). Seuls 13 % font état de violences sexuelles, la moitié d'entre eux admettent ne pas le savoir. Ces réticences autour des violences sexuelles de la part des professionnels comme des victimes ont déjà été rapportées. Les médecins reconnaissent éprouver des difficultés face aux situations de violences conjugales. Ils se sentent impuissants en comparaison avec d'autres facteurs de risque de santé comme le tabac, l'alcool, la toxicomanie, où leur intervention leur semble plus efficace.

Les victimes disent avoir évoqué les violences qu'elles subissent dans 80 % des cas. Elles l'ont fait suite à des lésions traumatiques (33 % des cas), des troubles psychologiques (13 %), pour obtenir un certificat médical (15 %) ou un arrêt de travail (13 %). Les principaux motifs pour lesquels les femmes n'ont jamais évoqué le sujet avec un médecin sont la honte d'en parler (50%), le fait qu'elles ignoraient qu'un médecin pouvait les aider (41 %), qu'elles estimaient qu'il ne pouvait rien faire (34%) et que cela n'était pas son rôle (30 %). Lorsque les patientes en parlent, elles s'adressent souvent à des professionnels qui ne sont pas leurs médecins traitants (41%). Dans plus d'un tiers des cas, les victimes ont parlé pour la première fois de la violence qu'elles subissent à un médecin des urgences, puis à un psychiatre dans 20% des cas.

En Europe, le Danemark et la Finlande ont mis en œuvre un processus de dépistage systématique dans les services d'urgence et d'hospitalisation (Nectoux, 2005). Au Royaume-Uni, le dépistage est encouragé lors du suivi anténatal, il en est de même en Suède (Coy,

⁸ L'Institut de l'humanitaire s'est engagé sur le thème des violences conjugales avec la création d'un site Internet pour les professionnels de santé de cinq pays européens sur la violence conjugale (www.sivic.org), la mise en place d'un réseau de surveillance des pratiques médicales en matière de violences conjugales (VIGIL) et le projet VIVIO, évaluation de la prise en charge médicale des femmes victimes de violences conjugales et recommandations. Ces travaux ont été financés dans le cadre du programme DAPHNE.

2005). En France, il n'en existe pas, pas même pour les femmes enceintes. Les plans successifs de lutte contre les violences évoquent la nécessité d'un tel repérage, notamment dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité. Les violences sont évoquées dans les recommandations de la HAS pour cette préparation (HAS, 2005). La thématique est *a priori* bien présente dans le milieu médical à la vue par exemple des mémoires de fin d'étude (sages-femmes, docteurs en médecine, à titre d'exemple : Coy, 2005 ; Veillard-Baron, 2007 ; Rousseau, 2008), ou encore d'un manifeste de médecins contre les violences (Morvant *et al.* 2013). Dans l'un des mémoires précités, un dépistage systématique a été testé auprès de médecins généralistes en Ile-de-France. Onze médecins ont participé au recueil prospectif organisé sur une semaine (Coy, 2005). La prévalence de violences conjugales ainsi dépistée est de 17,5 % (en moyenne 4 femmes dépistées positives par médecin sur une semaine) avec une prépondérance de la violence physique et sexuelle. A noter qu'une enquête ponctuelle menée en 1996 en Loire Atlantique, avait montré qu'en moyenne les médecins généralistes étaient confrontés deux fois par an à la prise en charge de victimes en soins primaires (Henrion, 2001).

DAAPHNE et surveillance des violences

Au niveau européen de nombreux travaux ont été menés sur les violences envers les femmes, tels ceux du groupe CAHRV cités plus haut, mais il en existe d'autres. Ainsi, le projet visant à créer une base d'indicateurs sur les violences conjugales et les viols en Europe a été mené dans le cadre du programme DAPHNE 2003. Le rapport a été publié en 2005 (Nectoux, 2005). Ce projet, coordonné par le groupe Psytel (France), avait pour objectif de mettre en place une base de données permettant de mesurer l'ampleur du phénomène à l'image de ce qui existait dans d'autres domaines comme celui des traumatismes non intentionnels (i.e. il ne s'agissait donc pas de mesurer ou d'analyser les contextes (familial, culturel, économique) des situations de violences, ni les conséquences des violences en termes de santé physique ou mentale, ni les politiques de prévention etc.). Dix-sept indicateurs d'épidémiologie descriptive caractérisant la fréquence des faits de violence (prévalence, mortalité et morbidité) ont été retenus. Le travail important mené pour collecter les données autour de ces indicateurs dans l'Europe des 15 a conduit au constat suivant : absence de données fiables sur les homicides conjugaux, sources médicales peu nombreuses, faibles comparabilité des sources existantes comme pour les enquêtes nationales, forte différence entre Etats membres sur la disponibilité globale des données etc. Ce travail a conduit les auteurs à formuler des propositions et des recommandations. Certaines d'entre elles sont rappelées ci-dessous.

Dans le travail, avaient été privilégiées les sources de données nationales, fiables et représentatives comme les enquêtes nationales en population. Avaient aussi été examinées les sources internationales et les autres sources nationales : chiffres des associations d'aide aux victimes et des institutions officielles (ministères de l'Intérieur, de la Justice, des Affaires sociales, des droits des femmes, etc.) quand ils étaient de niveau national, ainsi que les données d'origine médicale (nombre des hospitalisations, par exemple).

Il en est ressorti que les enquêtes représentatives en population étaient les plus à même de fournir une image beaucoup plus juste de l'ampleur du phénomène que les sources officielles qui ne reflétaient qu'en petite partie le phénomène. Bien que certains pays de l'Union n'eussent pas encore mis en œuvre ce type d'enquête à l'époque, elles s'étaient largement développées avant 2005. Cependant des divergences méthodologiques (notamment des indicateurs de violence utilisés) empêchaient une comparaison fine des données. Les auteurs soulignaient donc la nécessité d'harmoniser ces enquêtes nationales en population et l'intérêt de mener une enquête européenne harmonisée de type Eurobaromètre dans le domaine des violences conjugales.

Les sources médicales étaient les plus défailtantes. Le dépistage et le recueil de données dans les services d'urgence des hôpitaux et auprès des médecins généralistes étaient très peu répandus. Si des initiatives avaient été menées dans quelques pays, seuls le Danemark et la Finlande avaient un système de collecte de données médicales satisfaisant. Quant au recueil

après d'un réseau de médecins généralistes seule la Belgique avait initié un projet sur ce thème. Au regard des positions prises par l'OMS, mais aussi le Haut Conseil de santé publique en France, sur la dimension santé publique des violences, de lourds progrès restaient à faire. Les auteurs proposaient d'inclure dans le recueil européen des traumatismes⁹ un module sur les violences conjugales. En outre des propositions étaient aussi faites au niveau des médecins généralistes.

Concernant les données de mortalité, les sources étaient de type judiciaires et policières (Interpol, Nations unies) et nationales (recueillies ensuite par l'OMS et Eurostat). Les premières n'étaient pas genrées, quant aux données des agences nationales de santé, les causes de mortalité étaient classées selon la classification internationale des maladies (CIM) qui ne permet pas d'isoler spécifiquement la mortalité liée aux violences conjugales. Un travail au niveau des nomenclatures apparaissait donc nécessaire pour permettre de mieux identifier ces violences conjugales.

Malgré les faiblesses constatées lors du recueil des données dans les 15 États membres, les auteurs de ce travail soulignaient que leur projet n'aurait pas été envisageable dix ans plus tôt. La prise de conscience du poids des violences conjugales avait conduit les États à mettre en place des études et des suivis statistiques. Après ce projet ces derniers se sont intensifiés, avec par exemple en France la mise en place en 2006 du recensement par la Délégation d'aide aux victimes des morts violentes au sein du couple. Ce projet a par la suite été étendu aux 10 nouveaux États membres (Nectoux *et al.* 2006a).

Toujours dans le cadre de DAPHNE III, ce même groupe a finalisé en 2011 un projet visant à créer un module "Violences conjugales" dans les enquêtes européennes harmonisées de santé par interview d'Eurostat (Nectoux *et al.* 2011). Il pourrait être introduit à l'horizon 2014-2015. En 2006, il a finalisé un projet sur la proposition d'un module violence remanié pour recueillir spécifiquement des données sur les violences notamment conjugales dans le cadre du recueil hospitalier des traumatismes intentionnels (Nectoux & Sector-Songoelge, 2006b). Outre les propositions de questions à ajouter à ce module, les auteurs discutent des conditions dans lesquelles le recueil de ces données doit être fait.

3.1.2 France

3.1.2.1 Sources des données de prévalences sur les violences entre partenaires intimes

Avant l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France¹⁰ (Enveff) commanditée par l'État français en 1997, les données chiffrées disponibles sur les violences envers les femmes ne rendaient compte que partiellement de ce phénomène. N'étaient disponibles que les statistiques annuelles du ministère de l'Intérieur (depuis 1972) établies à partir des dépôts de plaintes, et celles du ministère de la Justice à partir des condamnations. Au milieu des années 1980, les premières enquêtes de victimation ont été lancées par le Centre de recherche sociologique sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) avec pour objectif de mesurer plus objectivement la criminalité (interrogation d'un échantillon de personnes sur les violences qu'elles estiment avoir subies). Outre ces données de criminalité et de délinquance, étaient aussi disponibles, quelques données issues de grandes enquêtes sur les violences sexuelles (rapports forcés) : Analyse des comportements sexuels en France ou ACSF, 1992 ; Analyse des comportements sexuels des jeunes ou ACSJ, 1994. Par ailleurs, des associations d'aide aux victimes diffusaient des statistiques issues des informations qu'elles collectaient.

⁹ Un système d'information sur les traumatismes (ou IDB, Injury Data Base) a été mis en place au niveau européen depuis 1986. Il a eu de nombreuses appellations, en France, il se nomme aujourd'hui EPAC (Enquête permanente sur les accidents de la vie courante).

¹⁰ De fait, l'Enveff n'a interrogé que des femmes. Les violences envers les hommes au sein du couple, n'ont pas été traitées.

C'est donc en 1997 que le gouvernement français (Service du droit des femmes et Secrétariat d'État aux droits des femmes¹¹) a commandité une enquête nationale spécifique, l'Enveff. Elle s'inscrivait dans le contexte de la quatrième conférence mondiale des femmes de 1995, sous l'égide de l'ONU, à Pékin, lors de laquelle la mission française avait retenu comme un des axes prioritaires la demande de statistiques précises concernant les violences faites aux femmes.

L'Enveff, coordonnée par l'Institut de démographie de l'université Paris I, a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant au CNRS, à l'Ined, à l'Inserm et aux universités¹². Dans cette enquête novatrice, la violence a été définie par l'atteinte à l'intégrité de la personne, s'écartant de fait des démarches utilisées dans les enquêtes de victimation. Outre l'objectif de quantification des violences, l'Enveff avait pour objet de recueillir des éléments sur les femmes exposées, notamment médicaux (recours aux soins, médicaments, traumatologie), mais aussi tabagisme, prise de drogues, alcool etc. Cet angle d'approche était différent de celui utilisé jusqu'alors dans les enquêtes de victimation qui récoltaient les événements de santé en lien direct avec le statut de victime (arrêt, incapacité de travail, blessures, consultation ou hospitalisation). Si l'équipe s'est appuyée sur les travaux existants au niveau international, elle a mené son propre travail de définition des violences (ce terme « violence » n'étant jamais mentionné lors du recueil des données), en distinguant notamment violence et conflit, en intégrant les différents cadres de vie (couple, famille mais aussi travail, lieux collectifs), en ne hiérarchisant pas a priori les actes de violence selon leur caractère répréhensible mais en établissant une typologie a posteriori, etc. (Jaspard, 2011). L'Enveff a été réalisée entre mars et juillet 2000 sur un échantillon représentatif de 6 970 femmes de France Métropolitaine âgées de 20 à 59 ans, résidants hors institution. Elle a interrogé (par téléphone) sur les violences subies au cours des douze derniers mois. Les résultats d'un pilote avaient été publiés en 1998, ceux de l'enquête ont été publiés à la fin de l'année 2000. Des enquêtes similaires ont été réalisées ultérieurement dans l'Île de la Réunion (2002), la Polynésie (2002), la Nouvelle-Calédonie (2003) et la Martinique (2008).

Près de quinze ans après l'enquête Enveff, une nouvelle enquête (intitulée Virage pour Violences et rapports de genre) va être menée afin d'actualiser et approfondir la connaissance statistique des violences faites aux femmes en France, de plus son champ d'investigation sera étendu à la population masculine (Virage, 2013). Elle sera menée par l'unité Démographie, genre et sociétés de l'Ined. Cette enquête quantitative concernera cette fois 35 000 personnes (17 500 femmes et 17 500 hommes) âgées de 20 à 69 ans. L'opération de collecte est prévue pour 2015 en métropole et ultérieurement dans les DOM.

Par ailleurs, en 2007, une enquête sur les Comportements sexistes et les violences envers les filles (CSVF) a été réalisée par le conseil général de Seine-Saint-Denis (CSVF, 2007). Elle s'appuie sur la méthodologie mise en œuvre par l'enquête Enveff et a été réalisée en 2007 auprès de 1 566 femmes âgées de 18 à 21 ans du département qui ont été interrogées en face-à-face.

Suite à l'enquête Enveff, la violence envers les femmes ou de manière plus générale au sein du couple (avec parfois la prise en compte des violences envers les hommes) a été intégrée à des enquêtes nationales :

- Enquête Événements de vie et santé (EVS), par la Drees et l'Insee en 2005-2006 (EVS, 2010). Commanditée par le ministère de la santé, elle répond aux insuffisances pointées sur la thématique violence et santé à l'époque (Turz, 2005). Elle a inclus 10 000 hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans. Cette enquête s'inspire en partie de l'enquête Enveff, notamment dans le libellé des questions relatives aux violences, mais le champ des violences étudiées est plus large, en intégrant notamment les atteintes aux biens

¹¹ En partenariat avec l'ANRS, la CNAF, le FAS, l'IHESI, l'OFDT, le conseil régional d'Ile de France, de PACA et la mission de recherche Droit et Justice.

¹² L'équipe étaient composées des membres suivants : Maryse Jaspard (responsable de l'enquête), Elisabeth Brown, Stéphanie Condon, Jean-Marie Firdion, Annik Houel, Dominique Fougeyrollas-Schwebel, Brigitte Lhomond, Florence Maillochon, Marie-Ange Schiltz et Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles.

matériels dans l'idée d'en étudier les éventuelles conséquences autres que matérielles sur la personne (santé). Elle interroge (en face-à-face) sur les violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles au cours des 24 derniers mois et au cours de la vie, ceci notamment par un proche (mais elle ne cherche pas à identifier s'il s'agit d'un partenaire intime). Le module santé du questionnaire interroge sur la santé perçue, les maladies chroniques, les limitations ou handicaps, les consommations de médicaments, les hospitalisations et recours aux urgences, la traumatologie, le tabagisme, la qualité du sommeil et la santé mentale ;

- Enquête Cadre de vie et sécurité (CVS) menée annuellement par l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) et l'Insee (ONDRP-Insee, 2012 ; ONDRP, 2012). La première a été réalisée en 2006 (dans le cadre d'une extension des enquêtes sur les conditions de vie des ménages). Les questions sur les violences ont évolué au cours des enquêtes. En 2010, 16 518 hommes et femmes âgés de plus de 13 ans ont répondu (13 093 âgés entre 18 et 75 ans). Les violences sexuelles et intrafamiliales au cours des 12 derniers mois ont été recueillies (collecte en face-à-face) ;
- Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), par l'Ined, l'Inserm et l'ANRS (Bajos *et al.* 2008). Cette enquête téléphonique réalisée en 2005-2006 auprès de 12 364 personnes âgées de 18 à 69 ans comprend un module sur les violences sexuelles ;
- Le Baromètre santé (12-75 ans ; Inpes), comprend aussi un module sur les violences physiques et sexuelles.

Outre la prévalence des actes de violence, des données sont maintenant collectées sur la mortalité liée aux violences. Avant 2006, aucun travail spécifique ne permettait d'estimer précisément les homicides conjugaux (faits de police et de gendarmerie répertoriés dans l'État 4001¹³ ; données judiciaires (casier, condamnation) ; certificats de décès collectés par l'Inserm). Depuis 2006, des données sur les homicides conjugaux dans le cadre du Recensement national des morts violentes au sein du couple sont recueillies et diffusées par la Délégation aux victimes (DAV) du ministère de l'Intérieur. La DAV exploite les télégrammes et synthèses de police judiciaire (rédigés par les services de police et les unités de gendarmerie) et les articles parus dans la presse nationale et régionale pour ne recenser que les assassinats, homicides volontaires ou violences suivies de mort commis à l'encontre d'un partenaire de vie, homme ou femme, quel que soit son statut (conjoint, concubin, pacsé ou « ancien »). Le nombre de cas recensés est ensuite vérifié auprès des bases départementales pour chaque circonscription de police ou groupement de gendarmerie. Après ce recensement, la DAV analyse chaque dossier individuellement et fournit une analyse qualitative des auteurs, des victimes et des dommages collatéraux. Les chiffres présentés dans ces études sont un minimum, quelques rares faits ayant pu échapper à la remontée d'information auprès de la DAV.

En marge de ces études qui se veulent exhaustives, des travaux ont été réalisés par l'Institut Médico-légal de Paris (D. Lecomte) sur les homicides subis par les femmes. Cet article est largement cité en référence dans la littérature française sur la thématique (Henrion, 2001). Les résultats de cette étude sont aussi présentés.

Concernant les statistiques médicales, seules quelques études ponctuelles ont été menées sur des échantillons non représentatifs (et publiées pour la majorité dans des revues non référencées dans les bases de données bibliographiques). Les objectifs de ces études étaient avant tout de décrire les populations de victime accueillies dans les services. Le rapport du Pr. Henrion « Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé » de 2001, répertorie ces études. Du fait de leur caractère non représentatif, elles ne peuvent

¹³ Source administrative relevant les faits constatés (délits et crimes) par les services de police, de gendarmerie et la préfecture de police de Paris (nomenclature différente sur la capitale), c'est-à-dire les crimes ou délits portés à la connaissance de ces services ou découverts par ceux-ci. L'État 4001 concerne exclusivement les faits faisant l'objet d'une procédure judiciaire transmise au parquet (à la suite d'une plainte ou d'une enquête de police pour les faits les plus graves).

permettre de conclure en termes de prévalence, leurs résultats restent donc brièvement présentés dans le chapitre suivant. Tous les travaux n'ont pas pu être obtenus, le rapport du Pr. Henrion est donc cité en référence.

3.1.2.2 Données de prévalence

Enveff et enquête sur les Comportements sexistes et les violences envers les filles en Seine-Saint-Denis (CSVF)

Les prévalences de violence envers les femmes au sein du couple obtenues par l'enquête Enveff en Métropole et par ses déclinaisons dans les départements et territoire d'outre-mer¹⁴ sont présentées dans le Tableau 6 (Jaspard, 2011 ; Brown, 2012).

L'analyse en France métropolitaine, montre que les pressions psychologiques sont les violences les plus répandues (une femme sur quatre), viennent ensuite les agressions verbales, les agressions physiques et les violences sexuelles (près d'une femme sur 100). La prise en compte des violences psychologiques dans l'étude de cette thématique s'impose face à ces résultats.

À La Réunion, les prévalences sont assez proches de celles obtenues en Métropole, par contre celles mesurées en Polynésie et en Nouvelle Calédonie diffèrent assez fortement, probablement en lien avec les contextes sociaux et culturels. En Martinique, la situation est proche de ces deux dernières en ce qui concernent les violences sexuelles ; par contre les prévalences de violences physiques et psychologiques se rapprochent de celles observées en Métropole.

I TABLEAU 6 I

Proportions de femmes victimes de violences dans le couple au cours des 12 derniers mois (femmes en couple au moment de l'enquête)

Type de violences	Métropole 2000	La Réunion 2002	Polynésie 2002	N ^{elle} Calédonie 2003	Martinique 2008
Agressions verbales (insultes)	4,0	4,2	21,0	27,8	-
Pressions psychologiques	23,5	27,4	36,0	41,3	
- Dont harcèlement	7,3	8,8	24,0	24,0	10
Agressions physiques	2,3	2,6	17,0	19,0	2,5
Viol et actes sexuels imposés	0,8	1,1	7,0	7,2	7,0

Agressions verbales : au moins une fois dans l'année

Pressions psychologiques : au moins trois types de pressions subies « quelquefois »

Harcèlement psychologique : plus de trois types de pressions subies dont au moins un « souvent »

Agressions physiques : gifles, coups, bousculades, menaces avec arme, tentative de meurtre, séquestration ou mise à la porte

Agressions sexuelles : gestes sexuels imposés, rapports sexuels imposés par la force

Les auteurs de l'enquête Enveff ont établi un score tenant compte de la fréquence et du cumul des violences à partir des différentes questions (22 en tout) qui a notamment abouti à un indicateur global des violences conjugales au cours des douze derniers mois, soit 9,5 % des femmes en France métropolitaine. Ce chiffre a été largement retenu par les médias et les politiques pour définir la proportion de femmes victimes en France de violences conjugales. Ce score a aussi permis de définir des niveaux de gravité, il indique que 6,7 % des femmes ont été

¹⁴ Des enquêtes ont été réalisées à la Réunion, en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie et en Martinique. Des pilotes ont été mis en œuvre en Guadeloupe et en Guyane afin des tester la faisabilité d'une étude, mais faute de financement les études n'ont pu être réalisées au final (Lefaucheur, 2012).

victimes de violences de niveaux graves et 2,3 % de niveaux très graves. Il est plus élevé que le score de violences subies par les femmes dans l'espace public (8,3 %), type de violence aussi étudié dans l'Enveff.

L'Enveff montre aussi que les femmes immigrées, à l'exception des femmes italo-ibériques, sont davantage victimes de violences conjugales. Chez les femmes musulmanes, l'indicateur global des violences est multiplié par trois.

Dans l'enquête CSVF (2007), en Seine-Saint-Denis, chez les jeunes filles âgées de 18 à 21 ans, plus des 2/3 ont ou ont eu une relation de plus de deux mois avec un garçon au cours de l'année (CSVF, 2007). La grande majorité (83 %) de ces relations est une relation où les deux partenaires sont amoureux. Quatre pourcent de ces jeunes filles ayant eu une relation amoureuse dans les 12 derniers mois ont déclaré avoir subi des attouchements sexuels contre leur gré, tentative de viol, et viol.

Parmi ces jeunes couples amoureux (83 %), 29 % des garçons et filles disent avoir subi des harcèlements psychologiques et pour 9 % des filles, des violences physiques. Les femmes mariées (peu nombreuses dans ce travail) sont celles qui ont déclaré le plus de harcèlement psychologique, principalement motivé par une volonté de contrôle de la part de leur partenaire, elles sont également beaucoup plus exposées aux agressions sexuelles.

Enquête Événements de Vie et Santé (EVS)

Dans l'enquête EVS de 2005, les prévalences de violences subies par les femmes au cours des deux années précédentes à l'enquête sont de 18 % pour les violences verbales, 3 % pour les violences physiques, 0,4 à 2 % (selon la question) pour les violences sexuelles et 2 à 13 % pour les violences psychologiques (EVS, 2010). Chez les hommes, ces prévalences sont respectivement de 18 %, 4 %, 0,3 à 1 %, et 1 à 10 %. L'enquête montre une répétition des violences : 51 % des femmes et 48 % des hommes victimes de violences physiques ont subi de tels actes plusieurs fois lors des deux dernières années, même chose pour deux tiers des personnes victimes de violences psychologiques. Les auteurs de violences physiques et sexuelles ayant entraîné des dommages importants (matériel, professionnel, psychologique, physique, de santé) sont très majoritairement des hommes (respectivement 90 % et 94 %). Chez les victimes ayant subi un dommage, et en particulier chez les femmes, l'auteur des violences est très souvent un membre de la famille ou un proche des victimes (dans 80 % des cas de violences verbales, physiques ou psychologiques, dans 50 % des cas de violences avec contacts physiques imposées ou d'exhibitionnisme). Rappelons que cette enquête ne cible (n'identifie) pas les violences entre partenaires intimes.

ONDRP-Insee

Dans son rapport annuel « la criminalité en France », l'ONDRP rapporte des données issues de plusieurs sources comme défini ci-dessous (ONDRP, 2012).

Enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS), enquête de victimation

Les résultats de l'enquête CVS de l'ONDRP-Insee publiés en 2012, montrent que 2,5 % des femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles intra-ménage (soit 567 000 femmes) en 2010-2011 (ONDRP-Insee, 2012 ; ONDRP, 2012). La prévalence chez les hommes est de 1,3 % (soit 274 000). Parmi ceux-ci, 1,8 % des femmes et 0,6 % des hommes déclarent avoir subi ces violences de la part de leur conjoint ou de leur ex-conjoint.

En moyenne, 7,5 % des personnes s'étant déclarées victimes de violences physiques ou sexuelles intra-ménage sur deux ans de 2006-2007 à 2010-2011, disent avoir porté plainte à la suite d'au moins un de ces actes subis sur deux ans (9,3 % pour les femmes et moins de 3,5 % pour les hommes).

Parmi les femmes, 10,5 % étaient enceintes avec aussi au moins un enfant au moment des violences.

Les évolutions entre les différentes enquêtes sont présentées dans le Tableau 7. Les proportions de violences intra-ménages déclarées sont stables chez les hommes entre 2006-2007 et 2010-2011, par contre une baisse significative (0,7 point) a été enregistrée pour les femmes à partir de 2009-2010 par rapport à 2008-2009.

I TABLEAU 7 I

Proportions de femmes et d'hommes déclarant avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles intra-ménage (ONDRP-Insee, 2012)

Période :	Femmes (%)	Hommes (%)
2006-2007	2,8	1,4
2007-2008	3	1,4
2008-2009	3,2	1,2
2009-2010	2,5	1,3
2010-2011	2,5	1,3

Le taux de victimes de violences physiques ou sexuelles par conjoint ou ex-conjoint, estimé à partir du cumul des résultats entre 2008 et 2011, est de 12,5 ‰ sur deux ans, soit 542 000 victimes déclarées en moyenne. Pour les violences physiques le taux est de 10,85 ‰, il est de 3 ‰ pour les violences sexuelles (soit environ 120 000 personnes sur deux ans). Les violences physiques ou sexuelles par le conjoint sont plus nombreuses que par l'ex-conjoint : 9,35 ‰ vs 3,45 ‰ (soit 400 000 vs 150 000).

Recensement national des morts violentes au sein du couple

L'ONDRP rapporte en 2012 les chiffres de décès d'origine criminelle entre conjoints ou ex-conjoints établis par la DAV (dont les rapports annuels sont par ailleurs disponibles¹⁵). Cent quarante-six personnes sont décédées en 2011, victimes de leur conjoint ou ex-conjoint. Ces morts violentes dans le couple représentent 17,40 % des homicides et violences volontaires, ayant entraîné la mort sans intention de la donner constatés au plan national en 2011. Ce chiffre de 2011 est le plus faible constaté depuis 2006, année du premier recensement. Le nombre de décès le plus élevé a été observé en 2007 avec 192 décès (Tableau 8).

I TABLEAU 8 I

Recensement national des morts violentes au sein du couple

	Total	Femmes	Hommes	Homicides		Non intentionnelles
				meurtres	assassinats	
2006	168	137	31	140	17	11
2007	192	166	26	156	23	13
2008	184	157	27	143	20	21
2009	165	140	25	129	25	11
2010	174	146	28	124	36	13
2011	146	122	24	80	59	7

Source : ONDRP et ministère de l'Intérieur- Délégation aux victimes

¹⁵ <http://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Ma-securite/Aide-aux-victimes/Aide-aux-victimes-presentation-des-differents-dispositifs/L-action-du-ministere-dans-le-cadre-des-violences-au-sein-du-couple>

En 2011, ces 146 décès (dont deux femmes enceintes) se décomposent en¹⁶ :

- 139 homicides volontaires dont :
 - o 80 meurtres (62 femmes, 18 hommes),
 - o 59 assassinats (meurtres avec préméditation) (53 femmes, 6 hommes) ;
- 7 faits de violence ayant entraîné la mort sans intention de la donner.

Par rapport aux autres années, la part des assassinats a considérablement augmenté en 2011 (40 % des homicides volontaires en 2011 contre 20 % en 2010 et entre 11 et 15 % les années précédentes). Ceci pourrait mettre un terme à la spécificité de non préméditation attribuée aux homicides au sein du couple (« décès qui survient à la suite d'une querelle qui se termine mal »). Les sept faits ayant entraîné la mort sans intention de la donner ne sont pas caractérisés individuellement dans les rapports.

Soixante et un auteurs de ces violences (dont 4 femmes) se sont ensuite suicidés, 21 ont tenté de se suicider. Le taux de suicides ou tentatives des auteurs est en augmentation par rapport aux années précédentes.

Ces décès d'origine criminelle au sein du couple ont fait des victimes collatérales : 11 enfants mineurs, deux enfants majeurs, 4 proches. Ces 11 décès d'enfants mineurs ont été observés dans six affaires (dont quatre auteurs se sont suicidés, et un a fait une tentative de suicide). En tout ce sont donc 224 personnes qui sont mortes à la suite de violences au sein du couple.

Par ailleurs, en 2011, 15 enfants ont été témoins de la mort du conjoint. Pour 11 des crimes, c'est un enfant qui a appelé les secours. Vingt-neuf enfants étaient présents au domicile lors du crime, mais n'en n'ont pas été témoins. Toujours en 2011, les circonstances principales de tous ces homicides sont la séparation (n=53) ou les disputes (n=25).

En fait, pour 20 décès, le motif est la maladie et/ou la vieillesse : 18 femmes et deux hommes atteints de maladies lourdes (Alzheimer, Parkinson etc.). La quasi-totalité des auteurs se suicident ensuite ou tentent de le faire.

Dans 28 % des affaires, les auteurs étaient sous l'emprise de l'alcool. Vingt-huit pourcent des auteurs n'avaient pas d'activité professionnelle, 30 % étaient retraités. Chez les victimes, ces chiffres sont respectivement de 31,5 % et 24 %. Dans plus de 45 % des couples (66 couples), les deux conjoints étaient en inactivité. La tranche d'âge la plus représentée (victime et auteur) est celle des 41-50 ans vient ensuite une tranche plus âgée (51-60 ans). Les départements enregistrant les plus grands nombres de faits sont les Bouches-du-Rhône et le Nord.

Pour information, l'institut médico-légal de Paris a travaillé sur 652 homicides de femmes âgées de plus de 15 ans, survenus entre 1990 et 1999 : l'auteur de l'homicide est le mari dans 31 % des cas, un autre partenaire dans 20 % des cas, un proche dans 4 % des cas, une connaissance de la victime dans 30 % des cas, l'auteur était inconnu de la victime dans 15 % des cas (Lecomte *et al.* 2001).

Données des services sur les faits non mortels

En 2011, les unités de gendarmerie nationale et les services de la Direction centrale de la sécurité publique ont enregistré :

- 906 plaintes de victimes de viols commis par le conjoint ;
- 100 tentatives d'homicides sur femmes (43) ou sur hommes (24) dans le couple ;

¹⁶ À noter, que ces qualifications reposent sur les données des enquêteurs de police ou de gendarmerie, recueillies par la DAV, elles peuvent être par la suite modifiées par la justice (parquet, juge d'instruction).

- 53 868 plaintes pour violences non mortelles sur des femmes au sein du couple. Elles représentent 27,9 % des 193 148 faits de violences volontaires enregistrés dans l'index 7 « autres coups et blessures volontaires criminels ou correctionnels » de l'Etat 4001. Parmi ces 193 148 faits, 4,4 % des victimes sont des hommes.

Données de la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF)

Le rapport 2012 de l'ONDRP rapporte aussi les statistiques de la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), dont le numéro d'appel est le « 3919 ». En 2011, 70 619 appels ont été reçus, 42 140 ont été traités, 17 590 d'entre eux concernaient des violences entre conjoints, 14 459 ont été pris en charge par l'association (les autres redirigés vers d'autres associations pour cause de saturation). Sur les 13 866 femmes victimes, plus de 52 % ont déclaré un partenaire régulier. Quatre-vingt-huit pourcent faisaient état de violences psychologiques (des humiliations pour 73 % d'entre elles), 79,4 % de violences physiques (des coups à main nue pour 67,5 % d'entre elles), plus de 72% de violences verbales et 6 % de violences sexuelles (avec 52,3 % de viols conjugaux). Cinquante-deux pourcent ont déclaré avoir subi trois formes de violence. Les causes d'apparition ou d'aggravation principales de ces violences, telles qu'évoquées par les femmes sont : la consommation d'alcool chez l'auteur, la séparation ou le divorce, la présence d'enfants et la grossesse. Sur les 13 866 femmes, 86,4 % avaient au moins un enfant et 10,5 % étaient enceintes avec au moins un enfant. Quatre-vingt-trois pourcent des enfants vivaient sur le lieu des violences et 82,4 % en ont été témoins. Plus de 15 % ont fait eux-même l'objet de violences en même temps que la victime.

Enquête Contexte de la Sexualité en France, CSF

L'enquête CSF menée en 2006 ne traite que des violences qui présentent un caractère sexuel. Elle s'est efforcée d'adapter sa méthodologie afin de permettre la meilleure comparabilité possible avec l'enquête Enveff. Cependant l'objectif central de CSF diffère de celui de l'Enveff et à la différence de cette dernière, les questions portant sur les violences arrivent en fin d'entretien après que la personne a décrit son histoire affective et sexuelle (Jaspard, 2011).

