

**VIOLENCES ENVERS LES FEMMES
ET EFFETS SUR LA SANTE.
PRESENTATION DE L'ENQUETE NATIONALE
SUR LES VIOLENCES ENVERS LES FEMMES
EN FRANCE (ENVEFF)**

**Maryse JASPARD¹, Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES²
et l'équipe Enveff***

¹ Institut de démographie de l'université Paris I (Idup), Paris, France

*² Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), unité 149,
Paris, France*

Résumé

Ce n'est que récemment que les revues médicales soulignent l'importance de la violence envers les femmes et s'efforcent d'en mesurer les conséquences en termes de santé pour la population féminine. En France, peu de travaux quantitatifs ont été réalisés sur les violences envers les femmes et aucune estimation de la fréquence de

* L'équipe Enveff est composée de Maryse Jaspard, démographe, responsable de l'enquête, Elizabeth Brown, démographe, Institut de démographie de l'Université Paris I (Idup), Stéphanie Condon, socio-géographe, Jean-Marie Firdion, statisticien, Institut national d'études démographiques (Ined), Dominique Fougeyrollas-Schwebel, sociologue, Centre national de la recherche scientifique (Cnrs), Annik Houel, psychologue, Université Lumière-Lyon II, Brigitte Lhomond, sociologue, Marie-Ange Schiltz, socio-statisticienne, Cnrs, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, épidémiologiste, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

ces violences n'a pu être calculée au niveau national, mais des enquêtes nationales effectuées dans d'autres pays ont montré l'ampleur de ce phénomène.

À l'heure actuelle, les statistiques françaises disponibles portent sur les seules violences déclarées à la suite d'une démarche des femmes vers une institution. Chaque administration ou structure sociale d'aide aux victimes compile les statistiques de son activité, mais l'ensemble du phénomène reste méconnu. C'est pourquoi une équipe pluridisciplinaire est en train de réaliser, à la demande du Service des Droits des Femmes, une enquête nationale quantitative sur les violences envers les femmes auprès d'un échantillon aléatoire de 7 000 femmes résidant en France métropolitaine. La collecte des données est prévue pour le début de l'année 2000, elle se fera par téléphone selon la méthode Cati. Après un bref aperçu de l'état de la question dans le contexte international, cette communication décrit comment les effets des violences sur la santé des femmes seront étudiés dans cette enquête.

Mots-clés : *France, Violence contre les femmes, Santé des femmes, Enquête.*

Abstract

Only recently has the medical literature begun to focus on the extent and measurable health impacts of violence against women. There has been little quantitative study of violence against women in France, and while the nationwide incidence cannot be estimated, national investigations in other countries have brought to light the extent of the problem.

Current statistical evidence in France is based only on violence reported by women to an official agency. All government and victim support agencies compile figures on their activities, but the problem is still poorly understood as a whole. This led the Women's Rights Department to commission a multidisciplinary national quantitative survey of violence against women, now under way, in a random sample of 7,000 women living in mainland France. Data will be collected by telephone interviews using the CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) method in early 2000. Following a short review of the international background, this paper focuses more particularly on how the impacts of violence on women's health will be studied in this survey.

Keywords: *France, Violence against women, Women's health, Survey.*

1. Introduction

Une enquête nationale quantitative sur les violences envers les femmes en France est réalisée à la demande du Service des Droits des Femmes. La collecte des données de l'enquête métropolitaine se déroule au premier semestre 2000 auprès d'un échantillon aléatoire de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans. Des opérations similaires sont prévues dans les DOM (départements d'Outre-mer) en 2001. Après avoir établi un bilan des travaux actuellement disponibles sur les liens entre les violences et l'état de santé des femmes. Ce texte présente les objectifs et la méthode de l'enquête et s'attache plus particulièrement à décrire comment les effets des violences sur la santé des femmes y sont étudiés.

Il semble évident que les situations de violence s'inscrivent parmi les déterminants sociaux de la santé, toutefois, il convient de définir ce que l'on entend par « situation de violence ». C'est pourquoi nous développons, en préalable, notre cadre de réflexion autour de la définition des violences envers les femmes.

En effet, on constate qu'actuellement la violence est un thème récurrent qui traverse les débats de société. Violence sociale engendrée par l'accroissement des inégalités et la marginalisation, voire l'exclusion d'une part importante de la population : violences urbaines, violence des jeunes, délinquance... ; violence institutionnelle : violence en prison, violence dans des maisons pour personnes âgées, violence à l'école, violence au travail (Dejours, 1998), « mobbing » (Leymann, 1996) ; violence de l'État, violence politique : guerres, attentats, autres actes de terrorisme, racisme... Ce sont souvent les aspects les plus spectaculaires de la violence qui sont largement repris et véhiculés, notamment par les médias, ce qui ressortit à la violence au quotidien est beaucoup plus occulté. L'approche des violences envers les femmes s'inscrit généralement dans le registre des violences interpersonnelles et, par là même, se rattache la plupart du temps à ce qui relève de la deuxième catégorie des situations « ordinaires » liées à la vie quotidienne, voire à la sphère du privé.

2. Cadre conceptuel : les violences envers les femmes, vers la reconnaissance d'un fait social ?

Quelle qu'en soit la nature et quels qu'en soient les protagonistes, les actes violents sont toujours une atteinte à l'intégrité de la personne, même dans certains cas où il s'agit simplement d'atteintes aux biens de la personne.

Au-delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Elle est fondée sur un rapport de force ou de domination qui s'exerce par les brutalités physiques ou mentales - le concept de harcèlement moral (Hirigoyen, 1998) est un des aspects de la violence psychologique - entre au moins deux personnes. Elle découle du désir d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer, au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant, en le harcelant jusqu'à sa capitulation et sa soumission. Selon une définition des Nations Unies (extraite du document produit par le Groupe de spécialistes pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes du Conseil de l'Europe), est considéré comme acte violent

« tout acte, omission ou conduite servant à infliger des souffrances physiques, sexuelles ou mentales, directement ou indirectement, au moyen de tromperies, de séductions, de menaces, de contrainte ou de tout autre moyen, à toute femme et ayant pour but et pour effet de l'intimider, de la punir ou de l'humilier ou de la maintenir dans des rôles stéréotypés liés à son sexe, ou de lui refuser sa dignité humaine, son autonomie sexuelle, son intégrité physique, mentale et morale ou d'ébranler sa sécurité personnelle, son amour-propre ou sa personnalité, ou de diminuer ses capacités physiques ou intellectuelles » (EG-S-VL, 1997).

Cette définition concerne exclusivement les femmes, ce qui ne signifie pas que la violence s'exerce de façon univoque des hommes à l'encontre des femmes. Néanmoins, la première constatation sociologique est que ce sont les femmes qui sont très majoritairement victimes des violences conjugales et des violences sexuelles. Il ne s'agit pas d'en conclure, comme certaines analyses peuvent le faire, que la violence masculine est inéluctable ou qu'il y aurait une sexualité masculine intrinsèquement agressive ou sadique, ou encore que la violence est une donnée humaine inévitable. Violence et non-violence ne permettent pas de tracer une ligne de partage entre les sexes, mais les rapports de domination engendrent des actes de violence et la violence masculine peut être analysée comme un mécanisme fondamental du contrôle

social des femmes (Hanmer, 1977). Ainsi, les violences subies par les femmes expriment leur position de dominées - ce qui n'exclut pas de leur part des réactions, y compris violentes, à cette situation. Les femmes, lorsqu'elles se trouvent elles-mêmes en situation de pouvoir, peuvent être auteurs de violences, notamment envers les enfants.

Si, dans la société française de la fin du XX^e siècle, les femmes ont acquis une relative autonomie, notamment par rapport à la procréation, mais aussi économique grâce à leur présence sur le marché du travail et à l'élévation de leur niveau d'études, les effets de la domination masculine se font encore sentir. Les transitions d'un état à un autre engendrent des tensions, tandis que l'adaptation à de nouveaux modes de vie ou l'élaboration de nouveaux rapports sociaux entre les sexes se réalisent à un rythme différent dans chaque groupe social. La violence est présente dans tous les milieux sociaux, mais elle prend des formes spécifiques à chaque milieu. La nature des actes violents est liée à des éléments culturels, qui, au-delà des rapports hiérarchisés entre les sexes, renvoient à des normes intégrées par les individus, telles que le type de rapport au corps, à la parole. On peut supposer que les actes violents sont d'autant plus traumatisants, sur le plan psychologique, qu'ils sont en décalage avec les règles en vigueur dans le groupe d'appartenance.

Notre objet d'étude se limite aux violences interpersonnelles et exclut de son champ les formes de violence institutionnelle ou sociale. Toutefois, dans bien des cas, l'arbitrage est complexe, dans la mesure où les frontières entre ces formes ne sont pas toujours nettes. On peut avancer que la violence entre les personnes est souvent institutionnelle, dans la mesure où elle est liée aux règles de fonctionnement des institutions sur lesquelles s'appuie la société : la famille, l'école, le monde du travail, le système de protection sociale, de santé, de sécurité publique... Elle est également sociale, car dépendante des conditions de vie, de l'environnement et de la position dans la hiérarchie sociale ainsi que dans l'échelle des âges et des sexes.

