

**Violences au sein du couple
// Intimate partner violence**

Coordination scientifique // Scientific coordination

Judith Benrekassa, Santé publique France, Saint-Maurice, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France, Saint-Maurice, France

& Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes, Paris, France

SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Violences au sein du couple et santé publique :
un mariage réussi, vingt ans après la Conférence
de Pékin ?
// Intimate partner violence and public health:
a successful marriage, 20 years after the Beijing
Conference?p. 382

Catherine Cavalin & Mark L. Rosenberg

ARTICLE // Article

Épidémiologie des violences conjugales
en France et dans les pays occidentaux
// Epidemiology of domestic violence in France
and in Western countriesp. 385

Marie-Thérèse Guillam et coll.

SEPIA-Santé, Bureau d'études en santé publique, Baud, France

ARTICLE // Article

Estimation du coût des violences au sein
du couple et de leur incidence sur les enfants
en France en 2012 : synthèse de la troisième
étude française de chiffrage
// Cost estimation of intimate partner violence and
its consequences on children in France in 2012:
a summary of the third French cost study p. 390

Catherine Cavalin et coll.

Centre d'études européennes, Sciences Po, Paris, France

ARTICLE // Article

Caractéristiques des victimes de violences
conjugales s'étant présentées au CHU
de Toulouse en 2013. Étude comparative
// Characteristics of victims of domestic violence
consulting at the University Hospital of Toulouse
in 2013. A comparative studyp. 398

Catherine Raux et coll.

Service de médecine légale, CHU Toulouse-Rangueil, Toulouse,
France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub
Comité de rédaction : Juliette Bloch, Anses ; Cécile Brouard, Santé publique France ; Sandrine Danet, HCAAM ; Cécile Durand / Damien Mouly, Cire Occitanie ; Mounia El Yamani, Santé publique France ; Claire Fuhrman, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Cire Ouest ; Romain Guignard, Santé publique France ; Françoise Hamers, Santé publique France ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Sylvie Rey, Drees ; Hélène Therre, Santé publique France ; Stéphanie Toutain, Université Paris Descartes ; Philippe Tuppin, CnamTS ; Agnès Verrier, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET SANTÉ PUBLIQUE : UN MARIAGE RÉUSSI, VINGT ANS APRÈS LA CONFÉRENCE DE PÉKIN ?

// INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND PUBLIC HEALTH: A SUCCESSFUL MARRIAGE, 20 YEARS AFTER THE BEIJING CONFERENCE?

Catherine Cavalin¹ & Mark L. Rosenberg²

¹ Centre d'études européennes de Sciences Po, LIEPP (Sciences Po), Centre d'études de l'emploi (Noisy-le-Grand)

² The Task Force for Global Health; Directeur fondateur du US National Center for Injury Prevention and Control (1995-1999), États-Unis

Les violences « conjugales » sont souvent désignées aujourd'hui comme violences « au sein du couple », l'ouverture du mot « couple » laissant entendre que toute forme d'union – hétérosexuelle ou homosexuelle, durable ou non, consacrée par un statut marital légal ou non, avec ou sans cohabitation des conjoints – mérite examen sur la question des violences, pour la recherche comme pour l'action publique. Selon les termes de la loi française n° 2010-769 du 9 juillet 2010, les « violences dans le couple » sont en outre souvent envisagées à travers leurs « incidences [...] sur les enfants » et les « violences faites spécifiquement aux femmes ».

Ces associations entre la dimension conjugale, l'implication des enfants comme victimes directes ou associées aux actes de violence survenant entre des adultes ayant charge de leur éducation, et les « violences de genre » (*gender-based violence*) prennent place dans le cadre, plus large encore, d'une analyse des « violences interpersonnelles » que la santé publique et l'épidémiologie ont depuis quelque vingt ans investies par d'importants efforts de recherche et d'action.

Violences envers les femmes et santé publique : un lien étroit affirmé par la Conférence de Pékin

La quatrième Conférence mondiale de l'Organisation des Nations unies (ONU) sur les femmes (Pékin, 1995) a marqué une étape cruciale dans l'union entre les violences interpersonnelles, les violences que subissent les femmes (dans leur couple en particulier) et la santé publique. Relisons la définition des violences que livre le « Programme d'action » de Pékin : « *L'expression "violence à l'égard des femmes" désigne tous actes de violence dirigés contre des femmes en tant que telles et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* »¹. Comparons cette définition avec celle introduite récemment dans un dictionnaire de référence en épidémiologie : « *Violence : Harm caused by the use of force. Harm may take the form of traumatic injury or death. Violence can be unintentional*

(e.g., in traffic, sport) and intentional (e.g., in warfare, domestic settings). The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, a group or community, that results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, deprivation, or other health effects »². Dans ces deux définitions, quel que soit son contexte de survenue, la violence est appréhendée à travers son résultat : un effet délétère sur la santé des victimes. La Conférence de Pékin s'ouvre concomitamment aux thèmes des « violences de genre » et de la « santé des femmes », mais est-ce vraiment nouveau ? Et en quoi les épidémiologistes et autres professionnels de santé publique accordent-ils une attention spécifique aux violences faites aux femmes ?

Dans la réponse à ces questions réside la manière dont s'est tissée, avant 1995, la généalogie du mariage entre les violences interpersonnelles / de genre / dans le couple, l'épidémiologie et les politiques sanitaires.

En amont de la Conférence de Pékin : le rôle actif de l'épidémiologie dans la « sanitarisation » des violences

Du côté de l'épidémiologie et de la santé publique, des initiatives fondatrices ont été lancées dès les années 1980 à Atlanta dans les *Centers for Disease Prevention and Control* (CDC) et à l'université d'Emory qui leur est liée. Par étapes, entre la création de la *Violence Epidemiology Branch* en 1983 et celle du *National Center for Injury Prevention and Control* (NCIPC) dont Mark L. Rosenberg est devenu le directeur cofondateur en 1992, l'épidémiologie américaine s'est emparée de la question des violences interpersonnelles³. On peut retenir au moins trois caractéristiques de cette avancée de l'épidémiologie sur le terrain des violences. 1) Elle s'inscrit dans une préoccupation plus large pour la « transition épidémiologique »⁴, telle que soulignée dans maints rapports publics des autorités sanitaires états-uniennes à partir de la fin des années 1970. Le rapport *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*⁵ a donné l'alerte sur l'émergence de nouveaux facteurs explicatifs (maladies non transmissibles et traumatismes accidentels) du « *burden of disease* ». Le rapport *Injury in America: A Continuing Public Health*

*Problem*⁶ a suivi, réclamant qu'au sein des CDC fût créé un centre de recherche dédié à la prévention des traumatismes (ce sera le NCIPC, quelques années plus tard). 2) L'avancée pionnière de l'épidémiologie américaine est également remarquable par le fait qu'elle a tendu la main à d'autres acteurs que ceux qui pilotent les politiques sanitaires. Le champ sanitaire doit collaborer avec des représentants de la police et de la justice, des travailleurs sociaux, des sociologues, etc. dans un effort collectif où la pertinence et la légitimité de l'épidémiologie reposent sur l'idée de la prévention et des recherches à mener sur les facteurs de risque concernant les victimes et les auteurs de violences. 3) Ajoutons que ces propositions de l'épidémiologie à propos des violences interviennent – ce n'est pas fortuit – au moment où cette discipline traverse une période réflexive sur ses propres méthodes et ses objets, comme en témoignent dans les années 1990 de nombreux articles qui se répondent les uns les autres dans des débats menés sur la longue durée⁷⁻⁹.

Tout cela concourt à conférer aux épidémiologistes un rôle-clef dans l'approche populationnelle et sanitaire des violences interpersonnelles depuis plus de vingt ans. Mais pourquoi en particulier des violences faites aux femmes et des violences dans le couple ? La construction des violences interpersonnelles comme question de santé publique n'est pas seulement américaine, et pas seulement liée à des initiatives venant de l'épidémiologie....

Le lien entre violences et santé publique centré sur la victimation des femmes

Un déplacement vers les violences de genre s'est déjà joué aux États-Unis : les efforts des CDC, d'abord concentrés sur la flambée des violences par armes à feu dans les années 1980 et au début de la décennie suivante, se sont heurtés à un lobbying délétère de la *National Rifle Association* (NRA) auprès du Congrès américain¹⁰. Parallèlement, les CDC se sont trouvés interpellés par des militantes féministes prêtes à collaborer avec une démarche de santé publique¹¹. Les CDC et le NCIPC ont alors investi d'autres terrains relatifs aux violences, parmi lesquels centralement les violences envers les femmes et les violences conjugales, par exemple avec le *National Violence Against Women Survey* (NVAWS) de 1995-1996, mené en collaboration avec l'administration judiciaire¹².

D'autre part, l'OMS a questionné prioritairement la survenue des violences interpersonnelles dans les relations entre proches et intimes (famille, couple)¹³⁻¹⁵. Selon l'OMS, il faut prendre la mesure, par des statistiques en population générale, de ces actes considérés comme les plus sous-évalués par les politiques publiques. Sur les violences, l'organigramme de l'OMS est partagé entre un Département de la Violence et des Traumatismes et une unité de recherche Genre et Santé, qui tous deux ont été ou sont dirigés par des épidémiologistes (Etienne Krug, Claudia García-Moreno) au moins pour partie formés à Atlanta. Cette dualité illustre une possible complémentarité entre l'épidémiologie générale des

traumatismes accidentels et des questions spécifiques (violences de genre). De fait, les travaux de l'OMS sur les violences interpersonnelles concernent massivement les violences envers les femmes.

Il faut aussi chercher ailleurs des raisons expliquant que depuis vingt ans les violences envers les femmes (dans le couple en particulier) sont devenues comme le parangon – au sens étymologique : pierre de touche, exemple et modèle à la fois – des violences interpersonnelles. En centrant les questions de recherche et les politiques publiques sur la question des femmes, la Conférence de Pékin exprime un aboutissement et une métamorphose de l'histoire des mouvements féministes sur les violences. Le Programme d'action de Pékin affiche en effet clairement le principe du *gender mainstreaming*, méthode et instrument de politique publique promu par les « fémocrates » au sein de l'Union européenne depuis la fin des années 1980. Visant à remédier aux impasses relatives des politiques antérieures, le *gender mainstreaming* fait de l'égalité entre les sexes un objectif *transversal* de l'action publique¹⁶. Et de même qu'il déspecialise les politiques publiques d'égalité entre les sexes (*gender in all policies*), les violences faites aux femmes sont étudiées et considérées dans des politiques publiques comme une porte d'entrée heuristique pour comprendre et prévenir plus généralement les violences interpersonnelles.

En outre, le *gender mainstreaming* va de pair avec une évaluation de l'action publique (en amont et en aval) *via* des indicateurs statistiques. Là réside une clef d'explication du développement pléthorique d'enquêtes statistiques en population générale sur les violences faites aux femmes depuis vingt ans en Amérique du Nord et en Europe occidentale. L'instrumentation statistique rencontre l'agrément des épidémiologistes avides de données populationnelles sur les violences, en même temps qu'elle marque un tournant pour les mouvements féministes qui avaient jusque-là privilégié des travaux plus qualitatifs que quantitatifs¹⁷. L'épidémiologie et les questions de genre dialoguent nouvellement¹⁸. Le mariage semble ainsi à bien des égards réussi entre les mouvements féministes, qui historiquement avaient promu les violences conjugales comme problème public, et les acteurs de la santé publique.

Un mariage inachevé et n'excluant pas quelques ambiguïtés ?

On pourrait même considérer que le mariage est si réussi qu'il embrasse un autre acteur décisif : les administrations chargées de la justice et de la sécurité, elles aussi productrices de données sur les violences dans des enquêtes de victimation qui, depuis le début de la décennie 2000, se renouvellent et notamment ciblent plus attentivement les violences dans l'intimité.

Attirer l'attention sur ces sources permet néanmoins de souligner que la recherche et les politiques publiques sur les violences envers les femmes et au sein du couple demeurent aujourd'hui un objet fracturé, non

dépourvu de possibles malentendus. Enquêtes de victimation calées sur des nomenclatures policières et judiciaires, recherche féministe préoccupée par les rapports sociaux de sexe, épidémiologistes cherchant à identifier des facteurs de risque... : le dialogue est devenu possible, les instruments (statistiques) sont partagés, mais le consensus est-il toujours réel sur le fond ?

Les trois articles de ce dossier illustrent la diversité, la réalité des avancées, mais aussi leurs limites : le texte de M.-T. Guillam *et al.* donne ainsi un aperçu de la production récente de données épidémiologiques sur les violences conjugales ; celui que proposent Catherine Raux *et al.* montre l'intérêt de conduire des travaux monographiques sur le repérage et la prise en charge des victimes, tout en faisant comprendre le chemin qu'il reste à parcourir pour que des dispositifs de santé publique soient institutionnalisés ; l'article portant sur le chiffrage du coût des violences dans le couple en France constitue, enfin, une illustration pratique de la manière dont des sources très diverses, *a priori* hétéroclites et toujours lacunaires, peuvent cependant être utilisées pour faire des violences conjugales, très empiriquement tout du moins, un objet de santé publique. Démarche empirique ? N'est-ce pas ce que les épidémiologistes américains revendiquent depuis trente ans lorsqu'ils proposent une « *problem-solving approach* » des violences interpersonnelles ? ■

Remerciements

La recherche « Violences en France : un problème de santé publique ? », qui a fourni pour partie le matériau de cet éditorial, a bénéficié du soutien apporté par l'ANR et l'État au titre du programme Investissements d'avenir dans le cadre du laboratoire d'excellence LIEPP (ANR-11-LABX-0091, ANR-11-IDEX-0005-02).