Dans l'enquête CSF, 9,1 % des femmes et 3,0 % des hommes déclarent avoir subi des tentatives de rapports forcés (Bajos *et al.* 2008). Ils sont respectivement 6,8 % et 1,5 % à déclarer avoir subi des rapports forcés. Ces chiffres se rapportent à la vie entière chez des personnes âgées de 18 à 69 ans. Les rapports forcés avant 18 ans se rapportent davantage aux univers tels que la famille, l'école etc. Alors qu'après 18 ans, ces rapports sont davantage liés à l'univers du couple. Chez les femmes de plus de 40 ans, 35 % des rapports forcés après 18 ans avaient pour auteur un conjoint ou un partenaire. Celles ayant eu des rapports forcés avant 18 ans déclarent principalement leur père ou beau-père ou un membre de la famille (27 %) ou des personnes connues d'elles (31 %).

Les agresseurs inconnus des victimes sont, de manière générale, minoritaires (24 % pour les tentatives et 19 % pour les rapports forcés chez les femmes de 20 à 59 ans). Chez les femmes, les agressions réalisées par un partenaire ou conjoint (mais aussi ami) sont bien moins souvent révélées que celles commises par le père, le beau-père ou un homme de parenté ou un inconnu. Les tentatives sont davantage révélées que les rapports forcés. Globalement, les violences sont plus révélées à la famille (31 %) qu'aux médecins (8 %) et qu'à la police (4 %).

Les hommes agressés en parlent peu à leur famille (14 %), et très peu à la police (0,6 %). Ils se confient davantage aux amis (20 %), surtout si l'agression a été commise par une personne connue. Si l'agresseur leur était inconnu le recours à la famille est plus fréquent.

Comparaison des données issues des différentes enquêtes

La comparaison des données issues des différentes enquêtes citées ci-dessus et leurs utilisations pour approcher l'évolution des violences au cours du temps est très délicate, et pour

certaines leurs mesures seraient trop récentes pour cerner des évolutions (Jaspard 2011 ; EVF, 2010).

Outre les différences entre les objectifs respectifs de chacune des enquêtes, on peut citer les différences entre les libellés de questions, les mots utilisés (viol et violence ne sont pas utilisés par l'Enveff, viol est utilisé dans l'enquête CSF), l'ordre des questions, les modes de recueil, l'âge des populations etc. En outre pour les analyses de l'évolution au cours du temps, d'autres types d'éléments doivent entrer en ligne de compte. Par exemple, les violences sexuelles globales déclarées dans l'enquête CSF de 2006 sont bien supérieures à celles de l'Enveff en 2000 (respectivement 7,3 % et 2,7 % de rapports forcés chez les 20-59 ans). Mais, selon les auteurs, cette hausse ne correspondrait pas à une augmentation des faits mais essentiellement à une plus grande propension à déclarer (Bajos *et al* 2008 ; Jaspard, 2011).

Dans son ouvrage de 2011, Jaspard met en parallèle des données de l'enquête Enveff de 2000 avec ceux de l'enquête CVS de 2007 (pondérés pour obtenir des données annuelles). Les prévalences d'agression physiques sont de 2,3 % en 2000 et de 1,5 % en 2007, celles des viols et actes sexuels imposés de 0,8 % en 2000 et de 0,5 % en 2007. Selon l'auteur, ces chiffres à sept ans d'intervalle se situent dans des ordres de grandeur comparables. Ils sont plus élevés dans l'enquête Enveff, mais il est probable que le protocole d'Enveff ait favorisé la déclaration des violences subies.

Études en milieu médical

Le service de médecine légale du centre hospitalier de Rangueil à Toulouse a réalisé deux enquêtes successives (1989 et 1999) sur les violences conjugales (Thomas *et al.* 2000). Elles ont été menées sur cinq mois, à l'aide d'un questionnaire auprès des femmes accueillies à la consultation de coups et blessures volontaires (consultation dont l'objectif principal est d'établir des Incapacités Totales de Travail (ITT)). Le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales dans cette consultation est passé de 15 % à 17 % entre 1989 et 1999. En terme de nombre de femmes cela représente un quasi triplement (50 femmes en 1989 contre 138 en 1999), qui traduit selon les auteurs une plus grande propension des femmes à consulter. Concernant la violence conjugale envers les hommes, ils étaient 7 en 1989 contre 15 en 1999 à consulter pendant la période d'enquête. Selon les auteurs, dans la consultation en 1999, une femme sur cinq et un homme sur 30 viennent pour des violences conjugales.

Dans le service de consultation des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu de Paris, les victimes de violences conjugales représentaient 8 % des consultations en 2000, soit en moyenne plus de 100 cas par mois (étude sur deux périodes : janvier et juin et 2000) (Henrion, 2001). Ce service accueille les victimes d'agression survenues dans Paris intra-muros, dont les blessures ne nécessitent pas d'hospitalisation. Quatre-vingt-dix-huit pourcent des cas sont venus consulter après dépôt de plaintes et sur réquisitions judiciaires, 2 % sont venus spontanément.

Une enquête a été menée en 2000 dans le service des urgences générales de l'Hôtel-Dieu de Paris (Henrion, 2001). Parmi les victimes d'agression accueillies, 7 % étaient des victimes de violences conjugales (pourcentage établi à partir de 116 dossiers de patients).

En 1993/94, les violences conjugales ont été étudiées parmi 761 femmes (Saurel-Cubizolles *et al.* 1997). Ces dernières, qui venaient de donner naissance ont été recrutées dans trois maternités. Quatre pourcent des femmes ont subi des violences de la part de leur conjoint, dans les 12 mois qui ont suivi la naissance.

3.2 Facteurs de risque des violences conjugales

3.2.1 Généralités

Les facteurs associés aux violences au sein du couple ont été explorés au travers des études nationales de prévalence. Cependant, les analyses multivariées sont rares (Stöck *et al.* 2011) en Allemagne, Breiding *et al.* (2008) aux États-Unis ou encore Finney, (2006) au Royaume-Uni ; les études présentent en majorité des analyses de prévalences stratifiées selon ces facteurs ou de simples études de corrélations. Le rapport du CAHRV sur la ré-analyse des études de prévalence en Europe souligne la nécessité de telles analyses afin d'établir la force des différents facteurs et leurs interconnexions (CAHRV, 2006b). Par ailleurs, la portée des études est limitée aussi du fait de leur design très souvent transversal et du fait qu'elles ne traitent que quelques-uns des facteurs (Krug *et al.*, 2002).

Les facteurs couramment explorés sont : le statut d'union du couple, la durée d'union, l'âge, les violences dans l'enfance, le niveau socio-économique, le niveau d'éducation, le rapport à l'emploi, la consommation d'alcool, la dépendance financière d'un des conjoints, l'isolement social, etc.

D'une manière générale, les facteurs de cause et d'aggravation des violences conjugales sont sujets à controverses. Les niveaux de preuves de ces facteurs, évalués via des critères épidémiologiques, seraient faibles (Jewkes, 2002). Ceci est confirmé par les revues systématiques réalisées pour étudier certains de ces facteurs.

Cependant, suite aux nombreux travaux réalisés après les années 1980, il est désormais admis que les prévalences de violences conjugales sont affectées par des facteurs de différents niveaux interactifs et qui se réfèrent à la victime, à l'auteur des violences et à la dynamique relationnelle du couple.

Des modèles multidimensionnels conceptualisant l'étiologie de la violence de genre ont été établis depuis les années 1990 comme par exemple celui de Heise (1998), repris par l'OMS dans son rapport « *World report on violence and health* » (Krug *et al.*, 2002). Ils mettent en exergue des facteurs de type individuel, relationnel, communautaire et sociétal (Tableau 9). La liste des différents facteurs, présentés dans le tableau n'est pas exhaustive. Les relations entre ces facteurs et la violence sont complexes, plusieurs facteurs peuvent interagir, avoir un lien causal avec la violence ou être corrélés à d'autres facteurs. Par ailleurs ces facteurs peuvent concerner la victime et/ou l'agresseur.

I TABLEAU 9 I

Facteurs associés à des risques de violence envers les femmes

Facteurs individuels	Facteurs relationnels	Facteurs communautaires	Facteurs sociétaux
Jeune âge	Conflit dans le couple	Faible condamnation de la violence domestique	Normes sexuelles traditionnelles
Excès d'alcool	Instabilité du couple	Pauvreté	Normes sociétales en faveur de la violence
Dépression	Domination masculine dans la famille	Faible niveau de capital social	
Désordre de personnalité	Conditions économiques difficiles		
Échec scolaire	Liens familiaux distendus		
Faible revenu			
Témoign ou victime de violence dans l'enfance			

Dans le domaine des sciences humaines, trois approches sont possibles pour étudier les facteurs associés aux violences conjugales.

La première, renvoyant à la psychologie, se situe au niveau individuel ; les violences conjugales y sont abordées sous l'angle de l'histoire de vie, de la personnalité et de la psychopathologie. Cette approche recherche au travers des événements vécus par les victimes et/ou auteurs, leur « mentalité » ou « esprit » (modèle vaste et cohérent, formé des convictions politiques, économiques et sociales, étant l'expression de tendances profondes de la personnalité, Adorno, 2007, p. 7) ainsi que leur constitution psychique la compréhension, l'explication, le pronostic et le traitement du phénomène (Gerrig & Zimbardo, 2008).

La seconde les appréhende, à l'opposé de la précédente, à une échelle large, par la sociologie. Elle considère les groupes sociaux et les interactions, les rapports de force entre ceux-ci ; ici référence est faite aux aspects culturels et sociaux, aux normes, valeurs et lois. Concernant les violences conjugales, cela renvoie principalement à la domination et la négation de l'autre, à la place accordée à la sexualité dans la société, aux rapports sociaux de sexe (rapports se transformant et impliquant de nouveaux statuts et rôles joués par les femmes), à la prégnance du modèle patriarcal (Jaspard, 2011). Des fonctionnements sociétaux généraux, larges et des mécanismes conceptuels sont ici à l'œuvre.

Enfin la troisième approche, située à l'intermédiaire des deux premières, est l'approche psychosociale. Le principe de la psychologie sociale est la médiatisation du rapport à un objet par un alter, un autrui ; l'agresseur et la victime sont donc considérés comme des individus appartenant à des groupes sociaux et faisant partie d'un système d'interactions. Ici l'attention est portée sur l'individu mais en tant que membre d'une société, d'une culture, porteur de valeurs, de normes et de références ; ainsi il n'est plus considéré de manière fragmentée, sur le pan psychologique ou sociologique, mais de manière globale, reflétant davantage la réalité vécue. L'effet d'interaction entre diverses caractéristiques des individus peut ainsi être étudié, mettant en évidence la complexité de l'appréhension de l'être humain.

3.2.2 Études des facteurs associés aux violences au sein du couple

Parmi les quelques études qui ont investigué à partir d'échantillons représentatifs nationaux l'influence de divers facteurs sur les violences via des modèles statistiques multivariés, celle réalisée par Stöckl *et al.* (2011) apparaît la plus intéressante du fait de l'importance du nombre de facteurs pris en compte et de la démarche des auteurs qui s'appuie sur le modèle de Heise. Elle est donc largement utilisée dans ce chapitre. Les résultats de l'étude sont décrits dans le Tableau 10. Dans cette étude, les données proviennent de la première étude nationale de prévalence menée en Allemagne. Elle a été menée en 2003, sur un échantillon représentatif de 10 264 femmes âgées de 16 à 86 ans. Cinquante-deux pourcent de femmes ont participé, la prévalence de violences physiques ou sexuelles commises par le partenaire actuel est de 17 %. L'analyse des facteurs de risque a porté sur un sous-échantillon de 3 866 femmes âgées de 16 à 49 ans. Les femmes victimes de violence physique et/ou sexuelle par leur partenaire de l'époque ont été comparées aux femmes n'ayant pas subi de violence. Celles ayant subi des violences par un ancien partenaire ont été exclues. Les facteurs étudiés ont été hiérarchisés selon les quatre niveaux décrits précédemment. Le Tableau 10 présente le détail des facteurs analysés ; les facteurs en grisé sont ceux présentant un odds ratio significatif dans les modèles ajustés sur l'ensemble des facteurs.

I TABLEAU 10 I

Facteurs de risque étudiés par Stöckl *et al.* (2011)

Facteurs individuels	Odds ratio*
Enfance de la femme	
Origine familiale (élevée avec ses deux parents/un seul/autre)	
Femmes témoin de violence dans l'enfance (non/initié par la mère/ <u>par le père</u> / <u>par les deux</u>)	2,01-2,59
Femme victime de punitions physiques dans l'enfance (oui/non)	2,24
Femme abusé sexuellement pendant l'enfance (non/oui)	1,56
Vulnérabilité de la femme	
Handicap physique ou maladie sévère ou chronique (oui/non)	2,28
Consommation de drogue lors des cinq dernières années (oui/non)	1,44
Avoir été victime de violences physiques et ou sexuelles en dehors du couple après 15 ans d'âge	2,86
Âge	-
Facteurs relationnels et caractéristiques du ménage	
Différence d'âge avec le partenaire homme (aucune/plus âgée/plus jeune)	-
Différence de revenus (aucune/elle gagne moins/elle gagne plus que son partenaire)	-
Différence d'éducation (aucune/elle a un niveau inférieure/elle a un niveau supérieur)	-
Enseignement et formation professionnelle (les deux en ont/ <u>seulement lui</u> / <u>seulement elle</u> / <u>aucun</u>)	1,85-2,62
Emploi (les deux travaille/seul lui travaille/seul elle travaille/aucun ne travaille)	-
Nationalité (les deux sont allemands/seul lui est allemand/seul elle est allemande/aucun n'est allemand)	-
Les enfants (aucun enfant/1-3 enfants/ <u>plus de 3 enfants</u>)	2,38
Corvées de ménage (elle fait la plupart/ils partagent ou il en fait)	-
Consommation excessive d'alcool dans le dernier mois (aucun des deux/ <u>seulement elle</u> / <u>lui seulement</u> / <u>les deux</u>)	2,82-1,84
Statut marital (mariés ou veuves/célibataire/divorcée)	-
Durée de la relation (> 5 ans/ <u>3-5 ans</u> / < 3 ans)	1,64
Facteur communautaire et sociaux	
Perception de son réseau social (se sent intégrée/se sent exclue)	1,27
Ses activités extérieures à la famille (elle sort/elle ne sort pas)	-
Sa perception d'avoir des personnes proches (à des personnes à qui parler/n'en a pas)	-
Reçoit des visiteurs à la maison (oui/non)	1,52
Sa perception du voisinage (les personnes se connaissent et s'entraident/ne se connaissent, ne s'aident pas)	-
Facteurs sociétaux	
Femme vivant en Allemagne de l'ouest vs de l'est	-
Femmes vivant en milieu urbain vs rural	-

*odds ratio significatifs dans le modèle multivarié prenant en compte l'ensemble des variables significatives ($p < 0,05$) en analyse univariée.

3.2.2.1 Les caractéristiques individuelles

L'âge

Pour la majorité des études recensées ayant étudié l'âge, les résultats indiquent que les violences conjugales régressent avec l'avancée en âge de la femme qui en est victime. En effet, d'après les données de l'Enveff (Brown & Maillolchon, 2002), les jeunes femmes sont les plus atteintes et ce quel que soit le type de violences (insultes, atteintes et pressions

psychologiques répétées, agressions physiques, viol et autres pratiques sexuelles imposées). Des résultats semblables sont trouvés au Québec (Nasr, 2009) où les femmes de 18 à 39 ans, et plus particulièrement celles de 25 à 29 ans, présentent des taux de violence plus élevés que la moyenne. Suite à une modélisation par régression logistique des données de l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » de 2008 à 2012 (Rizk, 2012), il apparaît que les femmes de moins de 45 ans ont un risque plus élevé d'être victimes de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint que les femmes âgées de 45 à 54 ans (OR égal à 1,5 pour les 18-25 ans et les 25-34 ans et à 1,6 pour les 35-44).

Ce fait peut tout d'abord résulter de taux de déclarations plus élevés. « L'effet de génération » peut faire que les jeunes femmes seront plus sensibles aux agressions, car ayant une vision moins traditionnelle du couple et plus égalitaire, et seront donc plus enclines à dénoncer les violences conjugales (Brown & Maillochon, 2002).

Une certaine accoutumance à la violence, une intégration de celle-ci comme faisant partie du quotidien à cause de répétitivité peut aussi faire que les femmes plus âgées et subissant depuis longtemps des violences conjugales ne les rapportent plus.

Une autre explication possible est la rupture des couples les plus délétères (Jaspard, 2011).

Enfin, certaines données indiquent que dans le cas de violences sexuelles commises par un homme appartenant au ménage, celui-ci a le plus souvent moins de 45 ans. Ce résultat, bien que spécifique aux violences sexuelles, peut indiquer une tendance à la diminution de certaines formes de violences avec l'avancée en âge de l'auteur.

Le jeune âge des deux partenaires est également déterminant lorsqu'il est question des blessures infligées par la femme à son partenaire (Mathieu & Bélanger, 2012). En outre, les données de l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » de 2008 à 2012 (Rizk, 2012) indiquent que les violences physiques ou sexuelles commises par le conjoint ou l'ex-conjoint touchent davantage les femmes de 25-44 ans ; les taux décroissent ensuite au-delà de cet âge.

Les caractéristiques psychologiques

Plusieurs études se sont intéressées au lien entre l'estime de soi des femmes et les violences conjugales. Bassuk *et al.* (2006) font référence à cinq études dont trois trouvent une corrélation significative entre une faible estime de soi et l'exposition aux violences conjugales. Toutefois, il est possible que ce lien ne soit pas de cause à effet. Effectivement, les femmes ayant subi des violences pendant l'enfance peuvent souffrir d'une faible estime de soi et être victimes de violences conjugales sans que l'on puisse définir le facteur de risque, quand bien même cela serait possible.

Jeanjot *et al.* (2008) relèvent que, chez les femmes enceintes victimes de violences conjugales, des antécédents de dépression sont plus fréquemment rapportés et l'anxiété apparaît davantage. En outre, selon Riggs *et al.* (2000), les victimes de violences conjugales seraient davantage sujettes aux troubles de l'humeur et aux addictions (alcool et troubles du comportement alimentaire).

Concernant les auteurs de violences conjugales, l'attachement anxieux, et donc l'anxiété d'abandon, serait un facteur les conduisant à ces actes (Mathieu et Bélanger, 2012). Nasr (2009) rapporte également que les violences conjugales viendraient d'un problème de contrôle et de gestion des affects avec notamment des sentiments d'anéantissement et de violence intérieure insupportables. Field *et al.* (2004) mentionnent l'impact de traits de personnalité tels que l'impulsivité, l'incapacité à réguler certains comportements, sur les violences conjugales. Norlander & Eckardt (2005) dans une revue systématique, mentionnent le rôle des niveaux de colère et d'hostilité chez les auteurs (ces facteurs n'étaient pas à l'époque inclus dans les programmes d'intervention aux États-Unis).

Enfin, Shorey *et al.* (2012) ont constaté que chez les hommes auteurs de violences conjugales, celles-ci étaient corrélées avec différents troubles mentaux : dépression, syndrome de stress post-traumatique, syndrome d'anxiété généralisée, panique (sauf pour les agressions sexuelles), phobie sociale et addictions (alcool et drogue). Des corrélations négatives sont également trouvées entre la désirabilité sociale, les violences conjugales et la plupart des troubles mentaux. Riggs *et al.* (2000) indiquent, eux, un lien entre les violences conjugales et les troubles de l'humeur, les dépressions psychotiques ainsi que les états « borderline » de leur auteur.

Le handicap

Stöckl *et al.* (2011) ont noté un risque plus élevé pour les femmes souffrant d'un handicap (OR de 2,18). Cette situation de handicap rend ces femmes plus vulnérables et permet à leur partenaire un plus grand contrôle, une plus grande emprise. Le handicap est souvent associé à une dépendance au partenaire, à un faible statut socioéconomique ou encore à la toxicomanie, facteurs pouvant également jouer sur les violences conjugales, de manière individuelle ou combinée.

Les caractéristiques biologiques

D'un point de vue biologique, il s'avère qu'un taux élevé de testostérone (hormone mâle) peut conduire à la violence et que des neuromédiateurs cérébraux, tels que la sérotonine (davantage présente chez l'homme), influent sur l'agressivité (Nasr, 2009). Notons toutefois que cette explication n'est pas spécifique aux violences conjugales et qu'elle ne suffit donc pas à les présager.

En outre, selon Riggs *et al.* (2000), les hommes auteurs de violences conjugales présenteraient un taux d'antécédents de traumatismes crâniens plus élevé que les hommes n'en commettant pas. Dans le même domaine, Farrer *et al.* (2013) ont étudié la prévalence de lésions traumatiques cérébrales chez les auteurs de violences au sein du couple. Ils justifient ce travail par le fait que de nombreux travaux associent ces lésions à des comportements agressifs et violents, comportements associés aux violences conjugales. Les auteurs ont identifiés six articles (cinq américains, un néo-zélandais) qui analysent la prévalence de lésions cérébrales chez des auteurs de violence. Ils s'échelonnent entre 1994 et 2003. La sévérité des lésions n'est pas connue. Au total, 119 sur 222 agresseurs (âge moyen de 32,6 ans) ont été victimes de lésion, soit une prévalence de 53,6 %. Parallèlement, ils ont réalisé un travail sur la prévalence de ces lésions en population générale. Une étude de cohorte l'estime à 38,5 % chez des hommes âgés en moyenne de 25 ans. Au final, ils ont estimé un niveau bas (10 %), intermédiaire (20 % et 25 %) et élevé (38,5 %). Des Z scores ont été calculés pour chacune de ces prévalences, la prévalence dans la population d'auteurs de violences conjugales est toujours supérieure à celles en population générale. La portée des résultats est limitée par plusieurs facteurs : peu d'études, pas de description de la sévérité des lésions, faible échantillon, pas de groupe témoin etc. Le rôle des lésions cérébrales dans les violences conjugales avait déjà été exploré dans une revue de Pinto *et al.* en 2010, les conclusions étaient les mêmes. Ces auteurs avaient de plus exploré les publications étudiant divers facteurs physiologiques chez les auteurs de violences conjugales dont certains pouvant être en relation avec des lésions cérébrales (troubles neuropsychologiques, psychophysiologiques, neurochimiques, métaboliques, endocrinologiques, etc.). Ils montrent notamment que certaines des anomalies neurochimiques mises en évidence dans les études (cortisol, glucose, testostérone, sérotonine, etc.) pourraient être liées à des lésions cérébrales antérieures. Les auteurs posent aussi la question du rôle particulier de l'alcool dans ces populations.

3.2.2.2 L'histoire de vie

Les violences observées pendant l'enfance

Les données de l'Enveff laissent apparaître que les femmes ayant assisté, petites filles, à des scènes de violence à l'encontre de leur mère sont quatre fois plus victimes que les autres de violences conjugales (Nasr, 2009). En outre, les femmes témoins de violences conjugales de la part de leur père sont plus susceptibles d'être violentes envers leur mari (violence bidirectionnelle) (Mathieu & Bélanger, 2012).

Contrairement à cela, les hommes auteurs de violences conjugales et témoins de violences conjugales chez leurs parents choisissent des conjointes moins violentes physiquement envers eux. Chez ces hommes, le fait d'avoir été témoins de violences conjugales chez leurs parents est un facteur de protection qui les place dans une situation de violence unidirectionnelle (Mathieu & Bélanger, 2012).

Les violences subies pendant l'enfance

D'après les données de l'Enveff, les petites filles victimes de violence dans l'enfance sont dix fois plus victimes de violences conjugales à l'âge adulte que les femmes qui n'en ont pas subies (Nasr, 2009), Bassuk *et al.* (2006) rapportent également que les femmes battues et abusées sexuellement présentent des prévalences élevées d'abus pendant l'enfance. D'ailleurs, Stöckl *et al.* (2011) obtiennent des odds ratio significativement plus élevés pour les femmes ayant, durant l'enfance, subi des punitions physiques (2,24), des abus sexuels (1,56), ayant été maltraitées durant leur enfance par leur père (2,01) ou par leur deux parents (2,59). L'enquête CVSF précise que la violence subie avant 16 ans augmente par trois le risque de violences subies et agies à l'âge adulte en situation de cumul de violence ; des différences apparaissent selon le cumul, la répétition et l'auteur des violences (CVSF, 2007).

Concernant les auteurs des violences, ils présenteraient également plus de mauvais traitements et abus sexuels pendant l'enfance (Nasr, 2009).

En 2007, Gil-Gonzalez *et al.* ont étudié dans une revue systématique les travaux sur ce facteur de risque. Trois situations dans l'enfance (chez l'homme) ont été incluses : être battu, être témoin de violences maritales dans sa propre famille, avoir un père absent ou un père rejeté (Heise, 1998). Onze articles sur 314 publiés dans des journaux à comité de lecture avant 2005 ont été retenus. Du fait de l'hétérogénéité des études, une méta-analyse formelle n'a pu être conduite, seule une analyse descriptive a pu être menée. Toutes les études montrent un lien entre violences conjugales et violence dans l'enfance. La violence physique subie dans l'enfance est la plus étudiée (8), puis vient le fait d'avoir été témoin de violences maritales (6) et avoir un père absent (1). Dix études ont été réalisées aux États-Unis, la onzième en Inde. Ces onze études sont transversales et rétrospectives. Les études en population générale sont rares, la taille est très variable (99 à 8629). La violence conjugale est principalement mesurée via l'échelle d'évaluation des conflits (Conflict Tactic Scale¹⁷), la violence dans l'enfance est mesurée à l'aide de divers questionnaires. Tout ceci limite la comparabilité des études et donc des extrapolations de résultats. Par ailleurs si les échelles permettent une prise en compte des facteurs individuels dans les analyses, les autres types de facteurs ne le sont pas (communauté, facteurs sociaux, facteurs liés au fonctionnement familial, etc.). La nature multi-causale du problème n'est donc pas prise en compte dans ces études. Selon les auteurs, de nouveaux travaux doivent être menés pour la compréhension des liens entre violence domestiques dans l'enfance et violence au sein du couple. Selon les auteurs, leurs conclusions rejoignent celles d'une revue plus ancienne (1997).

¹⁷ Outils de dépistage de la violence conjugale auto-administré comprenant 78 items, 36 mesurant les comportements émis par le répondant, 36 les comportements subis par le répondant. Il comprend plusieurs sous échelles (violence psychologique ou verbale, physique, sexuelle, les blessures, la négociation), elle intègre des items sur la violence mineure ou sévère. Des échelles de réponse permettent de caractériser la fréquence des comportements au cours de la dernière année.

Ces données sur les violences observées ou vécues dans l'enfance, viennent appuyer l'idée d'une transmission intergénérationnelle de la violence et d'un apprentissage social de la violence qui peuvent entraîner une vulnérabilité face à la violence et un rapport problématique à celle-ci.

Selon le rapport de l'OMS publié en 2002, parmi les facteurs individuels, la violence pendant l'enfance constitue chez l'homme et la femme un facteur de risque important de violences conjugales. Cependant, l'OMS pose la question de savoir ce qui distingue parmi les hommes ayant subi des violences domestiques, les auteurs de violences conjugales des autres.

Les études négatives sur ce thème sont rares, notons tout de même que, selon l'étude rapportée par Bassuk et (2006), le fait d'avoir été témoins de violence parentale ou d'avoir été abusé ne prédit pas les violences conjugales.

Les difficultés vécues pendant l'enfance

L'enquête CVSF met en évidence que les difficultés vécues dans l'enfance telles que se trouver en situation de guerre, être expulsé d'un pays, d'un logement, subir des privations matérielles, des violences intrafamiliales, avoir vécu des conflits graves avec ses parents, multiplient les violences par quatre en situation de cumul (CVSF, 2007). Les données de l'Enveff mettent aussi en avant des taux de violences conjugales plus importants chez les femmes ayant vécu des difficultés pendant l'enfance et ce d'autant plus lorsqu'elles ont vécu plusieurs difficultés (Jaspard *et al.*, 2002). Ici, les difficultés rapportées (exception faite des violences) sont un placement à la Ddass ou une mesure d'assistance éducative, un conflit très grave avec les parents, l'addiction, un climat de violence et des privations matérielles, les deux premières étant celles dont le vécu est le plus lié aux violences conjugales à l'âge adulte.

Corvo & deLara (2010) font référence au modèle « développemental de violence du partenaire » d'Ehrensaft qui identifie le trouble de la conduite à l'adolescence (comportements antisociaux, intimidation) comme la variable la plus importante dans la prédiction de la victimisation et de la perpétration de violences conjugales.

Les violences subies à l'âge adulte par un « non partenaire »

D'après l'étude de Stöckl *et al.* (2011), la violence subie par une femme de la part d'un « non partenaire » entraîne un risque significativement élevé d'être victime de violences conjugales (OR de 2,86). Par ailleurs, d'autres données indiquent que deux femmes sur cinq victimes de violence sexuelle au sein de leur ménage ont été également agressées sexuellement en dehors (Tournyol du Clos & Le Jeannic, 2008). En outre, Hetling & Zhan (2010) rapportent que l'augmentation de la violence communautaire est associée à des taux plus élevés de violences conjugales.

Différentes explications ont été avancées par les auteurs. Stöckl *et al.* (2011) rapportent un lien entre violences conjugales et criminalité dans le quartier ainsi qu'entre violences conjugales et groupes de pairs déviants. Hetling & Zhang (2010) font aussi le rapprochement entre violences conjugales et caractéristiques de la collectivité. Bien que cette explication soit intéressante, le manque de précisions et de données sur les différences de taux de violences conjugales selon « l'environnement » des victimes empêchent le développement de ce facteur. Stöckl *et al.* (2011) mettent également en avant les conséquences que peut avoir la violence subie par un « non partenaire » sur la victime (diminution de l'estime de soi, augmentation de la vulnérabilité émotionnelle) comme pouvant entraver la capacité d'autoprotection aux menaces ultérieures.

Les liens entre les différents types de violences conjugales

Outlaw (2009) a constaté que les femmes victimes de violences psychologiques, sociales et économiques (contrôle de l'accès à l'argent) ont plus de risque de subir des violences physiques de la part de leur partenaire (de manière significative pour les violences

psychologiques et sociales). Les violences psychologiques, sociales et économiques influent, en plus de la probabilité d'apparition de violences physiques, sur les fréquences de celles-ci. Concernant la gravité des violences physiques, elle n'est pas influencée par le fait de subir ou non des violences psychologiques, sociales ou économiques.

3.2.2.3 La consommation de substances psychoactives

Si de nombreux travaux scientifiques rapportent un lien entre alcool et violences au sein du couple, la nature du lien est controversée. Divers modèles ont été élaborés pour l'étudier, certains prennent en compte la notion de différences interindividuelles (liées à la personnalité, au relationnel) vis-à-vis de l'effet de l'alcool (voir par exemple, Foran *et al.* 2008), Comme le montrent plusieurs revues systématiques, l'étude de ce facteur est difficile, aussi pour des raisons méthodologiques (mesures hétérogènes de la consommation d'alcool, des violences, type d'échantillon (population générale, clinique, présence ou non d'un groupe témoin), etc.). La revue de Stith *et al.* (2004) conclut que la taille de l'effet entre alcool et violence faites aux femmes est d'ampleur faible à moyenne. Foran *et al.* (2008), montre que l'effet de l'alcool, varie en fonction de la mesure de sa consommation.

Dans une revue systématique de 2006, Gil-Gonzalez *et al.* concluent leur travail en soulignant qu'il n'existe pas de support factuel (fondé sur des preuves) sur des liens entre alcool et violence, que de nouvelles études sont nécessaires (cohorte ou cas-témoins) et que les interventions de désintoxication des auteurs de violence pourraient ne pas suffire à la stopper.

Selon les études, l'alcoolisation des auteurs de violences conjugales varie de 22 % à 55 % (et même 65 % dans le cadre d'insultes). Sur 100 femmes britanniques battues, 52 % des hommes auteurs ont été décrits comme « souvent ivres » et 22 % comme ayant des « épisodes de consommation excessive d'alcool avec ivresse ». La consommation d'alcool augmenterait la probabilité de violences conjugales mais également la gravité de celles-ci (Finney, 2004). Brochy (2004) indique également que dans les familles où un membre éprouverait des problèmes d'alcool il y aurait deux fois plus de violences.

Une étude multicentrique (GENACIS, dans 13 pays), suggère que la consommation d'alcool est liée à des degrés plus sévères de violence dans le couple (Graham *et al.* 2011).

À la consommation d'alcool s'ajoute celle de drogues qui affecte également la probabilité de violences conjugales ; à ce sujet, un odds ratio significativement élevé (1,44) est obtenu par Stöckl *et al.*, 2011.

Concernant les victimes, elles sont entre 8 et 20 % à avoir consommé de l'alcool (Finney, 2004 ; Field *et al.*, 2004). Nasr (2009) indique également qu'au Canada, 25 % des femmes victimes de violences conjugales consomment alcool, drogues, psychotropes. Notons que le lien entre consommation d'alcool et violences conjugales est plus lâche lorsque ce sont les victimes qui ont consommé que lorsque c'est l'auteur (Stöckl *et al.*, 2011). Par ailleurs, l'étude de Jeanjot *et al.* (2008) portant sur les femmes enceintes indique que les femmes ayant été victimes de violence ne consomment pas davantage de drogues, alcool ou tabac que les autres, mais elles prennent plus d'antidépresseurs et de somnifères.