Les manifestations des formes de violence individuelle sont multiples et les modes de classement souvent transitoires (Welzer-Lang, 1992). Les violences verbales, psychologiques et physiques se situent le plus souvent dans un continuum, aussi cette séparation apparaît peu opérationnelle. Notre approche de la violence repose sur une liste non exhaustive et non hiérarchisée de faits, gestes, actes, situations ou paroles susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique et morale de

l'autre, et donc de constituer des actes de violence. Nous avons estimé que les manifestations suivantes peuvent être considérées comme des atteintes à la personne :

- les gestes directs, avec impact sur le corps de l'autre, gestes volontaires qui font mal physiquement, atteinte à l'intégrité corporelle (coups ; gifles ; frapper avec un objet contondant, coupant ; utiliser une arme blanche, à feu ; étrangler ; cogner contre un mur, une table ; autres brutalités physiques...) ;
- les contraintes sexuelles, dont le harcèlement sexuel physique, gestes directs avec contact physique à connotation sexuelle, rapports sexuels sous la contrainte, pratiques sexuelles imposées, attouchements subis contre son gré ;
- les gestes qui contraignent ou qui menacent, avec ou sans impact sur le corps de l'autre : coincer, menacer avec ou sans arme ;
- les mesures de rétorsion qui entraînent la privation intentionnelle de la satisfaction de besoins élémentaires (nourriture, hygiène, habillement...), ces formes de privations étant souvent liées à l'absence de revenus propres de certaines femmes ;
- les gestes malveillants, gestes indirects, détournés, médiation d'un objet : jeter, déchirer, casser, détruire un objet, une fabrication de l'autre (plat cuisiné, objet fabriqué, création artistique ou autre...) ;
- les actes qui font souffrir par procuration : faire du mal à un tiers (s'en prendre aux enfants), à un animal ;
- les gestes qui créent pour l'autre une situation de dépendance, voire de détresse : partir, mettre à la porte, enfermer, emmener les enfants ;
- les gestes ou attitudes qui nuisent à l'autonomie de l'autre : contrôle et surveillance des dépenses, des sorties, des relations, du rapport aux amis et membres de la famille ; gestes qui contraignent, obligent ; les brimades ;
- les attitudes de dénégation de la personne : ne jamais tenir compte de son avis, la mettre à l'écart, ne pas lui parler ;
- les attitudes de mépris, infériorisation, dévalorisation, dénigrement ;
- les menaces, menaces de mort, intimidation, chantage affectif ;
- les avances sexuelles déplaisantes, images pornographiques imposées ;
- les atteintes verbales : insultes, injures ;
- les appels téléphoniques malveillants, avec ou sans connotation sexuelle.

Tous ces comportements peuvent se retrouver dans les différentes sphères de la vie sociale, publique et privée (famille, couple, travail, loisirs, sociabilité...).

L'ensemble de ces réflexions permet de situer les violences envers les femmes comme un élément du contexte social. Dans la littérature scientifique sur les facteurs sociaux de la santé des femmes, l'effet des violences reste peu abordé car le milieu scientifique, à l'image de la collectivité toute entière, a maintenu cette question à l'écart de son raisonnement, sauf à la situer comme une question psychologique, strictement individuelle, concernant la situation de « l'homme violent » ou de « la femme victime ». Les violences envers les femmes ont un impact sur l'état de santé de la population féminine et il est nécessaire d'étudier cet impact. Si une récente piste pour expliquer les différences d'état de santé entre les groupes sociaux se développe autour de l'idée du manque d'autonomie et de maîtrise de la situation des individus les plus défavorisés (Bosma *et al.*, 1999 ; Evans *et al.*, 1996 ; Karasek et Theorell, 1990), il convient d'intégrer la part des violences dans ce raisonnement, lesquelles violences attestent explicitement d'un rapport de domination et d'un manque d'autonomie - au moins temporaire - de la part des victimes. Ces violences peuvent se retrouver dans différents groupes sociaux, il reste à étudier avec soin comment elles contribuent ou non aux inégalités sociales de santé. Quoi qu'il en soit, étudier l'impact des violences sur la santé entre bien dans le champ d'une meilleure connaissance des déterminants sociaux de la santé.

3. Violences envers les femmes et état de santé : le point des connaissances

Ce n'est que récemment que les revues médicales – de santé publique, d'épidémiologie ou de spécialités telles que la psychiatrie ou la gynécologie-obstétrique – soulignent l'importance de la violence envers les femmes, s'efforcent de mesurer les conséquences en termes de santé pour la population féminine, et incitent à un rôle de dépistage plus actif de la part des soignants.

3.1. Atteintes à la santé physique

Les violences peuvent altérer la santé de différentes façons. Les homicides en constituent la forme extrême : en 1988, il y avait environ 110 homicides de femmes tuées par leur conjoint ou partenaire chaque année en Angleterre et pays de Galles (Black et Kaplan, 1988). Sans conduire jusqu'à la mort, les violences physiques ont des conséquences directes, de gravité variable selon l'intensité des coups reçus : fractures, entorses, plaies (Berrios et Grady, 1991). Les cliniciens des services d'urgence qui reçoivent les femmes battues décrivent les atteintes au visage : fracture du nez, des dents ou des membres supérieurs ; entorse ou fracture des doigts, des poignets, luxation des épaules. Ils décrivent également des brûlures et des contusions provoquées par divers objets, comme des tabourets, des bouteilles ou d'autres instruments ménagers. En cas de rapports sexuels forcés, des atteintes traumatiques du périnée ou du bas de l'abdomen sont rapportées.

Les conséquences des violences sexuelles ont fait l'objet de plusieurs publications qui montrent les risques de maladies sexuellement transmissibles (Molina et Basinait-Smith, 1998), de troubles fonctionnels gynécologiques et de douleurs pelviennes chroniques (Plichta et Abraham, 1996 ; Jamieson et Steege, 1997 ; Golding *et al.*, 1998).

Plusieurs études ont porté sur les violences durant la grossesse, et certaines rapportent un excès de morbidité périnatale lié aux violences dont les femmes enceintes sont victimes (Helton *et al.*, 1987 ; Berenson *et al.*, 1994 ; Poole *et al.*, 1996 ; Webster *et al.*, 1996). Aux États-Unis, le risque d'homicide des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans est significativement plus élevé dans l'année qui suit une naissance qu'en l'absence de naissance (Dietz *et al.*, 1998). De même, dans certains pays en développement, le risque de mort violente est accru pour les adolescentes enceintes (Ronsmans et Khlal, 1999). Plusieurs auteurs mentionnent que, dans les couples où la femme est victime de violence, la grossesse est un moment sensible où la violence a pu débiter ou s'accroître ; certains rapportent que la période qui suit une naissance est une période à risque élevé. Du matériel qualitatif, sous forme d'extraits d'entretiens, suggère que la grossesse, rendant les femmes plus vulnérables ou plus dépendantes aux yeux de leur partenaire et faisant surgir des sentiments de rivalité, favorise les actes violents. Cependant, cette affirmation n'est pas clairement étayée par les données statistiques disponibles. Ce point a été discuté à partir de données collectées aux

États-Unis (Gelles, 1988). Les auteurs avaient montré, à l'aide de données nationales de 1985, que le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales était plus élevé pour les femmes enceintes durant la période de référence que pour les femmes non enceintes. L'analyse de cette différence a permis de conclure qu'il s'agissait d'un effet d'âge, les femmes enceintes étant plus jeunes que l'ensemble des femmes adultes. À âge égal, l'excès de fréquence n'était pas retrouvé pour les femmes enceintes. La violence conjugale pendant la grossesse a été rapportée avec des fréquences variant de 1 % à 20 % (Ballard *et al.*, 1998). Pour la première fois en 1997, un système d'enregistrement sur échantillon représentatif de naissances, existant dans plusieurs États des États-Unis et répété chaque année, a introduit le pourcentage de violences physiques exercées par le partenaire pendant la grossesse parmi les divers indicateurs surveillés (CDC, 1999). La fréquence moyenne sur les États concernés était de 4,1 %.

3.2. Atteintes à la santé mentale

Les effets en termes de santé mentale sont documentés par plusieurs études. Tous les travaux épidémiologiques qui ont testé ces effets sont concordants pour constater des répercussions négatives sur la santé mentale. Les pathologies associées sont les troubles dépressifs, l'anxiété, le syndrome post-traumatique, des troubles de la personnalité et des comportements auto-agressifs (Boudreaux *et al.*, 1998 ; Fischbach et Herbert, 1997 ; Stewart et Robinson, 1998 ; Saurel-Cubizolles *et al.*, 1997). Des effets se retrouvent à long terme (Kessler et Magee, 1994). Les violences dans l'enfance sont très associées à la présence de symptomatologie dépressive à l'âge adulte ; les violences physiques à l'âge adulte sont très liées à la détérioration de l'estime de soi. Les tentatives de suicide sont plus nombreuses parmi les femmes victimes de violence que dans la population générale (Bergman et Brismar, 1991). Une étude, réalisée en France auprès de femmes ayant contacté un service spécialisé pour victimes de viol, décrit une fréquence élevée de troubles psychiatriques six mois après l'événement (Darves-Bornoz, 1997). L'intensité et l'aspect systématique des associations retrouvées conduit à se poser la question du rôle des violences subies par les femmes comme explicatif de l'excès de la morbidité dépressive dans la population féminine comparativement à la population masculine. Cette

hypothèse a surtout été avancée pour les violences sexuelles dans l'enfance (Whiffen et Clark, 1997).

Les liens entre l'usage de substances psychoactives et les violences sont décrits par plusieurs auteurs ; les données suggèrent un sens différent selon les substances (Kilpatrick *et al.*, 1997). Ainsi, la consommation et la recherche de produits illicites peuvent être à l'origine de violences, tandis qu'il semble bien que, pour les femmes, la consommation addictive d'alcool ou de médicaments psychotropes puisse être une conséquence de violences (Berenson *et al.*, 1991 ; Mazza et Dennerstein, 1996).