The research "Violence in France: a public health issue?" which provided in part the material for this editorial was supported by a public grant managed by the French National Research Agency (ANR) under the program "Investissements d'Avenir" as a part of the excellence laboratory LIEPP (ANR-11-LABX-0091, ANR-11-IDEX-0005-02).

Références

- [1] Nations Unies. Rapport de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes. Beijing, 4-15 septembre 1995. Report No.: A/CONF.177/20/Rev.1. New York: Nations Unies, 1996. 245 p. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20F.pdf>
- [2] Porta M (ed.). A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press; 2014.
- [3] Rosenberg ML, Mercy JA. Introduction. In: Violence in America: A public health approach. New York: Oxford University Press, 1991. pp. 4-13.
- [4] Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;49(4 Pt. 1):509-38.

[5] Surgeon General. Healthy people. The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Report No.: 79-55071. Washington, DC: US Department of Health, Education and Welfare, 1979. 262 p. <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>

[6] Committee on Trauma Research, Institute of Medicine, National Research Council. Injury in America: A continuing public health problem. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1985.176 p. <http://www.nap.edu/catalog/609.html>

[7] Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc Sci Med.* 1994;39(7):887-903.

[8] Rothman KJ, Adami H-O, Trichopoulos D. Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet.* 1998;352(5):810-3.

[9] Editorial. Putting public health back into epidemiology. *Lancet.* 1997;350(9073):229.

[10] Rosenberg ML. Firearm injuries and death: the cost of shooting in the dark. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(10):1007-8.

[11] Weigand K (interview by). Fran Henry [Internet]. Sophia Smith College, Smith College. Northampton (MA); 2004 [cité 15 juin 2015]. 75 p. <https://www.smith.edu/library/libs/ssc/vof/transcripts/Henry.pdf>

[12] Tjaden P, Thoennes N. Full Report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women. Research report. Findings from the National Violence against Women Survey. US Department of Justice, National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention, 2000. 61 p. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/183781.pdf>

[13] 49th World Health Assembly. Prevention of violence: a public health priority. World Health Organization, WHA49.25; 1996. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

[14] Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS, 2002. 376 p. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf

[15] García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Genève: OMS, 2005. 206 p. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>

[16] Jacquot S. La fin d'une politique d'exception. L'émergence du gender mainstreaming et la normalisation de la politique communautaire d'égalité entre les femmes et les hommes. *Rev Fr Sci Polit.* 2009;59(2):247-77.

[17] Yllö K. Political and methodological debates in wife abuse research. In: Feminist perspectives on wife abuse. Newbury Park (Ca): Sage Publications, 1988. pp. 28-50.

[18] Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the « new » epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. *Soc Sci Med.* 2001;53(5):553-67.

Citer cet article

Cavalin C, Rosenberg ML. Éditorial. Violences au sein du couple et santé publique : un mariage réussi, vingt ans après la Conférence de Pékin ? *Bull Epidémiol Hebd.* 2016 ;(22-23):382-4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_0.html

ÉPIDÉMIOLOGIE DES VIOLENCES CONJUGALES EN FRANCE ET DANS LES PAYS OCCIDENTAUX // EPIDEMIOLOGY OF DOMESTIC VIOLENCE IN FRANCE AND IN WESTERN COUNTRIES

Marie-Thérèse Guillam¹, Claire Ségala¹, Etienne Cassagne¹, Claire François¹, Bertrand Thélot²
(bertrand.thelot@santepubliquefrance.fr)

¹ SEPIA-Santé, Bureau d'études en santé publique, Baud, France

² Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 29.01.2016 // Date of submission: 01.29.2016

Résumé // Abstract

Introduction – À partir des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé a intégré les violences conjugales dans la santé publique, quittant ainsi le champ exclusif de la police et de la justice. Dans le cadre de ses missions de surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population, l'Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France) a engagé une analyse des travaux disponibles pour rendre compte des résultats et connaissances épidémiologiques sur ce domaine dans les pays occidentaux.

Méthode – Les recherches bibliographiques ont été menées dans PubMed et des sites institutionnels en 2012 puis en 2015.

Résultats – Les travaux ont été classés selon huit axes, parmi lesquels : prévalence, populations spécifiques (femmes enceintes, personnes âgées, etc.), conséquences (santé), facteurs de risques, etc. Ici, seules les prévalences et les conséquences sur la santé des victimes sont abordées. Les données de prévalence montrent des différences entre pays, mais les différences de méthodologies limitent la portée des comparaisons et l'étude des évolutions. Dans ce contexte, l'Agence européenne des droits fondamentaux a appliqué en 2014 un protocole identique à 28 pays de l'Union européenne, qui a permis de montrer qu'une femme européenne sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et presque une sur 2 a été victime de violences psychologiques. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé montre que 38,6% des homicides de femmes et 6,3% des homicides d'hommes ont été commis par un partenaire intime. En France, la Délégation d'aide aux victimes du Ministère de l'intérieur recense annuellement de manière exhaustive depuis 2006 les morts violentes au sein du couple (118 femmes décédées en 2014). Peu de données de prévalence sont issues de sources hospitalières. La liste des troubles de santé chez les victimes est longue et bien décrite. Comparées aux femmes non victimes, les victimes de violences conjugales auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus.

Conclusion – Les violences entre partenaires intimes sont traitées de manière particulièrement dense depuis les années 2000. Cette synthèse des résultats épidémiologiques existants dans les pays occidentaux constitue, pour cette thématique complexe, une base d'aide au choix des aspects à surveiller et/ou à approfondir.

Introduction – The World Health Organization has been integrating domestic violence in public health since the 1990s, putting an end to the exclusive field of police and justice. As part of its missions of epidemiological surveillance of population health, the French National Public Health Agency initiated an analysis of research available to report epidemiological results and findings in this field in Western countries.

Method – Literature reviews were conducted in PubMed and on institutional sites in 2012 and 2015.

Results – Research work was classified according to eight focus areas, including: prevalence, specific populations (pregnant women, elderly, etc.), consequences (health), risk factors, etc. The present article addresses only the prevalence and health consequences on victims. Prevalence data show differences between countries, but methodological differences limit the scope for studying comparisons and trends. In this context, the European Union Agency for Fundamental Rights implemented in 2014 a unique protocol in 28 countries of the European Union, which has shown that one European woman out of five has been subject to physical and/or sexual violence, and nearly one out of two women suffered from psychological violence. A study conducted by the World Health Organization reveals that 38.6% of women's murders and 6.3% of men's murders were committed by an intimate partner. In France, the Delegation of the support of victims of the Ministry of Interior records exhaustively since 2006 the number of violent deaths among couples (118 women died in 2014). Few prevalence data come from hospital sources. The list of health disorders among victims is long and well documented. Compared to non-abused women, victims of domestic violence present 60% more health problems.

Conclusion – Violence between intimate partners has been addressed in a particularly thorough way since 2000. This summary of existing epidemiological results in Western countries represents a tool for deciding areas to monitor and/or reinforce, considering the complexity of this matter.

Mots-clés : Violence conjugale, Partenaire intime, Épidémiologie, Revue bibliographique
// Keywords: Domestic violence, Intimate partner, Epidemiology, Literature review

Introduction

Les violences conjugales, ou violences entre partenaires intimes, sont entrées dans le champ de la santé publique à partir des années 1990, quittant ainsi le champ exclusif de la police et de la justice¹. La quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995, sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies (ONU), à Pékin, a largement contribué à l'acquisition, notamment en France, de statistiques précises sur les violences faites aux femmes. De plus, les institutions internationales (ONU, Organisation mondiale de la Santé (OMS), etc.) se sont investies et continuent de le faire pour que le secteur de la santé soit étroitement associé à la lutte contre ces violences². Les instances de l'Union européenne (UE) ne cessent d'inviter les États-membres à produire des données statistiques sur ce sujet, conformément à la convention d'Istanbul (signée par la France en 2011). En France, si de nombreux partenaires sont impliqués dans la prévention et la lutte contre les violences conjugales, il est apparu opportun pour l'Institut de veille sanitaire (InVS)⁽¹⁾ d'être capable, dans le cadre de ses missions de surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population, de rendre compte des résultats et connaissances épidémiologiques dans ce domaine. C'est dans ce contexte qu'a été réalisé ce travail, avec pour objectif de disposer d'une base de données documentaire et d'une synthèse des connaissances épidémiologiques sur les violences conjugales en France et dans les pays occidentaux.

Méthodes

Ce travail a été réalisé entre 2012 et 2013 et actualisé fin 2015. Les études sur la thématique ne se limitent évidemment pas aux violences entre conjoints, elles englobent les divers partenaires intimes : conjoints, concubins, petit amis, ex-partenaires ou ex-conjoints, etc. Des différences peuvent être observées entre études. L'expression utilisée aujourd'hui est plus volontiers « violences entre partenaires intimes » que « violences conjugales ». Les recherches bibliographiques, menées dans la banque de données PubMed, ont été élargies en incluant des expressions moins spécifiques comme « *domestic violence* » qui renvoie à des violences familiales plus larges (comme la maltraitance des enfants), ceci afin de s'assurer d'un recensement le plus exhaustif possible. La combinaison de mots-clés utilisée est 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]. Elle a fourni 7 177 références à la date du 10 novembre 2015. Parmi les articles, 85,1% (soit 6 110) ont été publiés après 1999 et 39,7% (2 850) après 2009. Du fait de leur grand nombre, un périmètre de travail a été instauré pour pouvoir mener à bien ce travail dans les limites temporelles et matérielles attribuées au projet. L'exploration bibliographique a donc été réalisée dans un premier temps via la lecture des 607 revues systématiques publiées après 1999. Les violences dirigées contre les hommes ou entre partenaires intimes de même sexe ont été exclues, car elles constituent des thématiques à part entière, avec leurs propres spécificités. L'identification des travaux issus de la littérature grise a, quant à elle, été menée de manière empirique : consultation de sites internet et dossiers documentaires publiés par de multiples organismes tels que OMS, ONU, UE, etc.

Résultats

À la lecture des documents, huit thématiques se dégagent (tableau 1). Ces thématiques ont été développées dans le rapport d'étude complet disponible auprès de Santé publique France³. Dans cet article, sont présentés les résultats sur la prévalence des violences et leurs conséquences sur la santé des victimes.

Prévalence des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux

Les premières données statistiques sur les violences au sein du couple sont issues d'enquêtes de victimisation (soit le fait d'être victime de, de subir un préjudice tels que infraction, accident, atteinte aux biens, à la personne, etc.) mises en place afin de compléter

Tableau 1

Typologie des données traitées dans les publications

La prévalence des violences conjugales
Les conséquences (sur la santé des victimes, les enfants, la vie sociale et la vie professionnelle)
Les populations spécifiques (femmes enceintes, femmes âgées, femmes avec des troubles mentaux, etc.)
Les facteurs associés aux violences conjugales
Les coûts associés
Le dépistage et la prévention
Les interventions et la prise en charge
La perception par les victimes de la prise en charge médicale

⁽¹⁾ Devenu Santé publique France depuis mai 2016.

les statistiques de police qui, très partielles et insuffisantes, ne fournissaient pas de données fiables sur ces violences. La première enquête nationale de ce type a été réalisée aux États-Unis en 1972⁴. En France, des enquêtes de victimation ont été lancées dans les années 1980 par le Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (Cesdip) et sont, depuis 2006, mises en œuvre annuellement par l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Enquête Cadre de vie et sécurité ou CVS, Insee)⁵. À partir des années 1990, on a reconnu l'intérêt de mener des études en population générale sur des échantillons représentatifs pour fournir des données statistiques fiables sur ces violences^{6,7}. La première enquête d'envergure en population générale et spécifique de la thématique a été menée en 1993 au Canada⁸. Des enquêtes nationales similaires ont, depuis lors, été effectuées dans de nombreux pays. En France, le gouvernement (Service des droits des femmes et de l'égalité et Secrétariat d'État aux droits des femmes) a commandité la première enquête nationale spécifique, qui a été réalisée en 2000 (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, Enveff). Des enquêtes dites « de ménages » ont aussi été à l'origine du recueil, à l'aide de modules dédiés, de données sur des échantillons représentatifs de manière standardisée : par exemple, en France, l'enquête Événements de vie et santé, EVS, Drees-Insee⁹. Une autre source potentielle de données est le milieu médical. Selon des enquêtes en population générale, et notamment Enveff, les femmes qui parlent des violences subies en parlent le plus aux personnels médicaux¹⁰. Cependant, le milieu médical, qui apparaît comme étant en première ligne pour identifier et aider les victimes, fournit peu de données de prévalence. Cette insuffisance, ainsi que les freins chez les professionnels et les victimes (problèmes éthiques majeurs et

manque de formation du personnel médical) sont largement discutés dans la littérature¹¹. Dans ce contexte, la question du dépistage systématique au sein des structures hospitalières (dépister la violence chez toutes patientes indépendamment d'un risque présumé), qui semble abandonnée aujourd'hui, a longtemps été débattue, y compris pour les femmes enceintes^{2,12}.