Pour terminer, Finney (2004) rapporte qu'il existe un effet combiné de la consommation d'alcool chez l'auteur et chez la victime de violences conjugales et non uniquement un effet de la consommation chez l'un ou l'autre. Les résultats de Stöckl *et al.* (2011) laissent d'ailleurs apparaître un odds ratio significativement élevé (1,84) de violences conjugales lorsque les deux partenaires ont consommé de l'alcool.

Brochu (1994) indique que la consommation d'alcool, qui impacte les violences conjugales, est en relation avec les lieux de consommation privilégiés par les auteurs de violences conjugales. Ce ne serait pas uniquement la consommation d'alcool en elle-même qui serait victimogène

mais la culture du milieu dans lequel elle se produit, favorisant l'expression de l'agressivité et acceptant les comportements violents.

Les attentes de la personne alcoolisée sont également à prendre en compte car, d'après des études de laboratoire, elles sont en lien avec la consommation d'alcool et la perpétration de violences conjugales (Brochu, 1994). Ainsi, lorsque l'alcool est considéré comme provoquant des violences, la consommation de celui-ci peut appeler à la violence. L'alcool serait même parfois consommé pour permettre la production de violences tout en ayant une excuse, une justification, des circonstances atténuantes (Brochu, 1994 ; Finney, 2004 ; Field *et al.*, 2004). Ce point est renforcé par le fait que les violences ne sont pas uniquement administrées lors d'intoxication ou encore par le fait que les violences conjugales s'avèrent être en partie inhibées (l'auteur attend de rentrer au domicile ou que les amis soient partis pour violenter sa femme), contredisant par là même l'effet désinhibiteur de l'alcool. D'après Finney (2004), l'alcool serait davantage perçu comme contribuant que comme provoquant la violence.

Concernant les victimes de violences conjugales, la consommation de substances est majoritairement présentée comme découlant de la victimation, pouvant notamment permettre de faire face à celle-ci. D'ailleurs, les violences conjugales peuvent entraîner des syndromes de stress post-traumatique ou des troubles psychiatriques dont l'expression peut passer par les addictions. Toutefois, cette causalité n'est certainement pas l'unique explication possible de la consommation de substances chez les femmes victimes de violences conjugales (Finney, 2004).

Enfin, la consommation de substance peut être une source de problèmes, de malaise et de conflit dans le couple qui augmenteront les violences conjugales (Finney, 2004 ; Nasr, 2009). Pour Stöckl *et al.* (2011), l'alcool peut détruire lentement la qualité de la relation et pour Mathieu & Bélanger (2012) il peut exacerber le stress marital.

3.2.2.4 Les caractéristiques de la relation conjugale

Âge de la mise en couple

Les données de l'Enveff font apparaître que la précocité de la mise en couple est liée à un taux de violences conjugales « très graves » élevé (Jaspard, 2011). Il semblerait qu'une mise en couple précoce se produise dans des contextes de difficultés sociales, économiques et familiales.

La différence d'âge

Des données recueillies au Québec mentionnent que les auteurs de violences conjugales sont 25 % à être âgés de 1 à 3 ans de plus que leur partenaire féminine, 13 % de 4 à 5 ans de plus et 28 % d'au moins 6 ans de plus (Nasr, 2009). Les données Enveff indiquent, elles, que les femmes n'ayant pas ou peu (3 ans) de différence d'âge avec leur conjoint sont 7,9 % à être victimes de violences conjugales (Jaspard *et al.*, 2002). Chez les femmes ayant une différence d'âge avec leur partenaire de 3 à 10 ans (en leur faveur ou défaveur), le taux de violences conjugales est entre 9,7 % et 9,8 % alors que pour celles dont la différence d'âge est supérieure à dix ans les taux sont de 15 % et 16,8 % ; les taux de situation de violences conjugales « graves » et « très graves » sont également plus élevés pour ces dernières.

La durée de la relation

D'après les données de l'Enveff, une relation de courte durée est davantage associée à des violences conjugales, notamment graves (Brown & Maillolchon, 2002). Dans leur étude, Stöckl *et al.* (2011) trouvent d'ailleurs que l'odds ratio de violences conjugales pour les relations de 3 à 5 ans est significativement plus élevé (1,64) que celui des relations de plus de 5 ans.

Ces données peuvent être rapprochées du fait que le harcèlement psychologique diminuerait avec la durée de l'union légitime (Nasr, 2009). Toutefois, des précautions sont à prendre car cela peut aussi être expliqué non pas par une diminution des violences mais par du déni ou des stratégies d'évitement, de contournement mis en place par les femmes. Cette interprétation est appuyée par certaines données qualitatives indiquant que plus la relation est de longue durée, plus il y a de violences psychologiques (Mathieu & Bélanger, 2012).

La forme de la relation

Les formes de relation de couple sont multiples : les couples peuvent être mariés ou non mais également cohabiter ou pas et cela semble impacter l'exposition aux violences conjugales.

En effet, dans les couples non cohabitants, les pressions psychologiques et le harcèlement sont 1,4 et 1,6 fois plus élevés, les situations « graves » ou « très graves » sont également 1,4 fois plus élevées. (Brown & Maillachon, 2002).

En outre, selon les données de l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » de 2008 à 2012, les femmes étant en couple mais non mariées présentent un taux de violences conjugales (par conjoint ou ex-conjoint sur deux ans) 1,5 fois supérieur à celui des femmes mariées (Rizk, 2012). Il en est de même pour les femmes ayant été maltraitées pendant leur grossesses : elles étaient moins souvent mariées ou dans une relation stable (Jeanjot *et al.* 2008).

Le rang de la relation

Il apparaît que les femmes en deuxième union sont 1,3 fois plus exposées que celles en première union, aux situations « graves » ou « très graves » de violences conjugales ; ce taux s'élève à 1,7 pour les unions de rang supérieur (Brown & Maillachon, 2002). De plus, les femmes en troisième union sont 1,6 fois plus victimes d'insultes, 1,2 fois de pressions psychologiques répétées et 1,7 fois plus d'harcèlement que celles en première union. Par ailleurs, plus les femmes ont eu de relations de couple, plus elles sont victimes de violences conjugales (Jaspard *et al.*, 2002).

L'entente conjugale

Au-delà de l'influence sociétale, les violences conjugales peuvent avoir comme origine un déséquilibre entre les rapports de force des conjoints ou encore des systèmes de valeur différents (Nasr, 2009). D'ailleurs, d'après Mathieu & Bélanger (2012), la violence au sein des couples relèverait de dysfonctions de la dynamique conjugale, d'inadaptation maritale, c'est-à-dire de stratégies communicationnelles relationnelles et de techniques de gestion de conflits inadéquates. D'ailleurs, d'après les données de l'Enveff, dans les couples où ce n'est pas uniquement la femme qui s'occupe des tâches ménagères et des enfants, les taux de violences conjugales sont plus faibles, ce qui peut renvoyer à une certaine qualité de la relation conjugale (Jaspard *et al.*, 2002). Ces données révèlent également que les femmes dont le couple se dispute « très souvent » sont plus exposées aux violences conjugales ; il en est de même pour les femmes violentes avec leur partenaire.

Selon Finney (2004), l'insatisfaction relationnelle, surtout de la part du partenaire masculin, contribuerait conséquemment aux violences conjugales. En outre, selon les données de l'Enveff, les couples dont l'un des partenaires a une relation extra-conjugale sont davantage au cœur de violences conjugales (Jaspard *et al.* 2002). La jalousie de l'homme s'avère également être un facteur de violences « très graves » (Jaspard, 2011). Enfin, les femmes n'ayant jamais été ou n'étant plus amoureuses de leur partenaire et celles ne se confiant pas à leur partenaire en cas de problèmes, subissent davantage de violences conjugales (Jaspard *et al.*, 2002).

L'existence d'enfants au sein du couple

D'après les données de l'Enveff, il n'y a pas de lien entre la fréquence des violences conjugales et la présence ou l'absence d'enfants dans le couple (Nasr, 2009). Toutefois, la présence d'enfants favoriserait un climat de violence au moment de la séparation et après la rupture du couple.

Contrairement à ces résultats, des données de répondantes allemandes (Stöckl *et al.* 2011) rendent compte que les femmes ayant plus de trois enfants ont un odds ratio significativement élevé (2,38) d'être victimes de violences conjugales. Les auteurs proposent deux relations causales pour expliquer cela. Tout d'abord, une femme violentée pourrait être plus exposée aux grossesses qu'une femme ne l'étant pas, que ce soit dû à l'agresseur (rapports forcés, interférence du conjoint sur la contraception) ou à la victime (espoir que la grossesse et l'arrivée de l'enfant diminueront les violences voire les feront disparaître). D'un autre point de vue, les auteurs rapportent qu'un nombre plus important d'enfants entraînerait une augmentation du stress et des conflits au sujet de la discipline et de la garde des enfants, toucherait les ressources financières et réduirait la qualité de la relation conjugale.

3.2.2.5 Les caractéristiques socio-économiques

Le lieu de résidence

La représentation selon laquelle les violences sont plus nombreuses en ville est-elle vérifiée et plus particulièrement, est-elle véridique pour les violences conjugales ?

À âge égal, les femmes qui résident dans les villes ou les grands centres urbains ne subissent pas significativement plus d'agressions verbales, physiques ou sexuelles (Brown & Maillolchon, 2002). Ce point est intéressant à relever car il signifie que la structure démographique des différents types d'agglomération (Paris et les plus grandes villes françaises présentent de forts taux de célibat, de divorce ainsi que de couples non mariés voire non cohabitants) ne semble pas avoir d'influence majeure sur les violences conjugales.

Les données de l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » de 2008 à 2012 font, elles, apparaître des différences de taux de violences conjugales (perpétrées par le conjoint ou l'ex-conjoint) : les communes rurales hors péri-urbain présentent un odds ratio de 0,6 et celles en zone péri-urbaine un odds ratio de 0,5 par rapport aux communes « Ville-Centre » ; les communes situées en « banlieue » ne présentent pas de différence significative (Rizk, 2012). Nous pouvons également noter que, selon ces résultats, la présence ou la proximité avec une Zone Urbaine Sensible ne produit pas de différence significative en termes d'odds ratio.

Par contre, Hetling & Zhang (2010) ont remarqué que, dans le comté de Duval en Floride, les quartiers avec de plus grandes proportions d'hommes au chômage, de ménages dirigés par des femmes et de résidents vivant dans la pauvreté ont des taux de violences conjugales plus élevés que les autres quartiers ; ainsi, le désavantage économique au niveau de la communauté ainsi qu'au niveau du ménage, influeraient sur les taux de violences conjugales. De même, VanderEnde *et al.* (2012) montrent à travers l'analyse des travaux publiés entre 1990 et 2011, que plus de violences sont observées lorsque le niveau du chômage du quartier est élevé. Enfin, la situation par rapport au logement entraîne des différences en termes de violences conjugales puisque les locataires ont un odds ratio de 1,6 par rapport aux propriétaires (Rizk, 2012).

Le capital scolaire

Selon les données de l'Enveff, le niveau de formation et le capital scolaire des femmes n'influent pas sur les violences conjugales (Brown & Maillolchon, 2002 ; Nasr, 2009). Ces résultats sont retrouvés dans une revue systématique de 2012 (VanderEnde *et al.* 2012). Ils rompent l'idée reçue selon laquelle un diplôme élevé protège des violences conjugales.

Toutefois ces résultats sont contrebalancés par ceux de Tournyol du Clos & Le Jeannic (2008) qui rapportent que les auteurs de violences sexuelles sont faiblement diplômés et que les femmes sans diplôme en sont cinq fois plus victimes ; ces dernières sont également trois fois plus victimes de violences domestiques. En outre, Stöckl *et al.* (2011) remarquent des odds ratio significativement élevés de violences conjugales lorsque l'homme (1,85) et lorsque les deux partenaires (2,62) ont un bas niveau scolaire. Nous pouvons rapprocher ce point de celui de l'Enveff indiquant qu'en présence d'une différence de capital scolaire en faveur de la femme, celle-ci pourrait se trouver davantage exposée aux violences conjugales.

L'emploi

Buzawa & Buzawa (2012) rapportent des différences de taux de violences conjugales selon le rapport à l'emploi de l'homme : 4,7 % lorsque l'homme a toujours été employé, 7,5 % lorsqu'il a connu une période de chômage et 12,3 % lorsqu'il a connu au moins deux périodes de chômage. Brown & Maillachon (2002) constatent également une augmentation des taux de violences conjugales avec le nombre de périodes de chômage, que ce soit chez l'homme ou la femme, et l'augmentation de celui-ci. Une différence est à noter entre les femmes n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle et les autres, ces dernières étant davantage exposées aux violences conjugales.

Le changement de statut d'un des conjoints envenimerait donc les relations au sein du couple et ce à cause des conséquences qu'il peut entraîner d'un point de vue socio-économique mais également à cause du changement de rapport, de la relation à l'autre qu'il implique (Brown & Maillachon, 2002). La théorie du stress familial, selon laquelle le stress et l'anxiété par rapport au futur augmenteraient le risque de violences, est une autre explication possible (Stöckl *et al.* 2011).

En outre, d'après la théorie des ressources et la théorie des rôles sexuels, l'homme en situation de perte de position sociale affirmerait sa position dominante pour compenser son incapacité à répondre aux attentes socialement prescrites dans un domaine où cela lui est encore possible : son couple (Nasr, 2009 ; Stöckl, 2011). Concernant les femmes au foyer, il est possible qu'elles aient une perception plus traditionnelle des rapports entre les sexes et que la dépendance à leur partenaire les rende moins sensibles aux violences conjugales (Nasr, 2009).

Gibson-Davis *et al.* (2005) ont relevé que l'emploi peut être un moyen de réduire les violences conjugales ; une augmentation d'un quart de l'emploi réduit la probabilité de cas signalés de violence domestique de 6 à 8 %. L'emploi pourrait, selon les théories de l'échange social et de la négociation économique, augmenter le pouvoir de négociation de la femme dans la relation ou lui apporter un soutien si la relation prend fin. La confiance en soi et la sociabilité peuvent également être apportées par le travail et influencer sur les violences conjugales. Enfin, le fait de travailler implique une diminution du temps passé avec le partenaire et peut donc réduire les violences conjugales.

Toutefois, nous avons évoqué précédemment que l'alternance entre chômage et travail favorise les violences conjugales. En outre, les femmes à temps partiel sont davantage exposées aux violences conjugales (de manière semblable aux chômeuses) que celles travaillant à temps plein (Jaspard, 2011). Cette instabilité affaiblirait donc les femmes en les mettant dans une position faible sur le marché du travail et dans une situation de dépendance économique au sein du couple.

Des résultats contraires à ceux que nous avons présentés ci-dessus ont été rapportés par Buzawa & Buzawa (2012) qui, en examinant le rôle du chômage chez les deux partenaires, constatent que les taux de violences conjugales sont inférieurs pour les hommes ayant été pendant de plus longues périodes au chômage. Bassuk *et al.* (2006) ne remarquent, quant à eux, pas de différences en termes de violences conjugales entre les femmes ayant travaillé au moins dix heures par semaine et celles n'ayant pas travaillé. Par ailleurs, selon Buzawa &

Buzawa (2012), à un niveau macro-économique, le taux de chômage des hommes et femmes n'est que peu lié aux taux de violences conjugales.

Pour Buzawa & Buzawa (2012), la question de l'emploi apparaît donc comme un facteur de risque faible, considérée indépendamment. Elle est en fait médiatisée par d'autres facteurs tels que les caractéristiques de la relation et des partenaires, ou encore le contexte. Il s'agirait non pas de considérer un facteur mais un faisceau de facteurs en interaction. D'ailleurs, à titre d'exemple, selon Stöckl *et al.* (2011), le soutien social réduit l'effet du chômage sur les violences conjugales.

La catégorie socio-professionnelle

D'après les données de l'Enveff et de l'enquête CVSF, la catégorie sociale et professionnelle joue peu sur les violences conjugales, tant sur leur taux que sur leur fréquence et leur gravité (Nasr, 2009 ; Brown & Maillachon, 2002 ; CVSF, 2007). Par exemple, les taux de violences conjugales sont de 8,7 % pour les cadres supérieures, 8,3 % pour les employées, 7,9 % pour les ouvrières et 7,7 % pour les agricultrices ; la seule différence notable concerne les étudiantes (statut particulier), avec un taux de violences conjugales de 11,1 %.

Toutefois, Bassuk *et al.* (2006) rapportent que les partenaires masculins dont le statut professionnel est d'un faible niveau sont plus sujets à être auteurs de violences conjugales. Jaspard (2011) mentionne, elle, que les militaires et professionnels apparentés, les grands patrons, les médecins et les notables sont surreprésentés parmi les criminels conjugaux.

Le revenu

Selon l'Enveff, les revenus et le niveau de vie jouent peu sur les violences conjugales et leur fréquence (Brown & Maillachon, 2002 ; Nasr, 2009).

Il en est autrement d'après les données de l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » de 2008 à 2012, puisqu'il apparaît que, parmi les femmes appartenant au 10 % de ménages ayant les revenus les plus faibles, le taux de violences physiques et sexuelles (par conjoint ou ex-conjoint sur deux ans) est de 3,55 %, contre 0,83 % pour les femmes appartenant au 10 % de ménages ayant les revenus les plus élevés (par unité de consommation) (Rizk, 2012). Gibson-Davis *et al.* (2005) mentionnent également que près d'une bénéficiaire d'aide sociale sur trois est actuellement victime de violence, et une sur deux a été maltraitée à un moment donné dans sa vie. En outre, Bassuk *et al.* (2006) rapportent que près des deux tiers des femmes extrêmement pauvres et sans-abri ont été victimes de violences conjugales. Concernant les hommes, Nasr (2009) rapporte que ceux ayant un faible revenu, ou gardant leur revenu pour leurs dépenses personnelles, présentent plus de risque de perpétrer des violences conjugales.

Notons que la question n'est pas uniquement celle des ressources mais également celle de l'accès à ces ressources. D'ailleurs, à partir d'un certain niveau économique, la fréquence des violences conjugales dépend davantage de l'accès à l'argent et de la dépendance financière (Nasr, 2009).

Nasr (2009) note que quand la pauvreté diminue, les conditions de tous s'améliorent dont celles de la femme, et l'inégalité entre les sexes s'amenuise ce qui conduit à une amélioration plus importante des conditions des femmes. Des données canadiennes évoquent également le stress social présent dans les milieux défavorisés comme pouvant entraîner des taux de violences conjugales plus élevés. Enfin, Buzawa & Buzawa (2012) précisent que les personnes défavorisées sont susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale et physique et de consommer des substances, ce qui est lié avec les violences conjugales.

3.2.2.6 L'appartenance et les liens sociaux

La nationalité, l'origine

D'après Tournyol du Clos & Le Jeannic (2008), en France les femmes étrangères, surtout celles de nationalité non européenne, sont un peu plus victimes de violences conjugales physiques que les femmes de nationalité française. Les taux de violences conjugales sexuelles restent eux relativement similaires. Riggs *et al.* (2000) mentionnent, eux, que les hommes de couleur seraient plus violents que les « caucasiens » envers leur partenaire. L'Enveff montre que les femmes immigrées, à l'exception des femmes italo-ibériques, sont davantage victimes de violences conjugales.

Aux États-Unis, l'étude « National Violence Against Women » (Lee *et al.* 2002) rapporte des taux de violences conjugales semblables pour les femmes blanches et afro-américaines. Pour les mélanésiennes et les amérindiennes, les taux de violences conjugales diffèrent de manière, respectivement, inférieure et supérieure ; cependant, la petite taille de ces échantillons ne permet pas de considérer réellement ces données. De même, Bassuk *et al.* (2006) rapportent qu'il n'y a pas de différence significative entre les taux de violences conjugales chez les hispaniques et les blancs non-hispaniques.

Au regard de ces résultats, la question de la nationalité ne semble pas discriminante quant aux taux de violences conjugales. Le caractère général de cette variable peut être une raison de ce résultat ; le manque de finesse de celle-ci fait qu'elle considère chaque sous-groupe comme homogène alors que davantage de précision sur la composition de ces sous-groupes serait nécessaire. En outre, on peut penser que ce n'est pas tant l'origine qui joue mais plutôt comment s'est passée et a été vécue l'immigration ou le fait d'être immigrée. De plus, la nationalité n'est pas nécessairement un facteur signifiant car ne faisant pas forcément sens pour les femmes ; l'appartenance culturelle peut ici s'avérer plus pertinente.

La religion

Des résultats contradictoires apparaissent quant à l'appartenance religieuse des victimes de violences conjugales.

Nasr (2009) mentionne qu'en France, la religion apparaît comme un facteur déterminant des violences conjugales. En effet, sont en situation de violences conjugales 17 % des musulmanes ou juives, 9,1 % des catholiques et protestantes et 7,8 % de celles n'ayant déclaré aucune religion. En outre, les violences conjugales s'accroissent avec l'importance accordée à la religion. Dans l'Enveff, chez les femmes musulmanes, l'indicateur global des violences est multiplié par trois.

À l'opposé, Lee (2007) rapporte que l'engagement, l'implication religieuse peuvent être inversement associés à la perpétration de la violence domestique bien que l'affiliation et la participation religieuse soient positivement associées à l'incidence de violences conjugales chez les femmes immigrantes coréennes.

Enfin, l'enquête CSVF ne trouve, elle, pas de lien entre appartenance religieuse et niveaux de violences subies (CSVF, 2007).

Il semble donc que la question du lien entre religion et violences conjugales dépende du contexte et de la manière dont il est interrogé. Comme pour les questions d'origine, un questionnement plus précis et contextualisé relatif à cette variable pourrait permettre l'émergence d'éventuelles différences de manière plus nette.

Le soutien social

L'étude de Stöckl *et al.* (2011) indique des odds ratios significativement élevés de violences conjugales chez les femmes se sentant exclues socialement (1,27) et ne recevant pas de visites (1,52). Des résultats semblables sont rapportés par Bassuk *et al.* (2006), les femmes battues ont des niveaux plus faibles de soutien social. En outre, les hommes avec des supports solides seraient moins susceptibles de se livrer à des agressions violentes contre leurs conjointes (Bassuk *et al.* 2006).

Selon Stöckl *et al.* (2011), le soutien social peut apporter du réconfort et aider dans la résolution des problèmes conjugaux ainsi que surveiller et favoriser les comportements socialement adaptés. En parallèle, l'isolement initial de la femme ou l'isolement dû à la relation abusive entretenue avec le partenaire prive la victime de ce soutien social et de ses bénéfices.

3.2.3 Synthèse sur les facteurs de risques et les programmes d'intervention

L'exposé ci-dessus montre à quel point l'étude des facteurs de risque liés aux violences conjugales est complexe. Si certains facteurs semblent effectivement liés à la violence, le type de relation avec la violence n'est pas toujours direct, ni explicite.

Les revues systématiques identifiées dans la première étape de ce travail (dont seulement certaines sont citées ci-dessus), insistent, quel que soit le facteur étudié sur d'une part le nombre important de travaux, et d'autre part sur les faiblesses méthodologiques et le manque d'harmonisation, ce qui est préjudiciable à l'explicitation des relations facteurs de risque/violence. Certains auteurs remettent de ce fait en cause, s'interrogent, interpellent les instances compétentes sur l'intérêt des programmes d'intervention prenant en compte certains de ces facteurs « de risque ».

D'autres facteurs de risques que ceux cités, en lien avec les violences conjugales, ont été étudiés dans la littérature. Il en est ainsi des facteurs de risque de récurrence des violences conjugales. Leur étude est présentée comme particulièrement importante, pour contribuer favorablement aux programmes d'intervention. Ces facteurs de risque ont été étudiés dans le cadre d'études longitudinales de durée variable (quelques mois à quelques années), les données étant recueillies principalement auprès des victimes, de la police ou de la justice (Bennett Cattaneo *et al.* 2005 ; Kuijpers *et al.* 2011). L'étude des facteurs de risque de récurrence est complexe. Par exemple dans la revue de Bennett Cattaneo *et al.* 2005, les pourcentages de récurrence sont très variables d'une étude à l'autre (1,6 à 93 %). Ils sont entre 17,2 et 74,1 % chez Kuijpers *et al.* (2011). Ces variations s'expliquent en partie par le fait que la récurrence est définie et mesurée de manières très diverses (rapports de police, auprès des victimes où le recueil peut consister en une seule question (oui/non) ou en l'utilisation d'échelle (mesure continue), etc.) et aussi par des durées de suivi très variables. Les conclusions des auteurs portent autant sur des recommandations pour des programmes d'intervention que de futures études.

De nombreux travaux traitent d'ailleurs de ces programmes. Les recherches bibliographiques faites en amont de ce travail, le montrent, tout comme celles réalisées dans le cadre des revues systématiques utilisées. Les sept revues systématiques sélectionnées après l'année 2000 ont été réalisées aux États-Unis (4), au Canada (1), en Norvège (1), la dernière est une collaboration d'auteurs du Royaume-Uni, d'Australie et des États-Unis¹⁸. Deux de ces revues sont issues de la Collaboration Cochrane (Ramsay *et al.* 2009 ; Smedslund *et al.* 2011). Toutes ont pour objectif d'évaluer les effets d'interventions sur la réduction des violences. Les programmes peuvent inclure les agresseurs, les couples, les victimes ; ils peuvent être mis en place autour d'une naissance, avec des visites à domicile, etc. Aucune de ces sept revues ne conclut de manière ferme sur les bénéfices des programmes d'intervention. Outre les facteurs de risque, la thématique des programmes d'intervention renvoie aussi à la problématique du

¹⁸ Folwer & Faulkner, 2011 ; Zeoli *et al.* 2011 ; Sharps *et al.* 2008, Babcock *et al.* 2002 ; Wathen & MacMillian, 2003 ; Smedslund *et al.* 2011 ; Ramsay *et al.* 2009.

dépistage systématique, qui pour certains doit être évaluée par rapport à sa capacité à réduire la violence (Wathen & MacMillian, 2003).

3.3 Conséquences des violences

Les violences entre partenaires intimes entraînent des conséquences de santé à court et à long terme, pour les victimes et leurs enfants ; elles ont de ce fait des coûts sociaux et économiques élevés (Waters *et al.* 2004). Selon l'OMS, ces violences auraient pour conséquence la perte d'une à quatre années de vie en bonne santé chez les femmes, avec un doublement de leurs dépenses totales de santé annuelles.

3.3.1 Conséquences sur la santé des victimes de violence

Les conséquences relatives à la santé des victimes sont bien décrites dans la littérature. Elles sont décrites à partir d'études en milieu médical ou hospitalier et d'études nationales en population. Les études montrent que comparées aux femmes non victimes, les victimes de violences conjugales ont un état de santé général moins bon, plus de problèmes physiques, psychologiques et mentaux, consomment plus de soins médicaux (prescription et hospitalisation) et elles ont aussi plus de difficultés à ressentir de la satisfaction dans les sphères professionnelle, sociale et familiale (CAHRV, 2006). Elles auraient globalement 60 % de problèmes de santé (gynécologiques, symptômes chroniques liés au stress, neurologiques) en plus (Campbell, 2002 ; Campbell *et al.* 2002).

Les troubles de santé en excès chez les femmes victimes de violences conjugales sont présentés ci-dessous. Ce chapitre s'appuie sur le rapport VIVIO (2002), sur une revue de Morvant *et al.* (2002) et les nombreux travaux de JC Campbell sur le sujet ; les autres travaux utilisés sont cités le cas échéant. La mortalité, dont des résultats ont été présentés plus haut, n'est pas reprise ici.

Lésions traumatiques

Les violences conjugales sont une des causes les plus courantes de blessures chez les femmes. Aux États-Unis, 11 à 30 % des femmes blessées accueillies dans les services d'urgence, l'ont été dans le cadre de violences conjugales. Les lésions sont surtout des érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, fractures, hémorragies. Les zones les plus touchées sont le visage, le crâne, le cou (Wu *et al.* 2010). Les traumatismes dentaires, maxillo-faciaux, ophtalmiques et tympaniques sont fréquents. Selon Wu *et al.*, qui ont fait un travail de revue de littérature, les lésions de la face, du cou et du crâne constituent un indicateur significatif des violences conjugales à travers les études.

En France en 2011, 33,3 % des victimes mentionnent des atteintes à la santé physique (qui regroupent les contusions, brûlures, fractures mais aussi les troubles sensoriels, etc.). Pour 87 % d'entre elles, ces troubles étaient temporaires, pour 5,1 % définitifs et pour 1,4 % correspondaient à une invalidité (ONDRP, 2012).

Troubles psychologiques

Ces troubles sont multiples et peuvent se manifester à très long terme, même après cessation des violences physiques, sexuelles ou psychologiques :

- Troubles émotionnels (sentiments de culpabilité, auto-dévalorisation, etc.),
- Anxiétés, états de panique, phobies,
- Troubles psychosomatiques (douleurs chroniques, céphalées, asthénie, etc.),
- Troubles du sommeil,
- Troubles de l'alimentation (prises irrégulières de repas, anorexie, boulimie),
- Troubles cognitifs (difficultés de concentration, d'attention, perte de mémoire),
- Trouble de la sphère psycho-sexuelle,

- Dépression,
- Idée suicidaire, tentative de suicide,
- Abus de substances (tabac, drogues, alcool, anxiolytiques, antidépresseurs, etc.),
- Syndrome post-traumatique,
- Risque plus élevé de dépression postpartum.

À titre d'exemple, dans l'étude française Enveff, chez les femmes victimes dans les 12 derniers mois de violences physiques ou sexuelles par leur conjoint, le risque¹⁹ de détresse psychologique est multiplié par 4,9, le risque d'avoir un indice élevé de stress post traumatique par 4,8, le risque de tentative de suicide par 11,4, le risque de consommation régulière de psychotrope par 4,4. Le risque d'hospitalisation n'est lui pas différent (Jaspard *et al.*, 2002). Dans les données recueillies par la fédération nationale solidarité femmes, 87 % des victimes citent des atteintes à la santé mentale, avec principalement de l'anxiété pour 84 % d'entre elles (l'anxiété regroupe ici, l'angoisse, les troubles du sommeil, la fatigabilité, etc.). (ONRDP, 2012).

Le risque plus élevé de dépression postpartum a notamment été mis en évidence dans deux revues de littérature récentes (Beydoun *et al.* 2012 ; Wu *et al.* 2012).

La dépression et le stress post traumatique sont les séquelles les plus présentes des séquelles mentales (dans une méta-analyse récente le risque de dépression majeure est multiplié par deux à trois, Beydoun *et al.* 2012). Le risque de souffrir de ces troubles est plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes ayant été abusées pendant l'enfance. Campbell en 2002, s'interroge de savoir si les violences conjugales dont sont victimes les femmes pourraient expliquer la différence d'incidence de la dépression observée entre les hommes et les femmes (et précise que cette hypothèse n'a jamais été étudiée). Les problèmes chroniques tels que les douleurs (céphalées, dos) ou les symptômes récurrents tels que les malaises ou les crises type convulsives pourraient être liés à du stress ou des blessures récurrentes ou encore à des altérations neurophysiologiques (par exemple suite à des coups à la tête ou des strangulations incomplètes ayant entraîné des pertes de conscience).

Le stress pourrait aussi en affaiblissant le système immunitaire, expliquer les excès de certaines maladies observées dans des études, tels que rhumes, gripes par exemple, mais aussi le risque plus élevé de maladies infectieuses en général (dont les maladies sexuellement transmissibles).

Troubles gynécologiques

Les problèmes gynécologiques constituent la plus grande différence de santé entre les femmes violentées et les autres (Coker *et al.* 2007). Le risque de troubles gynécologiques est multiplié par trois. Ces troubles sont générés par des violences sexuelles ou d'autres types de violences :

- Lésions traumatiques périnéales,
- Infections génitales et urinaires à répétition,
- Hémorragies vaginales,
- Maladies sexuellement transmissibles (HIV, herpès, hépatite etc.),
- Douleurs pelviennes chroniques,
- Dysménorrhées ou irrégularités menstruelles,
- Dyspareunies (douleur génitale persistante ou récurrente, lors de rapport sexuels),
- Troubles de la sexualité.

Le refus du partenaire (ayant de multiples partenaires) de l'utilisation de moyen de contraception ou certaines pratiques sexuelles imposées peuvent être responsables de maladies sexuellement transmissibles, qui de plus peuvent ne pas être prises en charge et

¹⁹ Risque ajusté sur l'âge, le niveau d'étude, le statut vis-à-vis de l'emploi et la taille de l'agglomération de résidence. La détresse psychologique a été mesurée à l'aide d'un questionnaire standardisé (*General Health Questionnaire*), l'indice de stress post traumatique à partir de la fréquence de trois items (cauchemars, état d'anxiété, crises de panique).

conduire à des conséquences graves pour la santé voire au pronostic vital de la victime. Ce refus peut également conduire à des grossesses non désirées.