La plus grande partie des travaux sur les effets en matière de santé concernent la violence conjugale. Très récemment, des études ont été publiées sur les violences au travail. Certaines sont centrées sur le harcèlement sexuel, d'autres abordent plus généralement le harcèlement moral ou les violences physiques. Les effets sur différentes dimensions de la santé mentale - dépression, anxiété, hostilité - sont nettement mis en évidence (Richman *et al.*, 1999). Parallèlement, les facteurs relatifs à l'ambiance et à l'organisation du travail qui sont associés à la fréquence des incidents violents au travail sont étudiés (Cole *et al.*, 1997 ; Hashemi et Webster, 1998), ainsi que les caractéristiques socio-démographiques des travailleurs les plus exposés (Klein *et al.*, 1997 ; LaMar *et al.*, 1998).

Ces travaux sur les liens entre les violences et les atteintes à la santé constituent maintenant un ensemble important d'informations, avec des contributions de diverses disciplines médicales, des données de différents pays et des observations de meilleure qualité méthodologique qu'au début des publications sur le sujet.

Toutefois, cette évolution doit se poursuivre avec principalement deux efforts : d'une part, des observations sur échantillon représentatif de population ; il y a encore beaucoup de résultats obtenus auprès des femmes qui contactent des services spécialisés. Ce phénomène de sélection altère, bien sûr, fortement l'estimation de la fréquence des violences et ne permet pas d'estimer valablement l'effet des violences sur la santé, soit par manque de groupe de comparaison, soit parce que les femmes sont sélectionnées aussi en termes d'état de santé.

D'autre part, les instruments de mesure des violences doivent être développés afin de prendre en compte les différentes facettes de la violence et de pouvoir en mesurer l'effet sur la santé. Les questionnaires standardisés américains existants, tels que le *Conflict Tactic Scale* utili-

sé dans les enquêtes nationales (Straus et Gelles, 1986) ou le *Abuse Assessment Scale* utilisé notamment pour le dépistage systématique auprès de femmes enceintes venant consulter (Wiist et McFarlane, 1999), supposent une définition restrictive de la violence. Dans l'état actuel, les enquêtes nationales sur le sujet ont utilisé des questionnaires différents selon les pays. La validation des questionnaires est complexe par manque de « gold standard ». À cet égard, la confrontation à des données qualitatives pour l'élaboration et la validation des questionnaires peut apporter beaucoup d'enseignement.

3.3. Le rôle des professionnels de la santé

Au-delà de la mesure de l'effet en matière de santé et des différentes questions méthodologiques que cette mesure soulève, la littérature médicale pose également la question en termes de pratiques professionnelles. Plusieurs études quantitatives se sont efforcées d'analyser l'attitude des soignants face aux violences envers les femmes. Elles montrent que les médecins sont nombreux à sous-estimer la fréquence des violences, qu'ils sont nombreux à ne jamais poser de questions à leurs patientes sur le sujet (Parsons *et al.*, 1995 ; Hamberger *et al.*, 1992). La formation des médecins n'inclut pas d'information pouvant les aider à aborder ces questions (Chambliss *et al.*, 1995), et des propositions de modules d'enseignement spécialisés sur ce thème ont été formulées (Chez et Horan, 1999). Plusieurs éditoriaux et articles - certains sont signés par des leaders professionnels, présidents d'associations de gynécologues-obstétriciens, de généralistes ou de psychiatres - insistent sur le rôle de dépistage que doivent remplir les cliniciens (Jones, 1993 ; Richardson et Feder, 1995 ; Mezey et Bewley, 1997 ; Coughlin, 1997 ; Guillet-May *et al.*, 1997) ; ce rôle de dépistage et de prévention est également attribué aux sages-femmes et aux infirmières (Helton et Snodgrass, 1987 ; Bohn, 1990). Des débats sur les pratiques sont engagés : faut-il que les soignants cherchent à dépister de façon systématique les femmes victimes ? Si oui, avec quels « outils » de dépistage ? Une fois identifiées, comment les femmes victimes peuvent-elles être aidées de la façon la plus efficace et la plus respectueuse à la fois ? Dans le cadre de la surveillance médicale des grossesses, où le futur enfant intervient comme un tiers légitimant l'intervention des soignants, les études se sont développées et, récemment, un essai contrôlé a été publié (Wiist et MacFarlane, 1999) mon-

trant le nombre de femmes déclarant avoir été victimes de violences durant la grossesse lorsque la question était systématiquement abordée, comparé au très faible nombre de femmes reconnues comme telles en l'absence de questions systématiques. Ce débat a également lieu pour les professionnels des thérapies familiales ou du conseil conjugal. Alors qu'il apparaît qu'une proportion élevée des couples qui recourent à ces thérapeutes ont eu des conflits violents dans les mois précédant cette démarche, cette situation reste très souvent inconnue du thérapeute (Aldarondo et Straus, 1994).

4. La fréquence des violences envers les femmes à partir des enquêtes nationales dans d'autres pays que la France (cf. tableau)

Tandis qu'en France peu de travaux quantitatifs ont été réalisés sur les violences envers les femmes, des enquêtes nationales effectuées dans d'autres pays ont montré que leur fréquence est élevée. La moitié des Canadiennes âgées de 18 ans ou plus déclaraient en 1993 avoir été victimes d'au moins un acte de violence au cours de la vie adulte - quel que soit l'auteur - et 10 % l'avaient été au cours des 12 derniers mois (Rodgers, 1994 ; Statistique Canada, 1993). En Suisse, en 1994, 21 % des femmes vivant en couple actuellement ou dans l'année écoulée ont déclaré avoir subi des actes de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint au cours de leur vie et 6 % au cours des 12 derniers mois (Gillioz *et al.*, 1997). Aux Pays-Bas, en 1986, 26 % des femmes âgées de 20 à 60 ans avaient subi des violences physiques dans le cadre d'une relation de couple ; cette fréquence était de 13 % pour les femmes vivant en couple au moment de l'enquête (Römkens, 1992). En Finlande, en 1997, 22 % des femmes mariées ou en couple déclaraient avoir subi des violences ou menaces physiques et sexuelles de la part de leur partenaire actuel, 9 % pendant la dernière année ; 40 % des femmes déclaraient avoir été victimes de la violence masculine, physique ou sexuelle, depuis leur quinzième anniversaire, 14 % pendant les douze derniers mois ; les taux de prévalence étaient respectivement de 30 et 7 % pour la violence physique (Heiskanen et Piispa, 1998). Aux États-Unis, en 1985, 11 % des femmes vivant en couple déclaraient avoir subi des actes violents de la part de leur conjoint au cours des 12 derniers mois (Straus et Gelles, 1986). En Nouvelle-Zélande, en 1996,

Les enquêtes nationales quantitatives sur les violences envers les femmes

| Pays - Année | Auteurs | Population cible | Taille des échantillons | Technique de collecte |
|---|---------------------------|--|-------------------------|--|
| États-Unis, 1975 | Strauss et Gelles | Mariés ou vivant en couple | 2 143 | Face à face |
| États-Unis, 1985 | Strauss et Gelles | Ménages (mariés ou vivant en couple hétérosexuel ou séparés depuis moins de 2 ans) | 6 002 | Téléphone |
| États-Unis, 1988 | Brush | Mariés ou vivant en couple | 5 474 | Face à face |
| Pays-Bas, 1986 | Römkens | Femmes | 1 016 | Face à face |
| Canada, 1993 | Statistique Canada | Femmes vivant dans un ménage équipé du téléphone | 12 300 | Téléphone |
| Suisse, 1994 | Gillioz, De Puy et Ducret | Femmes vivant en couple, mariées ou non, ou ayant vécu en couple au cours des 12 derniers mois | 1 500 | Téléphone |
| Nlle-Zélande, 1996 | Morris | Femmes vivant ou ayant vécu en couple hétérosexuel au cours des 2 dernières années | 500 | Choix de l'interviewée : 264 en face à face, 236 par téléphone |
| Finlande, 1997 | Heiskanen et Piispa | Femmes | 4 955 | Voie postale, questionnaires auto-administrés |
| OMS (Bangladesh, Brésil, Philippines, Ghana, Thaï lande, Pérou, Tunisie, Iran, Namibie, Japon, Italie) 1999, en cours | OMS | Femmes | | |
| France, 2000, en cours | Jaspard <i>et al.</i> | Femmes | 7 000 | Téléphone |

| Pays - Année | Répondant/e | | Temporalité des actes de violence | | Sphère d'investigation | Auteurs des violences | Type de violence investiguée |
|-------------------------|-----------------------------|--------|-------------------------------------|---------|--------------------------------|---|--|
| | Âge | Sexe | Vie | Récent | | | |
| Etats-Unis, 1975 | >=18 ans | H et F | | 12 mois | Couple | Conjoint/e | Conflit : verbale, physique |
| Etats-Unis, 1985 | Individu ménage >=18 ans | H et F | | 12 mois | Couple | Conjoint/e | Conflit : verbale, physique |
| Etats-Unis, 1988 | | H et F | | 12 mois | Couple | Conjoint/e | Conflit : physique |
| Pays-Bas, 1986 | 20-60 ans | F | | | Couple | | Physique, sexuelle |
| Canada, 1993 | >=18 ans | F | 16 ans | 12 mois | Lieux public, privé et travail | H. in/connus, conjoint et ex-conjoint | Actes en infraction avec code criminel, physique, sexuelle |
| Suisse, 1994 | 20-60 ans | F | Début du couple | 12 mois | Couple | Conjoint Ex-conjoint <1an | Psychologique, physique, sexuelle |
| Nlle-Zélande, 1996 | >=17 ans | F | Début du couple | 12 mois | Couple | Conjoint Ex-conjoint <2ans | Psychologique, physique, sexuelle |
| Finlande, 1997 | 17-74 ans | F | 15 ans | 12 mois | Toutes sphères | H. in/connus, part. actuel/ex-part., Père, conjoint | Psychologique, physique, sexuelle |
| OMS, 1999 (en cours) | 15-49 ans | H et F | | | Sphère domestique | Famille, couple | |
| France, 2000 (en cours) | 20-59 ans | F | 18 ans, sauf sexuelle : vie entière | 12 mois | Toutes sphères | Hommes et femmes | Psychologique, physique, sexuelle |

24 % des femmes en couple et 73 % des femmes séparées déclaraient avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part du conjoint sur l'ensemble de leur vie adulte, et 15 % des femmes en couple au cours des 12 derniers mois (Morris, 1997). Dans cette dernière enquête, un facteur très discriminant était l'appartenance ethnique, les femmes maoris déclaraient être victimes de violences beaucoup plus souvent que les autres femmes : les pourcentages au cours des 12 derniers mois étaient, respectivement, 28 % et 10 %.