Le tableau 2 présente des données de prévalences issues de sources institutionnelles et d'enquêtes en population : des données d'études nationales ou régionales menées entre 1986 et 2010 et compilées par ONU Femmes¹³, les résultats de l'enquête Enveff en France métropolitaine¹⁰ et de l'étude réalisée dans 28 pays européens par l'Agence des droits fondamentaux de l'UE¹⁴.

Les données compilées par l'ONU montrent des variations importantes entre pays développés. Mais plusieurs constats ont été faits sur les difficultés de comparaison, du fait des différences de méthodologies (recueils des données, populations d'étude, libellés de questions, mots utilisés, ordre des questions, etc.). Des initiatives ont été menées afin d'homogénéiser les protocoles d'enquête et de permettre des comparaisons entre pays (ou dans le temps) : c'est le cas de l'étude multi-pays de l'OMS, incluant en majorité des pays émergents¹⁵, le projet *International Violence Against Women Survey (IVAWS)* de l'Institut européen de contrôle et de prévention du crime⁶, dont s'est inspirée l'Agence européenne des droits fondamentaux. L'Agence a appliqué un protocole identique à des échantillons représentatifs de chacun des 28 pays de l'UE. En moyenne, depuis l'âge de 15 ans, une femme européenne sur 5 a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et presque une sur 2 a été victime de violences psychologiques. Des différences apparaissent clairement entre pays, les prévalences les plus fortes de violences

Tableau 2

Données de prévalence des violences conjugales (%)

	Compilation ONU Femmes 2010	France métropolitaine 2000	Agence des droits fondamentaux de l'UE		
			moyenne	mini-maxi	France
Physiques					
12 derniers mois	1 à 6,3	2,3	-	-	-
Au cours de la vie	1,3-32,9	-	-	-	-
Sexuelles					
12 derniers mois	0 à 2	0,8	-	-	-
Au cours de la vie	3-9,4	-	-	-	-
Physiques et/ou sexuelles					
12 derniers mois	1 à 5,9	-	4	2-6	5
Au cours de la vie	2,1-10	-	22	13-32	26
Psychologiques					
12 derniers mois	-	23,5	-	-	-
Au cours de la vie	-	-	43	33-60	47
Physiques et/ou sexuelles et/ou psychologiques					
12 derniers mois	5,9 à 10	9,5	-	-	-
Au cours de la vie	14,5-35,6	-	-	-	-

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 européenne. L'Agence avance des hypothèses pour expliquer ces différences entre pays : variations de la capacité à parler des violences selon les cultures, signalements plus importants dans les pays de plus grande égalité entre les genres, niveau variable de criminalité en général, différences de consommation d'alcool, etc. Les prévalences obtenues en France ne sont pas strictement comparables avec les résultats de l'Enveff ; cependant, les prévalences de violences physiques ou sexuelles déclarées sur les 12 mois précédents apparaissent plutôt plus faibles dans l'Enveff. Globalement, sur cette période, 9,5% des femmes de France métropolitaine ont subi des violences conjugales. Ce chiffre a été largement retenu par les médias et les politiques pour définir la proportion de femmes victimes en France de violences conjugales. Une nouvelle enquête est actuellement en cours en France : Virage (Violences et rapports de genre)¹⁶.

Mortalité associée aux violences conjugales

Une revue systématique des travaux sur les prévalences d'homicides entre partenaires intimes a été réalisée sous l'égide de l'OMS et publiée en 2013¹⁷. Des données ont été identifiées pour 66 pays. Globalement, 13,5% des homicides ont été commis par un partenaire intime. Les pourcentages sont plus élevés dans les pays aux revenus les plus forts (14,9% en moyenne). Par sexe, 38,6% des homicides de femmes et 6,3% des homicides d'hommes ont été commis par un partenaire intime. En Europe, en 2006, le nombre de femmes décédées en lien avec des violences conjugales a été estimé à 2 419 dans l'ensemble des États-membres, soit presque 7 femmes par jour¹⁸. En France, la Délégation d'aide aux victimes (DAV) du Ministère de l'Intérieur recense de manière exhaustive depuis 2006 les morts violentes au sein du couple. Elle exploite les télégrammes et synthèses de police judiciaire ainsi que les articles parus dans la presse nationale et régionale, et analyse de manière détaillée les contextes de survenue. En moyenne, en 2014, une femme est décédée tous les trois jours, victime de son compagnon ou ex-compagnon¹⁹. En tout, 118 femmes sont décédées en 2014 (de plus, 7 enfants ont été tués

en même temps que leur mère, 11 ont été témoins des scènes de crime et 43 auteurs se sont suicidés). Le chiffre était de 212 femmes en 2013, 147 en 2012, 121 en 2011 et 146 en 2010. Parallèlement, en 2014, 124 femmes ont été victimes de tentative d'homicide⁵.

Conséquences des violences sur la santé des victimes

Selon l'OMS, les violences conjugales 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 annuelles²⁰. Comparées aux femmes non victimes, les victimes de violences conjugales auraient globalement 60% de problèmes de santé en plus^{12,21}.

Les conséquences relatives à la santé des victimes sont bien décrites dans la littérature, à partir d'études en milieu médical et d'études nationales en population, mais peu fournissent des données statistiques car il s'agit surtout de données qualitatives. Les troubles de santé sont variés (tableau 3) et, sans connaissance de la violence conjugale, on considère que le médecin est difficilement en mesure de traiter la patiente²²⁻²⁵. Les traumatismes, qui ont pu être considérés comme l'indicateur le plus évident pour le repérage des femmes violentées physiquement, ne permettraient sans doute pas d'identifier les victimes présentant des troubles de santé sur le long terme. Un dixième des femmes victimes de violences seraient détectées par les services de santé²⁴. Aux États-Unis, deux tiers des femmes tuées par leur conjoint auraient reçu des soins médicaux dans l'année précédant leur mort²⁷.

Conclusion

Les violences exercées à l'encontre des femmes sont traitées dans la littérature de manière particulièrement dense depuis les années 2000. La problématique, en termes de prévalence, apparaît aujourd'hui de mieux en mieux prise en compte à travers les études disponibles.

Les potentielles conséquences de santé pour la victime sont multiples, à court et à long terme ; toutes ne sont pas aisément attribuables de prime abord à des violences conjugales. Les troubles de santé

Tableau 3

Description des conséquences sur la santé des victimes (d'après [12,21,23-26])

Lésions traumatiques	Chez 33% des victimes en France : temporaires chez 87%, définitives chez 5%, invalidantes chez 1,4%
Troubles psychologiques	Multiples, peuvent s'exprimer à très long terme (anxiété, dépression, troubles psychosomatiques, du sommeil, de l'alimentation, cognitifs, syndromes post-traumatiques, risque plus élevé de dépression postpartum, tentatives de suicide, etc.)
Troubles gynécologiques	Multipliés par trois (lésions, infections, hémorragies vaginales, maladies sexuellement transmissibles, etc.)
Troubles obstétricaux	Lésions traumatiques de l'abdomen et des seins, hémorragies, ruptures utérines, décollements rétro-placentaires, fausses-couches, etc. Troubles chez l'enfant à naître ou à la naissance
Pathologies chroniques	Aggravation de pathologies chroniques préexistantes : victime empêchée de consulter ou de suivre son traitement ou difficultés à le suivre (difficulté de concentration, fatigue, angoisse, etc.)

des victimes sont bien listés, mais leurs prévalences ne sont pas étudiées en détail. Des progrès restent donc à réaliser sur la mesure statistique de la violence conjugale sur la santé.

Cette synthèse, qui fournit 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, constitue, pour cette thématique complexe des violences conjugales, une base d'aide au choix des aspects à surveiller et/ou à approfondir. ■

Références

- [1] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. 360 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf
- [2] García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-79.
- [3] Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 76 p.
- [4] Bruneau S, Valvade C, Savignac J, Besozzi C, Cangé A. Les enquêtes de victimation à l'échelle internationale. Montréal: Centre international pour la prévention de la criminalité; 2006. 31 p. http://www.crime-prevention-intl.org/fileadmin/user_upload/Publications/Les_enquetes_de_victimation_a_l_echelle_internationale_FR.pdf
- [5] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP). La criminalité en France. Rapport annuel 2015 de l'ONDRP. http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/rapports-annuels_2015
- [6] Johnson H, Ollus N, Nevala S. Violence against women: An international perspective. New-York: Springer Science + Business Media, LLC, 2008. 295 p.
- [7] Nations unies. Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Rapport du Secrétaire général, 6 juillet 2006. 156 p. <http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/N0641975.pdf>
- [8] Statistics Canada. Measuring violence against women. Statistical trends 2006. Catalogue no. 85-570-XIE. 2006. 97 p. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-570-x/85-570-x2006001-eng.pdf>
- [9] Beck F, Cavalin C, Maillochon F (dir.). Violences et santé en France. État des lieux. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Paris: La Documentation Française; 2010. 276 p. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/violence_sante_2010.pdf
- [10] Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, et al. Les violences envers les femmes en France : Une enquête nationale. Paris: La Documentation Française, 2002. 309 p.
- [11] Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52:587-605.
- [12] Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
- [13] UN Women. Violence against women prevalence data: Surveys by country. Compiled by UN Women (as of March 2011). [Internet] http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw_prevalence_matrix_15april_2011.pdf
- [14] European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2014. 198 p. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
- [15] World Health Organization. WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: WHO; 2005. 38 p. http://www.who.int/gender/violence/who_multi_country_study/summary_report/summary_report_English2.pdf
- [16] Hamel C. Enquête Virage. Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les hommes et par les femmes. Paris: Institut national d'études démographiques; 2013. 4 p. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/VIRAGE_-_Plaquette_de_presentation.pdf
- [17] Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382:859-65. <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2813%2961030-2.pdf>
- [18] Nectoux M. Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe « IPV EU Mortality ». Rapport scientifique. Projet n° JLS/2007/DAP-1/140. 2010. 76 p.
- [19] Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2014. Paris: Ministère de l'Intérieur; 2015. 33 p. <http://www.interieur.gouv.fr/Actualites/Communiqués/Morts-violentes-au-sein-du-couple-118-femmes-decedees-en-2014>
- [20] 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 ». Paris: La Documentation Française; 2005. 40 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000723/index.shtml>
- [21] Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002;162:1157-63.
- [22] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la Santé. Paris: La Documentation Française; 2001. 64 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000292.pdf>
- [23] Lebas J, Morvant C, Chauvin P. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. *Bull Acad Natl Med*. 2002;186:949-61.
- [24] Institut de l'Humanitaire. Medical care for women who are victims of conjugal violence: What measures should be taken to improve care? How can the medical care given to women who are victims of conjugal violence be improved? The VIVIO project. Project 01/076/W. 2002. 22 p.
- [25] Bauer A, Soulez C. La criminalité en France, rapport annuel 2012, n°8. Paris: Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. 506 p.
- [26] Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*. 2013;10:e1001439. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/pdf/pmed.1001439.pdf>
- [27] Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8:149-77.

Citer cet article

Guillam MT, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Bull Épidémiol Hebd*. 2016;(22-23):385-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_1.html

ESTIMATION DU COÛT DES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET DE LEUR INCIDENCE SUR LES ENFANTS EN FRANCE EN 2012 : SYNTHÈSE DE LA TROISIÈME ÉTUDE FRANÇAISE DE CHIFFRAGE

// COST ESTIMATION OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND ITS CONSEQUENCES ON CHILDREN IN FRANCE IN 2012: A SUMMARY OF THE THIRD FRENCH COST STUDY

Catherine Cavalin^{1,2,3} (catherine.cavalin@sciencespo.fr), Maïté Albagly⁴, Claude Mugnier⁴, Marc Nectoux⁴, avec la collaboration de Claire Bauduin⁵

¹ Centre d'études européennes, Sciences Po, Paris, France

² Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques, Sciences Po, Paris, France

³ Centre d'études de l'emploi, Noisy-le-Grand, France

⁴ Psytel, Paris, France

⁵ Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), Paris, France

Soumis le 17.09.2015 // Date of submission: 09.17.2015

Résumé // Abstract

Objectifs – Le coût des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants (VSCE) a été calculé pour l'année 2012 en France. Comme dans d'autres études, ce type de calcul contribue depuis quelque vingt ans à faire des violences interpersonnelles une question de santé publique. Nous en discutons la méthode, les résultats et l'apport possible à des politiques sanitaires.