Troubles obstétricaux

Le phénomène de violences conjugales commises sur des femmes enceintes n'est pas exceptionnel. Les prévalences estimées varient entre 3,4 % et 11 %. Dans une étude britannique maintes fois citée, la grossesse apparaît comme un facteur de risque de violence, le risque d'être victime est multiplié par deux chez les femmes enceintes (après ajustement sur l'âge, le statut marital et le statut de l'emploi) (Richardson *et al.* 2002). La grossesse peut être la conséquence d'un viol conjugal. Dans un contexte de violences conjugales, elle peut être liée au fait que la femme est dans l'impossibilité d'utiliser une contraception. Les violences conjugales peuvent donc être associées à des grossesses non désirées, déclarées de façon tardive, à des interruptions volontaires de grossesse. Dans le cadre de ce travail, plusieurs revues systématiques (canadiennes ou américaines) sur les conséquences de santé de la violence conjugale chez les femmes enceintes ont été identifiées ; en majorité elles concluent à la nécessité d'un dépistage de la violence chez les femmes enceintes (Shah *et al.* 2010 ; Murphy *et al.* 2001 ; Boy *et al.* 2004). Outre, les conséquences en terme de morbidité, ces violences seraient grandement responsables d'une part importante de fémicides (un ou deux tiers aux États-Unis, près de la totalité au Royaume-Uni) et de suicides chez les femmes enceintes (Martin *et al.* 2007).

Chez les femmes enceintes, des violences physiques peuvent entraîner :

- Des lésions traumatiques de l'abdomen et des seins,
- Des hémorragies, ruptures utérines, décollements rétroplacentaires,
- Des fausses couches spontanées,
- Des avortements provoqués,
- Des menaces d'accouchements prématurés,
- La mort maternelle par homicide ou secondaire aux troubles de la grossesse,
- Carence ou absence de soins pré et post natale immédiats,
- Allaitement déficient ou absent,
- Douleurs abdominales et pelviennes chroniques,
- Troubles anxiodépressifs,
- Abus de substances pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues, médicaments à visées antalgiques ou psychiques).

Des troubles ont aussi été observés chez l'enfant à naître ou à la naissance

- Mort fœtale in utero,
- Hypotrophie fœtale,
- Lésions fœtales (fractures, plaies par armes blanches),
- Naissance prématurée,
- Faible poids de naissance.

Pathologies chroniques

Les situations de violences conjugales peuvent déséquilibrer ou aggraver une pathologie chronique (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, asthme, etc.) préexistante chez une victime. La victime peut être empêchée de consulter ou de suivre son traitement. Elle peut avoir des difficultés pour suivre son traitement du fait de son état (difficulté de concentration, fatigue, angoisse, etc.).

La prise en charge médicale

Le sujet de la prise en charge hospitalière des victimes de violences conjugales est largement traité dans la littérature, en partie en lien avec le débat sur l'intérêt d'un dépistage systématique

de routine, en lien aussi avec le fait que les professionnels de santé sont considérés comme étant les premiers voire les seuls interlocuteurs pour les victimes. Outre repérer, apporter les soins, ces professionnels seraient donc en position pour soutenir et orienter les victimes vers d'autres professionnels (centres d'accueil ou d'hébergements, justice, travailleurs sociaux). La constitution de réseaux pour cette prise en charge complète des victimes est évoquée (médecine, police, justice, services sociaux et association) (Morvant *et al.* 2002, Henrion, 2001).

Pour de nombreux troubles cités, si le médecin n'a pas connaissance de la violence conjugale, il lui sera difficile de traiter et guérir la patiente (ce fait est d'ailleurs un des arguments utilisés en faveur du dépistage systématique). Les traumatismes (blessures intentionnelles) qui ont été considérés comme l'indicateur le plus évident pour le repérage des femmes violentées physiquement pourrait ne pas permettre d'identifier les victimes se présentant avec des troubles de santé sur le long terme.

Un dixième des femmes victimes de violences seraient détectées par les services de santé. Aux États-Unis, deux tiers des femmes tuées par leur conjoint auraient reçu des soins médicaux dans l'année précédant leur mort (Coker, 2007). La problématique du dépistage des victimes a été déjà évoquée avec les barrières qui s'y opposent aux niveaux des professionnels comme des victimes.

En Europe, un site en cinq langues d'aide aux professionnels de santé a été mis en place dans le cadre du programme DAPHNE, qui dispense des informations sur la violence conjugale, ses impacts, donne des recommandations pratiques pour le repérage et la prise en charge des victimes dans chaque spécialité médicale (www.sivic.org/www.violence.fr).

Les victimes de violences conjugales consommeraient plus de soins médicaux (prescription et hospitalisation). Les prescriptions concerneraient principalement des antidépresseurs et des anxiolytiques. Cette consommation de soins augmenterait avec la sévérité des violences. Au Canada (étude en population générale), les victimes fréquenteraient trois fois plus les services d'urgences que les autres femmes. Dans l'étude française Enveff, le risque d'hospitalisation n'est pas différent entre les femmes violentées et les autres (Jaspard *et al.*, 2002). Les enquêtes européennes montrent que toutes les victimes n'ont pas recours à des soins médicaux (CAHRV, 2006ab). En Allemagne, une femme sur trois déclare avoir eu recours à des soins pour des violences physiques ou sexuelles subies après l'âge de 16 ans. Quatorze pourcent des femmes n'y ont pas eu recours alors que leur état le nécessitait (dans 27 % des cas il s'agissait violences sexuelles).

En France, 46 % des victimes ont eu recours à un service de santé, principalement un médecin généraliste (52 % d'entre elles), puis un service hospitalier (30,2 %). Soixante-quatre pourcent de ces victimes ont obtenu un certificat médical (cela présente 18 % du total des victimes) (données de la fédération nationale solidarité femmes (FNSF), ONDRP, 2012). Selon l'Enveff, ce sont 22 % des femmes en situation de violence physique grave qui ont consulté un médecin (Jaspard *et al.*, 2002).

Aux États-Unis, il a été estimé qu'un tiers environ des femmes victimes de blessures physiques par leur partenaire ont consulté, 21 % d'entre elles ont reçu des soins chirurgicaux (Wu *et al.* 2013).

Selon le rapport VIVIO, une fois la violence conjugale détectée, les professionnels la prennent en charge aussi souvent sinon plus que les autres facteurs de risques de santé (tabac, alcool, etc.), même s'ils se sentent moins efficaces que pour d'autres facteurs de risque. Le temps moyen de consultation est plus élevé (20 minutes de plus que la moyenne des consultations). Cependant, l'histoire de la patiente n'est pas recueillie. Dans la majorité des cas, il n'y a pas de prescription, sinon des anxiolytiques et des antidépresseurs. Il n'y a généralement pas rédaction d'un certificat médical (67 % des cas). Il oriente la patiente vers une association spécialisée (33 % des cas), puis vers la police (21 %). Parallèlement selon l'enquête menée auprès des femmes, 72 % disent ne pas avoir été redirigées vers une association. 41 % des

femmes auraient souhaité être dirigées vers un travailleur social, 36 % vers la police. Selon les auteurs cela indique une volonté d'intervention extérieure de la part de la victime et les propositions doivent être multiples pour orienter et prendre en charge au mieux la victime. Par ailleurs, 11 % des femmes interrogées disent avoir rencontré un médecin (généraliste à 41%) ayant refusé de les aider. Le rapport VIVIO émet des conseils pratiques pour les professionnels de la santé ainsi que des recommandations pour améliorer la prise en charge médicale des violences conjugales.

Concernant les travailleurs sociaux, des recommandations ont été émises aux Etats Unis par l'Association nationale des travailleurs sociaux pour la prise en charge des femmes enceintes victimes de violences conjugales (McMahon & Armstrong, 2012).

3.3.2 Conséquences sur les enfants

En France, en 2011, parmi les 83,5 % des enfants vivant au domicile où s'exerçaient les violences, 82,4 % en ont été témoins, 15,2 % ont été maltraités en même temps que la victime et 2,5 % n'ont pas été directement exposés (mais en avaient connaissance) (ONDRP, 2012). Des lésions traumatiques sont donc possibles, accidentellement ou intentionnellement dans un contexte étendu de violence domestique. Des décès d'enfants sont observés, des enfants sont aussi témoins de la mort d'un des conjoints. Plusieurs revues systématiques parmi lesquelles des méta-analyses montrent des liens entre violences inter-parentales et troubles chez l'enfant (Wood *et al.* 2011 ; Bair-Merritt *et al.* 2006 ; Kitzmann *et al.* 2003 ; Wolfe *et al.* 2003).

Les différents troubles rapportés sont (VIVIO, 2002) :

- Des troubles psychologiques à court et à long terme : troubles du sommeil, de l'alimentation, anxiété, angoisse, dépression, syndrome post traumatique (Wood *et al.* 2011),
- Le manque de soins ou le traumatisme engendré par les violences peut être à l'origine de troubles somatiques ou psychosomatiques : troubles sphinctériens, retards staturo-pondéraux, troubles de l'audition, du langage, infections respiratoires à répétitions,
- Des troubles du comportement et de la conduite sont aussi décrits : agressivité violence, fugues, délinquance, désintérêt ou surinvestissement scolaire, idées et tentatives de suicides, toxicomanie. L'adoption de comportements à risque pendant l'adolescence ou à l'âge adulte sont aussi décrits (Wood *et al.* 2011 ; Bair-Merritt *et al.* 2006),
- De plus il existe des risques élevés que ces enfants reproduisent à l'âge adulte le schéma de la violence fondée sur l'appartenance sexuelle (Hagemann-White, 2010).

Bair-Merritt *et al.* (2006) montrent de plus un impact négatif des violences conjugales sur les défenses immunitaires des enfants. Par contre les preuves sont insuffisantes pour conclure à un impact négatif sur l'état de santé en général et sur une plus forte utilisation de soins médicaux. Les preuves sont aussi insuffisantes pour conclure à un moindre allaitement en cas de violence conjugale et un gain de poids plus faible chez les enfants.

Des travaux estiment aux États-Unis, à 10 millions le nombre d'enfants exposés chaque année aux violences entre leurs parents ; autour de 40 % de ces enfants seraient significativement impactés, avec des troubles de comportement (Rivett *et al.* 2006).

3.3.3 Conséquences sur la vie sociale et professionnelle de la victime

Ce chapitre se base sur la revue de Swanberg *et al.* réalisée en 2005 sur la violence conjugale et le monde du travail. La vie professionnelle des victimes peut être affectée indirectement du fait des conséquences des violences sur leur santé mais aussi directement du fait qu'elle peut constituer pour l'agresseur un moyen d'exercer du contrôle sur la victime (Swanberg *et al.* 2005). Des études ont montré qu'entre 36 % et 75 % des victimes de violences conjugales employées étaient agressées, harcelées sur leur lieu de travail par leur conjoint. Swanberg *et al.* décrivent les moyens mis en œuvre par l'agresseur afin de perturber la vie professionnelle

de sa victime. Les victimes parleraient peu des violences subies dans leur milieu professionnel par peur au final de perdre leur emploi. Différentes peurs sont décrites : stigmatisation, embarras, peur que leur partenaire apprenne cette divulgation et augmente la violence, etc.

À court terme les effets potentiels des violences conjugales en général, sont une augmentation des retards, de l'absentéisme, une baisse de productivité voire la perte de l'emploi chez les victimes. À long terme, bien que moins caractérisés, cela pourrait conduire à des histoires professionnelles instables, du sous-emploi, des apports financiers réduits. Une victime dans cette situation connaît donc une autre forme d'insécurité, l'insécurité financière, et peut par ailleurs, de fait, avoir des difficultés pratiques pour rompre une relation avec un conjoint violent. À la vue des conséquences tant au niveau individuel que collectif des violences conjugales sur le travail, Swanberg *et al.* s'interrogent et font des propositions pour insérer et prévenir la violence conjugale dans le monde du travail. En 2010, Pollack *et al.*, à travers une revue de littérature, conclut à l'intérêt d'insérer la violence entre partenaires intimes dans les programmes d'aide aux employés délivrés dans les entreprises américaines, intérêt pour les victimes et pour les employeurs.

En France en 2011, parmi les 249 femmes ayant contacté la FNSF qui citent des conséquences des violences subies, 28 % citent l'isolement et 3 % des atteintes à leur situation économique (ONDRP, 2012). Ces dernières atteintes se matérialisent dans la majorité des cas (40,6 %) par la démission de l'emploi. Mais plus de 11 % des victimes ont été licenciées. D'autres citent des difficultés financières, l'endettement dus à des arrêts de travail répétés, des frais médicaux (ONDRP, 2012).

3.3.4 Conséquences financières

Ce chapitre repose principalement sur des rapports de l'OMS, de l'ICRW (*International Center for Research on Women*) et des Nations Unies (Waters *et al.*, 2004 ; Duvvury *et al.*, 2004 ; Nations Unies, 2006). Le paragraphe suivant est extrait du rapport de l'ONU : « La violence à l'égard des femmes les appauvrit individuellement ainsi que leurs familles, communautés, sociétés et pays à maints égards. Elle réduit la capacité des victimes/survivantes d'apporter une contribution productive à leurs familles, ainsi qu'à l'économie et à la vie publique de leurs pays ; elle absorbe les ressources des services sociaux, du système judiciaire, des organismes de soins de santé et des employeurs ; enfin, elle réduit de manière générale le niveau éducatif, la mobilité ainsi que le potentiel d'innovation des victimes/survivantes, de leurs enfants et même des auteurs de violences ».

L'ONU rapporte qu'en 1993, la banque mondiale a estimé que les violences conjugales et le viol représentaient 19 % de la charge de morbidité des femmes âgées de 15 à 44 ans, dans les pays développés.

D'une manière générale, sont distingués les coûts directs et indirects (Duvvury *et al.*, 2004). Les premiers représentent la valeur des biens et services mis en œuvre pour répondre et prévenir les violences. Ils comprennent notamment les coûts de justice, police, santé (soins médicaux, protection sociale, prise en charge psychologique, dommages matériels, hébergement, orientation, programmes de traitement pour les agresseurs, etc.). Nombre de ces coûts sont assumés par le secteur public. Les coûts indirects représentent les pertes financières au niveau des biens et services dues aux violences. Ces coûts sont notamment associés aux conséquences au niveau du monde du travail (perte d'emploi, absentéisme, baisse de productivité au travail), à la mortalité et la morbidité engendrées, aux préjudices liés aux souffrances et à la perte de qualité de vie, à la consommation de substances et d'alcool associée, aux conséquences au niveau des enfants (transmission intergénérationnelle, induction de troubles du comportement, performance scolaire réduite, etc.).

Le Tableau 11 s'inspire de ceux présentés dans les rapports cités précédemment, il ne reprend que les études de niveau national. Des données ont été rajoutées à partir des travaux de Nectoux *et al.* (2010) qui outre l'estimation des coûts en France, réalisent une comparaison des

estimations faites dans divers pays européens. Selon la revue de littérature de l'ICRW, la majorité des études ont concentré leurs analyses sur les coûts directs probablement du fait que très peu de méthodologies ont été développées pour la mesure des coûts indirects. L'inclusion ou l'estimation de certaines données est sujette à débat notamment la valeur de la douleur et de la souffrance, la perte de la qualité de vie (ICRW, 2004). La comparaison des études est difficile du fait de types de coûts pris en compte, mais aussi des méthodologies d'évaluation utilisées, de la définition des violences (certaines études du Tableau 11 étendent leur champ à la violence domestique) et des données de prévalence utilisées, cependant toutes montrent des chiffres élevés.

Nectoux *et al.* (2010) ont comparé les coûts dans quelques pays européens, ils varient d'un facteur dix, ces variations s'expliquant du fait de différences méthodologiques. Par contre l'analyse des auteurs montre que le coût associé aux pertes de production est important voire le plus important dans tous ces pays.

Les coûts financiers liés à la santé sont aussi importants. Une étude américaine de 1999 a estimé que le coût financier était en moyenne deux fois plus élevé chez des femmes victimes de violences comparé à d'autres femmes, les coûts en lien avec la santé mentale expliquant en grande partie cette différence (Wisner *et al.* 1999). Une autre étude américaine, longitudinale cette fois (avec un suivi sur sept années), a estimé que les coûts annuels étaient 19 % plus élevés chez les victimes de violences conjugales (Rivara *et al.* 2007). Selon cette étude, l'augmentation du coût est en général plus élevée pendant la période des violences et persiste plus de 5 ans après leurs cessations.

I TABLEAU 11 I

Estimation du coût des violences conjugales

Source*	Coût pris en compte	Coût total annuel estimé en euros
Day, 1995 Canada	Soins médicaux et dentaire, perte de temps en activités rémunérées ou non, soins psychiatriques, consommation de drogues et d'alcool, foyers, lignes d'urgence, temps de travail bénévole, services publics de soutien	1,1 milliard
Greaves <i>et al.</i> 1995 Canada	Revenus perdus et travail non rémunéré, hébergement, déménagements, autodéfense Décès Manque à gagner en recettes fiscales pour les pouvoirs publics, tribunaux, incarcérations, police, aide juridique, indemnisation des victimes, soins médicaux, foyers, conseil, sensibilisation du public, recherches, heures de travail bénévole	3,1 milliards
Kerr & McLean 1996 Canada	Police, mesures de correction, indemnisation, programmes sociaux pour les victimes et les auteurs de violence, soins de santé mentale, traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, foyers Perte en temps de travail rémunéré et bénévole Perte de biens et dommages	282,1 millions
Miller <i>et al.</i> 1996 USA	Pertes de biens et dommages matériels, soins médicaux pour traiter les blessures, assurances, service à l'intention des victimes, travaux ménagers et revenus perdus Douleur et souffrance, et décès (inclut tous les crimes, en plus des victimes de la violence et des victimes femmes)	79,5 milliards pour les coûts matériels 340,8 milliards pour les coûts immatériels (y compris l'ensemble de la criminalité)
Korf <i>et al.</i> 1997 Pays-Bas	Police et justice, soins médicaux, soins psychosociaux, travail, sécurité sociales	107,9 millions
Godenzi & Yodanis 1999 Suisse	Soins médicaux, police et justice, aide, foyers et conseil, coût pour l'état, aides aux victimes, recherches	219,8 millions
Piispa & Heiskanen, 2001 Finlande	Coûts sanitaires, notamment les visites aux médecins, soins de santé hospitaliers et médicaments Foyers, services d'intervention en cas de crise, action sociale, thérapie, police, jugement, prison Décès, selon une approche axée sur le capital humain	50 millions de coûts directs 56 millions de coûts indirects
Santé Canada, 2002 Canada	Frais médicaux directs	0,81 milliard
CDC, 2003 USA	Coût médicaux occasionnés par les blessures Perte de temps en travail rémunéré et bénévole	4,4 milliards
Access Economics 2004 Australie	Toutes les violences familiales indépendamment du sexe de la victime ou de l'auteur La douleur et la souffrance, les décès, ainsi que les coûts pour les enfants témoins de la violence des adultes Pouvoirs publics : santé, justice, éducation, services communautaires, hébergement Personnes : remplacement de biens, dettes irrécouvrables, pertes de temps dans des activités rémunérées ou non Entreprises : perte de productivité, recherche et recrutement, etc. Pertes d'économie d'échelle pour les ménages	5,7 milliards
Walby**, 2004 Grande Bretagne	Santé Police/justice Protection sociale Pertes de production et coût humain	9 079,6 millions (154 euros/habitant)
Nectoux <i>et al.</i> 2010 France		2 472 millions (39 euros/habitant)
Marissal**, 2005 France		970,1 millions (16 euros/habitant)
Envall**, 2004 Suède		320,5 millions (36 euros/habitant)
Gemzell**, 2005 Suède		69,2 millions (8 euros/habitant)
Pukkinen**, 2004 Finlande		134,1 millions (26 euros/habitant)

*Les références des travaux sont présentées en annexe3.

4. CONCLUSION

Les violences entre partenaires intimes sont traitées dans la littérature de manière particulièrement dense depuis les années 2000. Cette densité concerne à ce jour, en quasi-totalité, les violences exercées à l'égard des femmes.

Etant donné la masse de publications disponibles, des choix ont dû être fait à l'étape de la sélection des documents à retenir pour notre travail de synthèse. Ils se traduisent principalement par le fait qu'ont été privilégiés dans un premier temps les revues systématiques et les rapports d'études transversales importantes (comme ceux de l'OMS, des Nations Unies, de l'Union européenne). Leur lecture nous a conduit à identifier d'autres publications d'intérêt majeur (on peut par exemple citer les travaux de JC Campbell, de H Stöckl, de H Heise, etc.) et l'ensemble nous a permis d'explorer les thématiques suivantes :

- La prévalence des violences conjugales en population générale et spécifique (femmes enceintes, population atteinte de maladies mentales) ; en lien avec les mesures de prévalence, la question du dépistage systématique dans les services médicaux,
- les facteurs de risques des violences, avec, de manière plus marginale, la problématique d'évaluation des programmes d'intervention,
- les conséquences sur la victime (en premier lieu vis-à-vis de sa santé), sur les enfants et en termes de coûts pour la société.

Certains points sont évoqués au final, dans plusieurs de ces axes, en grande partie du fait de la complexité du sujet (c'est par exemple le cas des facteurs de risques et des conséquences).

La problématique des violences conjugales, en termes de prévalence, apparaît comme aujourd'hui bien prise en compte à travers les études disponibles dans les pays occidentaux. Des travaux ont aussi été menés afin de standardiser le plus possible les études en population générale. En France, on dispose de l'Enveff et des études de victimation de l'ONDRP-Insee principalement. Les travaux disponibles en France, sont d'ailleurs majoritairement issus de l'exploitation de ces enquêtes, exploitation menée par des équipes de sciences humaines principalement. Très peu d'autres travaux français sont disponibles, et encore moins publiés dans des revues à comité de lecture.

Les violences conjugales sont affectées par de nombreux facteurs. Les liens entre ces facteurs et les violences sont complexes comme en rendent compte les études menées dans le domaine des sciences humaines. Cet axe semble manquer de « bonnes » études comme en atteste notamment les revues systématiques sur le sujet.

Les potentielles conséquences de santé pour la victime sont multiples, à court et à long terme. Blessures, maladies mentales, maladies chroniques, toutes ne sont pas aisément attribuables de prime abord à des violences conjugales. Dans ce rapport, les prévalences des différents troubles n'ont pu être étudiées, les troubles sont seulement listés.

La limite principale de ce travail réside dans le fait qu'il n'est pas exhaustif vis-à-vis des documents publiés et donc potentiellement vis-à-vis des domaines ou axes à traiter dans le cadre des violences conjugales. Par ailleurs, certains axes n'ont pu être abordés en profondeur et de manière critique, le moins abordé étant l'évaluation des programmes d'intervention. Ces programmes sont nombreux et la synthèse de ces travaux représente un travail important.

À l'intérieur des axes, certains domaines sont aussi peu abordés. On peut citer l'exemple de l'évolution des prévalences de violences conjugales dans le temps. Elle est évoquée en France à travers le travail de Jaspard (2011). Traiter de cette évolution nécessite d'analyser les protocoles d'enquête, les modes de recueil des données, d'évaluer la propension à déclarer, etc. Ce domaine mérite à lui seul un travail spécifique important. Plus qu'un travail de synthèse, il s'agirait là en fait d'un travail analytique.

Malgré ces limites, cette synthèse présente un éclairage actualisé des recueils de données existants sur les violences conjugales dans les pays occidentaux et des différents types de recherches scientifiques effectuées sur cette problématique. Elle permet de mieux connaître l'ampleur du problème en termes de prévalences et de conséquences et les principaux facteurs de risque évoqués dans les travaux actuels. Elle constitue pour cette thématique complexe des violences conjugales, une base d'aide au choix des aspects à surveiller et/ou à approfondir.

Références

- Adorno TW. Études sur la personnalité autoritaire. 2007. Paris : Allia.
- Anglin D, Sachs C. Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10(10):1118-27.
- Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics* 2006;117(2):e278-90.
- Bajos N, Bozon M, Equipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population et Société* 2008;445. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques, ISSN 0184 77 83
- Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate Partner Violence and Sexual Violence Victimization Assessment Instruments for Use in Healthcare Settings: Version 1. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007, <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/images/ipvandsvscreening.pdf>
- Bassuk E, Dawson R, Huntington N. Intimate Partner Violence in Extremely Poor Women Longitudinal Patterns and Risk Markers. *Journal of Family Violence* 2006; 21: 287–399. doi:10.1007/s10896-006-9035-1,
- Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2012 Sep;75(6):959-75.
- Boy A, Salihu HM. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *Int J Fertil Womens Med* 2004;49(4):159-64.
- Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S. States/Territories, 2005. *Am J Prev Med* 2008;34(2):112–118.
- Brochu S. Ivresse et violence : désinhibition ou excuse ? *Déviance et société* 1994 ; 18(4) : 431-445.
- Brown E, « Les enquêtes « Enveff » sur les violences envers les femmes dans la France hexagonale et ultramarine », *Pouvoirs dans la Caraïbe* [En ligne], 17 | 2012, mis en ligne le 26 janvier 2012, consulté le 11 octobre 2012. URL : <http://plc.revues.org/860> ; doi:10.4000/plc.860
- Brown E, Maillachon F. Espaces de vie et violences envers les femmes. *Espace, populations, sociétés* 2002;3:309-321. doi:10.3406/espos.2002.2042
- Bruneau S, Valvade C, Savignac J, Besozzi C, Cangé A. Les enquêtes de victimation à l'échelle internationale 2006. Centre national pour la prévention de la criminalité. Québec.
- Buzawa ES, Buzawa CG. What does the research suggest are the primary risk and factors for intimate partner violence (IPV) and what is the role of economic factors. *Journal of Policy Analysis and Management* 2012;32(1):128-137. doi:10.1002/pam
- CAHRV (Coordination Action on Human Rights Violations). Comparative reanalysis of prevalence of violence against women and health impact data in Europe – obstacles and possible solutions Testing a comparative approach on selected studies. 2006b. <http://ec.europa.eu/research/research-eu>
- CAHRV (Coordination Action on Human Rights Violations). Gendering Human Rights Violations: The case of interpersonal violence. 2007, <http://ec.europa.eu/research/research-eu>
- CAHRV (Coordination Action on Human Rights Violations). State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. 2006a, <http://ec.europa.eu/research/research-eu>

- Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing Countries. *Violence Against Women* 2004;10:770-789.
- Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, Carlson Gielen A, Wynne C. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med* 2002;162:1157-1163.
- Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet* 2002;359:1331-36.
- Cattaneo LB, Goodman LA. Risk factors for reabuse in intimate partner violence: a cross-disciplinary critical review. *Trauma Violence Abuse* 2005;6(2):141-75.
- Cocker C, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, brandt HM, Smith PH. Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women, *American Journal of Preventive Medicine* 2002;24(4):260-268
- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):149-77.
- Corvo K, deLara E. Towards an integrated theory of relational violence: Is bullying a risk factor for domestic violence ? *Agression and Violent Behavior* 2010;15:181-190.
- Coy C. Dépistage systématique de la violence conjugale par onze médecins généraliste avec le questionnaire RICCP. Thèse de médecine, Université Paris VI. Mars 2005.
- CSVF, 2007. Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles. Observatoire des violences envers les femmes du Conseil général de la Seine-Saint-Denis. http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/CSVF_Enquete-sur-les-comportements-sexistes-et-les-violences-envers-les-jeunes-filles.pdf
- Duvvury N, Grown C, Redner J. International Center for Research on Women, 2004. Cost of intimate partner violence at the Household and Community Levels. <http://www.icrw.org/publications/costs-intimate-partner-violence-household-and-community-levels>
- Ellsberg M, Heise L 2005. *Researching Violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Washington DC: World health organization, PATH.
- EVS (Événements de vie et santé). *Violences et santé en France: Etats des lieux*, sous la direction de F Beck, C Cavalin et F Maillolchon. La documentation française, 2010.
- Farrer TJ, Frost RB, Hedges DW. Prevalence of traumatic brain injury in intimate partner violence offenders compared to the general population: a meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2012;13(2):77-82.
- Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med* 2006;166(1):22-37.
- Field CA, Caetano R, Nelson S. Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *Journal of Family Violence* 2004;19(4):249-253.
- Finney A (2006). *Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the 2004/05 British Crime Survey*. Home Office Online Report. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/06/rdsolr1206.pdf> 12/06
- Finney A. (2004). Alcohol and intimate partner violence: key findings from the research. *Finding* 2004;216.
- Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2008;28(7):1222-34.

- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of Violence Against Pregnant Women. *JAMA* 1996;275(24):1915-1920.
- Gerrig R., Zimbardo P. *Psychologie* 2008. Paris : Pearson Education France.
- Gibson-Davis C M, Magnuson K, Gennetian LA, Duncan GJ. Employment and the Risk of Domestic Abuse among Low-Income Women. *Journal of Marriage and Family* 2005; 67(5): 1149-1168.
- Gil-González D, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Latour-Pérez J. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *Eur J Public Health* 2006;16(3):279-85.
- Gil-González D, Vives-Cases C, Ruiz MT, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *J Public Health (Oxf)* 2007;30(1):14-22.
- Graham K, Bernards S, Wilsnack SC, Gmel G. Alcohol may not cause partner violence but it seems to make it worse: A cross national comparison of the relationship between alcohol and severity of partner violence. *J Interpers Violence* 2011;26(8):1503–1523. doi:10.1177/0886260510370596
- Hagemann-White C. Protecting women against violence. Analytical study of the results of the third round of monitoring the implementation of Recommendation Rec (2002) 5 on the protection of women against violence in Council of Europe member states. Directorate General of Human Rights and Legal Affairs. Strasbourg, 2010.
- HAS (Haute Autorité de santé). *Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Novembre 2005.
- Heise L. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women* 1998;4:262-290.
- Heiskanen M, Piispa M. Faith, hope, battering - A survey of men's violence against women in Finland. *Yliopistopaino, Helsinki: Statistics Finlande*, 1998.
- Hemingway P, Brereton N. What is a systematic review? "What is...?" series, Hayward Medical Communications 2009; 8 p.
- Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. France. Ministère de la Santé 2001. La documentation française. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292/0000.pdf>
- Hetling A, Zhang H. Domestic violence, poverty, and social services: Does location matter? *Social Science Quarterly* 2010;91(5):1144-1163.
- Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med* 2010;40(6):881-93.
- Insee-ONDRP, 2012. La criminalité en France. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, sous la direction de A Bauer et C Soulez. Les résultats des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » Insee-ONDRP 2007 à 2012. http://www.inhesj.fr/sites/default/files/files/Mini_synthese_CR.pdf
- Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillolchon F, Saurel-Cubizolles M, and Schiltz M. (2003). Les violences envers les femmes en France : Une enquête nationale. Paris, La Documentation Française, 309 p. 2002,
- Jaspard M. *Les violences contre les femmes*. Paris : La Découverte, 2011
- Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic Violence During Pregnancy: Survey of Patients and Healthcare Providers. *Journal of Women's Health* 2008;17(4) :557-567.
- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet* 2002;359:1423-29

- Johnson H, Ollus N, Neval S. *Violence Against Women: An International Perspective*. Springer Science + Business Media, LLC. New York, 2008.
- Kishor S, Johnson K. *Profiling domestic violence: a multicountry study*. Claverton, Maryland/ORC Macro, 2005.
- Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(2):339-52.
- Krug EG *et al.*, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Kuijpers KF, van der Knaap LM, Lodewijks IA. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: a systematic review of prospective evidence. *Trauma Violence Abuse* 2011;12(4):198-219.
- La Flair LN, Bradshaw PC, Campbell JC. *Women Health Issues* 2012;22(1):e53-e59.
- Lee E. Domestic Violence and risk factors among korean immigrant women in the United States. *Journal of Family Violence* 2007;22: 141-149. doi:10.1007/s10896-007-9063-5
- Lee RK, Sanders Thompson VL, Mechanic MB. Intimate partner violence and women of color: A call for innovations. *American Journal of Public Health* 2002;92(4): 530-534.
- Lefaucheur N, « Editorial », *Pouvoirs dans la Caraïbe* [En ligne], 17 | 2012, mis en ligne le 24 janvier 2012, consulté le 12 octobre 2012. URL : <http://plc.revues.org/855>
- Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski AM. *Captured Queen. Men's violence against women in "equal" Sweden – a prevalence study*. Aströms tryckeri AB, Umea, 2002.
- Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse* 2007;8(2):135-48.
- Mathieu C, Bélanger C. Déterminants conjugaux et personnels de la violence maritale féminine chez les couples où l'homme consulte pour violence conjugal. *Perspectives Psy* 2012;51(3):286-300.
- McGarry J, Simpson C, Hinchliff-Smith K. The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. *Health Soc Care Community* 2011;19(1):3-14.
- Morvant C, Lazimi G, Piet E, Lopez G, Vanwassenhove L. Les professionnels de santé ont un rôle à jouer dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Une urgence de santé publique. Mars 2013. <http://www.violences.fr/>
- Morvant C, Lebas J, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine* 2002;186:949-61.
- Müller U, Schröttle M. *Health, well-being and personal safety of women in Germany: a representative study of violence against women in Germany*. Baden-Baden: Federal Ministry For Family Affairs Senior Citizens Women and Youth, 2004.
- Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2001;164(11):1567-72.
- Nasr R. *Les violences conjugales : Etude comparative entre Liban, France et Canada*. Thèse de doctorat en psychologie, Université Lumière, Lyon 2, 2009.
- Nations Unies, 2012. *Violence against women prevalence data: Surveys by country*. Compiled by UN Women (as of December 2012). http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vawprevalence_matrix_june2013.pdf
- Nations Unies, 2006. *Etude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes*. Rapport du secrétaire général. http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/61/A_61_122_FR.pdf

Nectoux M, Albagly M, Darlot JP, Elgard MC, Ingenbleek A, Lévêque A, Mugnier C, Sengoelge M, Spector M. Création d'un module "Violences conjugales" dans les enquêtes européennes harmonisées de santé par interview (EHIS) d'EUROSTAT : IPV_EHIS. Rapport final, 2011. Projet n° JLS/2008/DAP3/AG/1110.