L'objectif principal de ces enquêtes nationales était de connaître l'ampleur du phénomène. Elles ne permettaient que très peu d'étudier les conséquences des violences, notamment pas en termes d'état de santé. Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé s'efforce de favoriser cette approche. Le programme *Santé des femmes* de l'OMS, sous la direction de Claudia Garcia Moreno, a mis en place un projet d'enquête quantitative sur les violences domestiques et la santé des femmes, avec quatre objectifs :

- obtenir des estimations fiables de la prévalence de la violence contre les femmes dans différents pays ;
- documenter les conséquences des violences domestiques en termes de santé ;
- identifier et comparer les facteurs de risque et les éléments de « protection » face à la violence domestique, dans chaque pays et entre les pays ;
- explorer et comparer les stratégies de recours utilisées par les femmes victimes de violence domestique.

L'enquête concerne les femmes de 15 à 49 ans, dans différents pays : Bangladesh, Ghana, Namibie, Pérou, Philippines, Thaïlande, dans une première étape, puis Italie et Japon. Des équipes locales de chercheurs doivent assurer l'adaptation du questionnaire et recueillir les données dans chaque pays concerné. Le recueil des données était prévu pour 1999 pour le premier groupe de pays.

5. Données disponibles en France sur la fréquence des violences

En France, aucune estimation de la fréquence des violences envers les femmes n'a pu être calculée au niveau national.

À l'heure actuelle, les statistiques disponibles portent sur les seules violences déclarées à la suite d'une démarche des femmes vers une

institution. Chaque administration - Ministère de l'Intérieur, Ministère de la Défense, Ministère de la Justice - compile les statistiques de son activité, mais l'ensemble du phénomène leur échappe.

Quelle que soit la source, la statistique administrative souffre du faible recours des victimes aux autorités. À l'exception des agressions sexuelles, ce phénomène s'accroît globalement au cours des dernières années. Pour les statistiques judiciaires, la différence entre le nombre de plaintes (Ministère de l'Intérieur et de la Défense) et celui des condamnations (Ministère de la Justice) ne cesse d'augmenter.

Des associations d'écoute et d'aide aux femmes victimes de violences collectent des statistiques sur les personnes qui les contactent. La *Fédération nationale Solidarité Femmes* dispose d'un fichier informatisé des appels reçus (environ 9 000 par an) ; le *Collectif féministe contre le viol* publie chaque année ses propres statistiques (environ 2 500 appels pour viols et autres agressions sexuelles). Les associations connaissent bien les situations de violence vécues par les personnes qui se sont adressées à elles, mais on ignore l'ampleur réelle de ces phénomènes dans la population générale.

Dans ce contexte, les enquêtes sur la population s'avèrent indispensables pour prendre la mesure réelle des violences subies par les personnes.

Des enquêtes de victimation ont été réalisées en France sur la population générale : celle du Cespip en 1986 ou celles incluses dans le dispositif d'enquêtes permanentes sur *les conditions de vie des ménages* de l'Insee (Crenner, 1996). Mais, en raison de la définition peu précise de l'agression, les données de ces enquêtes ne permettent pas une véritable analyse des phénomènes de violences envers les femmes.

Trois enquêtes nationales apportent des informations sur les violences sexuelles, une sur la population adulte (Spira *et al.*, 1993) et deux auprès des jeunes (Lagrange et Lhomond, 1997 ; Choquet et Ledoux, 1994). Dans l'enquête sur l'« Analyse des Comportements Sexuels en France » auprès des personnes âgées de 18 à 69 ans, 4 % des femmes déclaraient avoir subi au moins une fois des rapports sexuels imposés par la contrainte ; dans 75 % des cas, l'auteur était une personne connue (Spira *et al.*, 1993). Six pour cent des adolescentes, de 11 à 19 ans, interrogées dans des établissements scolaires du cycle secondaire rapportaient avoir été victimes d'agressions de nature sexuelle (Choquet et Ledoux, 1994). Dans l'enquête ACSJ, 15 % des filles de 15 à 18

ans et 2 % des garçons de même âge déclaraient avoir subi des rapports sexuels sous la contrainte (Lagrange et Lhomond, 1997).

Dans un échantillon de femmes au moment d'une naissance, constitué dans plusieurs maternités, et sur lequel une enquête longitudinale a été réalisée, 4 % des femmes déclaraient des violences de la part de leur conjoint ou ami au cours des 12 mois suivant l'accouchement d'un premier ou second enfant (Saurel-Cubizolles *et al.*, 1997).

La plate-forme d'action de Pékin adoptée le 15 septembre 1995, à l'issue de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes, préconise, parmi les actions à mener pour prévenir et éliminer les violences envers les femmes, de :

« promouvoir la recherche, organiser la collecte des données et constituer des statistiques sur la prévalence des différentes formes de violence à l'encontre des femmes, en particulier la violence domestique, et encourager la recherche sur les causes, la nature, la gravité et les conséquences de cette violence, ainsi que sur l'efficacité des mesures mises en œuvre pour prévenir cette violence et la réparer. »

La demande de « statistiques précises concernant les violences faites aux femmes » apparaît dans le rapport pour l'Onu, *Les femmes en France* (Aubin et Gisserot, 1994), qui concluait par la recommandation d'une action intégrée de lutte contre la violence. Le projet d'une enquête nationale s'inscrit dans le cadre de cette action intégrée.

6. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)

Cette enquête est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs appartenant aux grandes institutions de recherche, à la demande du Service des Droits des Femmes du Secrétariat d'État aux Droits des Femmes et à la Formation permanente/Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

L'enquête qui va s'adresser à l'ensemble des femmes résidant en France, quelles que soient leurs conditions de vie familiale et sociale, a pour but de donner une image de la réalité du phénomène dans l'ensemble de la population.

Les objectifs sont de :

– cerner les divers types de violences interpersonnelles qui s'exercent envers les femmes, à l'âge adulte, dans leurs différents cadres de vie

(famille, travail, lieux collectifs), quel(s) que soi(en)t l(es) auteur(s) des violences ;

– analyser le contexte familial, social, culturel et économique des situations de violence ;

– étudier les réactions des femmes aux violences subies, leurs recours auprès des membres de leur entourage et des services institutionnels ;

– appréhender les conséquences de la violence sur le plan de la santé physique et mentale, de la vie familiale et sociale, et de l'usage de l'espace privé et public.

L'enquête sera réalisée auprès d'un échantillon de 7 000 femmes âgées de 20 à 59 ans, représentatif à l'échelle de la France métropolitaine. Elle sera effectuée par téléphone au cours du premier semestre 2000 par les services d'un institut de sondage.

6.1. La mesure des violences

Les violences sont mesurées par la survenue d'incidents précis et le plus factuels possible. Compte tenu de la définition très subjective de la violence, ce terme n'est pas utilisé dans le questionnaire. Les questions ont la forme suivante, par exemple : « Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que quelqu'un vous gifle, frappe ou exerce d'autres brutalités physiques contre vous ? »

Les questions doivent permettre d'avoir une mesure des violences psychologiques (verbales, harcèlement, menaces), des violences physiques (coups, objet lancé sur la personne, empoignades, brûlure ou blessure intentionnelles, etc.) et des violences sexuelles (attouchements, viol et tentative de viol).

Les événements sont soumis aux femmes dans le contexte où ils sont survenus afin, d'une part, de favoriser la remémoration ou la déclaration et, d'autre part, d'avoir des indicateurs de violences dans des sphères différentes de la vie comme les espaces publics, les lieux de travail, le couple, la famille élargie.

Enfin, deux périodes de référence sont retenues : les 12 derniers mois et la vie entière, en cohérence avec toutes les études déjà réalisées sur ce sujet.

6.2. La mesure de l'état de santé et du recours aux soins

Un questionnaire d'état de santé général a été établi, comprenant le plus possible des mesures déjà éprouvées par d'autres études épidémiologiques.

Il comprend, en particulier, un indicateur d'auto-perception de la santé, une description des maladies chroniques, les atteintes traumatologiques (comme les fractures, les entorses, les plaies ayant nécessité suture), la détresse psychologique mesurée par le General Health Questionnaire en 12 items (Goldberg et Williams, 1988), les troubles anxieux post-traumatiques et les maladies sexuellement transmissibles. La consommation médicale est décrite par le nombre de consultations (généralistes, gynécologues, psychiatres, autres spécialistes), les hospitalisations, les arrêts de travail, la prise de traitements psychotropes. Ces données seront collectées de façon identique auprès de toutes les femmes de l'échantillon, victimes ou non d'actes violents. De plus, en cas de déclaration de violences, une question sera posée sur le recours à un professionnel de santé.