Matériel-méthodes – L'étude s'appuie sur 1) des données administratives ; 2) des enquêtes en population générale (prévalence et incidence des phénomènes, étayage des causalités entre violences subies et santé) ; 3) des études spécifiques (données en population générale ou à vocation clinique) ; 4) des compléments qualitatifs recueillis auprès d'experts pour les données les plus lacunaires. Pour la valorisation monétaire des VSCE, c'est la « valeur de la vie statistique » qui est utilisée, selon l'estimation réalisée en France en 2013.

Résultats – Le coût total des VSCE est estimé à 3,6 milliards d'euros en 2012, dont 21,5% de coûts directs (médicaux ou non), 66,8% de coûts indirects et 11,7% de coûts pesant sur les enfants. Tant pour les dépenses imputables aux VSCE (coût d'opportunité) que pour les manques à gagner qu'elles engendrent, leurs coûts sont massivement déterminés par la victimation des femmes dans le couple.

Discussion – L'augmentation du coût des VSCE depuis la première étude française s'explique par la possibilité de nouveaux chiffrages et ouvre des discussions sur certaines hypothèses émises, dans chacune des études menées, sur des postes spécifiques de coût. Elle s'explique surtout par un accroissement du consentement à payer : renchérie, la « valeur de la vie statistique » vient alourdir le volume et la part des coûts indirects. Des données quantitatives manquent, particulièrement pour les enfants. Des données qualitatives nouvelles permettraient aussi de mieux interpréter la rare et statistiquement atypique victimation des hommes.

Conclusion – Le calcul du coût confirme le fardeau considérable des VSCE dans une logique « *burden of disease* ». Les données restent à compléter et l'opérationnalisation de l'instrument « coût » dans les politiques sanitaires demeure encore inachevée.

Aims – The cost of intimate partner violence and its consequences on children (IPVC) has been calculated in France for the year 2012. As in analogous studies conducted in the last twenty years, this type of assessment has been contributing to address interpersonal violence as a public health issue. We discuss the method, results and possible contribution of this study to public health policies.

Material-methods – The study is based on 1) administrative data; 2) surveys conducted in the general population (prevalence and incidence of events, building of hypotheses on causal links between victimization and health); 3) specific studies (data in the general population, clinical data); 4) additional qualitative information collected through interviews with experts on missing data. In order to assess the money value of IPVC, we used the "value of a statistical life (VSL)", based on the estimate conducted in France in 2013.

Results – The assessed cost of IPVC is 3.6 billion euros for the year 2012 which breaks down as follows: 21.5% direct costs (medical or others), 66.8% indirect costs, and 11.7% costs related to children. Costs are massively determined by women's victimization in intimate relationships, both for expenditures linked to IPVC (opportunity cost) and productive shortfalls they generate.

Discussion – The cost of IPV has been growing between the first and this third French study. This increase can be explained by the availability of some new data and also leads to compare and discuss some hypotheses made by the different studies on specific cost items. This increase is mainly due to an increase in the willingness to pay for human life: the “money value of statistical life” has been raised, which increases the volume and share of the indirect costs among the total cost. Quantitative data are still lacking, particularly on children. New qualitative data would also allow to better interpret the rare and statistically atypical men’s victimization in intimate relationships.

Conclusion – The calculation of the cost confirms the considerable weight of IPV in a “burden of disease” perspective. However, data still remain to be completed, and operationalizing the « cost » tool as an effective instrument in public health policies remains to be achieved.

Mots-clés : Violences dans le couple, Coût des violences interpersonnelles, Conséquences sur les enfants, Santé publique, France

// **Keywords:** Intimate partner violence, Cost of interpersonal violence, Impact on children, Public health, France

“We appreciate the value of life and health only when we lose them” Louis I. Dublin. In: *Health and wealth, a survey of the economics of world health*. New York, London: Harper and Brothers, 1928.

Introduction

La mesure 3.1 (axe 3) du 4^e Plan interministériel (2014-2016) de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes prévoyait en France « la réalisation d’une nouvelle étude sur l’estimation des coûts économiques des violences au sein du couple ». Sa mise en œuvre a été assurée en 2014¹ par un appel à projets de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), sous l’impulsion du Service des droits des femmes et de l’égalité entre les femmes et les hommes (SDFE) et de la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof)⁽¹⁾. Ce chiffrage du coût des violences au sein du couple succède à deux premières études réalisées dans ce domaine, pour la France seule en 2006², et pour plusieurs pays européens (dont la France) dans le programme Daphné II en 2009³. Pour cette troisième estimation, prolongeant la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 « relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants », l’étude devait inclure une mesure des coûts liés aux conséquences sur les enfants des violences dans les couples.

Cette multiplicité de travaux destinés à estimer le coût des violences survenant au sein du couple n’est pas propre à la France. En effet, des études analogues ont été menées⁴⁻⁶ et parfois actualisées^{7,8}, dans divers pays, notamment depuis les années 2000, avec de fortes incitations en ce sens prodiguées par des institutions internationales, Organisation mondiale de la santé (OMS) en tête^{9,10}. La plupart des calculs de coûts s’appliquent au périmètre des violences conjugales et/ou intrafamiliales concernant principalement les victimes de sexe féminin et secondairement les enfants, parfois en explicitant la dimension du genre¹¹. Ces études récoltent les fruits

d’un essor spectaculaire des sources statistiques permettant – surtout dans les pays développés – de mieux mesurer la prévalence des violences subies par les femmes et leurs conséquences sanitaires depuis la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de l’Organisation des nations unies (Pékin, 1995)¹². Le contexte est celui d’une perspective économique nouvellement appliquée à toutes les violences interpersonnelles (y compris la guerre)¹³, où dominent les préoccupations de santé publique¹⁴, mais où se posent également des questions plus générales et traditionnelles à la discipline économique, en particulier autour de la notion de coût d’opportunité¹⁵.

Le contenu et les limites de l’étude 2014 réalisée en France permettent de comprendre que l’estimation du coût des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants se trouve à la jonction, d’une part, d’un champ statistique prolifique mais relativement nouveau et, d’autre part, de questions méthodologiques plus anciennes relatives à la conception en économie du coût de la vie et du capital humain^{16,17} et au calcul du coût de la maladie (« *cost of illness* ») en économie de la santé¹⁸.

Matériel et méthodes

Une telle étude requiert de définir le périmètre des violences dont le coût sera estimé. Selon la démarche qui prévaut depuis une vingtaine d’années dans les enquêtes statistiques qui mesurent l’occurrence des violences interpersonnelles (y compris les enquêtes « de victimation » au sens strict, i.e. celles qui en principe s’en tiennent plus étroitement à des actes correspondant à des infractions – crimes ou délits – selon la loi), nous avons adopté ici un périmètre extensif qui comprend à la fois des actes de violence verbale, physique, sexuelle et psychologique, tels que définis et pris en compte dans les nombreuses sources de données que nous incluons. La notion de « violences » s’étend donc bien au-delà de la seule dimension physique ; à l’avenir, d’autres dimensions pourraient être prises en compte, telles que certaines formes de cybercriminalité. Le rapport du Groupe de travail interministériel sur la cybercriminalité¹⁹ évoque diverses

⁽¹⁾ La présente publication a été élaborée avec l’aide de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Le contenu de la publication relève de la seule responsabilité des auteurs. Il ne représente pas l’opinion officielle de cette Direction.

atteintes sexuelles commises par le biais d'Internet, mais n'en désigne aucune comme prenant place spécifiquement au sein du couple. On peut penser que le développement de la diffusion d'images à caractère intime et/ou sexuel (exemple : « sextapes ») entre partenaires pourrait ainsi donner lieu à examens futurs. La mesure quantitative n'en étant pas encore disponible, de tels actes sont exclus de notre champ.

Comme tout calcul de coût de ce type, cette étude, réalisée en France sur des données de 2012, doit également régler une question fondamentale en donnant une définition du coût et donc des composants à y inclure. L'étude française opte pour l'approche en termes de « capital humain » qui préconise d'estimer les coûts directs et indirects de la morbidité et de la mortalité qui résultent d'actes de violence, conformément à toutes les études menées dans d'autres pays depuis quelques années et aux recommandations de l'OMS. Si cette démarche est celle qu'a inaugurée l'économie de la santé avec le « *cost of illness* », il faut toutefois noter que les coûts sanitaires ne sont pas les seuls à être pris en compte. Le coût des violences est abordé comme un coût « en santé » (avec des coûts médicaux directs et indirects), mais intègre aussi d'autres dimensions.

Au total, dans l'étude française de 2014, sont inclus :

- **des coûts directs, médicaux ou non**, au sens des dépenses effectivement réalisées du fait direct des violences au sein du couple entraînant aussi des conséquences sur les enfants (VSCE). Les principaux postes sont ici : les dépenses entraînées par des consommations de soins, les dépenses liées à l'accueil et à l'accompagnement des victimes mais aussi des auteurs de violences, les dépenses générées par l'activité de la police, de la gendarmerie, de la justice civile (divorces) ou pénale (jugements), de l'administration pénitentiaire ou encore nécessitées par l'hébergement (centres d'hébergement d'urgence) ou le logement des victimes (aides au logement). Il s'agit de mesurer une production générée par les VSCE. On mesure la valeur marchande d'une activité effective et la question sous-jacente est celle du coût d'opportunité : on cherche à savoir quelle est la valeur des ressources qui auraient pu être mobilisées à un autre usage, en l'absence des VSCE ;
- **des coûts indirects** définis comme des gains perdus, *i.e.* un manque à gagner de produit du fait de l'impossibilité de produire ou d'une réduction de la productivité imputable aux VSCE, *via* les incapacités, les maladies et la mortalité qu'elles provoquent. Ces coûts recouvrent : des pertes de rémunération et de temps pour les personnes concernées comme victimes, mais aussi comme auteurs (arrêts de travail, pertes de production provoquées par l'absentéisme des victimes ou les incarcérations des auteurs, pertes en capital humain liées à des décès prématurés, y compris ceux des enfants) et – plus difficiles à prendre en compte, plus rarement mais de plus en plus systématiquement

inclus dans les chiffrages – des coûts intangibles, qui peuvent être considérés comme des coûts indirects, consistant à valoriser en unités monétaires le prix de la douleur et du préjudice. Ici, c'est la valeur de la vie statistique (VVS), servant d'étalon de mesure des décès prématurés, qui est utilisée sous forme de propositions dans le chiffrage 2014 des VSCE 2012 (par exemple pour donner une valeur monétaire au préjudice entraîné par les viols)²⁰. Il faut noter qu'en intégrant ces coûts dans le calcul, comme c'est le cas dans des études de plus en plus nombreuses, la méthode, essentiellement orientée dans une logique de « capital humain », emprunte également à celle du consentement à payer (« *willingness-to-pay* ») puisque la VVS donne une mesure statistique de l'effort financier que la collectivité est prête à consentir pour réduire un risque de décès.

Classiquement, l'étude française 2014 sur les VSCE a également répondu à deux questions (étroitement liées) ayant trait au matériel à mobiliser pour réaliser le chiffrage et aux exploitations à en tirer. La liste de ces sources est disponible dans un inventaire détaillé¹. Quatre grands types de sources sont utilisés : a) des données administratives, souvent recueillies en routine, pour quantifier l'activité des institutions participant de la prévention, de la répression et du traitement (notamment médical) des VSCE (exemple : plusieurs sources de police et gendarmerie font l'objet d'une synthèse annuelle²¹ ; beaucoup d'autres sont accessibles une à une auprès de leurs producteurs) ; b) des données d'enquêtes statistiques en population générale permettant de quantifier la prévalence et l'incidence d'actes de violence et si possible leurs effets (notamment en santé) soit par des résultats publiés, soit par des exploitations secondaires (par exemple, l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), réalisée par l'Insee en partenariat avec l'ONDRP, et dont les données sont accessibles *via* le portail Quételet – <http://www.reseau-quetelet.cnrs.fr/spip/> –, a été exploitée sur les années 2008 à 2012) ; c) des études spécifiques, réalisées à partir de données en population générale ou à vocation clinique, qui procurent des informations sur des pans encore obscurs²² ; d) des compléments qualitatifs recherchés auprès d'experts lorsque des données sont quasi absentes (20 entretiens ont été réalisés).

Première des deux questions à résoudre concernant ces sources : permettent-elles a) de quantifier des prévalences et incidences par un nombre de cas individuels (effectifs « réels » ou pondérés, pour des enquêtes représentatives de la population générale) et b) de valoriser en unités monétaires des produits (générés ou faisant défaut), y compris pour des biens ou services non marchands ? Sur ce dernier point, la VVS retenue pour l'étude est celle que proposent Quinet et coll.²⁰, soit 3 millions d'euros pour 2010. La seconde grande question est celle de la causalité, constatée comme telle ou seulement par imputabilité, entre VSCE (cause) et conséquences (sur la santé entre autres). Chacune des sources exige un

traitement spécifique sur ces deux questions. Le détail des choix opérés se trouve dans le rapport complet¹, poste par poste de coût.