Nectoux M, de Suremain MD, Darlot JP, Elgard MC, Gerday Y, Mugnier C, Mathilde Sengoelge M, Spector M (2010). Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe - « IPV EU_Mortality ». Projet n° JLS/2007/DAP-1/140.

Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Santé publique 2010;22 (4):405-416.

Nectoux M, Sector - Sengoelge M. Etude de l'extension du recueil européen ISS sur les accidents aux violences envers les adolescents et les femmes. Proposition pour un « module Violence » remanié du codage IDB-AI (V2.0), 2006b. Projet Nr. : JAI/DAP/04-2/001/WY.

Nectoux M, Sector-Sengoelge M, Helweg-Larson K, Szczukiewicz P, Toth G. Extension de la base d'indicateurs descriptifs sur les violences conjugales et les viols en Europe aux 10 nouveaux États membres. Rapport final, 2006a. Projet Nr. : JAI/DAP/04-1/092/W.

Nectoux M. Création d'une base d'indicateurs sur les violences conjugales et les viols en Europe. Rapport final, 2005. Projet n° JAI/DAP/03/013/W.

Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J; U. S. Preventive Services Task Force. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2004;140(5):387-96.

Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. Clin Psychol Re 2005;25(2):119-52.

O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. Soc Sci Med 2011;72(6):855-66.

ONDRP, 2012. La criminalité en France. Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales sous la direction de A Bauer et C Soullez. <http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/rapports-annuels/8>

Outlaw M. No One Type of Intimate Partner Abuse: Exploring Physical and Non-Physical Abuse Among Intimate Partners. Journal of Family Violence 2009;24:263-272. doi:10.1007/s10896-009-9228-5

Pinto LA, Sullivan EL, Rosenbaum A, Wyngarden N, Umhaud JC, Mark W, Millera MW, Tafta CT. Biological correlates of intimate partner violence perpetration. Aggress Violent Behav 2010;15(5):387-398. doi:10.1016/j.avb.2010.07.001

Pollack KM, Austin W, Grisso JA. Employee assistance programs: a workplace resource to address intimate partner violence. J Womens Health (Larchmt) 2010;19(4):729-33.

PRAISE Investigators. Prevalence of abuse and intimate partner violence surgical evaluation (PRAISE) in orthopedic fracture clinics: a multinational prevalence study. The Lancet 2013. Published Online June 12. 2013. doi:10.1016/S0140-6736(13)61205-2

Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A, Warburton A. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No. : CD005043. Doi:10.1002/14651858.CD005043.pub2.

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002;325(7359):314.

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence : cross sectional study in primary care. BMJ 2002b;324:1-6.

- Richardson JT, Feder G, Coid J. Domestic violence affects women more than men. *BMJ* 2002a;325:779.1.
- Riggs DS, Caulfield MB, Street AE. Risk for Domestic Violence: Factors Associated with Perpetration and Victimization. *Journal of Clinical Psychology* 2000;56(10):1289-1316.
- Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D, Thompson RS. Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *Am J Prev Med* 2007;32(2):89-96.
- Rivett M, Howarth E, Harold G. 'Watching from the stairs': towards an evidence-based practice in work with child witnesses of domestic violence. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11(1):103-25.
- Rizk C. Le profil des personnes de 18 à 75 ans s'étant déclarées victimes de violences physiques ou sexuelles par conjoint 1 ou ex-conjoint sur 2 ans lors des enquêtes « Cadre de vie et sécurité » Insee-ONDRP de 2008 à 2012. *Repères* 2012;18.
- Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health Soc Care Community* 2008;16(1):16-30.
- Rousseau N. Les sages-femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Année universitaire 2006-2007. Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil. Université Paul Sabatier.
- Saurel-Cubizolles MJ, Blondel B, Lelong N, Romito P. [Marital violence after birth]. *Contracept Fertil Sex* 1997;25(2):159-64.
- Shah PS, Shah J. Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)* 2010;19(11):2017-31.
- Shorey RC, Febres J, Brasfield H, Stuartont GL. The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of Family Violence* 2012;27(8):741-748. doi : 10.1007/s10896-012-9463-z
- Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro AK, Winsvold A, Clench-Aas J. Cognitive behavioral therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 3. Art. No.: CD006048. Doi:10.1002/14651858.CD006048.pub2.
- Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health* 2012;52(6):587-605.
- Statistics Canada 1994. Violence Against Women Survey, 1993. Ottawa, Ontario: Statistics Canada.
<http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3896&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2>
- Stith, SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. 2004. Retrieved from <http://krex.ksu.edu>
- Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociol Health Illn* 2011;33(5):694-709. doi : 10.1111/j.1467-9566.2011.01319.x
- Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Garcia Moreno C. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet* 2013; Published online Jun 20 2013. doi:pii:S0140-6736(13)61030-2.10.1016/S0140-6736(13)61030-2
- Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. *Sociol Health Illn*. 2011 Jul;33(5):694-709.
- Swanberg JE, Logan TK, Macke C. Intimate partner violence, employment, and the workplace. Consequences and future directions. *Trauma Violence and Abuse* 2005;4:1-26.

- Taket A, Wathen CN, Macmillan H. Should health professionals screen all women for domestic violence? PLoS Med 2004;1(1):e4.
- Thomas A, Telmon N, Allery J, Pauwels C, Rougé D. La violence conjugale dix ans après. Le Concours Médical 2000;122:29.
- Tournyol du Clos L, Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes. Insee Première 2008;1180.
- Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-Analysis. PLoS ONE 2012;7(12):e51740.
- Turz A. Violence et santé. Rapport général. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. La documentation française, 2005, 124 p.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000694/0000.pdf>
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. Ann Fam Med 2004;2(2):156-60.
- Vanderende KE, Yount KM, Dynes MM, Sibley LM. Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: a systematic review. Soc Sci Med 2012;75(7):1143-55.
- Vieillard-Baron A. Le gynécologue-obstétricien face aux violences conjugales. Mémoire pour le diplôme d'études spécialisées en gynécologie-obstétrique. Université de Nantes. Octobre 2007.
- Virage, 2013. http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/focus_sur/enquete_virage/
- VIVIO - La prise en charge médicale de la violence conjugale. Institut de l'Humanitaire 2002. Project no.: 01/076/W.
- Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. The economic dimensions of interpersonal violence. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva, 2004.
- Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. JAMA 2003;289(5):589-600.
- Weeks LE, Leblanc K. An ecological synthesis of research on older women's experiences of intimate partner violence. J Women Aging 2011;23(4):283-304.
- WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
- Wisner CL, Gilmer TP, Saltzman LE, Zink TM. Intimate partner violence against women: Do victims cost health plans more? Journal of Family Practice 1999;48 (6):439-43.
- Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. Clin Child Fam Psychol Rev 2003;6(3):171-87.
- Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2011;24(4):223-36.
- Wu V, Huff H, Bhandari M. 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 2010;11(2):71-82.
- Zink T, Fisher BS, Regan S, Pabst S. The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices. J Gen Intern Med 2005;20:884-888.

5. ANNEXES

Annexe 1. Références des revues systématiques sélectionnées

Les références des 66 revues systématiques sélectionnées selon la procédure décrite dans le chapitre 2, sont présentées ci-dessous (le numéro est d'utilisation purement technique pour l'étude).

Conséquences directes
55. Trauma Violence Abuse. 2010 Apr;11(2):71-82. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Wu V, Huff H, Bhandari M. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics and the Division of Orthopedic Surgery, Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
93. Pediatrics. 2006 Feb;117(2):e278-90. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Pediatric Generalist Research Group, Division of General Pediatrics, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania 19104, USA.
96. Clin Child Psychol Psychiatry. 2006 Jan;11(1):103-25. 'Watching from the stairs': towards an evidence-based practice in work with child witnesses of domestic violence. Rivett M, Howarth E, Harold G. School of Policy Studies, Bristol University, Bristol, UK.
114. Clin Child Fam Psychol Rev. 2003 Sep;6(3):171-87. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. Centre for Research on Violence Against Women and Children, The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
115. J Consult Clin Psychol. 2003 Apr;71(2):339-52. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Department of Psychology, University of Memphis, Tennessee 38152-3230, USA.
Conséquences indirectes
5. Soc Sci Med. 2012 Sep;75(6):959-75. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Graduate Program in Public Health, Eastern Virginia Medical School, Post Office Box 1980, Norfolk, VA 23501-1980, USA.
12. Arch Womens Ment Health. 2012 Apr;15(2):107-14. Epub 2012 Mar 1. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Nursing school of Nantong University, Nantong, People's Republic of China.
65. Int J Inj Contr Saf Promot. 2008 Dec;15(4):221-31. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, Maryland, USA.

<p>81. Trauma Violence Abuse. 2007 Apr;8(2):149-77. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. Coker AL. Division of Epidemiology and Disease Control, School of Public Health University of Texas Health Science Center, Houston, Texas, USA.</p>
<p>82. Trauma Violence Abuse. 2007 Apr;8(2):135-48. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Department of Maternal and Child Health, University of North Carolina at Chapel Hill, NC 27599-7445, USA.</p>
<p>Facteurs de risque</p>
<p>3. Soc Sci Med. 2012 Oct;75(7):1143-55. Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: a systematic review. Vanderende KE, Yount KM, Dynes MM, Sibley LM. Nell Hodgson Woodruff School of Nursing, Emory University, 1520 Clifton Road, Atlanta, GA 30322, USA.</p>
<p>13. Trauma Violence Abuse. 2012 Apr;13(2):77-82. Prevalence of traumatic brain injury in intimate partner violence offenders compared to the general population: a meta-analysis. Farrer TJ, Frost RB, Hedges DW. Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, UT 84602, USA.</p>
<p>19. Trauma Violence Abuse. 2012 Jan;13(1):30-40. Turning points for perpetrators of intimate partner violence. Sheehan KA, Thakor S, Stewart DE. Department of Psychiatry, University of Toronto; Toronto, Ontario, Canada. kathleen.</p>
<p>21. Am J Bioeth. 2011 Dec;11(12):51-6. Obstetricians and violence against women. Charles S. Cleveland State University, OH 44115, USA. s.</p>
<p>25. Trauma Violence Abuse. 2011 Oct;12(4):198-219. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: a systematic review of prospective evidence. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Lodewijks IA. International Victimology Institute Tilburg (INTERVICT), Tilburg University, Tilburg, the Netherlands.</p>
<p>44. Trauma Violence Abuse. 2010 Oct;11(4):178-89. Why do women use intimate partner violence? A systematic review of women's motivations. Bair-Merritt MH, Crowne SS, Thompson DA, Sibinga E, Trent M, Campbell J. Division of General Pediatrics and Adolescent Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA.</p>
<p>61. Trauma Violence Abuse. 2009 Apr;10(2):171-80. Verbal marital conflict and male domination in the family as risk factors of intimate partner violence. Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M. Area of Preventive Medicine and Public Health, University of Alicante, Spain.</p>
<p>66. Clin Psychol Rev. 2008 Oct;28(7):1222-34. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. Foran HM, O'Leary KD. Department of Psychology, Stony Brook University, USA. heather.</p>
<p>71. J Public Health (Oxf). 2008 Mar;30(1):14-22. Epub 2007 Nov 6. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. Gil-González D, Vives-Cases C, Ruiz MT, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. Preventive Medicine and Public Health Area, University of Alicante, San Vicente del Raspeig 03080, Alicante, Spain.</p>
<p>75. Gac Sanit. 2007 Sep-Oct;21(5):425-30. [Systematic review of studies on the socioeconomic status of men who batter their intimate partners]. [Article in Spanish]</p>

<p>Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. Area de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España.</p>
<p>88. Eur J Public Health. 2006 Jun;16(3):279-85. Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? Gil-González D, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Latour-Pérez J. Preventive Medicine and Public Health Area, Department of Community Nursing, Preventive Medicine and Public Health and History of Science, University of Alicante, Spain.</p>
<p>99. Trauma Violence Abuse. 2005 Apr;6(2):141-75. Risk factors for reabuse in intimate partner violence: a cross-disciplinary critical review. Cattaneo LB, Goodman LA. George Mason University, Fairfax, VA 22030, USA.</p>
<p>100. Clin Psychol Rev. 2005 Feb;25(2):119-52. Epub 2004 Dec 10. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: a meta-analytic review. Norlander B, Eckhardt C. Department of Psychology, University of North Texas, Denton, TX, USA.</p>
<p>Dépistage et prévention</p>
<p>7. Ann Intern Med. 2012 Jun 5;156(11):796-808. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Oregon Evidence-based Practice Center, Oregon Health & Science University, Portland, OR 97239, USA.</p>
<p>8. Fortschr Neurol Psychiatr. 2012 Jun;80(6):312-9. [Risk assessment for domestic violence]. [Article in German] Kilvinger F, Rossegger A, Urbaniok F, Endrass J. Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, Amt für Justizvollzug Kanton Zürich/Schweiz.</p>
<p>20. Women Health. 2012;52(6):587-605. Barriers to screening for intimate partner violence. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. Department of Clinical Epidemiology & Biostatistics, Division of Orthopaedic Surgery, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.</p>
<p>27. J Marital Fam Ther. 2011 Jul;37(3):355-69. Universal screening for intimate partner violence: a systematic review. Todahl J, Walters E. University of Oregon Trauma Healing Project, Eugene, USA.</p>
<p>34. Soc Sci Med. 2011 Mar;72(6):855-66. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Centre for Research on Inner City Health, The Keenan Research Centre in Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital, 30 Bond St, Toronto ON M5B 1W8, Canada.</p>
<p>39. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Dec 8;(12):CD004486.. (+ intervention, prise en charge) Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. Coulthard P, Yong SL, Adamson L, Warburton A, Worthington HV, Esposito M, Sharif MO. Oral and Maxillofacial Surgery, School of Dentistry, The University of Manchester, Coupland III Building, Oxford Road, Manchester, UK, M13 9PL.</p>
<p>45. Trauma Violence Abuse. 2010 Oct;11(4):190-201. (+ intervention, prise en charge) Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. O'Reilly R, Beale B, Gillies D. School of Nursing and Midwifery, University of Western Sydney (UWS), Penrith South, DC1797, USA.</p>

<p>60. Am J Prev Med. 2009 May;36(5):439-445.e4. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania, USA.</p>
<p>62. Midwifery. 2009 Feb;25(1):72-8. Development of an evidence-based domestic violence guideline: supporting perinatal women-centred care in Japan. Horiuchi S, Yaju Y, Kataoka Y, Grace Eto H, Matsumoto N. St. Luke's College of Nursing, Tokyo, Japan.</p>
<p>84. Soc Work Health Care. 2007;45(1):1-18. Screening for intimate partner violence within a health care setting: a systematic review of the literature. Trabold N. State University of New York at Buffalo, 685 Baldy Hall, Buffalo, NY 14260-1050,</p>
<p>86. J Community Health Nurs. 2006 Summer;23(2):95-111. (+ intervention, prise en charge) Addressing domestic violence through maternal-child health home visiting: what we do and do not know. Evanson TA. College of Nursing, University of North Dakota, Grand Forks 58202-9025, USA.</p>
<p>94. Med Clin (Barc). 2006 Jan 28;126(3):101-4. [Early screening of intimate partner violence. An evidence-based intervention?]. [Article in Spanish] Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. Area de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, Spain.</p>
<p>95. Arch Intern Med. 2006 Jan 9;166(1):22-37. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Centre for Health Sciences, Barts and the London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, and Institute of Primary Care and Public Health, London South Bank University, London, England.</p>
<p>103. PLoS Med. 2004 Oct;1(1):e4. Should health professionals screen all women for domestic violence? Taket A, Wathen CN, Macmillan H. London South Bank University, London, England.</p>
<p>106. Ann Intern Med. 2004 Mar 2;140(5):387-96. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J; U. S. Preventive Services Task Force. Oregon Health & Science University and Veterans Affairs Medical Center, Portland, Oregon 97201, USA.</p>
<p>108. Ann Fam Med. 2004 Mar-Apr;2(2):156-60. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. U.S. Preventive Services Task Force. Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, USA. <i>(fait reference à un rapport, disponible)</i></p>

<p>113. Acad Emerg Med. 2003 Oct;10(10):1118-27. Preventive care in the emergency department: screening for domestic violence in the emergency department. Anglin D, Sachs C. Department of Emergency Medicine, Los Angeles County and University of Southern California Medical Center, Los Angeles, CA 90033, USA.</p>
<p>120. BMJ. 2002 Aug 10;325(7359):314. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Department of General Practice and Primary Care, Barts and the London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, London E1 4NS.</p>
<p><i>Intervention, prise en charge</i></p>
<p>23. J Subst Abuse Treat. 2011 Dec;41(4):386-98. Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: a meta-analysis. Fowler DN, Faulkner M. Centers for Disease Control, Atlanta, GA 30341, USA.</p>
<p>26. J Interpers Violence. 2011 Sep;26(14):2811-33. A summary and analysis of warrantless arrest statutes for domestic violence in the United States. Zeoli AM, Norris A, Brenner H. Michigan State University, East Lansing, MI 48824, USA.</p>
<p>54. J Womens Health (Larchmt). 2010 Apr;19(4):729-33. Employee assistance programs: a workplace resource to address intimate partner violence. Pollack KM, Austin W, Grisso JA. Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland 21205-1996, USA.</p>
<p>58. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3): Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G, Hegarty K, Rivas C, Taft A, Warburton A. Institute of Health Sciences Education, Centre for Health Sciences, Barts and the London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, University of London, 2 Newark Street, London, UK, E1 2AT.</p>
<p>69. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 Jul-Aug;37(4):480-90; Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. Sharps PW, Campbell J, Baty ML, Walker KS, Bair-Merritt MH. Department of Community Public Health Nursing, Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD 21205, USA.</p>
<p>76. J Clin Nurs. 2007 Sep;16(9):1736-48. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. Olive P. Department of Nursing, University of Central Lancashire, Preston, UK.</p>
<p>77. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3): Cognitive behavioral therapy for men who physically abuse their female partner. Smedslund G, Dalsbø TK, Steiro AK, Winsvold A, Clench-Aas J. Norwegian Knowledge Centre for Health Services, PB 7004 St. Olavs Plass, Oslo,</p>
<p>109. Clin Psychol Rev. 2004 Jan;23(8):1023-53. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. Babcock JC, Green CE, Robie C. Department of Psychology, University of Houston, 126 Heyne Building, Houston, TX 77204-5022, USA.</p>
<p>112. J Obstet Gynaecol Can. 2003 Nov;25(11):918-21. (+ perception des victimes) "Screening" for domestic violence. Shaw D. Division of Maternal Fetal Medicine, BC Women's Hospital and Department of Obstetrics and Gynaecology, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.</p>

<p>116. JAMA. 2003 Feb 5;289(5):589-600. Interventions for violence against women: scientific review. Wathen CN, MacMillan HL. Canadian Task Force on Preventive Health Care and Faculty of Information and Media Studies, The University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.</p>
<p>119. Int J Gynaecol Obstet. 2002 Sep;78 Suppl 1:S39-44. Treatment guidelines for healthcare providers' interventions with domestic violence victims: experience from the USA. Buel SM. Harvard Extension School, Harvard Law School, Harvard Medical School, University of Texas School of Law Domestic Violence Clinic, Austin, TX, USA.</p>
<p>Perception des victimes</p>
<p>73. Health Soc Care Community. 2008 Jan;16(1):16-30. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. Robinson L, Spilsbury K. Hull PCT, Marfleet Primary Care Centre, Hull, UK. louise.</p>
<p>Populations spécifiques</p>
<p>18. Health Soc Work. 2012 Feb;37(1):9-17. Intimate partner violence during pregnancy: best practices for social workers. McMahon S, Armstrong DY. Graduate School of Social Work, Center on Violence Against Women and Children, Rutgers, The State University of New Jersey, New Brunswick, NJ 07016, USA.</p>
<p>24. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2011 Nov;24(4):223-36. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. Wood SL, Sommers MS. University of Pennsylvania School of Nursing, Philadelphia, Pennsylvania, USA.</p>
<p>28. Trauma Violence Abuse. 2011 Jul;12(3):127-34. A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. Stark L, Ager A. Program on Forced Migration & Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY 10032, USA.</p>
<p>37. Health Soc Care Community. 2011 Jan;19(1):3-14. The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. McGarry J, Simpson C, Hinchliff-Smith K. School of Nursing, Midwifery and Physiotherapy, The University of Nottingham, Derby, DE1 2RD, UK.</p>
<p>38. J Women Aging. 2011;23(4):283-304. An ecological synthesis of research on older women's experiences of intimate partner violence. Weeks LE, Leblanc K. Department of Family & Nutritional Sciences, University of Prince Edward Island, Charlottetown, PEI, Canada.</p>
<p>43. J Womens Health (Larchmt). 2010 Nov;19(11):2017-31 Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. Shah PS, Shah J; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Collaborators: Shah PS, Ohlsson A, Shah V, Murphy KE, McDonald SD, Hutton E, Newburn-Cook C, Frick C, Scott F, Allen V, Beyene J. Department of Paediatrics, Mount Sinai Hospital, Toronto, Canada.</p>
<p>51. Psychol Med. 2010 Jun;40(6):881-93. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London SE5 8AF, UK.</p>

<p>64. J Homosex. 2009;56(3):361-86. Empirical research about same-sex intimate partner violence: a methodological review. Murray CE, Mobley AK. Department of Counseling and Educational Development, The University of North Carolina at Greensboro, Greensboro, North Carolina, USA.</p>
<p>105. Int J Fertil Womens Med. 2004 Jul-Aug;49(4):159-64. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. Boy A, Salihi HM. Department of Maternal and Child Health, School of Public Health, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama 35294, USA.</p>
<p>123. CMAJ. 2001 May 29;164(11):1567-72. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, Du Mont J. Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Toronto, Ont.</p>
<p>Coûts des violences</p>
<p>10. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2012 May;55(5):715-27. [Costs of intimate partner violence against women. A systematic review]. [Article in German] Niebuhr D, Salge S, Brzank P. Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Marquardstr. 35, 36039, Fulda, Deutschland.</p>
<p>Démarche générale</p>
<p>52. Rev Panam Salud Publica. 2010 May;27(5):376-81. [Profile of studies about intimate partner violence against women: 2003 to 2007]. [Article in Portuguese] Frank S, Coelho EB, Boing AF. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.</p>
<p>78. Rev Panam Salud Publica. 2007 Jul;22(1):55-63. [What do we know about men who abuse their female partner? A systematic review]. [Article in Spanish] Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Gil-González D, Alvarez-Dardet C. Universidad de Alicante, Area de Medicina Preventiva y Salud Pública, Alicante, España.</p>

Annexe 2. Référence des études de prévalence (UN Women)

Ci-dessous sont listées les références des études de prévalence présentées dans le Tableau 3.

Pays	Année d'enquête	Référence des études listées par Un Women
Australie	2005	Australian Bureau of Statistics. 2006. Personal Safety Survey Australia. ABS. Sydney.
	2002-2003	Mouzos, J. and Makkai. T. 2004. Women's Experiences of Male Violence: Findings from the Australian Component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS). Australian Institute of Criminology. Canberra.
Belgique	2009	Pieters, J., Italiano, P., Offermans, A-M., Hellemans, S. 2010. Emotional, Physical and Sexual Abuse: the Experiences of Women and Men. Institute for the equality of women and men. Brussels.
Canada	2009	Statistics Canada, Canadian Centre for Justice Statistics. 2011. Family Violence in Canada: A Statistical Profile. Statistics Canada. Ottawa.
	2004	Statistics Canada. 2006. Measuring Violence Against Women Statistical Trends 2006. Statistics Canada. Ottawa.
Danemark	2003-	Johnson, H. Ollus, N. and Nevala, S. 2008. Violence Against Women: An International Perspective. Springer Science + Business Media, LLC. New York.
Finlande	2005-2006	Minna Piispa, Markku Heiskanen, Juha Kääriäinen & Reino Sirén. 2006. Violence Against Women in Finland. Publication No. 225, National Research Institute of Legal Policy. Helsinki.
France	2007	Tournyol du Clos, L., Institut national des hautes études de sécurité, et Le Jeannic, T., division Conditions de vie des ménages, Insee. 2008. Les violences faites aux femmes. Insee Première N°1180. Paris
	2000	Jaspard M, Brown E, Condon S, <i>et al.</i> 2001. Les Violences envers les Femmes en France: Une Enquete Nationale. Idup, Ined, CNRS, Université de Paris Dauphine. Paris.
Allemagne	2003	Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ). 2004. Health, Well-being and Personal Safety of Women in Germany: A Representative Study of Women in Germany. BMFSFJ. Bonn
Islande	2008	Ministry of Welfare. 2012. Male Violence against Women in Intimate Relationships (excerpts). Ministry of Welfare. Reykjavik
Irlande	2003	National Crime Council. 2005. Domestic Abuse of Women and Men in Ireland: Report on the National Study of Domestic Abuse. National Crime Council in association with the Economic and Social Research Institute, Dublin.
Italie	2006	Giuseppina Muratore, Ms. Maria (ISTAT). 2007. "Measuring violence: indicators from the Italian violence against women surveys". Expert Group Meeting on indicators to measure violence against women. Geneva.
Pays Bas	1986	Römkens R. 1997. "Prevalence of wife abuse in the Netherlands: Combining quantitative and qualitative methods in survey research". Journal of Interpersonal Violence; 12:99-125.
Norvège	2008	Neroien A, Schei B. 2008. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. Scandanavian Journal of Public Health 36(2): 161-8.
Portugal	2007	Lisboa, Manuel. 2008. Gender Violence in Portugal: A National Survey of Violence Against Women and Men: Summary of Results. Universidade Nova de Lisboa. Lisbon.
Espagne	2005	Sigma Dos, S.A. para El Instituto De La Mujer. 2006. III Macroencuesta Sobre La Violencia Contra Las Mujeres-Informe De Resultados. El Instituto De La Mujer. Madrid.
Suède	1999-2000	Lundgren, E., Heimer, G, Westerstrand, J, Kalliokoski A-M. 2001. Captured Queen: Men's Violence Against Women in "Equal" Sweden: A Prevalence Study. Fritzes Offentliga Publikationer, Umea.
Suisse	2003	Johnson, H. Ollus, N. and Nevala, S. 2008. Violence Against Women: An International Perspective. Springer Science + Business Media, LLC. New York.
Royaume-Uni	2005	Finney, A. 2006. Domestic Violence, sexual assault and stalking: findings from the 2004/2005 British Crime Survey. Home office, London.
États-Unis	2010	Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. 2011. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. National Center for Injury Prevention. Atlanta.
	2000	Tjaden, P. and Thoennes, N. 2000. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

Annexe 3. Référence des études d'estimation du coût des violences conjugales

Source	Référence
Day, 1995 Canada	Day, T. 1995. <i>The Health Related Costs of Violence Against Women in Canada</i> . London, Ontario: Centre for Research on Violence Against Women and Children.
Greaves <i>et al.</i> 1995 Canada	Greaves, L, O Hankivsky, <i>et al.</i> 1995. "Selected Estimates of the Costs of Violence Against Women." London, Ontario: Centre of Research on Violence Against Women and Children: 44.
Kerr & McLean 1996 Canada	Kerr, R and J McLean. 1996. <i>Paying for Violence: Some of the Costs of Violence Against Women in B.C.</i> Province of British Columbia: Ministry of Women's Equality
Miller <i>et al.</i> 1996 USA	Miller, TR, MA Cohen, <i>et al.</i> 1996. <i>Victim Costs and Consequences: A New Look</i> . Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice. Programs, National Institute of Justice.
Korf <i>et al.</i> 1997 Pays-Bas	Korf, DJ, H Meulenbeek, <i>et al.</i> 1997. <i>Economic Costs of Violence Against Women</i> . Utrecht, Netherlands: Dutch Foundation of Women's Shelters.
Godenzi & Yodanis 1999 Suisse	Godenzi, A and C Yodanis. 1999. <i>Male Violence: The Economic Costs, A Methodological Review</i> . Switzerland: University of Fribourg.
Piispa & Heiskanen 2001 Finlande	Piispa, M and M Heiskanen. 2000. <i>The Costs of Men's Violence against Women in Finland</i> . Council for Equality, Ministry of Social Affairs and Health. Publications on Equality. 2000:7.
Santé Canada 2002 Canada	Health Canada (2002). <i>Violence against women. Impact of violence on women's health</i> . (http://www.hc-sc.gc.ca/ , accessed 5 March 2003)
CDC 2003 USA	CDC. 2003. <i>Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States</i> . Atlanta: National Center for Disease Control and Prevention.
Access Economics 2004 Australie	Acess Economics, Ltd., The cost of domestic violence to the Australian economy, part I and II (office of the status of women, government of Australia, 2004)
Walby* 2004 Grande Bretagne	Walby, S. 2004. <i>The Cost of Domestic Violence</i> . United Kingdom: Women and Equality Unit, Department of Trade and Industry.
Nectoux <i>et al.</i> 2010 France	Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences Évaluation économique des violences. Santé publique 2010, volume 22, n° 4, pp. 405-416
Marissal 2005 France	Marissal JP, Chevalley C. Évaluation des répercussions économiques des violences conjugales en France. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Paris, La Documentation française, 2007, 126 p.
Envall 2004 Suède	Envall E, Erikson A. Costs of violence against women. Sweden: National Board of Health and Welfare, 2004-2006.
Gemzell* 2005 Suède	Gemzel T. The Cost of Gender-Based Violence in Sweden. And economic approach to the phenomenon. Linköpings. Universitet, Ekonomiska Institutionen, Politices Magisterprogrammet, 2005 : 55 p.
Pukkinen 2004 Finlande	Pulkkinen P. The price of violence. The costs of men's violence against women in Finland. Statistics finland. Working paper 2004;30.

Annexe 4. Références d'autres travaux sur les violences conjugales, consultés mais non inclus dans la synthèse

Abramsky T, Watts C, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen H AFM, Heise L. 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* 2011;11:109.

Babcock JC, Green CE, Robie C. Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clin Psychol Rev* 2004;23(8):1023-53.

Bair-Merritt MH, Crowne SS, Thompson DA, Sibinga E, Trent M, Campbell J. Why Do Women Use Intimate Partner Violence? A Systematic Review of Women's Motivations. *Trauma Violence Abuse* 2010; 11(4):178–189. doi:10.1177/1524838010379003

Btoush R, Campbell JC, Gebbie KM. Care provided in visits coded for intimate partner violence in a national survey of emergency departments. *Womens Health Issues*. 2009;19(4):253-62. doi: 10.1016/j.whi.2009.03.004.

Buel SM. Treatment guidelines for healthcare providers' interventions with domestic violence victims: experience from the USA. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78 Suppl 1:S39-44.

CAHRV (Coordination Action on Human Rights Violations). Perspectives and standards for good practice in data collection on interpersonal violence at European level. 2007. http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/FINAL_REPORT_29-10-2007_.pdf

Campbell JC, Batya ML, Ghandourb RM, Stockmanc JK, Francisco L. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2008;15(4): 221–231. doi:10.1080/17457300802423224.

Cavalin C, Beck F, Maillochon F. Enquête EVS : les conséquences de la violence sur la santé des personnes. *La santé de l'Homme* 2011; n°411:4-7

Centers for disease control and prevention. Intimate partner violence : conséquences. 2012. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/consequences.html>

Charles S. Obstetricians and violence against women. *Am J Bioeth* 2011;11(12):51-6.

Chartier KG, Caetano R. Intimate partner violence and alcohol. Problems in interethnic and intra-ethnic couples. *J Interpers Violence* 2012;27(9): 1780–1801. doi:10.1177/0886260511430392.

Cherniak D, Grant L, Mason R, Moore B, Pelizzari R. Intimate partner violence consensus statement. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:365-388.

Clark JP, Du Mont J. intimate partner violence and health. A critique of Canadian prevalence studies. *Revue Canadienne de Santé Publique* 2002;9352-58.

Coker A, Smith PH, McKeown RE, King MJK. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health* 2000;90:553-559.

Coulthard P, Yong SL, Adamson L, Warburton A, Worthington HV, Esposito M, Sharif MO. Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD004486.

Dearwater SR, Coben JH, Campbell JC, Nah G, Glass N, McLoughlin E, Bekemeier B. Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments. *JAMA* 1998;280(5):433-8.

Drees. La santé des femmes en France. Collection Etudes et Statistiques 2009. La Documentation Française.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-femmes-en-france,5731.html>

European Commission. Special Eurobarometer 344. Domestic violence against women. Report. Bruxelles, Septembre 2010. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf

Evanson TA. Addressing domestic violence through maternal-child health home visiting: what we do and do not know. *J Community Health Nurs* 2006;23(2):95-111

Flores J, Lampron C, Maurice P. Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. Institut National de Santé Publique du Québec. Janvier 2010.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1068_OutilsIdentificationViolenceConjugale.pdf

Fowler DN, Faulkner M. Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: a meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2011;41(4):386-98.