Au début de l'entretien, l'objectif de l'enquête sera présenté de façon très générale et ne parlera pas de violences : « une enquête sur les conditions de vie, de santé et de sécurité en France ». Le questionnaire, qui sera passé par téléphone, est construit de telle sorte que les questions socio-démographiques et biographiques sont posées au début, suivies du questionnaire sur la santé. Jusque-là, les femmes interrogées ignorent que l'enquête porte sur les violences qu'elles ont pu subir. Ensuite, les questions sur les violences seront posées. Cet ordre a été retenu afin de réduire un possible effet de la remémoration immédiate des violences subies sur la déclaration de l'état de santé.

Afin de s'assurer de la faisabilité d'une telle enquête, l'équipe de recherche a procédé à une enquête pilote visant à éprouver l'ensemble de la procédure. Cette enquête pilote a eu lieu du 19 novembre au 14 décembre 1998 auprès d'un échantillon de ménages, représentatif des ménages abonnés au téléphone de deux régions : l'Île de France et la Bretagne. Un ensemble de 484 femmes a pu être interrogé selon la méthode Cati (collecte assistée par téléphone et informatique).

Ce test a permis de montrer la bonne acceptabilité du questionnaire par les répondantes et a renforcé certaines de nos hypothèses (Jaspard *et al.*, 1999). En particulier, il a établi que :

- une proportion très élevée de femmes ayant subi des violences en ont, au moment de l'enquête, parlé pour la première fois ;
- une très faible part des femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles ont porté plainte, elles ont plus fréquemment porté plainte dans le cas des agressions physiques ;
- la réaction des femmes interrogées et leurs réponses au questionnaire ont également mis en évidence l'importance des violences psychologiques et la nécessité de prendre en compte le continuum des violences ;
- dans le cadre, neutre, de cette enquête anonyme, les femmes interrogées ont accepté de répondre à des questions touchant à leur vie intime ;
- il s'est opéré, au fur et à mesure que l'entretien avançait, une sensibilisation des enquêtées favorable à la déclaration des actes de violence qu'elles avaient subis ;
- la violence des femmes est aussi rapportée par les répondantes qui souhaitent pouvoir rendre compte de l'ensemble des agressions qu'elles ont subies, même si celles-ci émanent d'autres femmes.

Un des grands enseignements de l'enquête pilote aura été de mettre en évidence l'ampleur du silence et l'occultation des violences par les femmes qui les subissent, et combien la réalité du phénomène échappe au système statistique français et reste méconnue. L'analyse de ces données, bien qu'assez globale compte tenu de la faible taille de l'échantillon, a montré des relations très fortes entre divers indicateurs d'état de santé - tout spécialement les indicateurs de santé mentale et particulièrement les tentatives de suicide - et l'expérience des violences par les femmes au cours de leur vie adulte.

7. Conclusion

La littérature scientifique récente sur ce sujet souligne la fréquence des violences envers les femmes et leurs conséquences en termes de santé. Elle tend à signifier que les violences envers les femmes posent, de fait, un problème de santé publique (Kornblit, 1994). Toutefois, dans les approches plus globales sur les déterminants sociaux de l'état de santé, les chercheurs intègrent très rarement les violences parmi les facteurs explicatifs. À la fois comme facteurs de risque de plusieurs atteintes à la santé et comme facteurs de confusion dans l'analyse du rôle étiologique d'autres facteurs sociaux ou comportementaux, les

épidémiologistes sous-estiment probablement le rôle des violences dans leurs conclusions actuelles (Sorenson et Saftlas, 1994).

L'ambition du projet d'enquête nationale réside dans l'obtention d'informations le plus valides possible sur les violences subies auprès d'un échantillon représentatif de femmes adultes, dans un pays où, culturellement, les violences envers les femmes restent un sujet peu abordé. Si cet objectif est atteint, nous serions en mesure, d'une part, de quantifier les violences envers les femmes dans la population française et, d'autre part, d'estimer la part de certains troubles de la santé et de la consommation médicale attribuable aux violences.

Au delà des effets sur l'état de santé de la population féminine, les conséquences des violences subies par les femmes se répercutent dans tous les domaines de la vie sociale, et il faut se garder d'en faire un problème exclusif de santé publique. Les causes de la violence et les réponses à apporter, tant en termes de traitement que de prévention, se situent à l'interface du médico-psycho-socio-judiciaire. La violence envers les femmes est sans aucun doute un « phénomène social total », et les chercheurs qui tentent de cerner globalement ce phénomène doivent situer leurs analyses au croisement des disciplines et contextes sociaux, médicaux, psychologiques et juridiques.

Références bibliographiques

- ALDARONDO, E., et STRAUS, M. A. (1994), « Screening for physical violence in couple therapy: Methodological, practical and ethical considerations », *Family Process*, vol. 33, p. 425-439.
- AUBIN, C., et GISSEROT, H. (1994), *Les femmes en France : 1985-1995. Rapport établi par la France en vue de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes*, Paris, La Documentation Française.
- BALLARD, T. J., SALTZMAN, L. E., GAZMARARIAN, J. A., SPITZ, A. M., LAZORICK, S., et MARKS, J. S. (1998), « Violence during pregnancy: Measurement issues », *American Journal of Public Health*, vol. 88, p. 274-276.
- BERENSON, A. B., STIGLICH, N. J., WILKINSON, G. S., et ANDERSON, G. D. (1991), « Drug abuse and other risk factors for physical abuse in pregnancy among White Non-Hispanic, Black, and Hispanic women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 164, p. 1491-1499.
- BERENSON, A. B., WIEMANN, C. M., WILKINSON, G. S., JONES, W. A., et ANDERSON, G. D. (1994), « Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 170, p. 1760-1767.

- BERGMAN, B., et BRISMAR, B. (1991), « Suicide attempts by battered wives », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 83, p. 380-384.
- BERRIOS, D. C., et GRADY, D. (1991), « Domestic violence. risk factors and outcomes », *The Western Journal of Medicine*, vol. 155, p. 133-135.
- BLACK, D., et KAPLAN, T. (1988), « Father kills mother. Issues and problems encountered by a child psychiatric team », *British Journal of Psychiatry*, vol. 153, p. 624-630.
- BOHN, D. K. (1990), « Domestic violence and pregnancy (Implications for practice) », *Journal of Nurse and Midwifery*, vol. 35, p. 86-98.
- BOSMA, H., SCHRIJVERS, C., et MACKENBACH, J. P. (1999), « Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study », *British Medical Journal*, vol. 319, p. 1469-1470.
- BOUDREAUX, E., KILPATRICK, D. G., RESNICK, H. S., BEST, C. L., et SAUNDERS, B. E. (1998), « Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women », *Journal of Trauma and Stress*, vol. 11, p. 665-678.
- BRUSH, L. D. (1990), « Violent acts and injurious outcomes in married couples: Methodological issues in the National Survey of Families and Households », *Gender and Society*, vol. 4, n° 1, p. 56-67.
- CDC (Center for Disease Control and Prevention) (1999) « Prevalence of selected maternal and infant characteristics, pregnancy risk assessment monitoring system, 1997 », *MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report)*, vol. 48, n° SS-5.
- CHAMBLISS, L. R., BAY, R. C., et JONES, R. F. (1995), « Domestic violence: An educational imperative? », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 172, p. 1035-1038.
- CHEZ, R. A., et HORAN, D. L. (1999), « Response of obstetrics and gynecology program directors to a domestic violence lecture module », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 180, p. 496-498.
- CHEZ, R. A., et JONES, R. F. (1995), « The battered woman », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 173, p. 677-679.
- CHOQUET, M., et LEDOUX, S. (1994), *Adolescents. Enquête nationale. Le temps des premières expériences sexuelles*, Paris, Inserm.
- COLE, L. L., GRUBB, P. L., SAUTER, S. L., SWANSON, N. G., et LAWLESS, P. (1997), « Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace », *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, vol. 23, p. 450-457.
- COUGHLIN, S. (1997), « Public health professionals and interpersonal violence », *Epidemiology*, vol. 8, p. 458-459.
- CRENNER, E. (1996), « Insécurité et sentiment d'insécurité », *INSEE Première*, n° 501.
- DARVES-BORNOZ, J.-M. (1997), « Rape-related psychotraumatic syndromes », *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 71, p. 59-65.
- DEJOURS, C. (1998), *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Seuil.
- DIETZ, P. M., ROCHAT, R. W., THOMPSON, B. L., BERG, C. G., et GRIFFIN, G. W. (1998), « Differences in the risk of homicide and other fatal injuries between postpartum women and other women of childbearing age: Implications for prevention », *American Journal of Public Health*, vol. 88, p. 641-643.