Enfin, le matériel a été exploité, pour autant que les sources le permettaient, avec une définition extensive du « couple » incluant les relations hors mariage, les relations entre ex-conjoints et les relations homosexuelles et avec une définition extensive des violences, à la fois physiques, sexuelles et psychologiques. Le résultat s'entend sur 2012 comme année de référence : le chiffrage est réalisé sur cette année civile, sur 2011 en cas de données 2012 indisponibles, sur 2010 si 2011 faisait défaut, etc.

Résultats

Le coût des VSCE estimé en 2014 pour l'année 2012 pour la France est de 3,6 milliards d'euros (hypothèse basse)⁽²⁾. Au-delà du résultat global, c'est sa structure qui mérite l'attention : par type de coût et type de population concernée (femmes, hommes, enfants).

Faible part relative des coûts directs, lourde part de la victimation des femmes dans ces coûts

Les coûts directs, médicaux ou non, contribuent relativement faiblement au total (21,4%, voir figure) et, parmi eux, ce qui relève de la dimension strictement médicale constitue moins de la moitié. Pour

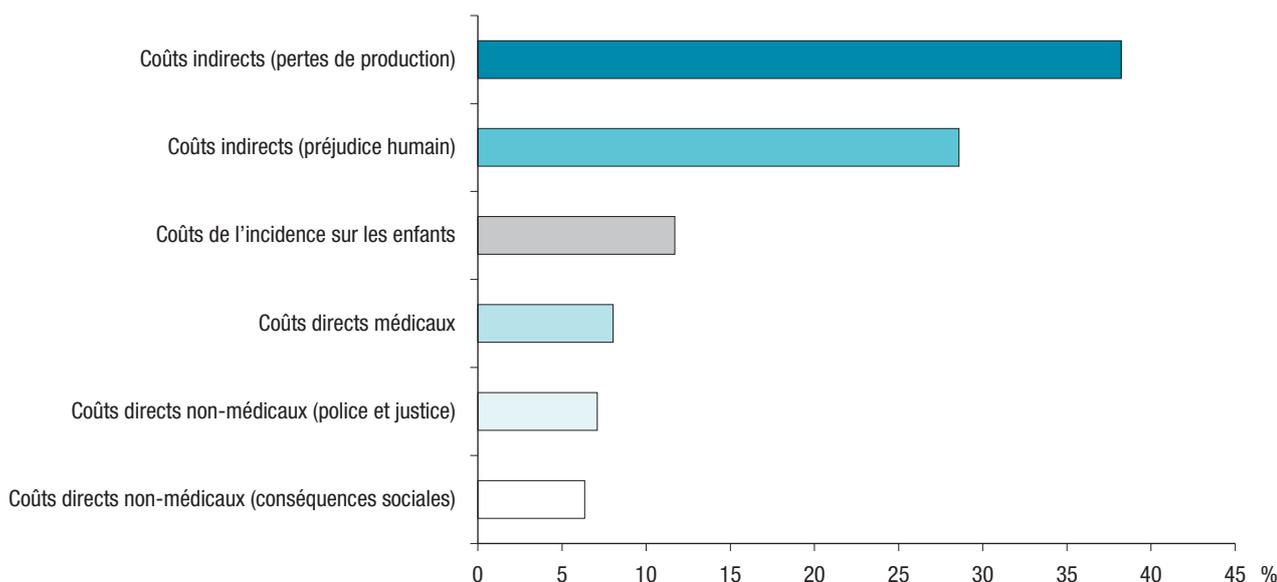
tous ces coûts directs, médicaux ou non, pour lesquels une estimation peut être faite pour les femmes et les hommes (tableau 1 dont la logique de calcul peut être sommairement résumée par : « incidence annuelle du phénomène X coût unitaire »), plus des 9/10 de chaque poste sont imputables aux femmes, à l'exception des postes « gendarmerie », « justice pénale » et « administration pénitentiaire », pour lesquels le ratio hommes/femmes dans le total est assez différent (73,4% « seulement » du coût « gendarmerie » pour les femmes) ou inversé (97% des coûts « justice pénale » et « administration pénitentiaire » associés aux hommes). Cette lecture des coûts directs médicaux et non-médicaux indique que la victimation au sein du couple (entre conjoints ou ex-conjoints) touche massivement les femmes en tant que victimes et concerne les hommes en tant qu'auteurs. Les actes de violence physique, sexuelle ou psychologique suivis de recours à des consommations médicales ou à une autre prise en charge (justice, police, hébergement d'urgence, etc.) sont ceux que les femmes subissent du fait d'hommes dans des couples hétérosexuels ; cela se traduit dans cette composition des coûts directs.

Pour demeurer fidèle aux notions de coût social et de coût d'opportunité sous-jacentes au calcul des coûts directs, on peut interpréter ce résultat comme suit : si une partie des ressources collectives sont affectées (dépensées) à prévenir, réprimer, soigner les conséquences des VSCE et ne peuvent ainsi être mobilisées à un usage concurrent, ce sont très largement les violences dont les femmes sont victimes du fait de leur conjoint ou ex-conjoints qui l'expliquent.

⁽²⁾ Voir le rapport complet¹ pour hypothèses basse *versus* haute.

Figure

Structure des coûts des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants, par grand type de coût, France, 2012



Source : Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Rapport final de l'étude. Paris : Psytel ; 2014. 102 p. http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/11/Psytel_CoutVSC_RapFin_141114-21.pdf

Lecture : pour l'année 2012, sur un coût total de 3,6 milliards d'euros, 281 618 890 euros sont des coûts directs médicaux liés à des consommations de soins et dispositifs médicaux par des femmes. Le total des coûts directs médicaux représente 8% des 3,6 milliards.

Tableau 1

Montants et structure des coûts des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants, par type de coût et distinguant les coûts associés aux femmes, hommes et enfants, France, 2012

	Femmes		Hommes		Enfants		Total		en % du total	
	% ligne	% colonne	% ligne	% colonne	% ligne	% colonne	% ligne	% colonne	% ligne	% colonne
Coûts directs médicaux										
Urgences	23 070 531 €	8,2%	764 970 €	9,3%	0 €	0,0%	23 835 501 €	X	0,0%	0,7%
Hospitalisations	43 611 096 €	15,5%	1 446 052 €	17,6%	0 €	0,0%	45 057 148 €	X	0,0%	1,2%
Consultations	95 652 232 €	34,0%	2 662 609 €	32,5%	0 €	0,0%	98 314 841 €	X	0,0%	2,7%
Médicaments	117 652 245 €	41,8%	3 275 009 €	39,9%	0 €	0,0%	120 927 254 €	X	0,0%	3,4%
Dispositifs médicaux	1 632 787 €	0,6%	54 140 €	0,7%	0 €	0,0%	1 686 927 €	X	0,0%	0,0%
Total coûts directs médicaux	281 618 891 €	100,0%	8 202 780 €	100,0%	0 €	0,0%	289 821 671 €	X	0,0%	8,0%
Coûts directs non médicaux										
Police	57 241 836 €	17,3%	6 222 902 €	4,1%	0 €	0,0%	63 464 738 €	X	0,0%	1,8%
Gendarmerie	37 494 177 €	11,3%	13 559 185 €	8,8%	0 €	0,0%	51 053 362 €	X	0,0%	1,4%
Justice civile	10 468 572 €	3,2%	1 046 857 €	0,7%	0 €	0,0%	11 515 429 €	X	0,0%	0,3%
Justice pénale	1 378 509 €	0,4%	44 571 782 €	29,1%	0 €	0,0%	45 950 291 €	X	0,0%	1,3%
Administration, pénitentiaire	2 782 963 €	0,8%	81 456 500 €	53,1%	0 €	0,0%	84 239 463 €	X	0,0%	2,3%
Accueil/Auteur	30 000 000 €	9,0%	500 000 €	0,3%	0 €	0,0%	30 500 000 €	X	0,0%	0,8%
Arrêts de travail	107 824 689 €	32,9%	3 393 526 €	2,1%	0 €	0,0%	111 218 215 €	X	0,0%	3,1%
Soutien familial	1 882 442 €	0,5%	188 244 €	0,1%	0 €	0,0%	2 070 686 €	X	0,0%	0,1%
RSA	10 241 096 €	3,0%	1 024 110 €	0,6%	0 €	0,0%	11 265 206 €	X	0,0%	0,3%
Hébergement	58 071 904 €	17,5%	0 €	0,0%	0 €	0,0%	58 071 904 €	X	0,0%	1,6%
Aides au logement	14 193 592 €	4,3%	1 419 359 €	0,9%	0 €	0,0%	15 612 951 €	X	0,0%	0,4%
Total coûts directs non médicaux	331 579 780 €	100,0%	153 382 465 €	100,0%	0 €	0,0%	484 962 245 €	X	0,0%	13,4%
Coûts indirects (dont intangibles : valeur de la vie et de la douleur)										
Absentéisme	572 282 367 €	29,3%	3 324 826 €	0,7%	0 €	0,0%	575 607 193 €	X	0,0%	16,0%
Préjudices ITT	277 062 000 €	84,1%	52 551 000 €	11,4%	0 €	0,0%	329 613 000 €	X	0,0%	9,1%
Incarcérations	3 225 942 €	2,7%	116 049 000 €	25,2%	0 €	0,0%	119 274 942 €	X	0,0%	3,3%
Décès	453 000 000 €	66,2%	231 000 000 €	50,2%	0 €	0,0%	684 000 000 €	X	0,0%	19,0%
Viols	644 400 000 €	91,8%	57 600 000 €	12,5%	0 €	0,0%	702 000 000 €	X	0,0%	19,5%
Total coûts indirects	1 949 970 309 €	80,9%	460 524 826 €	100,0%	0 €	0,0%	2 410 495 135 €	X	0,0%	66,8%
Coûts liés à l'incidence sur les enfants										
ASE - accueil/accompagnement	0 €	X	0 €	X	347 250 000 €	100,0%	347 250 000 €	82,2%	100,0%	9,6%
Décès enfants	0 €	X	0 €	X	75 000 000 €	100,0%	75 000 000 €	17,8%	100,0%	2,1%
Total coûts des conséquences sur les enfants	0 €	X	0 €	X	422 250 000 €	100,0%	422 250 000 €	100,0%	100,0%	11,7%
TOTAL	2 563 168 980 €		622 110 071 €		422 250 000 €		3 607 529 051 €			100,0%

ITT : incapacité totale de travail ; ASE : aide sociale à l'enfance.

Les 7/10 des coûts des VSCE sont des coûts indirects ; un profil encore très différencié « femmes victimes/hommes auteurs »

La plus grande partie des coûts entraînés par les VSCE est constituée par des coûts indirects (66,8% du total, figure). Pour 6 des 8 postes des coûts indirects, le coût est supporté à plus de 84% par les femmes. Globalement traduit, ce résultat signifie que les manques à gagner en termes de produit et de productivité ainsi que la valeur du préjudice (années de vie perdues et valeur monétarisée de la douleur) pèsent essentiellement sur les femmes. Dans la composition hommes/femmes de ces coûts indirects (tableau 1), on trouve encore beaucoup plus souvent des femmes victimes qu'auteurs de violences dans le couple (vice-versa pour les hommes), comme le montre le poste « incarcérations ». Pour celui-ci, les manques à gagner productifs pèsent exceptionnellement sur les femmes (97,3% du total de ces coûts concernent les hommes), ce qui rappelle leur statut plus fréquent d'auteurs (24,9% des coûts indirects des VSCE pesant sur les hommes sont liés à leurs incarcérations pour ce motif).

Un poste parmi ces coûts indirects attire également l'attention dans cette comparaison de la participation des hommes et des femmes à la structure des coûts : celui qui valorise les décès en unités monétaires à l'aune de la VVS. Les femmes ne contribuent « que » pour les deux tiers du total de ce coût. En effet, en 2012, 148 femmes ont été victimes d'homicides de la part d'un conjoint ou ex-conjoint et 26 hommes du fait de leur (ex-)compagne. Mais à ces homicides où les femmes sont beaucoup plus souvent victimes qu'auteurs (sachant en outre que dans 17 des 26 homicides de conjoints ou ex-conjoints qu'elles ont perpétrés, elles en avaient été préalablement les victimes), s'ajoutent des suicides des auteurs mêmes des homicides : 3 femmes et 51 hommes se sont donné la mort après avoir tué leur (ex-) conjoint²³. Ces suicides d'hommes auteurs expliquent que le tiers (33,8%) des coûts indirects supportés par les hommes du fait des VSCE concerne des décès prématurés.

Étant donné la valeur relativement élevée – relativement à d'autres grandeurs parmi l'ensemble de tous les coûts – de la vie statistique proposée²⁰, on comprend également que les préjudices subis du fait des viols pèsent lourdement dans la composition des coûts supportés par les femmes (31,1% des coûts indirects qui pèsent sur elles).