Frigon S. L'homicide conjugal féminin, de Marie-Josèphe Corriveau (1763) à Angélique Lyn Lavallée (1990): meurtre ou légitime défense ? *Criminologie* 1996;29:11-27,

Garcia-Moreno C, Watts C. La violence envers les femmes: une urgence de santé publique. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* 2011;89:2-2. doi: 10.2471/BLT.10.085217.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/fr/>

Hagemann-White C, Katenbrink J, Rabe H. Combattre la violence à l'égard des femmes. Etude du bilan des mesures et actions prises pour combattre la violence à l'égard des femmes dans les États membres du Conseil de l'Europe. Direction générale des droits de l'homme. Strasbourg, 2006

Hagemann-White C. European Research on the Prevalence of Violence Against Women. *Violence Against Women* 2001;7:732-759

Haut Comité de sante publique. Rapport Violence et Santé. Mai 2004.

http://www.hosto-psy.fr/Documents/Rapports/rapports_psy/violence_sante.pdf

Holden KB, McKenzie R, Pruitt V, Aaron K, Hall S. Depressive symptoms, substance abuse, and intimate partner violence among pregnant wmen of diverse ethnicities. *J Health Care Poor Underserved* 2012; 23(1): 226–241. doi:10.1353/hpu.2012.0022.

Johnson H. Assessing the prevalence of violence against women in Canada. Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them. Expert group meeting. Un Division for the advancement of women, Economic commission for Europe, World health organization. April 2005.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/expert-papers/johnson.pdf>

Killias M. La violence envers les femmes. Quelques résultats surprenants de l'international Violence Against Women Survey (IVAWS) et de l'étude Helvétique. Texte de la conférence du Pr Killias au 10 ième colloque de l'AICLF, Istanbul, 22-23 mai 2006.

<http://www.unifr.ch/sdp/Chaire2/enseignement/Texte%20%20-%20FFortin%20-%20lire%20pour%20le%206.12.06.pdf>

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360(9339):1083-8.

Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, Muelleman R, Barton E, Kraus JF. Risk factors for injury to women from domestic violence against women. *N Engl J Med* 1999;341(25):1892-8.

Lancet 2013 june 22; 381. Violence against women: ending the global scourge. Published Online June 20, 2013, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61222-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61222-2)

Lawoko S, Sören S, Helström L, Castren M. Screening for intimate partner violence against women in healthcare Sweden: prevalence and determinants. *International Scholarly Research Network, ISRN Nursing, Volume 2011, Article ID 510692, 7 pages.* doi:10.5402/2011/510692

Lebas J. Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Commission "Genre et Violence".

- France. La Documentation Française. Mars 2005.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000723/0000.pdf>
- McCloskey LA, Lichter E, Ganz ML, Williams CM, Gerber MR, Sege R, Stair T, Herbert B. Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Acad Emerg Med* 2005;12(8):712-22.
- McMahon S, Armstrong DY. Intimate partner violence during pregnancy: best practices for social workers. *Health Soc Work* 2012;37(1):9-17.
- Mental Health Europe. Changement des attitudes et des comportements. Un manuel d'information sur la violence familiale et la santé mentale. Bruxelles 2012.
<http://www.mhe-sme.org/assets/files/DAPHNEProject/Handbook%20French%20web.pdf>
- Morland LA, Leskin GA, Block CR, Campbell JC, Friedman MJ. Intimate partner violence and miscarriage: examination of the role of physical and psychological abuse and posttraumatic stress disorder. *J Interpers Violence* 2008;23(5):652-69. doi: 10.1177/0886260507313533. Epub 2008 Feb 13.
- Morrison A, Ellsberg M, Bott S. Addressing Gender-Based Violence: A Critical Review of Interventions. *The World Bank Research Observer* 2007; vol. 22, no. 1.
- Murray CE, Mobley AK. Empirical research about same-sex intimate partner violence: a methodological review. *Journal of Homosexuality* 2009;56:361-386.
- National Center for Injury Prevention and Control. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention;2003.
http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_cost/ipvbook-final-feb18.pdf
- National Institute of Justice. Crime, Violence & Victimization Research Division's - Compendium of research on violence against women - 1993-2012. NCJ# 223572. December 2012.
<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/223572/223572.pdf>
- Nectoux M, de Suremain MD, Albagly M. Méta-analyse des recommandations issues des projets DAPHNE portant sur les violences conjugales. Programme européen DAPHNE II, 2008. Projet N°JLS/DAP/06-1/134/WY
- Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med* 2012;156(11):796-808.
- Olive P. Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *J Clin Nurs* 2007;16(9):1736-48.
- O'Reilly R, Beale B, Gillies D. Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2010;11(4):190-201.
- Pallitto CC, Campbell JC, O'Campo P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. *Trauma Violence Abuse* 2005;6(3):217-35.
- Perttu S, Kaselitz V. Addressing intimate partner violence. Guidelines for health professionals in maternity and child health care. EU Commission's Daphne Programme II - Ministry of Social Affairs and Health in Finland. 2005.
http://www.hyvan.helsinki.fi/daphne/pdf/Addressing_Intimate_Partner_Violence_English_Version%20.pdf
- Piispa M. Age and meanings of violence, women's experiences of partner violence in Finland. *J Interpers Violence* 2004; 19:30-48.
- Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med* 2009;36(5):439-445.e4.
- Raffin V. Homicides conjugaux et crimes passionnels. La presse quotidienne comme outil de comptabilisation et vecteur de représentations. Mémoire de Master Recherche réalisé sous la

direction de Maryse Jaspard, Institut de démographie de l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne, Année universitaire 2006-2007.

Raffin V. L'homicide conjugal: état des connaissances et projet de recherche en région Paca. Études et travaux de l'ORDCS 2012, n°3.

http://ordcs.mmsch.univ-aix.fr/publications/Documents/Publication_v2_VR.pdf

Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health Soc Care Community* 2008;16(1):16-30.

Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137(1):37-42. Epub 2007 Jun 1.

Romans S, Forte T, Cohen MM, Du Mont J, Hyman I. Who is most at risk for intimate partner violence? A Canadian population-based study. *J Interpers Violence* 2007;22(12):1495-514.

Sharps PW, Campbell J, Baty MJ, Walker KS, Bair-Merritt MH. Current evidence on perinatal home visiting and intimate partner violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(4):480-491. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00267.x.

Shaw D. "Screening" for domestic violence. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25(11):918-21

Sheehan KA, Thakor S, Stewart DE. Turning points for perpetrators of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse* 2012;13(1):30-40.

Stöckl H, Watts C, Penhale B. Intimate partner violence against older women in Germany: prevalence and associated factors. *J Interpers Violence* 2012;27(13):2545-64. doi: 10.1177/0886260512436390. Epub 2012 Feb 10.

Straus, Murray A. 2007. "Conflict Tactics Scales." Pp. 190 - 197 in *Encyclopedia of Domestic Violence*, N. A. Jackson. New York: Routledge: Taylor & Francis Group.

Šumilo D, Kurinczuk JJ, Redshaw ME, Gray R. Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012;12:31. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/31>

Taft AJ, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C, Agius P. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health* 2012;12:811 doi:10.1186/1471-2458-12-811

Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, Rivara FP. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006;30(6):447-57.

Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Findings from the national violence against women survey. NCJ 181867. 2000b. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>

Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Findings from the national violence against women survey. NCJ 183781. 2000a. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>

Todahl J, Walters E. Universal screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Marital Fam Ther* 2011;37(3):355-69.

Trabold N. Screening for intimate partner violence within a health care setting: a systematic review of the literature. *Soc Work Health Care* 2007;45(1):1-18.

Turz A. Violences subies, problèmes de santé et difficultés de vie. *La santé de l'Homme* 2011;n°411:7-8.

- Vanhalewyn M, Offermans AN. Recommandation de bonne pratique. Détection des violences conjugales. Société scientifique de médecine générale. Belgique, 2009.
- Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M. Verbal marital conflict and male domination in the family as risk factors of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse* 2009;10(2):171-80.
- Walby S. The cost of domestic violence. Women & equality Unit, National Statistics, United Kingdom, 2004.
- Waller MW, Iritani BJ, Flewelling RL, Christ SL, Halpern CT, Moracco KE. Violence Victimization of Young Men in Heterosexual Relationships: Does Alcohol Outlet Density Influence Outcomes? *Violence Vict* 2012;27(4): 527–547.
- Wathen NC, MacMillan, HL with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *JAMC* 2003;169:582-584.
- Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *J Midwifery Womens Health* 2008;53(6): 538–546. doi:10.1016/j.jmwh.2008.07.004.
- Wu Q, Chen HL, Xu XJ. Violence as a risk factor for postpartum depression in mothers: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2012;15(2):107-14.
- Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain* 2008;9(11):1049-57. doi: 10.1016/j.jpain.2008.06.009. Epub 2008 Aug 13.
- Zeoli AM, Norris A, Brenner H. A summary and analysis of warrantless arrest statutes for domestic violence in the United States. *J Interpers Violence* 2011;26(14):2811-33.
- Zink T, Sill M. Intimate partner violence and job instability. *J Am Med Womens Assoc* 2004;59(1):32-5.
- Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, Galán I, Aguirre R, Ramírez R, Durbán M. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health* 2010;20(2):169-75. doi: 10.1093/eurpub/ckp143. Epub 2009 Sep 18.
- Zwamborn M, van Hoof F, Hagemann-White C, Kelly L, Römkens R. Feasibility study to assess the possibilities, opportunities and needs to standardize national legislation on violence against women, violence against children and sexual orientation violence. EU Commission's Daphne Programme. 2010.
http://www.europarl.europa.eu/eplive/expert/multimedia/20110405MLT17038/media_20110405MLT17038.pdf

Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux

Synthèse bibliographique, mise à jour de juillet 2016

Abréviations

BCS	British Crime Survey
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CDC	Center for Disease Control and prevention
CIM	Classification internationale des maladies
CTS	Conflict Tactics Scale
DAV	Délégation aux victimes
DOVE	Domestic violence
DSM	Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders
GSS	General Social Survey
IVAWS	International Violence Against Women Survey
NEDS	Nationwide Emergency Department Sample
NESARC	National Epidemic Survey on Alcohol and Related Conditions
NISVS	National Intimate Partner and Sexual Violence survey
NVDRS	National Violent Death Reporting System
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRAISE	PRevalence of Abuse and Intimate Partner Violence Surgical Evaluation
SPF	Santé publique France
TSPT	Troubles de stress post-traumatique
UE	Union européenne
VAWI	Violence Against Women Instrument
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Violences entre partenaires intimes

Sommaire

1. INTRODUCTION	85
2. RECENSEMENT DES TRAVAUX	85
3. SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES	86
3.1 Prévalence des violences conjugales	86
3.1.1 Prévalence	86
3.1.1.1 Prévalence en population générale	86
3.1.1.2 Prévalence mesurée en milieu médical	89
3.1.1.3 Prévalence en populations spécifiques	90
3.1.2 Prévalence des homicides	94
3.2 Facteurs associés aux violences conjugales	95
3.2.1 Alcool et autres substances psychoactives	95
3.2.2 VPI, drogues et VIH	96
3.2.3 Lieu de résidence	97
3.3 Conséquences des violences conjugales sur la santé	99
3.4 Prise en charge des victimes de VPI	101
4. CONCLUSION	104
Références	105

Tableaux et Figures

Tableau 12. Prévalence (%) de femmes victimes de VPI dans les 28 pays de l'UE (d'après UE, 2014)	87
Tableau 13. Prévalence (%) de femmes victimes de VPI dans 6 villes européennes (d'après Costa et al 2015b)	87
Tableau 14 Prévalence de VPI dans la NISVS (d'après le CDC 2014)	88
Figure 1 Impacts déclarés des violences du partenaire intime au cours de la vie dans l'enquête NISVS 2011 (d'après Brieding et al 2014 et le CDC 2014)	89
Tableau 15 Prévalence des troubles de santé et de soins médicaux (d'après Sonogo et al. 2013)	100

1. INTRODUCTION

En 2013, une documentation et une synthèse des connaissances, des résultats épidémiologiques disponibles sur les violences conjugales en France et dans les pays occidentaux avaient été réalisées. Le présent document actualise cette synthèse au 7 mars 2016. Il a été rédigé à l'occasion de l'article sur les violences conjugales paru dans le BEH de juillet 2016 (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 22-23 du 19 juillet 2016).

2. RECENSEMENT DES TRAVAUX

Les méthodes utilisées pour identifier, sélectionner, classer et analyser les travaux sont identiques à celles utilisées pour la synthèse de 2013. Les recherches bibliographiques ont été menées dans la banque de données PubMed à l'aide de la même combinaison de mots-clés :

(domestic violence[Title/Abstract] OR domestic abuse[Title/Abstract] OR intimate partner violence[Title/Abstract] OR intimate partner abuse[Title/Abstract] OR spouse violence[Title/Abstract] OR spouse abuse[Title/Abstract]) AND "humans"[MeSH Terms].

L'identification des travaux issus de la littérature grise a été menée d'une manière empirique : consultation de sites internet : Organisation mondiale de la santé (OMS), Union européenne (UE), Organisation des Nations unies (ONU), le « *Center for Disease Control and prevention* » (CDC), etc.

Les recherches menées dans Pubmed, entre le 1^{er} janvier 2013 et le 7 mars 2016 ont fourni 1 577 références parmi lesquelles 92 revues systématiques. L'ensemble des références a été importé dans Endnote X6.

Comme indiqué dans le rapport 2013, du fait du nombre important d'articles et des ressources limitées allouées à ce travail, l'exploration bibliographique s'est faite dans un premier temps via la lecture des revues systématiques, revues qui affichent leur procédure d'identification et de sélection des travaux, et tentent de les analyser à l'aide de procédure de type méta-analyse. L'analyse bibliographique complète a conduit à la rédaction d'une synthèse en quatre grands chapitres sur les violences conjugales: prévalence, facteurs, conséquences sur la santé et prise en charge des victimes.

3. SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

3.1 Prévalence des violences conjugales

3.1.1 Prévalence

3.1.1.1 Prévalence en population générale

Le travail de synthèse mené récemment montrait que la prévalence des violences conjugales apparaissait bien prise en compte à travers les études disponibles dans les pays occidentaux et que des travaux avaient aussi été menés afin de standardiser le plus possible les études en population générale. Depuis, de nouvelles études ont été réalisées par l'OMS (Organisation mondiale de la santé), l'UE (Union européenne), le CDC (*Center for Disease Control and prevention*), le BCS (*Brisitsh Crime survey*), l'étude multicentrique DOVE, etc.) et ont été publiées après 2012. Leurs résultats sont présentés ci-dessous.

L'OMS a publié en 2013 des estimations de prévalences de la violence envers les femmes y compris dans les pays à hauts revenus, dans le cadre d'une revue systématique des données scientifiques disponibles (WHO 2013). La revue a porté sur les violences physiques et sexuelles. Les violences psychologiques/émotionnelles n'ont pas été incluses du fait de l'absence de consensus sur la standardisation de leur recueil. Finalement, 79 pays et 2 territoires ont été inclus. La prévalence globale de violences physiques et/ou sexuelles au cours de la vie subies par un partenaire intime est de 30 %, elle est plus faible dans les pays à hauts revenus, soit 23,2 % (Australie, Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Japon, Corée du Sud, Israël). Elles varient entre 24,6 % et 37,7 % dans les régions à revenus faibles ou intermédiaires.

Plusieurs études de prévalences ont été réalisées en Europe après 2012. À noter qu'elles incluent très souvent les VPI dirigées contre les hommes, certaines étudient aussi les VPI bidirectionnelles (selon certains travaux, la violence bidirectionnelle serait la forme la plus courante de VPI en population générale) (Costa *et al* 2015a, Costa *et al* 2015b). Ces différentes formes de VPI semblent être plus présentes dans la littérature lors de cette phase d'actualisation. En population générale, des prévalences de victimisation similaires (lors des 12 derniers mois) ont été mesurées chez les hommes et les femmes (Costa *et al* 2015b, Nybergh *et al* 2013). Cependant, des études s'accordent sur le fait que lors de violences envers les femmes, les fréquences de victimisation sont plus élevées, les violences subies sont plus sévères avec des conséquences plus graves sur la santé.

L'Agence européenne des droits fondamentaux a étudié la prévalence dans les 28 pays de l'UE (UE 2014). Elle a appliqué un protocole identique à des échantillons représentatifs de chacun des pays en s'inspirant du projet « *international violence against women survey* » (IAWS) de l'institut européen de contrôle et de prévention du crime (Johnson 2008). En moyenne, depuis l'âge de 15 ans, une femme européenne sur cinq a été victime de violences physiques et/ou sexuelles (soit un résultat très proche de l'estimation faite par l'OMS pour les pays à hauts revenus) et presque une sur deux a été victime de violences psychologiques (Tableau 12). Des différences apparaissent clairement entre pays, les prévalences les plus fortes de violences physiques ou sexuelles ou psychologiques sont mesurées au Danemark, en Lettonie et en Finlande. Les prévalences en France se situent au-dessus de la moyenne. Les pays membres de l'UE sont hétérogènes en termes de revenus, d'égalité des genres et de politiques de lutttes contre la VPI. Aussi, l'Agence avance des hypothèses pour expliquer ces différences entre pays comme : variations de la capacité à parler des violences en lien avec la culture, signalements plus importants si plus grande égalité des genres, niveau variable de criminalité en général, différence de consommation d'alcool, etc.

I TABLEAU 12 I

Prévalence (%) de femmes victimes de VPI dans les 28 pays de l'UE (d'après UE, 2014)

	Agence des droits fondamentaux de l'UE		
	moyenne	Min-max	France
Physiques et/ou sexuelles			
- 12 derniers mois	4	2-6	5
- Au cours de la vie	22	13-.32	26
Psychologiques			
- 12 derniers mois	-	-	-
- Au cours de la vie	43	33-60	47

Le projet DOVE (pour « Domestic Violence »), étude transversale multicentrique sur les VPI a été mené dans huit grandes villes européennes : Gand (Belgique), Stuttgart (Allemagne), Athènes (Grèce), Budapest (Hongrie), Porto (Portugal), Grenade (Espagne), Östersund (Suède) et Londres (Royaume-Uni) (Costa *et al* 2013). Les VPI ont été mesurées à l'aide de l'échelle des tactiques de conflits, version révisée n°2 (en anglais « *Revised Conflict Tactics Scale* » ou (CTS2)), échelle qui a aussi été utilisée dans l'étude multi-pays de l'OMS. Le recueil de données a été réalisé en face à face, sauf pour la partie VPI, que les participants ont rempli seuls. Les résultats pour 6 villes, 2 026 femmes, (les résultats de Gand et Grenade n'étant pas encore validés) sont présentés dans le Tableau 13 (Costa *et al*. 2015b).

I TABLEAU 13 I

Prévalence (%) de femmes victimes de VPI dans 6 villes européennes (d'après Costa *et al* 2015b)

Lors des 12 derniers mois	Athènes	Londres	Stuttgart	Östersund	Porto	Budapest
Agression psychologique	70,5	64,9	58,3	56,7	54,1	46,4
Mineure	40,7	39,7	48,3	48,3	43,1	26,3
Sévère	30,0	25,2	9,9	8,0	11,2	19,9
Violence sexuelle	20,6	23,3	25,3	9,2	24,5	5,4
Mineure	15,3	14,2	23,1	7,2	22,6	5,8
Sévère	5,5	9,2	2,0	1,7	2,3	3,2
Violence physique	23,1	17,0	13,5	9,9	8,5	12,4
Mineure	8,4	8,5	10,6	6,0	5,5	5,5
Sévère	14,7	8,5	3,0	3,7	3,1	6,9
Blessures	4,2	6,3	5,5	2,7	3,8	3,6
Mineure	3,7	3,6	7,9	1,1	2,8	2,9
Sévère	1,5	3,6	0,7	0,3	0,5	0,6

Les prévalences varient beaucoup selon ces villes européennes en fonction du type de violences. La prise en compte de la sévérité nuance parfois les analyses comparatives, ainsi les violences sexuelles sévères sont plus présentes à Londres ou Athènes, qu'à Stuttgart ou Porto. Globalement les prévalences apparaissent à plusieurs reprises plus élevées à Londres et à Athènes. Les auteurs expliquent ces différences par ce qui est habituellement avancé : facteurs

sociétaux, niveaux socioéconomiques. Par rapport à d'autres études européennes, ces prévalences apparaissent très élevées, cependant (en plus des différences de protocoles) les populations traitées ici sont celles d'échantillons de grands centres urbains.

En Angleterre, les données 2008-2009 de la BCS (« *British Crime Survey* ») fournissent des prévalences de violences de 23,8 % au cours de la vie et de 4,3 % au cours des 12 derniers mois (Khalifeh *et al* 2013b). Les prévalences de violences physiques sont respectivement de 16,8 % et 2,0 %, de violences sexuelles de 4,3 % et 0,4 % et émotionnelles de 18,2 % et de 3,2 %. Dans cette enquête de victimation, les prévalences obtenues sont très inférieures à celles obtenues dans DOVE (citées ci-dessus) ou en Suède (Nybergh *et al* 2013).

En Suède, Nybergh *et al.* ont réalisé par voie postale, une étude en population générale à l'aide du questionnaire développé par l'OMS (*Who's Violence Against Women Instrument ou VAWI*) (Nybergh *et al* 2013). La prévalence des violences psychologiques subies par les femmes (n=573 ; taux de réponse de 57 %) lors des 12 derniers mois est de 23,6 %, celle des violences physiques de 8,1 % et celle des violences sexuelles de 3,0 %. Sur la vie entière, ces prévalences sont respectivement de 23,6 %, 14,3 % et 9,2 %. Les facteurs significativement associés à plus de violences sont l'âge de la femme inférieur à 49 ans, être célibataire/veuve/divorcée ou petite amie, avoir un partenaire non suédois (20 % des femmes), avoir de faible niveau de revenu, un faible soutien social et avoir grandi dans un foyer violent. La violence psychologique est significativement associée à un niveau d'éducation plus élevée chez les femmes (diplôme universitaire ou de fin d'études secondaires). Ces facteurs ont déjà été associés aux VPI dans d'autres études. Une limite importante de cette étude est la faible participation des 18-29 ans, des personnes à faibles revenus ou nées hors de Suède (88 % des non répondants), alors que ces groupes de population sont réputés sensibles à la VPI dans la littérature.

Le CDC a publié en 2014, les résultats de la NISVS (« *National Intimate Partner and Sexual Violence survey* ») menée en 2011 (Breiding *et al* 2014, CDC 2014). Cette enquête permanente est menée depuis 2010 aux États-Unis et mesure les violences entre partenaires intimes, les violences sexuelles et le harcèlement chez les femmes et les hommes. Les prévalences de victimisation chez les femmes par un partenaire intime sont présentées dans le Tableau 14.

I TABLEAU 14 I

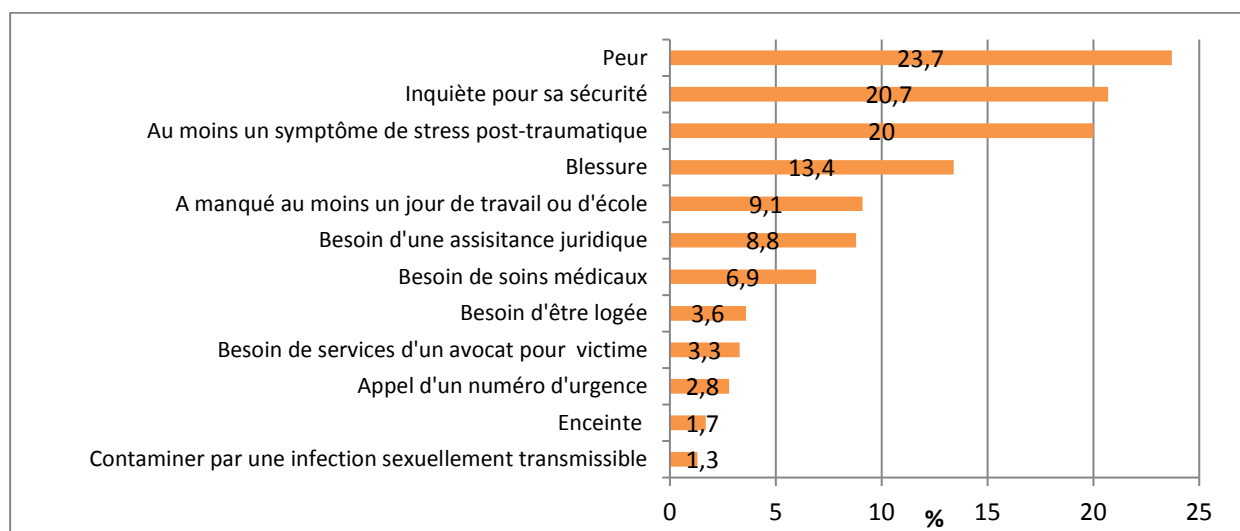
Prévalence de VPI dans la NISVS (d'après le CDC 2014)

	12 derniers mois	Au cours de la vie
Viol	8,8,	0,8
Autres formes de violences sexuelles	15,8	2,1
Violences physiques	31,5	4
Violences physiques sévères	22,3	2,3
Harcèlement	9,2	2,4
Psychologiques	47,1	14,2

Des prévalences plus élevées de violences sont mesurées chez les femmes d'origine étrangère ou d'origine américaine indienne ou d'Alaska. Plus de la moitié des femmes ont été victimes d'un partenaire intime avant l'âge de 25 ans. Ces deux populations pointées ici, les jeunes adultes et les femmes aux origines particulières, ont généré de nombreuses publications. Par ailleurs, 27 % des femmes violentées au cours de leur vie déclarent au moins un impact négatif (cf. Figure 1).

I FIGURE 1 I

Impacts déclarés des violences du partenaire intime au cours de la vie dans l'enquête NISVS 2011 (d'après Breiding et al 2014 et le CDC 2014)



3.1.1.2 Prévalence mesurée en milieu médical

Avant 2013, en milieu médical, quelques études ponctuelles avaient été menées sur des échantillons non représentatifs, leurs objectifs étaient avant tout de décrire les populations de victime accueillies dans les services. Des travaux avaient aussi été menés dans le contexte très débattu du dépistage systématique en milieu médical, contexte qui aujourd'hui s'est fortement apaisé. Depuis des résultats issus des données de surveillances américaines ont été publiés ; le groupe d'experts PRAISE (« *PRevalence of Abuse and Intimate Partner Violence Surgical Evaluation* ») a aussi mené une méta-analyse.

Aux États-Unis, les données 2006-2009 du NEDS (« *Nationwide Emergency Department Sample* ») ont été utilisées pour estimer les consultations pour traumatismes associés aux VPI à partir du code de cause externe E967.3 (battu par son partenaire ou son époux) de la Classification internationale des maladies version 9 (CIM-9) (Davidov et al 2015). Cette base ne permet pas de travailler au niveau patient. Sur les 496 195 793 consultations, 112 664 (0,02 %) ont été codées en VPI (28 000 par an en moyenne). La part des VPI apparaît donc ici très faible et signifie une sous-utilisation de ce code lors du remplissage des dossiers. Ces consultations VPI ont été réalisées à 93 % par des femmes qui sont en moyenne âgées de 35 ans, 5 % ont conduit à des hospitalisations. Les femmes ont consulté pour des blessures superficielles ou des contusions (34,2 %), d'autres blessures ou états dus à une cause externe (22,4 %), des entorses ou foulures (8,1 %), des fractures du crâne ou de la face (3,4 %), d'autres complications de la grossesse (3,3 %), des blessures intracrâniennes (2,8 %). Le coût annuel de ces visites est estimé à 80 millions de dollars (1904,7 dollars par consultation aux urgences).

Une méta-analyse a été publiée en 2014 sur les prévalences dans divers milieux médicaux (Sprague et al 2014). Les articles retenus (n=37) traitent surtout des médecins généralistes ou des urgences (27 études). La prévalence globale de VPI estimée en médecine générale est de 40 % au cours de la vie et 19,5 % l'année passée. Aux urgences ces prévalences sont respectivement de 38 % et 19,9 %. Moins d'études traitent de prévalences dans des services spécialisés. La prévalence au cours de la vie serait de 43 % en gynécologie/obstétrique, 73 % en addictologie.

3.1.1.3 Prévalence en populations spécifiques

Précédemment, les travaux sur des catégories de populations de femmes à risque de VPI étaient bien présents, particulièrement ceux traitant des femmes enceintes. Après 2012, ils le sont toujours et se sont même multipliés pour certaines sous-populations (adolescentes et jeunes adultes). Le cas particulier des femmes âgées est aussi traité. Les résultats de poids ou des études d'intérêt sur les prévalences ou plus globalement sur les VPI dans ces catégories de populations sont présentés ci-dessous.

Les femmes enceintes

Les études traitant de la VPI et de la grossesse sont toujours nombreuses. Certaines des thématiques restent discutées du fait de variations persistantes dans les résultats (prévalence, facteurs de risque). Cependant les VPI lors de la grossesse sont définitivement considérées comme un problème grave de santé publique avec des conséquences importantes de santé pour les femmes et les enfants (Alhusen *et al* 2015).

Les prévalences pendant la grossesse varient entre études, en lien notamment avec le type de populations incluses, le moment du recueil par rapport à l'avancement de la grossesse, etc. Une méta-analyse de 2013, rapporte des prévalences en milieu hospitalier deux fois supérieures à celles mesurées en population générale (James *et al* 2013). Elle relève dans les pays développés des prévalences de violences (tous types confondus) pendant la grossesse, allant de 5,8 % en Australie à 24,0 % en Suède et calcule une prévalence globale de 16 % dans les pays développés. Les facteurs qui augmentent significativement le risque de violence sont un faible niveau d'éducation, vivre seule, un faible statut socioéconomique, l'abus d'alcool par la victime, la grossesse non désirée par la victime ou par l'auteur des violences. D'autres facteurs sont identifiés mais sont non significatifs : l'abus d'alcool par l'auteur des violences, l'exposition à la violence au cours de la vie et la violence avant la grossesse. En Allemagne, Stöckl & Gardner ont étudié dans un contexte qualitatif comment des femmes enceintes victimes de VPI percevaient la manière dont leur grossesse influençait et générait la survenue des VPI (Stockl & Gardner 2013). Il en ressort que les VPI durant la grossesse ne pourraient s'expliquer uniquement par des facteurs associés aux VPI en général. Par ces femmes, la grossesse est perçue comme un tournant car générant de nouvelles attentes ainsi que des sentiments d'accablement, d'être débordée, dépassée. La capacité d'acceptation de certaines situations concernant le partenaire (abus d'alcool, chômage, etc.) se réduit, ce qui peut induire des actes de violences. Ces derniers peuvent aussi être générés par une nouvelle vulnérabilité de la femme en lien avec la prise en charge de l'enfant à venir ou la résurgence de souvenirs d'enfance ou encore le désintéressement vis-à-vis du partenaire.

VPI et santé sexuelle et reproductive des victimes sont bien présentes dans la littérature (ACOG 2013). En Europe et aux États-Unis, des études menées auprès de femmes enceintes montrent des liens entre grossesse non désirée et sexualité imposée par le partenaire (« *reproductive coercion* ») (Martin-de-las-Heras *et al* 2015, Miller *et al* 2014). Des travaux de revues montrent aussi des liens entre VPI et une moindre utilisation de contraceptifs oraux ou de préservatifs (Bergmann & Stockman 2015, Maxwell *et al* 2015). Ce résultat interpelle particulièrement pour les groupes à risque d'exposition au HIV. La VPI pourrait de plus être associée à un risque plus élevé d'avortement (Hall *et al* 2014, Taillieu & Brownridge 2015).

La VPI pendant la grossesse a été associée, dans le cadre de méta-analyses, à des altérations de la santé mentale pendant et après la grossesse (symptômes dépressifs, anxiété, TSPT) des femmes (Howard *et al* 2013). Ces altérations peuvent impacter les soins prénataux de base et post-partum, ainsi que les enfants en réduisant les capacités des mères à s'en occuper, à se lier à eux. Des études montrent aussi des associations entre VPI et plusieurs facteurs potentiellement associés à des conséquences néonatales défavorables : gain de poids inadéquat pendant la grossesse, tabagisme, consommation d'alcool et de drogues (Alhusen *et*

al 2015). D'autres montrent aussi un lien entre VPI (pas seulement physique), et les risques de fausses couches, de mort fœtale ou néonatale. Par ailleurs, environ la moitié des décès de mères (homicides ou suicides) observés serait associée à la VPI (Alhusen *et al* 2015).

La grossesse est souvent présentée comme une période privilégiée pour dépister les VPI par les personnels de soins (Alhusen & Wilson 2015). En France, une consultation au 4^e mois de grossesse permet de s'enquérir des conditions économiques, sociales et affectives de la femme enceinte. Elle a été mise en place à partir de 2011 dans 21 % des maternités, et devrait s'étendre (Henrion 2014). Elle est réalisée par des sages-femmes, pour qui les violences conjugales ont été incluses dans leur formation.