- EG-S-VL (Groupe de spécialistes pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes) (1997), *Rapport final d'activités du EG-S-VL*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, juin 1997.
- EVANS, R. G., HODGE, M., et PLESS, B. (1996), « Les bases biologiques de la santé des populations », dans : R. G. Evans, M. L. Barer et T. R. Marmor, éd., *Être ou ne pas être en bonne santé*, Paris, John Libbey Eurotext, p. 169-194.
- FISCHBACH, R. L., et HERBERT, B. (1997), « Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures », *Social Science and Medicine*, vol. 45, p. 1161-1176.
- GELLES, R. J. (1988), « Violence and pregnancy: Are pregnant women at greater risk of abuse? », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 50, p. 841-847.
- GILLIOZ, L., DE PUY, J., et DUCRET, V. (1997), *Domination et violence envers la femme dans le couple*, Lausanne, Éditions Payot.
- GOLDBERG, D. P., et WILLIAMS, P. (1988), *A User's Guide to the General Health Questionnaire*, Windsor, FER-Nelson.
- GOLDING, J. M., WILSNACK, S. C., et LEARMAN, L. (1998), « Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 179, p. 1013-1019.
- GUILLET-MAY, F., JUDLIN, P., PICHENE, C., et PETON, P. (1997), « Les violences sexuelles : nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire », *Contraception Fertilité Sexualité*, vol. 25, p. 872-875.
- HAMBERGER, L. K., SAUNDERS, D. G., et HOVEY, M. (1992), « Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry », *Family Medicine*, vol. 24, p. 283-287.
- HANMER, J. (1977), « Violence et contrôle social des femmes », *Questions féministes*, vol. 1, p. 69-88.
- HASHEMI, L., et WEBSTER, B. S. (1998), « Non fatal workplace violence workers' compensation claims (1993-1996) », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 40, p. 561-567.
- HEISKANEN, M., et PIISPA, M. (1998), *Faith, Hope, Battering. A Survey of Men's Violence in Finland*, Helsinki, Statistics Finland.
- HELTON, A. S., et SNODGRASS, F. G. (1987), « Battering during pregnancy: Intervention strategies », *Birth*, vol. 14, p. 142-147.
- HELTON, A. S., MCFARLANE, J., et ANDERSON, E. T. (1987), « Battered and pregnant: A prevalence study », *American Journal of Public Health*, vol. 77, p. 1337-1339.
- HIRIGOYEN, M. F. (1998), *Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien*, Paris, Syros.
- JAMIESON, D. J., et STEEGE, J. F. (1997), « The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 177, p. 1408-1412.
- JASPARD, M., BROWN, E., CONDON, S., FIRDION, J.-M., FOUGEYROLAS-SCHWEBEL, D., HOUEL, A., LHOMOND, B., SAUREL-CUBIZOLLES, M.-J., et SCHILTZ, M.-A. (1999), *Enquête nationale sur les violences envers les femmes. Bilan de la phase préparatoire et de l'enquête pilote*, Institut de démographie de l'université Paris-I/Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux Droits des Femmes et à la Formation Permanente, Service des Droits des Femmes.

- JONES, R. F. (1993), « Domestic violence - An epidemic », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 41, p. 131-133.
- KARASEK, R., et THEORELL, T. (1990), *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic books.
- KESSLER, R. C., et MAGEE, W. J. (1994), « Childhood family violence and adult recurrent depression », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, p. 13-27.
- KILPATRICK, D. G., ACIERNO, R., RESNICK, H. S., SAUNDERS, B. E., et BEST C. L. (1997), « A 2-year longitudinal analysis of the relationship between violent assault and substance use in women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, p. 834-847.
- KLEIN, P. J., GERBERICH, S. G., GIBSON, R. W., MALDONADO, G., KRUTTSCHNITT, C., LARNTZ, K., et RENIER, C. (1997), « Risk factors for work-related violent victimization », *Epidemiology*, vol. 8, p. 408-413.
- KORNBLIT, A. L. (1994), « Domestic violence - An emerging health issue », *Social Science and Medicine*, vol. 39, p. 1181-1188.
- LAGRANGE, H., et LHOMOND, B., éd. (1997), *L'entrée dans la sexualité*, Paris, La Découverte.
- LAMAR, W. J., GERBERICH, S. G., LOHMAN, W. H., et ZAIDMAN, B. (1998), « Work related physical assault », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 40, p. 317-324.
- LEYMANN, H. (1996), *Mobbing. La persécution au travail* (trad. de l'éd. allemande de 1993), Paris, Le Seuil.
- MAZZA, D., et DENNERSTEIN, L. (1996), « Psychotropic drug use by women: Could violence account for the gender difference? », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, vol. 17, p. 229-234.
- MEZEY, G. C., et BEWLEY, S. (1997), « Domestic violence and pregnancy », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 104, p. 528-531.
- MOLINA, L. D., et BASINAIT-SMITH, C. (1998), « Revisiting the intersection between domestic abuse and HIV risk », *American Journal of Public Health*, vol. 88, p. 1267-1268.
- MORRIS, A. (1997), *Women's Safety Survey 1996*, Wellington, Crown.
- OMS (1999), *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women* (par Ch. Watts, L. Heise, M. Ellsberg et C. Garcia-Moreno), 52 p.
- PARSONS, L. H., ZACCARO, D., WELLS, B., et STOVALL, T. G. (1995), « Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 173, p. 381-387.
- PLICHTA, S. B., et ABRAHAM, C. (1996), « Violence and gynecologic health in women <50 years old », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 174, p. 903-907.
- POOLE, G. V., MARTIN, J. N., PERRY, K. G., GRISWOLD, J. A., LAMBERT, C. J., et RHODES, R. S. (1996), « Trauma in pregnancy: The role of interpersonal violence », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 174, p. 1873-1878.
- RICHARDSON, J. O., et FEDER, G. (1995), « Domestic violence against women (Needs action from doctors and the health service) », *British Medical Journal*, vol. 311, p. 964-965.
- RICHMAN, J. A., ROSPENDA, K. M., NAWYN, S. J., FLAHERTY, J. A., FENDRICH, M., DRUM, M. L., et JOHNSON, T. P. (1999), « Sexual harassment and generalized

- workplace abuse among university employees: Prevalence and mental health correlates », *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 358-363.
- RODGERS, K. (1994), « Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe », *Juristat*, vol. 14, n° 9, p. 1-21.
- RÖMKENS, R. G. (1992), *Gewoon Geweld? Omvang, aard, gevolgen en achtergronden van geweld tegen vrouwen in heteroseksuele relaties*, Amsterdam, Swets et Zeitlinger.
- RONSMANS, C., et KHLAT, M. (1999), « Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh », *The Lancet*, vol. 354, p. 1448.
- SAUREL-CUBIZOLLES, M.-J., BLONDEL, B., LELONG, N., et ROMITO, P. (1997), « Violence conjugale après une naissance », *Contraception Fertilité Sexualité*, vol. 25, p. 159-164.
- SORENSEN, S., et SAFTLAS, A. F. (1994), « Violence and women's health. The role of epidemiology », *Annals of Epidemiology*, vol. 4, p. 140-145.
- SPIRA, A., BAJOS, N., et le groupe ACSF (1993), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation Française.
- STATISTIQUE CANADA (1993), « L'enquête sur la violence envers les femmes », *Le Quotidien*, 18 novembre 1993.
- STEWART, D. E., et ROBINSON, G. E. (1998), « A review of domestic violence and women's mental health », *Archives of Women's Mental Health*, vol. 1, p. 83-89.
- STRAUS, M. A., et GELLES, R. J. (1986), « Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 48, p. 465-479.
- WEBSTER, J., CHANDLER, J., et BATTISTUTTA, D. (1996), « Pregnancy outcomes and health care use: Effects of abuse », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 174, p. 760-767.
- WELZER-LANG, D. (1992), *Arrête ! tu me fais mal !*, Montréal, VLB éditeur.
- WHIFFEN, V. E., et CLARK, S. E. (1997), « Does victimization account for sex differences in depressive symptoms? », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 36, p. 185-193.
- WIIST, W. H., et MCFARLANE, J. (1999), « The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics », *American Journal of Public Health*, vol. 89, p. 1217-1221.

Annexe

Premiers résultats de l'enquête Enveff² Extrait de la conférence de presse du 4 octobre 2001³

La collecte des données de l'enquête Enveff a été réalisée de mars à juillet 2000, par téléphone, selon la méthode « Cati » (collecte assistée par téléphone et informatique), auprès d'un échantillon aléatoire de 6 970 femmes, représentatif de l'ensemble des femmes âgées de 20 à 59 ans résidant en métropole hors institution.

Le taux global de refus des enquêtées a été de 12 %, et le taux d'abandon de 5 %, ce qui assure une bonne participation des femmes à cette enquête.

Les premiers résultats ont été diffusés deux mois après la mise à disposition du fichier de données, lors de la conférence de presse du 6 décembre 2000. Le numéro de janvier 2001 de *Population et Sociétés*⁴ est la première publication de l'enquête. Le rapport final a été remis aux commanditaires en juin 2001 et un livre est en cours d'édition⁵.

2. L'enquête Enveff, coordonnée par l'Institut de démographie de l'université Paris I (Idup), a été commanditée en 1997 par le service des Droits des Femmes et menée avec le partenariat financier de l'ANRS, la Cnaf, le Fas, l'Ihesi, l'OFDT, le Conseil régional d'Île-de-France, le Conseil régional PACA, la mission de recherche Droit et Justice.

3. Disponible sur le site internet <http://www.sante.gouv.fr>. Une traduction en anglais est disponible à l'Idup (jaspard@univ-paris1.fr).

4. Maryse Jaspard et l'équipe Enveff (janvier 2001), « Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France », *Population et Sociétés*, n° 364, Paris, INED (publication en anglais disponible sur le site internet <http://www.ined.fr>).