Un coût élevé des violences dans le couple pour les enfants, un calcul pourtant partiel et provisoire

Il existe des lacunes dans les données concernant les victimes et auteurs adultes de VSCE. Les manques sont plus patents encore en ce qui concerne les enfants. Deux grands postes seulement ont été retenus : coûts directs associés à l'accueil et à l'accompagnement des enfants par l'aide sociale à l'enfance (ASE) ; coûts indirects traduisant des décès prématurés. Le premier de ces postes est celui qui pèse le plus lourd dans le total (82,2%). Difficile à établir, il nécessite un arbitrage

entre plusieurs sources, dont aucune ne permet d'identifier les prises en charge des enfants par l'ASE au motif explicite de « violences » dans le couple. Ainsi, les informations transmises annuellement à l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) et aux Observatoires départementaux de protection de l'enfance (ODPE), conformément au décret n° 2011-222 du 28 février 2011, incluent, parmi les problématiques familiales repérées, l'exposition du mineur à des « conflits dans le couple », dont il est difficile de connaître la nature exacte.

Discussion

Du premier au troisième chiffrage des coûts annuels des VSCE en France, leur montant est passé d'environ 1,1 milliard² (2004) à 3,6 milliards d'euros¹ (2012) (tableau 2). Ce gonflement en euros courants (à ceci près que la composante VVS est monétarisée en euros 2010) ne repose pas sur un accroissement de l'incidence annuelle des VSCE. Ses grands facteurs explicatifs soulèvent en revanche des discussions sur les méthodes de chiffrage et les limites des sources disponibles.

Le tableau 2 montre qu'entre les estimations 2004 et 2006, la prise en compte de nouveaux postes de coûts peut exercer un effet inflationniste. Le coût total 2004 se limitait au périmètre étroit des incapacités temporaires totales (ITT) et son lien « certain » avec les violences subies ; les chiffreages 2006 et 2012 tentent d'inclure les coûts qui pourraient être imputables à l'absentéisme au travail que génèrent les VSCE. Le pari est risqué et d'ailleurs le rapport VSCE 2012 recourt prudemment à une étude américaine sur les liens entre VSCE et absentéisme. Sans surprise, le calcul du coût est conventionnel. La discussion est ouverte, chacune des études faisant explicitement part de ses arbitrages. De telles variations du coût peuvent également provenir de la disponibilité récente d'une source, sans que nécessairement les données nouvelles soient inflationnistes (exemple : la consommation médicamenteuse par les femmes estimée pour les VSCE 2006 diminuée par rapport au chiffrage VSCE 2004).

Dans la comparaison entre les coûts 2004 et 2012, la réévaluation de la VVS à 3 millions d'euros proposée en 2013 est décidément inflationniste par rapport à la référence jusque-là retenue²⁴. Cette hausse joue sur la valeur estimée des décès prématurés (enfants inclus) et de la souffrance attachée aux viols, par exemple. Cette VVS actualisée alourdit le coût final, mais la logique reste la même : la valeur monétaire n'est pas « une valeur de la vie humaine » mais la mesure d'un « effort que la collectivité est prête à consentir pour réduire un risque de décès »²⁰. Une large part de l'accroissement du coût des VSCE ces dernières années provient ainsi d'une actualisation du regard porté par les décideurs publics sur cet effort collectif en faveur de la vie, avec un consentement à payer accru.

La diminution des coûts directs médicaux entre 2006 et 2012 mérite précision. Elle résulte essentiellement de deux mouvements convergents à la baisse :

Tableau 2

Comparaison des trois études chiffrant le coût des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants en France (2004, 2006, 2012)

	2004	2006	2012
Coûts directs 1 : médicaux	382 789 300 €	483 203 000 €	289 821 671 €
	35,0%	19,5%	8,0%
Coûts directs 2 : non médicaux	323 614 100 €	354 876 000 €	484 962 245 €
	29,6%	14,4%	13,4%
Coûts indirects 1 : pertes de production	82 299 800 €	1 098 936 000 €	1 378 882 135 €
	7,5%	44,5%	38,2%
Coûts indirects 2 : intangibles	304 720 000 €	534 698 000 €	1 031 613 000 €
	27,9%	21,6%	28,6%
Coûts conséquences sur les enfants	X*	X	422 250 000 €
	X*	X	11,7%
	1 093 423 200 €	2 471 713 000 €	3 607 529 051 €

* Certaines conséquences sur les enfants sont incluses dans des coûts directs non médicaux et des coûts indirects. Dans cette étude, le total des coûts associés aux enfants est de 23 818 300 euros.

Sources : [3,4,5].

Lecture : pour un total de 1 093 423 200 euros du coût des violences au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants en France en 2004, 382 789 300 euros ressortissent du poste « coûts directs médicaux », soit 35% du total.

d'une part, la mesure des recours aux urgences selon l'âge des patients a pu être précisée davantage pour 2012 que pour 2006, permettant ainsi de ne pas inclure indistinctement toutes les catégories d'âge. En d'autres termes, en 2006, on faisait moins bien la part entre celles (âges médians) dont l'exposition aux violences dans le couple débouche plus fréquemment sur ce type de recours aux soins et celles (âges extrêmes de la vie) qui y recourent moins souvent. D'autre part, des estimations réalisées sur la base de données de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) ont pu être corrigées entre les données 2006 et 2012 : en 2006, la valorisation monétaire des visites et consultations auprès de médecins généralistes et spécialistes était sous-évaluée par rapport au coût (très surévalué) des prescriptions associées ; en 2012, nous sommes parvenus à estimer plus exactement le nombre de ces visites et consultations liées aux VSCE et leur coût moyen associé en termes de prescription. En un mot : le nombre d'actes estimé a augmenté, pour un coût de médicaments prescrits beaucoup plus faible en moyenne.

Il manque encore des données pour couvrir toute l'étendue des coûts que l'on souhaiterait évaluer. Comme dit précédemment, c'est en particulier le cas pour les enfants, dont on peut penser, avec le développement et la consolidation du dispositif de remontée des données en protection de l'enfance piloté par l'ONPE, que le poids dans le coût des VSCE s'alourdira massivement, rendant visible un phénomène encore fortement sous-évalué²⁵. Des données étrangères ont ici été repoussées,

car jugées délicates à transposer, et les enquêtes transnationales peuvent décevoir par le manque de robustesse des échantillons nationaux qu'elles incluent²⁶.

En ce qui concerne les hommes, l'exploitation des éditions 2008 à 2012 de l'enquête CVS permettait d'en voir potentiellement augmenter le poids dans les coûts de la victimation. Sur cette période, toutes violences confondues mesurées dans cette enquête, les femmes sont 3 fois plus souvent victimes de leur (ex-)conjoint de sexe masculin, corésident ou non, que ne le sont les hommes de leur (ex-)conjointe. Au-delà de ce ratio global, un problème statistique apparaît lorsque l'on cherche à connaître les effectifs pondérés des victimes d'actes spécifiques de violence, effectifs dont le calcul du coût ne peut s'exonérer. L'effectif brut est très réduit (malgré l'empilement des années d'enquête) et les poids de tirage statistiques des hommes victimes, souvent très atypiques, rendent la pondération statistique hasardeuse. « Forcer » pour obtenir des effectifs aboutirait à déformer considérablement le ratio « nombre de femmes/hommes victimes » en gonflant artificiellement la victimation des hommes. Ce résultat indique la rareté relative des actes les plus graves de violence physique et sexuelle subis par les hommes du fait de leur (ex-)compagne et ouvre une piste de recherche : qui sont ces hommes victimes dont la victimation et le poids statistique sortent de la norme ? Les informations manquent pour pouvoir qualifier cette victimation masculine atypique. Une partie de ces violences qui touchent les hommes reste sans doute invisible, mais on sait que c'est aussi le cas pour la victimation qui concerne les femmes, malgré les campagnes d'information qui leur sont destinées.

Après quelque vingt ans d'avancées méthodologiques décisives dans les enquêtes statistiques (en particulier une amélioration considérable des conditions de confidentialité), la prévalence des violences physiques et sexuelles subies par les femmes demeure beaucoup plus élevée que pour les hommes au sein du couple. Une réflexion entamée au milieu des années 1990 en Amérique du Nord sur les effets « genrés » des choix méthodologiques opérés dans les enquêtes statistiques sur les déclarant(e)s se poursuit en Europe aujourd'hui²⁷. L'enquête Virage (Ined, 2015-2016, <http://virage.site.ined.fr>) apportera, on l'espère, de nouvelles réponses.

Conclusion

Dans son avant-propos⁹, Etienne Krug, qui dirigeait le Département des violences et des traumatismes de l'OMS, présentait l'énormité des coûts entraînés par les violences comme un argument-choc en faveur de la prévention. Cette optique préventive, comme l'application aux violences interpersonnelles des méthodes de l'épidémiologie et de l'économie de la santé et des notions de coût social et de coût d'opportunité, font bel et bien des violences une question de santé publique dans les vingt dernières années. Le levier économique pourrait aider à promouvoir des politiques de prévention.

Pourtant, il reste du chemin à faire, y compris pour les VSCE, sur lesquelles les données se sont le plus rapidement multipliées. Le dernier chiffre français incite à proposer, plus qu'une multiplication pléthorique des sources, une amélioration de leur qualité dans la mesure des liens étiologiques entre violences et santé, un renforcement de l'information sur les enfants et une ouverture plus grande à des interprétations qualitatives de la victimation, complémentaires de la statistique. ■

Références

- [1] Albagly M, Cavalin C, Mugnier C, Nectoux M. Étude relative à l'actualisation du chiffrage des répercussions économiques des violences au sein du couple et leur incidence sur les enfants en France en 2012. Rapport final de l'étude. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS); 2014. 102 p. <http://femmes.gouv.fr/dossiers/lutte-contre-les-violences/publications-2/>
- [2] Marissal J-P, Chevalley C. Étude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France. Rapport au Service des droits des femmes et de l'égalité. Paris: La Documentation française; 2006. 111 p.
- [3] Nectoux M, Baffert S, Darlot J-P, Mugnier C, Thélot B, Albagly M. Estimation du coût des violences conjugales en Europe. Paris: Rapport à la Commission des communautés européennes, Direction générale justice et affaires intérieures, Programme DAPHNE II 2006; 2009. 54 p. <http://psytel.eu/violences.php>
- [4] Australian Government's Office for the Status of Women. Access Economics. The cost of domestic violence to Australian economy: Part I; 2004. 80 p. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2012/cost_of_dv_to_australian_economy_i_1.pdf
- [5] Zhang T, Hoddenbagh J, MacDonald S, Scrim K. An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada, 2009. Report No.: rr-12-07-e. Department of Justice, Canada; 2012. 145 p. http://justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/rr12_7.pdf
- [6] National Center for Injury Prevention and Control. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta (Georgia): Centers for Disease Control and Prevention; 2003. 64 p. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPVBook-a.pdf>
- [7] Walby S. The cost of domestic violence. London: National Statistics - Women and Equality Unit; 2004. 117 p.
- [8] Walby S. The cost of domestic violence: Up-date 2009. Lancaster University: UNESCO Chair in Gender Research; 2009. 10 p.
- [9] Waters HR, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. The economic dimensions of interpersonal violence. Geneva: World Health Organization (Department of Injuries and Violence Prevention); 2004. 70 p. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>
- [10] Sethi D, Marais S, Nurse J, Butchart A. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. World Health Organization (Department of Injuries and Violence Prevention); 2004. 60 p. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546395.pdf>
- [11] Walby S, Olive P. Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Vilnius: European Institute for Gender Equality; 2014. 148 p. <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0414745EN2.pdf>
- [12] United Nations. Report of the 4th World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995. Report No.: A/CONF.177/20/Rev.1. New York: United Nations; 1996. 218 p.
- [13] Patel DM, Taylor RM (Rapporteurs). Social and economic costs of violence: Workshop summary. Washington, DC: Institute of Medicine, The National Academies Press; 2012. 177 p.
- [14] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascensio R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. 346 p. http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1
- [15] Stiglitz JE, Bilmes LJ. Estimating the cost of war: Methodological issues, with applications to Iraq and Afghanistan. In: Garfinkel Michelle F, Skaperdas Stergios (eds), Oxford Handbook of the Economics of Peace and Conflicts. Oxford University Press; 2012. 31 p.
- [16] Dublin LI, Lotka AJ. The money value of a man. New York: The Ronald Press Company; 1946. 214 p.
- [17] Hofflander AE. The human life value: an historical perspective. *J Risk Insur.* 1966;33(3):381-91.
- [18] Rice DP. Estimating the cost of illness. *Am J Public Health.* 1967;57(3):424-40.
- [19] Groupe de travail interministériel sur la cybercriminalité. Protéger les internautes. Rapport sur la cybercriminalité ; 2014. 277 p. http://www.justice.gouv.fr/include_htm/pub/rap_cybercriminalite.pdf
- [20] Quinet É (Président), Baumstark M (Rapporteur général). Évaluation socioéconomique des investissements publics, tome 1. Rapport final. Paris: Commissariat général à la stratégie et à la prospective; 2013. 349 p. http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/CGSP_Evaluation_socioeconomique_17092013.pdf
- [21] Lollivier S, Soulez C (dir). La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2014. Paris: INHESJ-ONDRP; 2014. 1271 p. http://www.inhesj.fr/fr/ondrp/les-publications/rapports-annuels_2014

[22] Fanello S, Tanguy M, Duverger P, Rousseau D, Roze M, Nguyen S. Parcours des enfants admis avant l'âge de quatre ans à la pouponnière sociale du Foyer de l'enfance de Maine-et-Loire entre 1994 et 2001. Étude portant sur 128 sujets. Rapport septembre 2013. Paris: Projet soutenu par l'Oned; 2013. 68 p. http://www.oned.gouv.fr/system/files/ao/aot2010.rousseau_rf.pdf

[23] Délégation aux victimes. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple. Année 2012. Paris: Direction générale de la police nationale, Direction générale de la gendarmerie nationale; 2013. 31 p. <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-ann%C3%A9e-2012.pdf>

[24] Boiteux M (président), Baumstark L. Transports : choix des investissements et coût des nuisances. Paris: Commissariat Général du Plan; 2001. 325 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000434.pdf>

[25] Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Éditions dur Seuil; 2010. 432 p.