Les jeunes adultes et adolescentes

La littérature sur les VPI dans les populations jeunes s'est considérablement développée, particulièrement aux États-Unis où elles sont traitées comme un problème de santé publique spécifique (CDC 2016). Elles sont plus fréquentes que chez les adultes, et sont très souvent bidirectionnelles ; les relations entre partenaires sont en général moins stables et sans engagement (enfants, financiers, ...) comparées à celles entre adultes. Chez les adolescents, elles sont couramment nommées « *dating violence* » ou violence dans les fréquentations. Aux États-Unis, une étude longitudinale avec trois points de mesures (1994, 1996 et 2000-2001) a été réalisée au niveau national chez des enfants au départ solarisés (en 1996, n=5681, âgés entre 12 et 18 ans) (Exner-Cortens *et al* 2013). Chez les jeunes filles (entre la 1^{re} et 2^e vague d'interview), la prévalence de victimisation par VPI psychologiques et physiques est de 7,6 %, celle de VPI psychologiques seules de 19,5 %. Chez les jeunes hommes, ces prévalences sont respectivement de 7,6 % et 20,1 %. Globalement 30,8 % des adolescents rapportent des victimisations. Ces chiffres sont proches de ceux obtenus à partir de l'étude nationale américaine sur les adolescents (« *National Longitudinal of Adolescent Health* »). Lors de la 3^e vague, alors que les adolescents sont devenus de jeunes adultes, les auteurs montrent chez les femmes victimes de VPI dans leur adolescence, un risque plus fort d'épisodes de consommation forte d'alcool, de symptômes dépressifs, de pensées suicidaires, de tabagisme et d'être victime de VPI. L'alcool a été associé dans des études transversales à l'auteur et à la victime des violences chez des adolescents (Shorey *et al* 2014). Le lien avec des drogues est moins clair. D'autres conséquences ont été décrites chez les adolescentes et jeunes adultes victimes de VPI : infections sexuellement transmissibles (y compris VIH) par rapport sexuel sans protection (imposé par le partenaire) ou injection de drogues (Decker *et al* 2014), plus fort IMC (surtout si la victime a souffert de maltraitance pendant l'enfance), et aussi des niveaux d'éducation plus bas (Adams *et al* 2013, Clark *et al* 2014). Des études montrent un pic des actes violents et des victimisations pour les violences sexuelles ou physiques autour de 17-18 ans, alors que les violences psychologiques augmenteraient linéairement au cours de l'adolescence (Fernandez-Gonzalez *et al* 2014, Johnson *et al* 2015). Lors de ce pic, le lien entre les mises en œuvre parallèles de VPI et d'autres comportements violents ou antisociaux est étudié sans parvenir à de nettes conclusions.

Femmes immigrées

Des risques de victimisation plus élevés sont suggérés dans les populations immigrées en lien notamment avec la perte des attaches sociales et familiales du pays d'origine, les potentielles difficultés rencontrées dans le pays d'accueil (financières, langue, modification des modèles culturels de base – acculturation - notamment associées aux fonctionnements familial et de couple, etc.). Cependant, les résultats sont contrastés, certains montrant même des prévalences de VPI inférieures à celles mesurées dans les populations natives. Différents facteurs peuvent expliquer ces résultats comme le pays d'origine (culture), le temps de présence dans le pays d'accueil, le rang générationnel depuis l'arrivée, les conditions d'immigration, etc. Lors de cette phase d'actualisation, plusieurs études menées en Europe et en Amérique du Nord illustrent cette problématique.

Fernbrant *et al.* ont étudié la VPI chez les femmes thaïlandaises résidant en Suède (Fernbrant *et al.* 2014). Huit cent quatre femmes (62,3 %) ont répondu au questionnaire rédigé en thaïlandais qui outre les VPI, interrogeait notamment sur la santé mentale, physique ou le support social. Autour d'un cinquième des femmes a été victime de violence au cours de la vie, la victimisation diminuant après être arrivée en Suède (la prévalence au cours de la vie est de 22,1 % et 9,2 % depuis l'arrivée en Suède). La prévalence de violence par le partenaire actuel (majoritairement suédois) est de 6,7 % (6,1 % pour les violences émotionnelles et 2,4 % pour les violences physiques et/ou sexuelles), soit assez proche de celle en population générale suédoise (Nybergh *et al.* 2013,). Une mauvaise santé mentale est significativement et de manière indépendante associée à plus de victimisation par le partenaire actuel (quel que soit le type de violence), à l'isolement social et à la faible confiance sociale.

En Espagne, Vives-Cases *et al.* ont étudié la prévalence de VPI chez 1 607 femmes immigrées (Equateur, Maroc et Roumanie) résidant à Barcelone, Madrid et Valence (Vives-Cases *et al.* 2014). Les prévalences globales de VPI actuelle se situent entre 8 et 15 % (soit proches de celles mesurées chez les femmes originaires d'Espagne). Pour la majorité des femmes, la VPI s'est manifestée pour la première fois en Espagne et non dans le pays d'origine. En analyses multivariées, aucun facteur n'apparaît significativement associé à la VPI chez les Equatoriennes. Le fait d'être séparé ou divorcé augmente le risque de VPI chez les Roumaines et particulièrement chez les Marocaines. Chez les femmes roumaines, le fait d'avoir des enfants, l'absence de support social et d'engagement religieux augmentent le risque.

Au Canada (Kimber *et al.* 2013) et aux États-Unis (Kimber *et al.* 2015), des facteurs de risques ont été étudiés dans le cadre de grandes enquêtes nationales, respectivement la GSS (« General Social Survey », étude transversale de victimation menée au niveau national) et la NESARC (« National Epidemic Survey on Alcohol and Related Conditions »). Ainsi, les VPI n'apparaissent pas liées au rang générationnel. Par contre aux États-Unis, le risque de VPI est plus élevé pour les premières générations dans le cadre d'une plus grande acculturation. Au Canada, les violences physiques et/ou sexuelles augmentent avec plusieurs facteurs du quartier de résidence (concentration de faibles niveaux de revenus, d'habitats locatifs, de chômage). Face à ces résultats, les auteurs s'interrogent sur l'hétérogénéité de ces populations. Dans ce contexte, les prévalences d'actes de VPI ont été mesurées par région de naissance à partir des données de la NESARC (Vaughn *et al.* 2015). Des différences de prévalences sont observées selon les régions : immigrés latino-américains > natifs des États-Unis > immigrés asiatiques > immigrés africains > immigrés européens. Parmi les latino-américains, ce sont ceux nés à Mexico, dans les Caraïbes ou en Amérique centrale qui rendent compte de cette prévalence élevée, et pas les Sud-américains. Par ailleurs, les auteurs de VPI présentent significativement plus de troubles mentaux que les autres immigrés (d'anxiété, de panique, de dépendance, etc.) et de consommations abusives de substances psychoactives (alcool, marijuana et surtout de drogues illicites).

Femmes présentant des troubles de santé mentale

Il est reconnu que les prévalences de VPI sont plus élevées chez les femmes présentant des maladies mentales graves ou chroniques. Ce risque peut notamment s'expliquer chez ces femmes par des consommations abusives d'alcool ou de drogues, des violences subies dans l'enfance, des déficiences qui empêchent toute protection de soi vis-à-vis de dangers, la stigmatisation ou la discrimination qui peuvent conduire à une exclusion sociale, voire à la marginalisation (sans-abri), etc.

Devries *et al.* se sont intéressés à des troubles moins sévères, soit aux symptômes dépressifs dans le cadre d'une méta-analyse d'études longitudinales (Devries *et al.* 2013). Ils montrent au final un lien temporel bidirectionnel, les femmes atteintes de symptômes dépressifs sont plus à risque de VPI, et la VPI augmente le risque de symptômes dépressifs.

Une équipe canadienne a travaillé sur les limitations d'activité dues aux conditions mentales et les VPI. L'hypothèse était que ces limitations provoquent l'isolement social, l'exclusion et placent ainsi les femmes dans une situation qui favorise les VPI (Du Mont & Forte 2014). Les données 2009 de la GSS ont été utilisées. Les niveaux de limitations d'activité (à la maison, au travail, à l'école, ou ailleurs) dues à l'état de santé mentale ont été mesurés à l'aide de l'échelle d'invalidité de l'OMS. Chez ces femmes (n=6 851), 4,7 % déclarent être limitées du fait de leurs conditions mentales. La prévalence de VPI est de 54,4 % chez les femmes toujours ou souvent limitées, 49,9 % chez celles parfois limitées et 18,3 % chez celles jamais limitées. Cette distribution est retrouvée pour les violences émotionnelles ou financières. Par contre, pour les violences physiques et /ou sexuelles, les prévalences sont identiques pour les femmes limitées toujours/souvent ou parfois. Des facteurs sont significativement associés à ces violences lors de limitation en lien avec l'état de santé mental comme le fait de s'être sentie discriminée, le fait de ne pas se sentir appartenir à une communauté, une faible confiance dans l'entourage familial et dans les gens en général.

Une revue systématique a été réalisée sur la prévalence de VPI chez les personnes atteintes de troubles alimentaires (Bundock *et al* 2013). Chez les enfants, ces troubles ont été associés à la maltraitance. Seulement huit études ont été incluses, et au final elles ne permettent pas de conclure à un lien, elles suggèrent par contre des différences selon le type de trouble alimentaire traité.

À noter, les travaux menés principalement aux États-Unis selon lesquels les femmes vétérans de l'armée présentent des risques élevés de développer des problèmes de santé mentale les plaçant ainsi à fort risque de victimisation par un partenaire intime (Gerber *et al* 2014, Iverson & Pogoda 2015). De plus en plus de femmes se sont engagées dans l'armée américaine ces dernières années. Leurs rôles se sont diversifiés, incluant la participation à des combats de terrain. Ceux-ci les exposent comme les militaires hommes, à des risques élevés de traumatismes y compris de traumatismes crâniens qui sont fréquemment à l'origine, sur le moyen ou long terme, de troubles mentaux (symptômes de stress post-traumatique, anxiété, dépendance/abus de substances psychoactives, etc.). De nombreuses études ont montré des risques élevés de stress post-traumatique et de violences interpersonnelles chez les hommes vétérans des guerres d'Irak et d'Afghanistan (Boyle *et al* 2014). Certaines études présentent le traumatisme crânien comme un facteur de risque de perpétration de VPI. Près de la moitié des femmes militaires sont en couple avec des militaires. Par ailleurs, des études suggèrent qu'un nombre important de femmes engagées, ont au préalable subi des violences, VPI comprises, et aussi que les violences sexuelles au sein de l'armée sont particulièrement fréquentes (Gerber *et al* 2014, Iverson & Pogoda 2015).

Femmes âgées

Comme précédemment, peu de données sont disponibles sur les femmes âgées ou d'âge moyen (femmes n'étant plus en âge de procréer). Aux États-Unis, dans une zone rurale de l'état de Virginie, un projet a été mis en place impliquant des représentants de victimes et des professionnels des services sociaux, de santé, de police, etc. (Roberto *et al* 2013a, Roberto *et al* 2013b, Roberto *et al* 2013c). Une étude bibliographique menée en parallèle montre que les violences, y compris les VPI, chez les personnes de 50 ans et plus sont considérées comme de la violence domestique ou des abus de personnes âgées. Les focus groupes montrent l'absence de connaissance de la problématique « VPI » par les professionnels. En Espagne, une étude a été menée chez des femmes âgées de 55 à 70 ans (1 676 femmes recrutées lors d'une consultation médicale) (Montero *et al* 2013). La prévalence de VPI au cours de la vie est de 30 % (49 % chez les 55-59 ans). Elle est légèrement plus élevée que celle mesurée dans une enquête de 2010 chez les femmes espagnoles âgées de 18 à 70 ans (24 %). Les violences psychologiques sont les plus fréquentes, comme déjà montré. La durée moyenne de VPI est longue, 21 ans en moyenne. Cette étude suggère des liens entre ces VPI au cours de la vie et la santé actuelle des femmes. Par rapport aux femmes non-victimes, elles présentent de

manière significative une plus mauvaise santé physique et mentale, utilisent plus de médicaments (notamment antidépresseurs, tranquillisants), ont plus recours aux soins médicaux. L'impact est encore plus élevé en cas du cumul de violences psychologiques et physiques. Les auteurs soulignent l'importance de ne pas considérer que chez les plus âgées, les violences subies ne sont commises que par des membres de la famille ou des soignants.

3.1.2 Prévalence des homicides

Avant 2013, des données exhaustives sur les homicides survenus dans le cadre de VPI étaient disponibles notamment en France. Ce chapitre les actualise avec les données des systèmes de surveillance des États-Unis (*National Violent Death Reporting System* » ou NVDRS) et de la France (délégation aux victimes ou DAV). Il démarre par une revue systématique récente d'experts de l'OMS menée au niveau international sur les homicides et se termine par la présentation des résultats descriptifs d'une étude française sur des auteurs d'uxoricide (ou meurtres de l'épouse).

Stöckl *et al.* ont réalisé une revue systématique des travaux sur les prévalences d'homicides par le partenaire intime au niveau mondial (Stockl *et al* 2013). Pour ce travail, financé par l'OMS, les auteurs ont inclus à la fois des publications de revues à comité de lecture et des rapports de statistiques nationales. Des données ont été recueillies pour 66 pays, 492 340 homicides (commis à partir de 1989) ont été étudiés. Globalement, aucune information n'était disponible sur le type de relation entre la victime et le criminel pour 20,5 % des homicides. La prévalence médiane d'homicides par le partenaire intime est de 13,5 % (écart interquartile : 9,2 – 18,2), ce qui correspond à 1 homicide sur 7 commis par un partenaire intime. Les homicides de femmes sont six fois plus nombreux, avec une prévalence de 38,6 % (écart interquartile : 30,8 – 45,3), soit 1 homicide sur 3 commis par un partenaire intime. Pour les homicides d'hommes, la prévalence médiane est bien inférieure, soit 6,3 % (écart interquartile : 3,1 – 6,3). Les prévalences sont plus élevées dans les pays à hauts revenus et en Asie du Sud-Est (respectivement 41,2 % et 58,8 % pour les homicides de femmes). Ce résultat pourrait appuyer l'argument selon lequel, les homicides de couples seraient plus courants dans les pays avec des taux faibles d'homicides en général. Mais il pourrait aussi être lié à la qualité des données : peu de données sont issues des pays à niveaux faibles ou intermédiaires de revenus et certaines d'entre elles sont de moindre qualité (pas d'information sur le criminel).

Smith *et al.* ont étudié l'ensemble des décès survenant dans le cadre de VPI à l'aide des données 2003-2009 du système de surveillance NVDRS dans 11 états américains (Smith *et al* 2014). Quatre mille quatre cent soixante-dix morts ont été enregistrés pour 3 350 cas survenus de VPI. Parmi ces 3 350 cas, 28,5 % ont engendré plusieurs décès (entre 2 et 7). Les décès se distribuent en 80 % d'homicides, 18 % de suicides (des perpétrateurs), et 1 % d'intervention des forces de l'ordre ou d'origine indéterminée. Vingt pourcents des homicides (n=718) sont des victimes collatérales. Près de la moitié d'entre elles appartenaient à la famille, ce sont surtout des enfants (un quart des victimes collatérales a 17 ans ou moins). Vingt-sept pourcents sont d'autres partenaires intimes de la victime (ancien, nouveau, amant). Vingt pourcent sont des amis ou des connaissances, 3,5 % des étrangers aux partenaires, et 1,2 % des policiers.

En France, la DAV recense de manière exhaustive depuis 2006 les morts violentes au sein du couple. La Délégation exploite les télégrammes et synthèses de police judiciaire et les articles parus dans la presse nationale et régionale et analyse de manière détaillée les contextes de survenue. En 2014, 118 femmes sont décédées victimes de leur compagnon ou ex-compagnon, en moyenne une femme est décédée tous les trois jours (Délégation aux victimes 2015). Le chiffre était de 212 en 2013, 147 en 2012, 121 en 2011 et 146 en 2010. Parallèlement, en 2014, 124 femmes ont été victimes de tentative d'homicide (INHESJ/ONDRP 2015).

En France, dans la région d'Angers, des auteurs d'uxoricides (n=32) entre 1975 et 2005, ont été étudiés et comparés à des auteurs homicides extrafamiliaux (n=97) ou d'homicides intrafamiliaux (n=26) (Cechova-Vayleux *et al* 2013). Dans cette étude descriptive, les auteurs d'uxoricides avaient en moyenne 37,8 ans, 66 % était en activité professionnelle (principalement ouvrière). Parmi les antécédents psychiatriques, ont été identifiés : tentative de suicide (28 %), toxicomanie (9 %), alcoolisme (53 %) et troubles de l'humeur (16 %). Quarante-sept pourcent présentaient des antécédents de violence, 31 % des antécédents judiciaires. Cinquante-six pourcent avaient vécu des événements de vie traumatisants avant leurs 18 ans. Il n'existe quasiment pas de différence avec les autres auteurs d'homicide, sinon que ce sont significativement plus des ouvriers que les deux autres catégories, qu'ils présentent moins d'antécédents judiciaires que les auteurs d'homicides extrafamiliaux mais plus que les auteurs d'homicides intrafamiliaux. Les uxoricides sont survenus majoritairement en soirée, au domicile de la victime et lors d'une alcoolisation aiguë. Des différences sont observées dans le passage à l'acte, par rapport aux auteurs d'homicides extrafamiliaux, les auteurs uxoricides présentaient plus de symptômes dépressifs, restaient plus souvent sur le lieu de l'homicide et avaient une tendance à commettre plus souvent une tentative de suicide. Selon les auteurs, les caractéristiques de ces auteurs d'uxoricides et de ces conditions de passage à l'acte sont similaires à celles obtenues dans d'autres pays et sont importantes à prendre en compte en termes de prévention, sachant que des outils d'aide existent déjà pour repérer des auteurs de violences à risque de passage à l'acte (Campbell *et al* 2009). Ils discutent ensuite du portrait psychopathologique (homicide-suicide) de ces auteurs d'uxoricide.

3.2 Facteurs associés aux violences conjugales

La synthèse de 2013 montrait que les violences conjugales sont liées à de nombreux facteurs et ceci de manière complexe. Cette thématique semblait alors manquer de « bonnes » études comme en attestait notamment des revues systématiques sur le sujet. Aujourd'hui les études confirment que les violences sont associées à de nombreux facteurs, qu'ils se réfèrent à la victime ou à l'auteur (facteurs socio-économiques, de santé mentale, de maltraitance dans l'enfance, normes de genre, sociales, etc.), mais aussi à la collectivité ou la société dans son ensemble. Elles confirment la complexité des liens en montrant souvent des natures bidirectionnelles. Les facteurs traités ci-dessous, le sont soit parce que des travaux de poids ont été menés, soit parce que leur traitement s'est amplifié dans la littérature après 2012.

3.2.1 Alcool et autres substances psychoactives

La consommation d'alcool dans le contexte des VPI est bien présente à la fois chez les auteurs (22-55 %) et les victimes (8-25 %) et serait associée à des conséquences plus sévères des violences. Violence et alcool sont entrelacés et la nature des liens est toujours complexe.

Une méta-analyse a été publiée en 2013 sur l'association entre victimisation et consommation d'alcool (Devries *et al* 2014). Elle a été menée par un groupe d'experts dans le cadre de l'étude 2010 du fardeau des maladies. Cette étude confirme, pour les VPI physiques et sexuelles, l'association entre VPI et consommation d'alcool par la victime, cette association est de plus bidirectionnelle. Les méta-analyses d'études longitudinales fournissent les résultats suivants : risque de la VPI lié à l'alcool : OR=1,25 [1,07-1,52] ; risque de l'alcool lié à la VPI OR=1,25 [1,02-1,52]. Cependant dans la majorité des études, la prise en compte des facteurs de confusion est peu satisfaisante y compris la consommation par le partenaire intime, qui a été trouvée corrélée à celle de la victime. Aussi, si l'alcool est bien présent dans la VPI, son rôle, ici, chez les victimes, reste en suspens, cette étude ne permettant pas de résoudre les multiples hypothèses.

Consommations de substances et VPI (tous types durant l'année précédente) ont été étudiées dans le cadre de l'étude américaine NESARC (Gonzalez *et al* 2014, Reingle *et al* 2014). Cette étude s'appuie sur les déclarations d'une personne du couple pour recueillir à la fois la

victimisation et la perpétration par les deux partenaires, la bidirectionnalité est très présente, aussi ci-dessous la victimisation n'est pas forcément associée à la femme. Les résultats s'avèrent assez complexes. Dans la première vague de l'étude (2001-2002 ; 25 631 participants), la prévalence de perpétration de VPI lors des 12 derniers mois est de 5,7 %. La prévalence est significativement plus forte chez les femmes (4,2 % par les hommes et 7,0 % par les femmes), avec des actes significativement moins sévères et peu d'actes sexuels par rapport aux hommes. La perpétration est significativement associée à la consommation d'alcool, de drogue, de tabac ou la dépendance à ces substances, ainsi que d'autres troubles de la santé mentale (de l'axe I et II du DSM-V, « *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* », version 5). Par ailleurs, une analyse de ces données centrée sur le tabagisme, montre que le tabagisme actuel est significativement lié à la VPI chez les victimes et les auteurs (Crane *et al* 2014). Dans la deuxième vague de l'étude (2004-2005 ; 25 778 participants), la VPI est rapportée par 2 255 des répondants (8,7 %). Parmi ces 2 255 répondants, 75 % rapportent être victimes et 74 % rapportent être auteurs des actes (49 % rapportent les deux) (Gonzalez *et al* 2014, Reingle *et al* 2014). Vingt pourcent déclarent des abus ou de la dépendance à l'alcool. Lors des actes de violences, 16 % déclarent en consommer (toujours, pour 4 %), et 28 % déclarent des consommations par leur partenaire (toujours, pour 9 %). Ces déclarations de consommations sont plus associées à des répondants victimes qu'à des auteurs de violences. Chez les répondants, la consommation d'alcool pendant les violences est significativement associée à celle de marijuana et à la dépendance/abus d'alcool. Ceux (surtout des femmes) déclarant des consommations par leur partenaire, présentent des TSPT (troubles de stress post-traumatiques). Aucun des autres troubles de santé mentale n'est associé à l'alcool (dépression, anxiété, phobie, troubles de panique, etc.).

D'autres études montrent chez les femmes victimes de VPI, des liens entre TSPT, dépendance à l'alcool et actes de violences envers leur partenaire (Hellmuth *et al* 2013, Weiss *et al* 2014). D'autres montrent que les VPI seraient dépendantes des contextes sociaux de consommation d'alcool, des niveaux de consommation par la victime ou l'auteur des violences (Mair *et al* 2013). Les violences pourraient être différentes selon que l'alcool, la marijuana, le tabac sont consommés par les deux partenaires ou par un seul (Cunradi *et al* 2015). Il apparaît donc que la problématique de l'alcool et d'autres substances psychoactives est difficile à appréhender dans son ensemble, les situations sont multiples, il y a une problématique « femme » et une problématique « homme », quel que soit leur statut, victime ou acteur/actrice des violences.

Une étude espagnole rapporte que 34 % d'hommes (75 sur 235) engagés dans des traitements contre l'abus de drogues dans un hôpital de Catalogne, ont été auteurs de VPI l'année précédente (Gilchrist *et al* 2015). Une moitié est traitée pour l'alcool, une moitié pour la cocaïne, 31 % pour des opiacés. Vingt pourcent sont séropositifs pour le HIV. Les VPI sont associées à un faible niveau d'éducation, des comportements de domination/d'isolement, des maltraitances verbales et psychologiques vis-à-vis de la partenaire, des parents divorcés et de la maltraitance pendant l'enfance. De larges prises en charge s'avèrent donc nécessaires.

3.2.2 VPI, drogues et VIH

VPI, VIH et drogues sont décrits comme des facteurs qui interagissent entre eux avec des effets synergiques (effet syndémique). Le phénomène aux États-Unis est dénommé « *SAVA syndemic* » pour « *substance abuse, violence, et AIDS* ». La problématique est bien présente avec plusieurs revues dédiées, principalement américaines (McCree *et al* 2015, Phillips *et al* 2014, Siemieniuk *et al* 2013).

Les VPI seraient plus fréquentes chez les hommes consommant des drogues, la consommation de certaines d'entre elles (héroïne, crack notamment) a été associée à des formes plus sévères de VPI. Des fréquences plus élevées de VPI ont été montrées en cas d'infection par le VIH. Drogues et VIH sont communément liés, par la prise de drogues par injection ou par les comportements à risque associés aux consommateurs de drogues.

Les prévalences de VPI seraient plus élevées chez les femmes avec VIH que chez les autres. Les femmes victimes de VPI auraient un risque augmenté de contamination par le VIH. Elle se ferait par des rapports sexuels forcés ou non protégés avec le partenaire intime engagé dans des relations multiples ou des comportements à risques, mais aussi par des conduites sexuelles à risque des victimes elles-mêmes, avec d'autres partenaires. Ces conduites pourraient être favorisées par des problèmes de santé mentale ou la consommation de drogues, en lien potentiel avec les VPI. Les conséquences sur la santé se manifestent au niveau mental, du manque d'adhésion aux soins/tests médicaux, au suivi de traitement (en particulier en lien avec le VIH), etc.

Aux États-Unis, la progression du VIH a diminué mais il existe une grande disparité dans les évolutions. Ainsi en 2010, chez les femmes, les afro-américaines et les adolescentes justifiaient de 64 % des nouveaux cas d'infection en 2010 et de 66 % des nouveaux cas diagnostiqués en 2012 (McCree *et al* 2015). La principale voie de transmission est le contact hétérosexuel à risque. Une étude dans 15 états américains, montre que les femmes victimes de VPI sexuelles ou non sexuelles sont plus susceptibles que les autres d'avoir fait un test VIH (Nasrullah *et al* 2013). Cependant, si les victimes de VPI sont à risque de VIH, dans cette étude, la moitié d'entre elles n'a jamais fait de tests. Le CDC a mis en place un programme afin de prendre en charge ces problèmes de santé publique qui se conjuguent et ceci particulièrement dans certains groupes de populations, notamment les femmes à faible revenus vivant en milieu urbain ou de certaines origines étrangères (Dhairyawar *et al* 2013, Illangasekare *et al* 2013, McCree *et al* 2015).

3.2.3 Lieu de résidence

Des facteurs en milieu rural sont décrits comme potentiellement en faveur de la VPI : contrôle plus facile des victimes en lien avec l'isolement ou encore traditions plus marquées au niveau du rôle des genres. Concernant, la prise en charge, les structures médicales dont les urgences, les refuges sont a priori moins accessibles en milieu rural. Les liens entre prévalence de VPI et niveau de ruralité ne sont en fait pas très homogènes à travers les études. Les définitions variées des niveaux de ruralité en sont vraisemblablement en partie responsables. Dans ce contexte, Ruiz-Pérez *et al.* ont étudié cette problématique en Espagne, dans le cadre d'un large programme de recherche sur les VPI, dont les objectifs sont d'obtenir des données représentatives sur la prévalence, les facteurs de risque et les effets de santé (Ruiz-Perez *et al* 2015). Les VPI ont été mesurées chez des femmes consultant en soins primaires (n=10 322), la prévalence est de 24,8 %. L'indicateur de ruralité utilisé tient compte pour chacune des communes à la fois de la densité de population, et d'indicateurs sur les populations âgées, très jeunes, immigrées, retraitées, du niveau économique, des activités agricoles, du travail indépendant, du nombre de logement, de la pollution atmosphérique et du bruit extérieur. Les VPI au cours de la vie apparaissent significativement plus fortes lorsque la ruralité diminue et ceci indépendamment de l'âge de la victime, du nombre d'enfants, du revenu mensuel du ménage, de la nationalité, du statut professionnel, du soutien. Allant dans le même sens, la santé perçue est significativement moins bonne dans les zones les moins rurales, par contre aucune différence n'est observée pour la santé mentale. L'étude des liens entre facteurs sociodémographiques et VPI ne montre pas de différence importante en fonction du niveau de ruralité. Les facteurs associés positivement à la VPI sont quel que soit le niveau de ruralité : le fait d'être séparé/divorcé, d'avoir des enfants, un faible niveau d'éducation et un faible support. Ces facteurs ont déjà été associés à la VPI, y compris la séparation des couples. Ces résultats pourraient signifier des VPI plus fréquentes en milieu urbain dans la mesure où selon les auteurs les services de santé sont bien implantés et bien utilisés par les populations rurales. Les auteurs se questionnent cependant sur les différences entre environnements rural et urbain car selon eux l'accès à des services d'aides aux victimes de VPI (refuge, logement provisoire, conseil, aide, sociale ou psychologique, avocat) est moindre en milieu rural.

Ces dernières années, des études se sont multipliées autour du rôle du quartier de résidence (« *neighborhood environment* ») sur la VPI, en s'appuyant, aux États-Unis, sur des théories de désorganisation sociale. L'application de ces théories aux VPI est relativement récente alors qu'elles ont été traditionnellement utilisées pour étudier la criminalité (Raghavan *et al* 2006). L'hypothèse est que ceux qui vivent dans des quartiers défavorisés entretiennent de faibles liens sociaux avec leur voisinage, limitant ainsi leur capacité à maintenir une « paix » sociale par un contrôle collectif, ce qui conduit à de plus haut taux de criminalité, violences incluses.

Le rôle potentiel de facteurs non individuels, a depuis longtemps été intégré aux modèles multidimensionnels conceptualisant l'étiologie des VPI (Heise 1998). Une revue systématique des études sur la thématique a été réalisée en 2015 (Beyer *et al* 2015). Parmi les 36 études retenues, 22 ont été menées aux États-Unis, une au Canada et 13 dans des pays en voie de développement. Les auteurs, en date de février 2012, n'ont identifié aucune étude européenne. La majorité des études porte sur les VPI physiques ou sexuelles et incluent au niveau individuel, les facteurs sociodémographiques habituels. L'échelle géographique d'analyse est le plus souvent celle du « *census tract* » (soit l'équivalent d'une petite commune ou division de commune avec autour de 4 000 habitants). L'échelle plus fine, le « *census block group* » (équivalent de l'IRIS), n'a pas été utilisée. Les variables prédictives associées au quartier sont surtout issues du recensement et sont de types socioéconomiques ou démographiques. Les études s'appuyant sur la théorie de désorganisation sociale, construisent à l'aide des variables du recensement des indices de défaveur sociale (souvent par analyses factorielles), d'autres ont tenté d'inclure directement des concepts de la théorie comme l'efficacité collective, la cohésion sociale, etc. Des données criminelles issues des bases policières ont aussi été incluses. La majorité des études lie la VPI à des facteurs des quartiers, indépendamment des facteurs individuels, parmi ceux-ci : plus fort niveau de chômage, plus faibles niveaux de revenus, plus faibles taux de propriétaires, plus faible niveau d'alphabétisation chez les hommes, plus forte concentration de pauvreté/défaveur, plus forte mobilité/instabilité résidentielle, plus forte exposition des populations à la violence, etc.

Après cette revue, plusieurs travaux européens ont été publiés. En Angleterre, des indices institutionnels de défaveur et de criminalité ont été utilisés dans le cadre de la BCS 2008-2009 (Khalifeh *et al.* 2013a). L'indice de défaveur est basé sur sept domaines : éducation/formation, emploi, revenu, santé/invalidité, logement/services, cadre de vie et la criminalité. L'indice de criminalité est basé sur les données policières de crime et de comportements antisociaux. Les deux indices sont disponibles au niveau d'unités géographiques homogènes de 1 500 habitants en moyenne (« *lower super output area level* »). Les VPI au cours de la vie, globales ou physiques (mais pas psychologiques) sont significativement et positivement associées à la défaveur, mais pas à la criminalité. Ces associations sont indépendantes des variables individuelles socioéconomiques. Les femmes vivant dans des zones défavorisées seraient donc plus à risque de VPI physique. A noter, qu'il est souvent dit de façon générale, que les VPI touchent toutes les classes sociales, cependant, les études sur les facteurs de risque (à l'aide de modèles multivariés), montrent plus de VPI dans les classes les plus défavorisées.

Deux études espagnoles ont aussi été publiées (Gracia *et al.* 2014, Gracia *et al* 2015). La première explore la thématique en utilisant, ce qui n'avait pas encore été fait, une approche par modélisation spatiale (modèle bayésien) afin de prendre notamment en compte l'auto corrélation spatiale qui peut exister lorsqu'on utilise de petites unités géographiques ou encore des facteurs non mesurés qui influenceraient le risque de VPI. Le travail a été mené à Valence au niveau de l'IRIS, les auteurs s'appuient sur la théorie de la désorganisation sociale en étudiant des facteurs correspondant aux niveaux socioéconomiques, d'immigration, de crime et de troubles rapportés par la police, de troubles sociaux ou physiques (recueillis pour chacun des IRIS par des évaluateurs : présences de mégots, de déjections canines dans les rues, de graffitis, de logements vacants ou abandonnés, d'immeubles décrépis vandalisés, etc.). Les cas de VPI utilisés proviennent des services de police pour lesquels la justice a émis un statut de protection pour la victime (policière, sociale, etc.). En tout, 368 ordres de protection ont été

inclus (0 à 16 cas par IRIS). Le nombre de cas de VPI est significativement plus élevé dans les zones géographiques où les immigrés sont plus nombreux, où l'activité policière et les troubles physiques sont les plus forts. L'étude a été répétée ultérieurement avec plus de cas de VPI (1 623) et l'inclusion de variables supplémentaires principalement socioéconomiques (issues du recensement) ou encore les niveaux d'instabilité résidentielle. Le nombre de cas de VPI est dans cette seconde étude toujours plus élevé dans les zones géographiques où les immigrés sont plus nombreux, où l'activité policière et les troubles physiques sont les plus élevés, mais aussi ici, où les niveaux d'éducation et les statuts économiques sont faibles. Dans les zones géographiques de Valence concentrant la défaveur et les populations immigrées, les femmes seraient aussi donc plus à risque de VPI.