5. Maryse Jaspard, Elizabeth Brown, Stéphanie Condon, Dominique Fougeyrolas-Schwebel, Annik Houel, Brigitte Lhomond, Florence Maillochon, Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Marie-Ange Schiltz, 2001, *Les violences conjugales au quotidien*, Rapport final au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'État aux Droits des Femmes et à la Formation permanente, Service des Droits des Femmes et de l'Égalité. Ouvrage à paraître : *Les violences envers les femmes. Une enquête nationale*, Paris, La Documentation française, 2002.

Proportions (%) de femmes ayant déclaré avoir subi
au cours des 12 derniers mois
des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles
dans divers cadres de vie, selon l'âge

| Type de violence | Âge des femmes interrogées (ans) | | | | |
|---|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 20-24 | 25-34 | 35-44 | 45-59 | Total |
| Dans l'espace public * (N = 6 970) | | | | | |
| Agressions verbales | 24,6 | 15,2 | 11,7 | 8,6 | 13,2 |
| Agressions physiques | 2,7 | 1,6 | 1,2 | 1,7 | 1,7 |
| Avances et agressions sexuelles | 6,4 | 2,6 | 0,9 | 0,5 | 1,9 |
| Au travail ** (N = 4 756) | | | | | |
| Agressions verbales | 11,7 | 10,1 | 8,8 | 6,2 | 8,5 |
| Pressions psychologiques | 20,2 | 18,6 | 15,2 | 15,7 | 16,7 |
| - dont harcèlement psychologique (a) | 5,2 | 4,7 | 3,6 | 3,1 | 3,9 |
| Agressions physiques | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,5 | 0,6 |
| Avances et agressions sexuelles | 4,3 | 2,8 | 1,9 | 0,8 | 2,0 |
| Violences conjugales *** (N = 5 908) | | | | | |
| Agressions verbales | 6,1 | 4,1 | 4,3 | 3,9 | 4,2 |
| Chantage affectif | 2,7 | 1,4 | 2,3 | 1,6 | 1,8 |
| Pressions psychologiques répétées | 37,6 | 26,1 | 23,0 | 21,0 | 24,3 |
| - dont harcèlement psychologique (b) | 12,1 | 8,3 | 7,7 | 6,7 | 7,9 |
| Agressions physiques | 3,9 | 2,5 | 2,5 | 2,2 | 2,5 |
| Viol et autres actes sexuels imposés | 1,2 | 0,9 | 1,0 | 0,6 | 0,9 |

(a) Parmi les trois composantes de cet indice (brimades, dénigrement, mise à l'écart), l'une au moins a une occurrence fréquente.

(b) Avoir subi plus de trois faits constitutifs de pressions psychologiques, dont l'un au moins a une occurrence fréquente.

Champ :

* ensemble des femmes de 20 à 59 ans ;

** femmes de 20 à 59 ans ayant exercé une activité professionnelle au cours des 12 mois précédant l'enquête ;

*** femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source : enquête Enveff, 2000.

Les violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles subies dans les différents cadres de vie au cours des 12 derniers mois

Pour estimer la fréquence des divers types de violences (à l'exception des agressions verbales), il a été nécessaire de construire des indicateurs regroupant plusieurs variables :

- les agressions physiques : donner des gifles, des coups avec ou sans objet contondant, menacer avec une arme, tenter d'étrangler ou de tuer, exercer d'autres brutalités physiques ; dans le cadre conjugal, enfermer ou empêcher de sortir, abandonner sur la route (en voiture), empêcher de rentrer chez soi ; vol avec violences dans l'espace public ;
- les avances sexuelles : « pelotage » ; dans le cadre du travail, faire des avances sexuelles déplaisantes, imposer des images pornographiques ;
- les agressions sexuelles : attouchement, tentative de rapport sexuel forcé, rapport sexuel forcé ; dans le cadre conjugal, imposer des rapports sexuels par la force, imposer des gestes sexuels refusés ;
- les pressions psychologiques : dans le cadre conjugal, menacer de s'en prendre aux enfants, contrôler les sorties, les relations ; imposer des comportements ; dévaloriser, dénigrer ; refuser de parler, empêcher d'avoir accès aux ressources ; au travail, brimades, dénigrement, mise à l'écart.

Dans les trois sphères (espace public, travail, couple), quel que soit le type de violence, les femmes les plus jeunes, entre 20 et 24 ans, ont déclaré en avoir subi plus que leurs aînées, et c'est dans le cadre du huis clos conjugal que s'exercent le plus de violences physiques.

Les violences conjugales au cours des 12 derniers mois

Toutes les femmes ayant vécu une relation de couple avec ou sans cohabitation au cours des 12 derniers mois ont été interrogées. Un certain nombre d'entre elles se sont séparées de leur conjoint récemment et ne sont donc plus en couple au moment de l'enquête. Ces dernières ont déclaré avoir subi avec cet ex-conjoint, dans l'année écoulée, trois à quatre fois plus de violences que les autres.

L'expression « femmes battues » couramment utilisée ne rend pas compte de la totalité des violences conjugales puisque les pressions psychologiques y sont prépondérantes (cf. tableau).

Dans de nombreux cas, les formes d'agressions verbales, psychologiques, physiques et sexuelles s'entrecroisent, aussi l'expression « situation de violence conjugale » apparaît plus à même de rendre compte de la réalité vécue par le plus grand nombre de victimes. C'est pourquoi nous avons cons-

truit un indicateur global de violences conjugales⁶ : près d'une femme sur 10 ayant vécu en couple pendant l'année écoulée a été en situation de violence conjugale au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur est subdivisé en deux niveaux afin de montrer la progression de la gravité des situations. Le niveau « grave » correspond surtout aux insultes répétées et au harcèlement psychologique et, dans des cas plus rares, à des agressions physiques ou sexuelles uniques (7 %). Le niveau « très grave » regroupe les situations de cumul de violences ; ici se produisent souvent des agressions physiques ou sexuelles, répétées ou associées aux violences verbales et au harcèlement psychologique (3 %).

Avec l'avancée en âge, la proportion de situations de violence « graves » diminue, ce qui apparaît plutôt lié au recul du harcèlement psychologique ; par contre, les situations « très graves » se rencontrent à tous les âges de la vie. Un écart d'âge de 10 ans ou plus entre conjoints entraîne un doublement des situations de violence. Les fréquences de ces situations de violence ne sont pas affectées par la présence d'enfants.

Les femmes mariées, et plus généralement celles qui vivent avec leur conjoint, déclarent nettement moins de violences que les femmes en couple qui ne partagent pas le même domicile (environ un tiers en moins), mais les situations de violence « très graves » augmentent avec la durée de l'union pour les femmes mariées.

Les chômeuses et les étudiantes ont l'indicateur global le plus élevé (plus de 11 %). Toutefois, les chômeuses sont deux fois plus que les étudiantes dans une situation de violence « très grave » (2,9 % contre 1,3 %), elles sont ainsi proches des autres inactives et des ouvrières (environ 3 %) et, de façon plus inattendue, des femmes cadres (2,6 %).

Une grande instabilité professionnelle et le retrait du monde du travail semblent favoriser l'émergence de situations de cumul de violences. L'instabilité professionnelle masculine a un impact encore plus grand sur la violence conjugale. Celle-ci est très présente chez les chômeurs non indemnisés (16 % dont 8 % de situations de violence « très graves ») ou autres inactifs sans doute exclus du marché de l'emploi. Pour l'un ou l'autre des partenaires, avoir vécu une seule fois une période de chômage accroît relativement peu le développement de situations de violence conjugale ; par contre, la multiplication des périodes de chômage double la proportion globale des situations de violence et triple celle des violences « très graves ».

Le lien entre le niveau de revenu et les situations de violence est ténu ; il ressort que c'est moins le niveau de revenu qui importe que l'accès direct à

6. Regroupe les femmes victimes de harcèlement psychologique ou d'insultes répétées ou de violences physiques ou sexuelles, certaines cumulant plusieurs types de violences.

l'argent et la dépendance financière. Le manque d'argent, lié aux situations de précarité, et surtout la dépendance financière des femmes sans revenu personnel sont des facteurs aggravants des situations de violence conjugale.

À l'exception des violences sexuelles, qui se produisent dans l'intimité, dans plus de la moitié des cas, les enfants sont témoins des scènes de violence, et ceci d'autant plus que la situation est très grave et dure depuis longtemps : près de deux tiers des femmes en situation « très grave » de violence ont déclaré que leurs enfants étaient présents lors des agressions.

Le fait d'avoir vécu des difficultés pendant l'enfance (privations matérielles, mesure d'assistance éducative, placement judiciaire ou administratif, conflit avec les parents, conflit entre les parents, problème d'alcoolisme, de drogue, sévices ou coups répétés) représente un autre facteur aggravant des situations de violence conjugale. Plus d'un quart (26 %) des femmes qui ont mentionné avoir subi plusieurs problèmes dans leur enfance sont victimes de violences conjugales, contre 6 % de celles qui n'ont dénoncé aucune difficulté durant l'enfance. Les liaisons les plus fortes s'observent pour les sévices et les coups répétés dans l'enfance (28 %) et le placement en institution ou famille d'accueil (27 %), intervenu souvent à la suite de mauvais traitements pour celles qui ne sont pas orphelines.

Les femmes victimes de violences sexuelles avant l'âge de 18 ans sont presque trois fois plus que les autres en situation de violence conjugale. Celles qui ont subi des attouchements répétés par des proches sont cinq fois plus en situation de violence « très grave » que l'ensemble (12 % contre 2,5 %).

Près de la moitié des victimes ont parlé des agressions subies pour la première fois lors de l'enquête, 31 % de celles qui vivent des situations très graves et 60 % des autres. Les violences sexuelles sont les plus cachées (dans 69 % des cas), ou dénoncées tardivement par rapport aux autres violences, dont environ la moitié des victimes s'étaient plaintes dans l'immédiat.