[26] European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Vienna: FRA; 2014. 193 p.

[27] Cavalin C. Interroger les femmes et les hommes sur les violences subies en France et aux États-Unis : entre mesures statistiques et interprétations sociologiques. *Nouvelles questions féministes*. 2013;32(1):64-76.

Citer cet article

Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(22-23):390-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_2.html

ARTICLE // Article

CARACTÉRISTIQUES DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES S'ÉTANT PRÉSENTÉES AU CHU DE TOULOUSE EN 2013. ÉTUDE COMPARATIVE

// CHARACTERISTICS OF VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE CONSULTING AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF TOULOUSE IN 2013. A COMPARATIVE STUDY

Catherine Raux¹ (cathy.raux@yahoo.fr), Marion Vergnault¹, Sandrine Charpentier², Daniel Rougé¹, Norbert Telmon¹, Frédéric Savall¹

¹ Service de médecine légale, CHU Toulouse-Rangueil, Toulouse, France

² Service d'accueil des urgences, CHU Toulouse-Rangueil, Toulouse, France

Soumis le 31.07.2015 // Date of submission: 07.31.2015

Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des victimes de violences conjugales lorsqu'elles se présentaient dans un service d'urgences, afin d'améliorer leur prise en charge sanitaire et médico-judiciaire.

Matériel et méthode – Dans le cadre d'une étude comparative rétrospective, nous avons recueilli les données des patients s'étant présentés pour rixe ou agression dans les services d'urgence toulousains en 2013. Nous avons constitué et comparé deux groupes de patients : les victimes de violences conjugales et les victimes d'autres violences. Les caractéristiques des patients, de l'agression et de la prise en charge ont été recueillies.

Résultats – Les victimes de violences conjugales présentaient moins fréquemment des signes de gravité clinique (23,3% vs 47,6%, $p < 0,001$) et bénéficiaient moins fréquemment d'examen d'imagerie (37% vs 56,1%, $p < 0,01$) que les victimes d'autres violences. Les victimes de violences conjugales consultaient davantage dans le service de médecine légale après leur passage aux urgences que les victimes d'autres violences (69,9% vs 29,6%, $p < 0,01$).

Discussion – Dans cette étude, les victimes de violences conjugales ne consultaient pas seulement dans un service d'urgence du fait de la gravité des lésions initiales. Elles consultaient aussi davantage que les victimes d'autres types de violences dans le service de médecine légale, ce qui pourrait témoigner d'une meilleure information aux urgences.

Introduction – The aim of this study was to identify the characteristics of victims of domestic violence when they went to an emergency department, in order to improve their medical and medico-legal care.

Material and methods – In the context of a comparative study, retrospective, we collected data about patients who went to the Toulouse Emergency Departments, because of assault or aggression in 2013. We compared two groups of patients: those who were victims of domestic violence and those who were victims of other forms of violence. The characteristics of the patients, the acts of aggression and their health care were gathered.

Results – The victims of domestic violence showed less frequently grave clinical signs (23.3% vs 47.6%, $p < 0.001$) and benefited less frequently from radiology imaging (37% vs 56.1%, $p < 0.01$) than the victims of other forms of violence. The victims of domestic violence had more consultations with the service of legal medicine after presenting at the hospital emergency service than the victims of other forms of violence (69.9% vs 29.6%, $p < 0.01$).

Discussion – Our study has given evidence that victims of domestic violence not only consult the emergency service department for their severe initial lesions, but also have more consultations with the service of Legal Medicine for assault and intentional battery than victims of other forms of violence, indicating that they are likely to be better informed in the Emergency Service Department.

Mots-clés : Violences conjugales, Urgences hospitalières, Médecine légale
// **Keywords:** Domestic violence, Emergency department, Forensic medicine

Introduction

Du fait de leur fréquence, mieux connue depuis 15 ou 20 ans, les violences conjugales se placent de plus en plus au cœur des préoccupations des soignants. En effet, selon l'Observatoire national des violences faites aux femmes¹, chaque année en France, en moyenne 1,2% des femmes âgées de 18 à 59 ans (soit 201 000 femmes) sont victimes de violences conjugales, physiques ou sexuelles. Il existe une réelle difficulté de prise en charge des cas de violences conjugales en raison de la sous-déclaration des faits de violences, des abandons des poursuites à l'encontre de l'auteur de ces violences, des difficultés financières et sociales que rencontrent parfois certaines victimes. De plus, il est difficile pour les soignants de repérer les victimes de violences conjugales et de pouvoir les orienter correctement. Tous les professionnels de santé sont concernés, particulièrement en cabinet de médecine générale et dans les services d'urgence.

Outre le coût humain individuel, ce type de violences génère des coûts importants pour la collectivité, estimés à 3,6 milliards d'euros pour l'année 2012². Ils sont principalement liés aux pertes de production dues aux décès, à l'absentéisme professionnel des victimes et aux incarcérations des auteurs de violences. En 2006, les coûts directs médicaux (soins de santé) ont été estimés à 483 millions d'euros, les passages aux urgences représentant 24,4 millions d'euros³.

C'est pourquoi il est important de mieux connaître les caractéristiques des victimes de violences conjugales pour en tenir compte dans la pratique de la médecine au quotidien, que ce soit en médecine générale ou dans les services de médecine d'urgence, afin d'orienter au mieux leur prise en charge médico-judiciaire et leur suivi. L'objectif de ce travail était de décrire les victimes de violences conjugales qui se présentaient dans un service d'urgence, ainsi que leur prise en charge aux urgences, afin de proposer des améliorations de cette prise en charge et de leur orientation, notamment vers une unité médico-judiciaire, à la sortie de l'hôpital.

Patients et méthodes

Recueil des données

Dans le cadre d'une étude comparative rétrospective, nous avons recueilli les données concernant les patients s'étant présentés pour « rixe » ou « agression » dans les deux services d'urgence accueillant des adultes à Toulouse en 2013. Le codage est effectué

par l'infirmier d'accueil et d'orientation lors de l'admission, d'après une liste préétablie des motifs de venue dans ces services, et les données sont collectées par le département d'information médicale du CHU de Toulouse. Les deux services d'accueil des urgences (SAU) sont situés dans deux établissements : le CHU de Purpan et le CHU de Rangueil. Ce dernier site héberge l'unité médico-judiciaire (UMJ), qui reçoit les victimes de coups et blessures volontaires (consultations avec ou sans réquisition judiciaire).

Au total, 880 consultations aux urgences pour ces motifs (rixes ou agressions) ont été identifiées en 2013. À partir des dossiers d'hospitalisation, nous avons constitué et comparé deux groupes de patients : ceux ayant été identifiés comme victimes de violences conjugales et ceux qui avaient subi d'autres types de violences volontaires (voie publique, contexte festif, travail, familial, vol avec violence). L'intégralité des comptes rendus de passage aux urgences a été analysée et plusieurs variables ont été recueillies :

- caractéristiques des patients : âge et sexe ;
- caractéristiques de l'agression : codage de l'agression par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences (en « rixe » ou « agression ») ;
- caractéristiques de la prise en charge : mode de transport jusqu'aux urgences (moyens personnels ou services de secours), CHU d'accueil (Purpan ou Rangueil), éléments pouvant témoigner d'une gravité initiale des lésions (établie lorsque l'un des trois critères suivants était retrouvé : présence d'une fracture, réalisation d'une suture, mise en place d'une contention), réalisation d'un examen d'imagerie, rédaction d'un certificat médical initial (CMI) en plus du compte rendu de passage aux urgences, présence d'une information écrite donnée au patient concernant le service de médecine légale, durée d'hospitalisation, passage ultérieur à l'UMJ.

Analyses statistiques

Analyse bivariée

Après vérification des conditions d'application (calcul des effectifs théoriques pour les variables qualitatives, analyse du mode de distribution des données et recherche d'une égalité des variances pour les variables quantitatives) nous avons utilisé un test du Chi² dans la comparaison de deux variables qualitatives et un test de Kruskal-Wallis dans la comparaison d'une variable quantitative et d'une variable qualitative. Un seuil de 5% a été retenu pour la significativité des tests.

Analyse multivariée

Une analyse de régression logistique pas à pas descendante a été effectuée. Toutes les variables ayant un $p < 20\%$ lors de l'analyse bivariée ont été initialement incluses dans le modèle. Après vérification de la vraisemblance du modèle à chaque étape ($p > 0,05$), nous avons obtenu un modèle final. L'objectif de l'analyse était de mettre en évidence les variables les plus significativement associées au fait d'être victime de violences conjugales.

Résultats

Analyse bivariée

Le tableau 1 présente le détail des résultats de l'analyse bivariée.

Caractéristiques des patients

Au total, sur les 880 dossiers recueillis, les violences conjugales représentaient 73 cas (60 femmes et 13 hommes), soit 8,2% de notre population d'étude (figure).

Tableau 1

Comparaison des caractéristiques des victimes de violences conjugales ayant consulté aux urgences avec celles des victimes d'autres types de violences. CHU de Toulouse (France), 2013

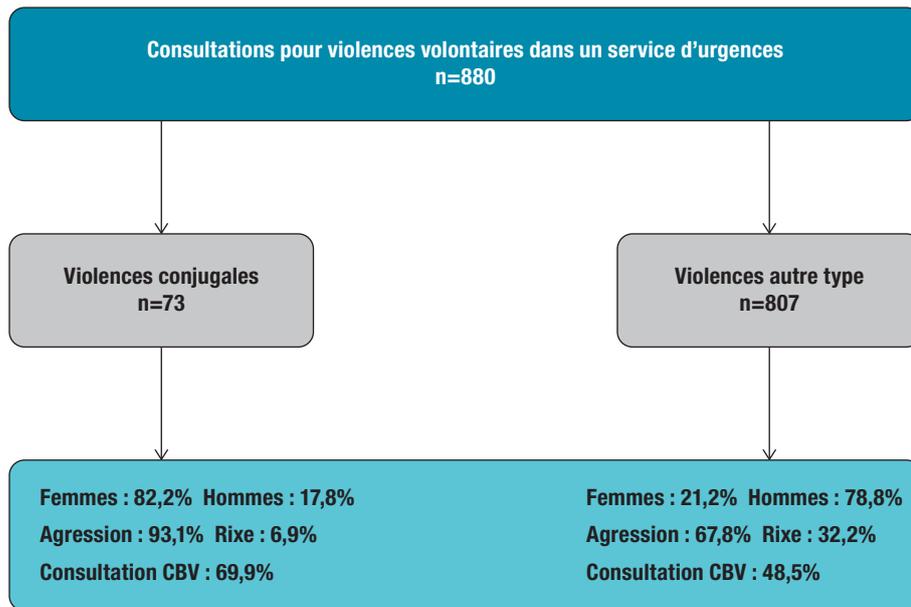
	Violences conjugales N=73		Autres types de violences N=817		p
	n	%	n	%	
Groupe					
Urgences	22	30,1	421	51,5	**
Urgences-CBV	51	69,9	396	48,5	
Sexe					
Femme	60	82,2	173	21,2	**
Homme	13	17,8	644	78,8	
Mode de transport aux urgences					
Personnel	37	51,4	435	53,3	NS
Service de secours	35	48,6	381	46,7	
Codage					
Agression	67	93,1	549	67,8	**
Rixe	5	6,90	261	32,2	
CHU					
Purpan	48	65,8	647	79,2	*
Rangueil	25	34,3	170	20,8	
Imagerie					
Oui	27	37,0	458	56,1	*
Non	46	63,0	359	43,9	
Gravité					
Pas de critère	56	76,7	428	52,4	**
Au moins 1 critère	17	23,3	389	47,6	
Certificat médical initial					
Oui	19	26,0	108	13,2	*
Non	54	74,0	709	86,8	
Information sur le service de médecine légale^a					
Oui	51	69,9	242	29,6	**
Non	22	30,1	575	70,4	
Âge en années					
Moyenne ± écart-type	32,4 ± 9,8		31,6 ± 12,3		NS
Médiane [IIQ]	31 [25-38]		28 [23-38]		
Min/Max	15,5/65		15,1/89,3		
Délai d'hospitalisation en heures					
Moyenne ± écart-type	4,3 ± 9,1		3,4 ± 8,9		NS
Min/Max	0/24		0/72		

* <0,01 ; ** <0,001. NS : non significatif.