Beyer *et al.* ont étudié les effets de la défaveur sociale et de l'instabilité résidentielle sur les féminicides commis par un partenaire intime dans le Wisconsin aux États-Unis (Beyer *et al* 2013). Un de leurs objectifs était de voir les effets dans les unités géographiques rurales et urbaines. Il s'avère que leurs indicateurs de défaveur et d'instabilité, très similaires à ceux utilisés dans les autres études, ne sont pas adaptés au contexte rural. Les féminicides avec instabilité et défaveur sont dans des unités géographiques urbaines et pas rurales. Pour les auteurs, ceci renforce les arguments selon lesquels, la compréhension et la réduction de la VPI ne peuvent se faire qu'à l'aide de stratégies multi niveaux.

3.3 Conséquences des violences conjugales sur la santé

Comme décrit dans le précédent rapport, les conséquences sur la santé des victimes de VPI sont de multiples formes, physiques, mentales, sexuelles et reproductives. Elles sont directes ou indirectes en partie du fait que les femmes ne sont pas en situation de se soigner, se faire suivre. Ces situations sont rencontrées notamment dans le contexte de maladies chroniques telles que le diabète. Ainsi Cesario *et al.* soulignent l'importance de dépister certains cancers chez les victimes de VPI, notamment les cancers du col de l'utérus qui seraient plus élevés qu'en population générale (Cesario *et al* 2014).

Dans cette actualisation, la problématique de la santé mentale est très présente, comme facteur de risque des VPI et comme conséquences des VPI. Une revue systématique montre que par rapport à des populations sans VPI, les victimes de VPI souffrent plus de dépression (la plus étudiée) de TSPT, d'anxiété, et de comorbidités, telles que des consommations de substances psychoactives, des idées suicidaires ou des troubles du sommeil (Lagdon *et al* 2014). La sévérité et l'étendue des VPI peuvent augmenter les symptômes. Les effets des VPI psychologiques sur la santé mentale sont plus importants que ce qui a été pensé originellement ; selon les auteurs de cette revue, ces formes de VPI devraient être plus considérées comme une forme grave de VPI qu'elles ne le sont actuellement. Des facteurs comme la maltraitance dans l'enfance peuvent influencer la santé mentale induite par les VPI. Dans la méta-analyse de Devries *et al.* qui montre un lien temporel entre les actes de VPI et la survenue de symptômes dépressifs certaines des études ne mesurent que les violences physiques ou sexuelles. (Devries *et al* 2013). A noter que des études n'incluent pas les violences psychologiques du fait de l'absence d'outils standardisé de recueil.

En Espagne, dans la région de Madrid, des enquêtes sur les VPI sont réalisées tous les 5 ans. Une analyse des données 2009-2010, étudie la santé des femmes qui bien que victimes ne se perçoivent pas comme telles (Sonogo *et al* 2013). Les violences ont été recueillies à l'aide de l'échelle des tactiques de conflits et du questionnaire de l'Enveff auprès de 2 821 femmes. La prévalence des VPI non perçues est largement supérieure à celle des VPI perçues (8,8 % versus 3,4 %). Les VPI non perçues sont à 91 % de type psychologique. Ces femmes présentent un moins bon état de santé que les femmes sans VPI (Tableau 15).

I TABLEAU 15 I

Prévalence des troubles de santé et de soins médicaux (d'après Sonogo *et al.* 2013)

	Sans VPI (n=2 478) %	VPI non perçue (n=247) %	VPI perçue (n=96) %
Santé générale			
<i>Perception d'une mauvaise santé</i>	28,2	36,8	47,9
<i>Limitation dans les activités du à des problèmes de santé</i>	17,6	23,9	32,3
<i>Souffre d'après le médecin de :</i>			
<i>Asthme/bronchite chronique</i>	6,9	11,7	8,3
<i>Fibromyalgie</i>	2,1	2,4	5,2
<i>Maladie cardiaque</i>	2,3	3,6	5,2
<i>Ulcère à l'estomac</i>	2,8	6,1	9,4
Santé mentale			
<i>Dépression (score du PHQ-9≥10)</i>	7,7	24,3	32,3
<i>Souffre d'après le médecin de :</i>			
<i>Trouble de l'anxiété</i>	12,1	28,3	34,4
<i>Trouble dépressif</i>	9,3	17,8	32,3
Autres problèmes de santé			
<i>Accidents lors des 12 derniers mois</i>	4,4	10,5	9,4
<i>Tabagisme actif</i>	29,9	42,1	45,8
Médicaments pris lors des 2 derniers mois			
<i>Décongestionnants, remèdes contre les rhumes, la grippe</i>	35,3	48,2	45,8
<i>Antibiotiques</i>	17,6	25,1	24,0
<i>Méd. Soins gastro-intestinaux</i>	14,4	21,1	16,7
<i>Med. Soins perte de poids</i>	2,0	7,3	2,1
<i>Tranquillisants, anxiolytiques</i>	14,8	23,5	33,3
<i>Antidépresseurs, stimulants</i>	5,9	14,6	15,6
<i>Conseil, soutien, psychothérapies</i>	2,7	6,9	10,4
Consultations médicales effectuées lors des 12 derniers mois			
<i>Urgences</i>	21,9	33,3	35,7
<i>Gastroentérologie</i>	3,6	6,5	4,2
<i>Cardiologie</i>	2,1	3,2	5,2
<i>Chirurgie générale</i>	1,7	2,0	5,2
<i>Neurologie</i>	2,2	3,6	5,2
<i>Psychiatrie</i>	1,9	3,6	8,3
<i>Traumatologie</i>	10,7	14,2	16,7
<i>Travailleurs sociaux</i>	2,2	6,5	15,6

En analyses multivariées (modèles ajustés sur l'âge, les violences dans l'enfance, la défaveur socioéconomique, etc.), chez les victimes ne percevant pas les VPI par rapport aux femmes sans VPI, 23 des 26 problèmes étudiés sont significativement plus présents, l'effet le plus élevé étant mesuré pour la dépression (score du PHQ9²⁰ ; OR=3,4 IC 95 % [1,4-4,8]). D'autres problèmes sont très marqués : des troubles d'anxiété ou dépressifs (selon le médecin et rapportés par la victime), la prise de divers médicaments (tranquillisants, anxiolytiques, mais aussi antibiotiques, médicaments du système gastro-intestinal, etc.), des consultations aux urgences (OR=1,7 IC 95 % [1,2-2,3]) ou pour des soins de l'appareil digestif, traumatologiques, des visites à des travailleurs sociaux, le tabagisme et les accidents. Chez les victimes percevant les VPI, comparées aux non victimes, les effets sont plus grands que chez les victimes ne les percevant pas, en particulier pour la dépression (score du PHQ9 ; OR=4,1 IC

²⁰ PHQ9 est une échelle permettant de dépister, diagnostiquer, suivre et mesurer la sévérité de la dépression. Elle intègre les critères diagnostics du DSM-V et d'autres symptômes majeurs de la dépression ; Un score égal ou supérieur à 10 indique la présence de dépression.

95 % [2,5-6,8]). Ceci traduirait selon les auteurs, des VPI perçues qui durent depuis plus longtemps que les VPI non perçues, qui sont plus sévères incluant plusieurs types de violences. La comparaison cette fois des VPI perçues et non perçues montre peu de différences, seules sont significativement plus détériorées chez les VPI perçues, la santé perçue, le diagnostic de dépression du médecin rapporté par la victime et la consultation de travailleurs sociaux. Cette étude confirme la variété des problèmes de santé chez les femmes victimes de VPI, l'importance qui doit être accordée aux VPI psychologiques, l'importance de faire prendre conscience des VPI aux femmes qui sont victimes et que l'identification des victimes, en particulier dans les pratiques cliniques, nécessite l'utilisation de questions adéquates. La prise en charge de ces femmes combinant VPI/santé mentale voire consommation d'alcool ou de drogues apparaît complexe avec nécessité d'interventions multidisciplinaires tant ces facteurs sont intriqués et liés de manière bidirectionnelle (Mason & O'Rinn 2014). A noter qu'une méta-analyse confirme que les victimes de VPI sont plus à risque de tabagisme que les non victimes (Crane *et al* 2013).

3.4 Prise en charge des victimes de VPI

Les articles sur le dépistage des victimes de VPI en milieu médical sont toujours très nombreux (interventions, barrières, acceptation par les victimes ou les professionnels, moyens, etc.). Concernant le dépistage systématique (ou universel) des victimes par le corps médical, bien qu'il ait été institutionnalisé dans quelques états américains et/ou parfois dans certaines conditions (femmes enceintes), il semble globalement, abandonné, car n'apparaissant pas à ce jour, comme une avancée pour la santé des femmes. Deux revues systématiques (Collaboration Cochrane) ont été réalisées et ceci par la même équipe de chercheurs, la première a porté sur les études publiées jusqu'en juillet 2012 et la seconde a actualisée jusqu'en février 2015 (O'Doherty *et al* 2015, O'Doherty *et al* 2014, Taft *et al* 2013). Respectivement 11 et 13 études seulement ont pu être incluses. Toutes comparent les résultats du dépistage par rapport à ceux obtenus lors de pratiques de soins habituelles. Les conclusions sont les mêmes, le dépistage augmente de façon modérée le nombre de victimes repérées, l'effet étant surtout mesuré dans des services de consultations prénatales. Il n'y a pas de preuves qu'il augmente le guidage des victimes vers des services spécialisés de prise en charge (services sociaux par exemple), ni qu'il ne génère aucun effet négatif sur les victimes, ni qu'il diminue ultérieurement les VPI subies par ces victimes. Cependant, certains des effets ne sont étudiés que dans peu d'études (voire une seule pour les effets négatifs). Aussi les auteurs concluent qu'aucune preuve favorable à la mise en place d'un dépistage systématique des victimes, n'existe à ce jour. D'autres travaux sont nécessaires incluant aussi notamment des effets sur le moyen/long terme, les coûts, etc.

Dans ce contexte, l'OMS a émis des recommandations pour aider les médecins à s'enquérir des VPI uniquement dans des situations où les troubles de santé peuvent être causés ou aggravés par des VPI (OMS 2013) comme par exemple:

- Symptômes de dépression, d'anxiété, de trouble de stress post-traumatique, de troubles du sommeil,
- Conduites suicidaires ou autodestructrices,
- Consommation d'alcool et d'autres drogues,
- Douleurs chroniques (inexpliquées),
- Symptômes gastro-intestinaux chroniques inexpliqués,
- Symptômes génito-urinaires inexpliqués, et notamment infections fréquentes des reins et de la vessie,
- Issues génésiques défavorables, et notamment plusieurs grossesses non planifiées et/ou fausses couches, recours tardif aux soins prénatals, mortinaissances,
- Symptômes génésiques inexpliqués et notamment douleurs pelviennes, troubles sexuels,
- Saignements vaginaux répétés et infections sexuellement transmissibles,

- Blessures traumatiques, en particulier si répétées et assorties d'explications vagues ou peu plausibles,
- Problèmes liés au système nerveux central, céphalées, problèmes cognitifs, perte auditive,
- Consultations de santé répétées sans diagnostic clair,
- Ingérence du partenaire ou de l'époux pendant les consultations.

Les conseils et les mesures guides proposés portent sur le comportement à mettre en œuvre face à une victime de VPI, les prises en charge médicales, psychologiques/mentales, sur le court et le moyen terme, l'information des victimes, la nécessité de mobilisation de soutien social ; des recommandations sont aussi faites pour les enfants des victimes.

L'exposition des enfants aux VPI apparaît aujourd'hui de plus en plus reconnue comme une forme de maltraitance avec des conséquences sur la santé et le comportement des enfants (Bair-Merritt *et al* 2013, MacMillan & Wathen 2014). Les effets sont multiples et chez les plus jeunes, le développement affectif peut être atteint. Les expositions peuvent être directes (les enfants voient ou entendent) ou indirectes via les effets des VPI sur la santé de la mère ou le comportement des parents. Ces expositions, souvent associées à d'autres maltraitances sont de plus des facteurs de risque de VPI (perpétrateur ou victime) à l'adolescence ou à l'âge adulte et plus globalement d'entrée dans un cycle de violence intergénérationnelle, mais aussi de problèmes de santé mentales et physiques à l'âge adulte, d'échec dans la vie professionnelle, etc. Aux États-Unis, l'académie des pédiatres s'est prononcée pour une intervention des pédiatres dans le dépistage et la prise en charge de ces enfants (Thackeray *et al* 2010).

Dans le cadre du programme DAPHNE III de l'UE, un rapport décrit des études d'intervention en médecine générale ou en maternité (Bacchus *et al* 2012). Elles ont été menées dans 7 pays européens : Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas, Espagne, Belgique, Finlande et Serbie. A signaler qu'en Espagne, le Ministère de la santé et de la consommation a publié en 2007 un protocole pour répondre de manière standardisée aux violences de genre en milieu médical. Ce protocole recommande un dépistage sélectif, soit en présence de suspicion. Les provinces ont en fait adapté chacune ce protocole à leur propre contexte, certaines appliquent un dépistage systématique. Elles doivent transmettre annuellement leurs données au Ministère pour une surveillance épidémiologique et un suivi des interventions (Bacchus *et al* 2012). Cependant, en pratique, une étude montre que le dépistage repose toujours sur le bon vouloir des professionnels de santé et que des barrières demeurent, la formation des médecins et des infirmières n'a pas suivi, les évaluations du dépistage sont très peu pratiquées (Goicolea *et al* 2013a). Une autre met en évidence les difficultés d'intégrer la prise en charge de telles victimes dans l'organisation des systèmes de soins actuels et aussi celles pour fournir des formations adaptées aux personnels (Goicolea *et al* 2013b).

En France, des recommandations avaient été faites en 2002 par l'académie de médecine sous la plume du Professeur Henrion. Parmi elles figuraient : « renforcer la formation initiale et continue des médecins et les inciter à dépister les violences au moindre soupçon, saisir l'occasion pour les mettre en évidence » (Henrion 2014). Des avancées ont été faites pour la prise en charge des femmes enceintes. D'autres auraient aussi été faites pour l'enseignement des médecins. Une enquête nationale menée en 2013 par questionnaire auprès des étudiants en médecine (plus de 32 000) conforte la nécessité de formation (Auslender 2015). Mille quatre cent soixante-douze étudiants ont répondu. Les connaissances sur les violences faites aux femmes sont faibles, mais seulement 80 % déclarent avoir reçu une formation. Soixante pourcent considèrent que la prise en charge est peu adaptée et 90 % jugent que le rôle du médecin est important et majeur pour mieux dépister et traiter les conséquences de ces violences. Selon le Pr Henrion dans son texte de 2014, « une des failles [du système de prise en charge en France] reste la réticence des médecins pris entre le respect de la vie privée, le secret professionnel et le devoir de porter secours ». En 2014, la revue de l'infirmière a réalisé un dossier thématique : « Femmes victimes de violences et santé » (n°2015). Il comprend des

articles généraux ou d'expériences sur les méthodes de repérage par les médecins généralistes (Lazimi 2014), de repérage aux urgences (Le Griguer Atig 2014), de prise en charge psychologique (Lopez 2014) et sur des aspects juridiques (Durand 2014). Le Griguer Atig rapporte l'expérience au sein du service d'urgence de l'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois (93) où un dépistage systématique des femmes victimes de violences a été mis en place. Dans ce dossier, un article porte aussi sur l'unité médico-judiciaire de Dijon organisée au sein d'un service dépendant du CHU et l'implication de leurs personnels, médecins et infirmiers (Bernard 2014).

4. CONCLUSION

Par rapport à la période pré-2013, les travaux sur les VPI sont toujours aussi nombreux voire un peu plus nombreux (nombres de publication dans Pubmed x1,4 par mois, sur la période janvier 2013-mars 2016 par rapport à la période janvier 2000-décembre 2012). Tous les axes semblent bien pris en compte, avec pour certains des études de poids dont des méta-analyses souvent d'ailleurs menés par des experts auprès de l'OMS.

Des standardisations au niveau des protocoles ont été menées pour les études de prévalence. L'inclusion des violences envers les hommes est de plus en plus marquée, de même que l'étude des violences bidirectionnelles. Les études de prévalence dans des populations spécifiques sont bien présentes. Ces populations à risques de VPI semblent de plus en plus attirer l'attention tant en termes de facteurs de risques que de conséquences. Pour certaines de ces populations, comme celles d'origine étrangère, les conclusions sont encore difficiles en termes de prévalence. Dans ces populations spécifiques comme en population générale, les facteurs de risque sont bien traités. Pour nombre d'entre eux (alcool, santé mentale, etc.) la complexité des interactions semble acquise (liens bidirectionnels, effets synergiques, etc.). Les interventions devront donc y répondre.

Concernant les conséquences sur la santé des victimes, comme précédemment les effets directs et indirects à court et long terme sont décrits. La santé mentale est très présente lors de cette actualisation. Les études pointent l'importance de considérer davantage les VPI psychologiques tant leurs effets sur la santé des femmes est considérable. Aucun recueil standardisé de ces VPI n'a encore été mis au point, aussi elles sont exclues de certaines études, notamment les revues systématiques ou les méta-analyses. Concernant les effets sur les enfants, ils sont de plus en plus reconnus comme de la maltraitance et de nombreux travaux portent sur leurs conséquences potentielles (santé, sociale, etc.) tout au long de la vie. Le débat sur le dépistage systématique versus le dépistage en cas de suspicion de VPI, s'est apaisé en lien avec des travaux d'évaluation montrant l'absence de preuves d'effets positifs du dépistage systématique sur les victimes. Des recommandations ont été faites pour définir les conditions de suspicions. Cependant, dans de nombreux pays, les systèmes de santé ne semblent pas encore adaptés ou organisés pour ce dépistage.

Références

- ACOG. 2013. ACOG Committee opinion no. 554: reproductive and sexual coercion. *Obstetrics and gynecology* 121: 411-5
- Adams AE, Greeson MR, Kennedy AC, Tolman RM. 2013. The effects of adolescent intimate partner violence on women's educational attainment and earnings. *Journal of interpersonal violence* 28: 3283-300
- Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. 2015. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Journal of women's health (2002)* 24: 100-6
- Alhusen JL, Wilson D. 2015. Pregnant mothers' perceptions of how intimate partner violence affects their unborn children. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG* 44: 210-7
- Auslender V. 2015. Les violences faites aux femmes: enquête nationale auprès des étudiants en médecine. Thèse, doctorat en médecine, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie - Université Paris 6
- Bacchus L, Bewley S, Fernandez C, Hellbernd H, Lo Fo Wong S, et al. 2012. Health sector responses to domestic violence in Europe: A comparison of promising intervention models in maternity and primary care settings. London School of Hygiene & Tropical Medicine: London. <http://diverhse.eu> and <http://diverhse.org>
- Bair-Merritt M, Zuckerman B, Augustyn M, Cronholm PF. 2013. Silent victims--an epidemic of childhood exposure to domestic violence. *The New England journal of medicine* 369: 1673-5
- Bergmann JN, Stockman JK. 2015. How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States?: A systematic review of the literature. *Contraception* 91: 438-55
- Bernard V. 2014. Prise en charge des femmes victimes de violences en unité médico-judiciaire. *Revue de l'infirmiere* 63: 33-35
- Beyer K, Wallis AB, Hamberger LK. 2015. Neighborhood environment and intimate partner violence: a systematic review. *Trauma, violence & abuse* 16: 16-47
- Beyer KM, Layde PM, Hamberger LK, Laud PW. 2013. Characteristics of the residential neighborhood environment differentiate intimate partner femicide in urban versus rural settings. *The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association* 29: 281-93
- Boyle E, Cancelliere C, Hartvigsen J, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD. 2014. Systematic review of prognosis after mild traumatic brain injury in the military: results of the International Collaboration on mild traumatic brain injury prognosis. *Arch Phys Med Rehabil* 95: S230-7
- Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. 2014. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)* 63: 1-18
- Bundock L, Howard LM, Trevillion K, Malcolm E, Feder G, Oram S. 2013. Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: a systematic review. *Journal of psychiatric research* 47: 1134-42
- Campbell JC, Webster DW, Glass N. 2009. The danger assessment: validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of interpersonal violence* 24: 653-74

CDC. 2014. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization - National intimate partner and sexual violence survey, United State, 2011. MMWR. Morbidity and mortality weekly report 63: 1-18

CDC. 2016. Understanding teen dating violence. Fact sheet --
www.cdc.gov/violenceprevention

Cechova-Vayleux E, Leveillee S, Lhuillier JP, Garre JB, Senon JL, Richard-Devantoy S. 2013. [Female intimate partner homicide: clinical and criminological issues]. L'Encephale 39: 416-25

Cesario SK, McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. 2014. Linking cancer and intimate partner violence: the importance of screening women in the oncology setting. Clinical journal of oncology nursing 18: 65-73

Clark CJ, Spencer RA, Everson-Rose SA, Brady SS, Mason SM, et al. 2014. Dating violence, childhood maltreatment, and BMI from adolescence to young adulthood. Pediatrics 134: 678-85

Costa D, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, Soares J, et al. 2015a. Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation 24: 463-71

Costa D, Soares J, Lindert J, Hatzidimitriadou E, Sundin O, et al. 2015b. Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. International journal of public health 60: 467-78

Costa D, Soares JJ, Lindert J, Hatzidimitriadou E, Karlsson A, et al. 2013. Intimate partner violence in Europe: design and methods of a multinational study. Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S 27: 558-61

Crane CA, Hawes SW, Weinberger AH. 2013. Intimate partner violence victimization and cigarette smoking: a meta-analytic review. Trauma, violence & abuse 14: 305-15

Crane CA, Pilver CE, Weinberger AH. 2014. Cigarette smoking among intimate partner violence perpetrators and victims: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions 23: 493-501

Cunradi CB, Todd M, Mair C. 2015. Discrepant Patterns of Heavy Drinking, Marijuana Use, and Smoking and Intimate Partner Violence: Results From the California Community Health Study of Couples. Journal of drug education 45: 73-95

Davidov DM, Larrabee H, Davis SM. 2015. United States emergency department visits coded for intimate partner violence. The Journal of emergency medicine 48: 94-100

Decker MR, Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Anderson H, et al. 2014. Recent partner violence and sexual and drug-related STI/HIV risk among adolescent and young adult women attending family planning clinics. Sexually transmitted infections 90: 145-9

Délégation aux victimes. 2015. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple - Année 2014. Ministère de l'intérieur www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiqués/Morts-violentes-au-sein-du-couple-118-femmes-decedees-en-2014

Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, et al. 2014. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. Addiction (Abingdon, England) 109: 379-91

Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, et al. 2013. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. PLoS medicine 10: e1001439

- Dhairyan R, Tariq S, Scourse R, Coyne KM. 2013. Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner city clinic in the UK: prevalence and associated factors. *HIV medicine* 14: 303-10
- Du Mont J, Forte T. 2014. Intimate partner violence among women with mental health-related activity limitations: a Canadian population based study. *BMC public health* 14: 51
- Durand E. 2014. [Adapting the law to offer better protection to female victims of violence]. *Revue de l'infirmiere* 205: 19-20
- Exner-Cortens D, Eckenrode J, Rothman E. 2013. Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics* 131: 71-8
- Fernandez-Gonzalez L, O'Leary KD, Munoz-Rivas MJ. 2014. Age-related changes in dating aggression in Spanish high school students. *Journal of interpersonal violence* 29: 1132-52
- Fernbrant C, Emmelin M, Essen B, Ostergren PO, Cantor-Graae E. 2014. Intimate partner violence and poor mental health among Thai women residing in Sweden. *Global health action* 7: 24991
- Gerber MR, Iverson KM, Dichter ME, Klap R, Latta RE. 2014. Women veterans and intimate partner violence: current state of knowledge and future directions. *Journal of women's health (2002)* 23: 302-9
- Gilchrist G, Blazquez A, Segura L, Geldschlager H, Valls E, et al. 2015. Factors associated with physical or sexual intimate partner violence perpetration by men attending substance misuse treatment in Catalunya: A mixed methods study. *Criminal behaviour and mental health* : CBMH 25: 239-57
- Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Ohman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. 2013a. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC public health* 13: 1162
- Goicolea I, Vives-Cases C, San Sebastian M, Marchal B, Kegels G, Hurtig AK. 2013b. How do primary health care teams learn to integrate intimate partner violence (IPV) management? A realist evaluation protocol. *Implementation science* : IS 8: 36
- Gonzalez JM, Connell NM, Businelle MS, Jennings WG, Chartier KG. 2014. Characteristics of adults involved in alcohol-related intimate partner violence: results from a nationally representative sample. *BMC public health* 14: 466
- Gracia E, Lopez-Quilez A, Marco M, Lladosa S, Lila M. 2014. Exploring neighborhood influences on small-area variations in intimate partner violence risk: a Bayesian random-effects modeling approach. *International journal of environmental research and public health* 11: 866-82
- Gracia E, Lopez-Quilez A, Marco M, Lladosa S, Lila M. 2015. The Spatial Epidemiology of Intimate Partner Violence: Do Neighborhoods Matter? *American journal of epidemiology* 182: 58-66
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. 2014. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine* 11: e1001581
- Heise L. 1998. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women* 4: 262-90
- Hellmuth JC, Jaquier V, Young-Wolff K, Sullivan TP. 2013. Posttraumatic stress disorder symptom clusters, alcohol misuse, and women's use of intimate partner violence. *Journal of traumatic stress* 26: 451-8
- Henrion R. 2014. [Domestic violence: any progress?]. *Bulletin de l'Academie nationale de medecine* 198: 893-903

- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. 2013. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine* 10: e1001452
- Illangasekare SL, Burke JG, McDonnell KA, Gielen AC. 2013. The impact of intimate partner violence, substance use, and HIV on depressive symptoms among abused low-income urban women. *Journal of interpersonal violence* 28: 2831-48
- INHESJ/ONDRP. 2015. Éléments de mesure des violences au sein du couple en 2014. Rapport annuel www.inhesj.fr/sites/default/files/files/ondrp.../2-9_violences_couple.pdf: 34 p.
- Iverson KM, Pogoda TK. 2015. Traumatic brain injury among women veterans: an invisible wound of intimate partner violence. *Medical care* 53: S112-9
- James L, Brody D, Hamilton Z. 2013. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims* 28: 359-80
- Johnson H. 2008. *Violence against women: an international perspective*. New-York: Springer Science + Business Media, LLC: 295p
- Johnson WL, Giordano PC, Manning WD, Longmore MA. 2015. The age-IPV curve: changes in the perpetration of intimate partner violence during adolescence and young adulthood. *Journal of youth and adolescence* 44: 708-26
- Khalifeh H, Hargreaves J, Howard LM, Birdthistle I. 2013a. Intimate partner violence and socioeconomic deprivation in England: findings from a national cross-sectional survey. *American journal of public health* 103: 462-72
- Khalifeh H, Howard LM, Osborn D, Moran P, Johnson S. 2013b. Violence against people with disability in England and Wales: findings from a national cross-sectional survey. *PLoS one* 8: e55952
- Kimber M, Henriksen CA, Davidov DM, Goldstein AL, Pitre NY, et al. 2015. The association between immigrant generational status, child maltreatment history and intimate partner violence (IPV): evidence from a nationally representative survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 50: 1135-44
- Kimber MS, Boyle MH, Lipman EL, Colwell SR, Georgiades K, Preston S. 2013. The associations between sex, immigrant status, immigrant concentration and intimate partner violence: evidence from the Canadian General Social Survey. *Global public health* 8: 796-821
- Lagdon S, Armour C, Stringer M. 2014. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation : a systematic review. *Eur J psychotraumatol* 5: 24794
- Lazimi G. 2014. Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences. *Revue de l'infirmière* 63: 25-27
- Le Griguer Atig F. 2014. Dépistage systématique des violences conjugales au service d'accueil d'urgence. *Revue de l'infirmière* 205: 31-2
- Lopez G. 2014. [Psychological consequences and treatment of female victims of violence]. *Revue de l'infirmière* 205: 28-30
- MacMillan HL, Wathen CN. 2014. Children's exposure to intimate partner violence. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 23: 295-308, viii-ix
- Mair C, Cunradi CB, Gruenewald PJ, Todd M, Remer L. 2013. Drinking context-specific associations between intimate partner violence and frequency and volume of alcohol consumption. *Addiction (Abingdon, England)* 108: 2102-11
- Martin-de-las-Heras S, Velasco C, Luna Jde D, Martin A. 2015. Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives* 28: 101-5

- Mason R, O'Rinn SE. 2014. Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Global health action* 7: 24815
- Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. 2015. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS one* 10: e0118234
- McCree DH, Koenig LJ, Basile KC, Fowler D, Green Y. 2015. Addressing the Intersection of HIV and Intimate Partner Violence Among Women with or at Risk for HIV in the United States. *Journal of women's health (2002)* 24: 331-5
- Miller LE, Howell KH, Graham-Bermann SA. 2014. The effect of an evidence-based intervention on women's exposure to intimate partner violence. *The American journal of orthopsychiatry* 84: 321-8
- Montero I, Martin-Baena D, Escriba-Aguir V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Talavera M. 2013. Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *Journal of women & aging* 25: 358-71
- Nasrullah M, Oraka E, Breiding MJ, Chavez PR. 2013. HIV testing and intimate partner violence among non-pregnant women in 15 US states/territories: findings from behavioral risk factor surveillance system survey data. *AIDS and behavior* 17: 2521-7
- Nybergh L, Taft C, Enander V, Krantz G. 2013. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC public health* 13: 845
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. 2015. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews* 7: CD007007
- O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. 2014. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 348: g2913
- OMS. 2013. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques. www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr1310/fr/: 25
- Phillips DY, Walsh B, Bullion JW, Reid PV, Bacon K, Okoro N. 2014. The intersection of intimate partner violence and HIV in U.S. women: a review. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC* 25: S36-49
- Raghavan C, Mennerich A, Sexton E, James SE. 2006. Community violence and its direct, indirect, and mediating effects on intimate partner violence. *Violence against women* 12: 1132-49
- Reingle JM, Jennings WG, Connell NM, Businelle MS, Chartier K. 2014. On the pervasiveness of event-specific alcohol use, general substance use, and mental health problems as risk factors for intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence* 29: 2951-70
- Roberto KA, Brossoie N, McPherson MC, Pulsifer MB, Brown PN. 2013a. Violence against rural older women: promoting community awareness and action. *Australasian journal on ageing* 32: 2-7
- Roberto KA, McCann BR, Brossoie N. 2013b. Intimate partner violence in late life: an analysis of national news reports. *Journal of elder abuse & neglect* 25: 230-41
- Roberto KA, McPherson MC, Brossoie N. 2013c. Intimate partner violence in late life: a review of the empirical literature. *Violence against women* 19: 1538-58

- Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Escriba-Aguir V, Rodriguez-Barranco M, Nevot-Cordero A. 2015. How does intimate partner violence differ depending on level of rurality of residential area in Spain? *Health & social work* 40: 108-19
- Shorey RC, Stuart GL, McNulty JK, Moore TM. 2014. Acute alcohol use temporally increases the odds of male perpetrated dating violence: a 90-day diary analysis. *Addictive behaviors* 39: 365-8
- Siemieniuk RA, Krentz HB, Gill MJ. 2013. Intimate partner violence and HIV: a review. *Current HIV/AIDS reports* 10: 380-9
- Smith SG, Fowler KA, Niolon PH. 2014. Intimate partner homicide and corollary victims in 16 states: National Violent Death Reporting System, 2003-2009. *American journal of public health* 104: 461-6
- Sonego M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, et al. 2013. Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 27: 440-6
- Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, et al. 2014. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence against women* 20: 118-36
- Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, et al. 2013. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet (London, England)* 382: 859-65
- Stockl H, Gardner F. 2013. Women's perceptions of how pregnancy influences the context of intimate partner violence in Germany. *Culture, health & sexuality* 15: 1206-20
- Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. 2013. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews* 4: CD007007
- Taillieu TL, Brownridge DA. 2015. Review: intimate partner violence is associated with termination of pregnancy. *Evidence-based nursing* 18: 32
- Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, Committee on child abuse and neglect, Committee on injury violence and poison prevention. 2010. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics* 125: 1094-100
- UE. 2014. European union agency for fundamental rights. Violence against women: an EU wide survey. Main results. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf; 198 p.
- Vaughn MG, Salas-Wright CP, Cooper-Sadlo S, Maynard BR, Larson M. 2015. Are immigrants more likely than native-born Americans to perpetrate intimate partner violence? *Journal of interpersonal violence* 30: 1888-904
- Vives-Cases C, Torrubiano-Dominguez J, Gil-Gonzalez D, La Parra D, Agudelo-Suarez AA, et al. 2014. Social and immigration factors in intimate partner violence among Ecuadorians, Moroccans and Romanians living in Spain. *European journal of public health* 24: 605-12
- Weiss NH, Duke AA, Sullivan TP. 2014. Probable posttraumatic stress disorder and women's use of aggression in intimate relationships: the moderating role of alcohol dependence. *Journal of traumatic stress* 27: 550-7
- WHO. 2013. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_enf.pdf; 57