^a Information donnée aux patients aux urgences concernant le service de médecine légale (horaires, lieu, procédure).

CBV : coups et blessures volontaires.

Diagramme des consultations pour violences volontaires aux urgences, CHU de Toulouse (France), 2013



CBV : coups et blessures volontaires.

Concernant l'âge des patients, aucune différence significative n'était observée entre le groupe des victimes de violences conjugales et celui des victimes d'autres violences.

De manière attendue, les femmes étaient significativement majoritaires (82,2% vs 21,2%, $p < 10^{-3}$) dans le groupe des violences conjugales. L'âge des femmes victimes de violences conjugales ne différait pas significativement de celui des victimes d'autres violences.

Caractéristiques de la prise en charge aux urgences

Il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le mode de transport des victimes jusqu'aux urgences (environ 50,0% des patients dans les deux groupes se rendant dans le service des urgences par leurs propres moyens) et la durée d'hospitalisation au sein du service des urgences (moins de 24 heures).

Les victimes de violences conjugales se présentaient plus fréquemment dans le service des urgences de Rangueil (siège de l'UMJ) que les autres victimes (34,3% vs 20,8%, $p < 0,01$).

Lors de l'admission aux urgences, les motifs de recours aux urgences des victimes de violences conjugales ont été codés par l'infirmière d'accueil comme victime d'agression dans 93,1% des cas (et comme rixe dans 6,9% des cas) vs 67,8% pour les autres types de violence, $p < 10^{-3}$.

Les victimes de violences conjugales présentaient moins fréquemment de signes de gravité clinique (23,3% vs 47,6%, $p < 0,01$) et avaient moins d'exams d'imagerie (37,0% vs 56,1%, $p < 10^{-3}$) que les patients du groupe « autres violences ».

Enfin, lors de leur passage aux urgences, les victimes de violences conjugales bénéficiaient de beaucoup plus d'informations que les autres victimes sur

l'existence du service de médecine légale (69,9% vs 29,6%, $p < 10^{-3}$) et quittaient plus souvent le service des urgences avec un CMI rédigé en plus du compte rendu de passage aux urgences (26,0% vs 13,2%, $p < 0,01$).

Orientation vers le service de médecine légale

Le recours à une consultation médico-légale concernait globalement 50,0% des patients victimes de rixe ou d'agression, dont 85% correspondaient à des réquisitions. Les victimes de violences conjugales consultaient davantage dans le service de médecine légale après leur passage aux urgences que les victimes d'autres types de violence (69,9% vs 48,5%, $p < 10^{-3}$). Ceci indique que 30,1% des victimes de violences conjugales ne se rendaient pas dans le service de médecine légale après leur passage aux urgences et ne bénéficiaient donc pas d'une procédure médico-judiciaire.

Analyse multivariée

Au total, neuf variables ont été introduites dans le modèle : l'âge, le sexe, le mode de transport jusqu'aux urgences, l'hôpital d'accueil (Purpan ou Rangueil), le codage aux urgences (rixes ou agressions), l'existence d'un signe de gravité clinique, la réalisation d'une imagerie, l'existence d'une information écrite donnée aux patients lors de leur passage aux urgences concernant la consultation de médecine légale et la rédaction d'un CMI en plus du compte-rendu de passage aux urgences.

Le modèle final est présenté dans le tableau 2.

Comparées aux victimes d'autres violences, les victimes de violences conjugales avaient une probabilité 13,7 fois plus importante d'être des femmes plutôt que des hommes et une probabilité 2,3 fois plus élevée de consulter en médecine légale à la suite de leur passage aux urgences que de ne pas le faire. Elles consultaient

Tableau 2

Comparaison des groupes « violences conjugales » et « autres violences ». Résultats de l'analyse multivariée (n=880). CHU de Toulouse (France), 2013

	Odds ratio	p	Intervalle de confiance à 95%
Sexe (référence homme)			
Femme	13,7	0,0001	[7,2-26]
Parcours (référence urgences)			
Urgences/CBV	2,3	0,006	[1,3-4,2]
CHU (référence Rangueil)			
Purpan	0,5	0,012	[0,3-0,8]
Imagerie (référence non)			
Oui	0,5	0,008	[0,3-0,8]
Information service de médecine légale (référence non)			
Oui	3,2	0,0001	[1,8-5,6]

CBV : coups et blessures volontaires.

Note : Ce tableau présente la probabilité qu'ont les victimes de violences conjugales d'être une femme, d'avoir consulté dans le service de médecine légale, d'avoir consulté aux Urgences de Purpan, d'avoir bénéficié d'un examen d'imagerie et d'avoir été informées de l'existence du service de médecine légale.

préférentiellement au CHU de Rangueil, bénéficiaient significativement de moins d'exams d'imagerie et avaient une probabilité 3,2 fois plus grande d'être informées de l'existence du service de médecine légale.

Discussion

Des enquêtes telles que « Évènements de vie et santé »⁴ ou « Enveff (Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France) »⁵ se sont attachées à décrire au mieux les caractéristiques concernant les violences conjugales. Cependant, il existe peu de données de la littérature concernant spécifiquement les modalités de prise en charge médicale des victimes. Selon les données de l'Observatoire national des violences faites aux femmes publiées en 2013¹, sur 131 000 femmes âgées de 18 à 59 ans vivant en ménage ordinaire en métropole et qui vivaient encore avec l'auteur des faits, 27% ont été vues par un médecin, 20% se sont rendues dans un commissariat ou une gendarmerie, 8% ont appelé un numéro vert ou un service d'aide aux victimes, 10% ont rencontré des membres d'une association, 17% ont parlé aux services sociaux et 20% ont consulté un psychiatre ou un psychologue ; 52% n'ont effectué aucune de ces démarches.

Dans notre étude, de manière attendue et en accord avec les données de la littérature^{3,6-8}, nous avons constaté que les victimes de violences conjugales étaient très majoritairement des femmes jeunes.

Cette étude a permis de mettre en évidence une proportion plus importante de violences conjugales codées « agression », comparativement aux autres types de violences, plus souvent codées « rixes ». Ceci permet de présager d'une bonne adéquation du codage aux faits de violence lors de la consultation aux urgences. En effet, il paraît logique que les victimes de violences conjugales mentionnent davantage une agression de la part de leur conjoint plutôt qu'une rixe au sein du couple.

Lors du passage aux urgences, un bilan d'imagerie était moins souvent réalisé dans les cas de violences conjugales que dans les autres types de violences. On peut donc supposer que les lésions physiques initiales étaient souvent moins graves dans les cas de violences conjugales.

L'absence de différence significative concernant le mode d'admission aux urgences (services de secours, moyens personnels) des victimes de violences conjugales est un autre argument en faveur d'une gravité physique initiale des lésions non supérieure à celle des lésions des autres victimes. Cette absence de signes de gravité initiale soulève un questionnement sur les motivations de consultation des victimes. Notamment : viennent-elles aux urgences dans un but d'éloignement du conjoint ? Ces consultations sont-elles une forme de demande d'aide auprès des professionnels de santé ?

La gravité psychologique et son retentissement sur les victimes n'étaient pas mentionnés dans les comptes rendus des urgences analysés au cours de notre étude. Or, la dimension psychologique est fondamentale dans le cadre des violences conjugales et son analyse doit faire partie intégrante de la prise en charge des victimes. Dans une étude ultérieure, l'analyse des entretiens psychologiques parfois réalisés au sein du service des urgences pourrait apporter les informations utiles.

Lors de leur passage aux urgences, les victimes de violences conjugales semblent s'orienter plutôt vers le CHU de Rangueil que vers celui de Purpan. Les patients victimes d'autres violences consultent eux, préférentiellement, au CHU de Purpan. De manière générale, les urgences du CHU de Purpan accueillent annuellement deux fois plus d'entrées que celles du CHU de Rangueil, du fait de la localisation géographique et de la meilleure accessibilité du site de Purpan. Il est à noter que le CHU de Purpan est le seul à accueillir les urgences psychiatriques.

Face à ce constat, plusieurs questions émergent :

- les victimes connaissaient-elles déjà l'existence du service de médecine légale au CHU de Rangueil, notamment dans les cas de violences réitérées ? Il est à noter que nous n'avions pas l'information concernant la chronicité des violences (premier épisode ou répétition). Cette information pourra être recueillie lors des prochaines études sur le sujet ;
- les victimes se présentant au CHU de Purpan ont-elles facilement accès à l'UMJ située sur l'autre site ? Si tel n'est pas le cas, on peut se poser la question de la nécessité d'une antenne de consultation au CHU de Purpan afin de prendre en charge certaines victimes ;
- l'information concernant le service de médecine légale est-elle mieux prodiguée aux urgences de Rangueil du fait de sa proximité géographique ?

Pour remédier à la sous-déclaration des violences conjugales et à l'abandon des poursuites à l'encontre de leur auteur, les droits des victimes de violence conjugale ont été renforcés en 2006, 2010 et 2014, tant au niveau pénal que civil, notamment avec des mesures d'éviction du conjoint. La politique pénale a entraîné une quasi-automaticité des poursuites en la matière, incitant les victimes à faire valoir leurs droits. Enfin, des fiches de liaison gendarmerie ont été mises en place. Elles permettent de contacter plus facilement les victimes au cours de la procédure. Ces nouvelles procédures ont permis d'encourager les victimes de violences conjugales à engager les démarches adéquates et à venir consulter en médecine légale⁷. Une augmentation des consultations en médecine légale a effectivement été enregistrée depuis 2006⁷, mais beaucoup de victimes restent encore « perdues de vue » (30,1% dans notre étude) par la Justice, au sens où elles ne sont pas dirigées vers des UMJ.

Notre étude a permis de mettre en évidence que les victimes de violences conjugales consultaient davantage dans le service de médecine légale pour coups et blessures volontaires que les victimes d'autres types de violences, ce qui révèle peut-être d'une meilleure information de ces victimes aux urgences.

En conclusion cette étude permet de mettre en exergue les points suivants :

- les victimes de violences conjugales ne consulteraient pas seulement dans un service d'urgence du fait de la gravité des lésions initiales. Elles pourraient faire appel aux soignants davantage dans une démarche d'éloignement de leur conjoint et de demande d'aide que dans une démarche de soins. On peut retenir aussi la notion d'une probable volonté de matérialisation des faits de violence *via* l'établissement d'un certificat médical initial ;
- les victimes de violences conjugales consultent préférentiellement dans le service des urgences du CHU de Rangueil. L'hypothèse retenue en

premier lieu est que ce dernier héberge également le service de médecine légale, et que cela est connu des femmes ayant des antécédents de violences conjugales ;

- l'information des victimes aux urgences concernant l'existence du service de médecine légale semble être importante dans le parcours urgences – consultation pour coups et blessures volontaires.

Afin d'envisager une généralisation de nos résultats, une étude ultérieure multicentrique pourrait être proposée, en prenant en compte notamment les particularités liées au codage des violences, la notion de consultations précédentes aux urgences pour les mêmes motifs, le bassin de population concerné par ces faits de violences et les habitudes de prise en charge propres à chaque établissement.

Il sera également nécessaire d'étudier spécifiquement le retentissement psychologique pouvant être engendré par les faits de violences conjugales et déterminer dans quelle mesure il participe au désir de consultation médicale de la part des victimes. ■

Références

[1] Violences sexuelles et violences conjugales : combien de victimes ? La lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains). 2013;(1):1-8. <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/14-La-lettre-de-l-Observatoire-No1.html>

[2] Cavalin C, Albagly M, Mugnie C, Nectoux M. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(22-23):390-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_2.html

[3] Chiffres clés. Édition 2014. Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Paris: Ministère des Droits des femmes. 55 p. http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2014/03/Egalite_Femmes_Hommes_2014.pdf

[4] Beck F, Cavalin C, Maillolchon F (dir.). Violences et santé en France. États des lieux. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2010. 280 p. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/violence_sante_2010.pdf

[5] Jaspard M et l'équipe Enveff. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff). 2002. 8 p. http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf

[6] Duguet AM, Le Tinnier A, Salandini AM, Pasquel-Beltran A. 100 cas de femmes battues au service d'accueil des urgences chirurgicales. J Med Leg Droit Med. 1985;28(2):109-14.

[7] Raux C, Savall F, Dedouit F, Telmon N, Rougé D. Caractéristiques des victimes ayant consulté pour coups et blessures dans le service de médecine légale de Toulouse entre 2004 et 2012. Revue de Médecine Légale. 2013;4(3):121-7.

[8] Cantin D, Grave M, Kierzek G, Rey C, Pourriat JL. Violences conjugales au quotidien. J Eur Urgences. 2008;21[A132].

Citer cet article

Raux C, Vergnault M, Charpentier S, Rougé D, Telmon N, Savall F. Caractéristiques des victimes de violences conjugales s'étant présentées au CHU de Toulouse en 2013. Étude comparative. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(22-23):398-404. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/2016_22-23_3.html