Les violences dans les relations avec un ex-conjoint

Parmi les femmes qui ont eu des contacts avec un ex-conjoint au cours des 12 derniers mois, 17 % ont déclaré avoir subi au moins un fait de violence à cette occasion. Ces agressions atteignent avant tout les femmes qui ont des relations nécessaires avec leurs anciens partenaires en raison de la présence d'enfants ou de la forme institutionnalisée de l'union rompue (divorcées, séparées). Leur position économique semble plus fragile (chômage ou profession d'employée). Les atteintes verbales touchent 13 % des femmes. Dépassant largement tous les taux de violences identiques dans les autres cadres de vie, les agressions physiques marquent les relations avec un ex-conjoint pour 8 % des femmes. Les violences sexuelles, dénoncées par quatre

femmes sur cent, semblent aussi beaucoup plus fréquentes dans les relations avec un ex-conjoint que dans tout autre cadre de vie.

Un grand nombre de femmes se sont séparées d'un partenaire violent. Après la rupture, les rapports, quand ils sont obligatoires, restent très conflictuels, voire brutaux. Quoiqu'il en soit, il est plus facile de dénoncer les exactions d'un conjoint dont on est séparé que celles de la personne avec laquelle on vit. Amenées à parler d'un contexte privé qu'elles ont en principe choisi, la majorité d'entre elles évoquent un climat conjugal plutôt serein. Pourtant, au cours du questionnement, nombre de répondantes dénoncent - pour beaucoup, c'est la première fois - des comportements violents de leur conjoint. De fait, les femmes victimes de violences conjugales se trouvent dans une situation paradoxale, entre le maintien d'une relation affective ou d'une cellule familiale écrasante et une aspiration à exister en tant que personne à part entière.

Les violences au travail au cours des 12 derniers mois

Au travail, cinq catégories de violences ont été distinguées :

- *les pressions psychologiques*, regroupant trois faits : « imposer des horaires, des tâches, des services dont personne ne veut » ; « critiques répétées et injustes » ; « être mise à l'écart » ; ces pressions, dénoncées par 17 % des femmes, représentent les atteintes les plus fréquentes dans la sphère professionnelle ; la multiplicité et la répétition des faits constituent le phénomène qualifié de harcèlement psychologique, subi par 3,9 % des femmes ;
- *les agressions verbales*, incluant injures et menaces, mentionnées par 8,5 % des femmes ;
- *les agressions physiques*, comprenant les coups et blessures et menaces avec une arme, qui concernent 0,6 % des femmes ;
- *les destructions du travail et de l'outil de travail*, dénoncées par 2,2 % des femmes ;
- *les agressions et le harcèlement sexuels*, dont la définition retenue ici est plus large que celle contenue dans le Code pénal et le Code du travail depuis 1992⁷ : incluant les avances non désirées ou l'obligation de voir des images pornographiques, le pelotage et l'exhibitionnisme ou le voyeurisme, quel qu'en soit l'auteur, indépendamment de la notion d'autorité introduite par la loi ; 1,9 %

7. Pour une personne abusant de l'autorité que lui confère sa fonction, est puni le fait de harceler autrui en usant d'ordres, de menaces ou de contraintes dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle.

des femmes rapportent des faits de harcèlement d'ordre sexuel⁸, et 0,1 % des agressions (attouchements, tentatives de viol et viol) en même temps que du harcèlement.

Les pressions psychologiques comme les atteintes sexuelles sont des faits qui tendent à se reproduire plusieurs fois au cours de l'année. En revanche, les agressions et brutalités physiques sont des événements isolés (80 % n'ont eu lieu qu'une seule fois).

Les femmes les plus jeunes, âgées de 20 à 24 ans, sont deux fois plus injuriées ou menacées que leurs collègues de plus de 45 ans, elles sont presque trois fois plus souvent confrontées à une destruction de leur travail ou de leur outil de travail, et surtout elles subissent six fois plus souvent un harcèlement d'ordre sexuel ou des agressions sexuelles (6,4 % contre 1,9 % pour l'ensemble).

Le mode de vie des femmes (mariées, divorcées, célibataires vivant en couple ou seules) est indépendant de leur position d'emploi, et pourtant il influence fortement leur exposition aux violences dans le travail : c'est le fait d'être mariée et non pas seulement d'être en couple qui semble protéger des brimades, comme des critiques toujours plus fréquentes ainsi que des mises à l'écart. Les mères de jeunes enfants expriment une forte sensibilité aux brimades et impositions d'horaires dans leur travail.

Les femmes exerçant une profession indépendante et les ouvrières déclarent moins de violences que les autres salariées ; les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires en déclarent plus. La sensibilité plus grande des catégories sociales supérieures (cadres et professions intermédiaires) montre clairement la perception socialement différenciée des atteintes, psychologiques notamment. Les femmes exerçant une profession libérale ont le taux le plus élevé d'atteintes sexuelles.

Certaines professions connaissent des situations contrastées du fait même de conditions de travail distinctes ; ainsi les infirmières ou les personnels de ménage, lorsqu'elles travaillent en institutions, subissent des conditions de travail souvent plus difficiles que celles qui travaillent de manière indépendante comme les infirmières et les femmes de ménage qui exercent au domicile d'autres personnes. Pour certaines catégories d'employées, les taux de harcèlement d'ordre sexuel et d'agressions sexuelles sont particulièrement élevés : c'est le cas des agents de sécurité, policières, gendarmes (10 %). Ces agressions de nature sexuelle s'accompagnent d'une situation plus générale d'atteintes et de pressions psychologiques élevées.

8. Harcèlement d'ordre sexuel pour le différencier du harcèlement sexuel au sens strict de la loi.

Qu'il soit occasionnel ou régulier, le travail de nuit expose davantage aux injures. Le harcèlement d'ordre sexuel et les agressions sexuelles augmentent aussi pour celles qui travaillent la nuit.

Les auteurs des violences au travail

Les injures et les agressions verbales sont majoritairement le fait des clients et usagers (dont 79 % d'hommes). Les agressions physiques, rares à l'échelle d'une année, ont quasi exclusivement des auteurs masculins, alors que les destructions du travail, perpétrées majoritairement par des collègues, impliquent, de ce fait même, une proportion importante de femmes (les 2/3).

Les auteurs masculins de harcèlement d'ordre sexuel et d'agressions sexuelles varient selon la nature des faits : les avances sexuelles sont d'abord le fait de collègues, de supérieurs hiérarchiques puis de clients et d'usagers ; en revanche, si le « pelotage » est, également, majoritairement le fait des collègues (46 %), les clients et les usagers sont davantage susceptibles d'un tel comportement (27 %) que les supérieurs hiérarchiques (19 %).

Un rapport équilibré des effectifs d'hommes et de femmes sur le lieu de travail évite une part des atteintes au travail, alors qu'une sur-représentation masculine accroît les manifestations de violence : respectivement 15 % et 23 % pour les atteintes psychologiques et 8 % et 12,5 % pour les injures et violences verbales.

Les violences dans l'espace public au cours des 12 derniers mois

« L'espace public » est considéré ici comme un environnement « extérieur », par opposition au couple ou au monde du travail qui est aussi un environnement relativement familier. Si le terme « espace public » évoque souvent la rue, la sphère à laquelle il se réfère ici recouvre des lieux aussi divers – et plus ou moins publics – que les grands magasins, les clubs de sport, les restaurants ou les boîtes de nuit, la plage ou les jardins publics, les transports en commun, etc.

Près d'un cinquième des femmes (19 %) ont subi au moins une agression dans l'espace public au cours des 12 derniers mois. Ces violences sont parfois multiples ou répétées au cours de l'année (un tiers des cas).

Les agressions les plus fréquentes dans l'espace public sont les insultes (13 % des femmes en ont subi dans les 12 derniers mois), le fait d'être suivies dans leurs déplacements (5 %), de subir la vue d'exhibitionnistes (3 %) ou d'être importunées sexuellement (« pelotées », 2 %). Les agressions physiques (vols lorsqu'ils sont accompagnés de violences, les brutalités physiques comprenant les gifles et coups, menaces ou attaques armées) concernent 1,7 % des femmes au cours de l'année. Les atteintes et agressions sexuelles (attou-

chements, tentatives de viol, viols) sont beaucoup plus rares à l'échelle d'une année, néanmoins 0,1 % des répondantes en ont été victimes.

En général, les violences subies par les femmes dans l'espace public leur sont imposées par des inconnus (dans les trois quarts des cas). Toutefois, dans le cas particulier des brutalités physiques et des menaces ou attaques armées, les victimes connaissent leur agresseur dans 38 % des cas.

Les violences dans l'espace public sont très majoritairement commises par des hommes, les insultes et les brutalités physiques un peu moins que les autres puisqu'elles sont le fait de femmes dans un cas sur cinq. Les brutalités exercées à l'occasion d'un vol sont souvent le fait d'adolescents (dans 56 % des cas).

Les violences à caractère sexuel sont des actes commis par des hommes d'âge adulte, sauf en ce qui concerne le pelotage imposé, dans 22 % des cas, par des adolescents.

La rue est l'un des espaces publics où se produit le plus grand nombre d'agressions (38 %). Les femmes y sont davantage exposées au risque d'être suivies, de subir des coups ou des menaces avec armes. Les voitures et les transports en commun fournissent des cadres relativement fréquents d'agressions (18 % et 17 %). En voiture, il s'agit quatre fois sur cinq de situations où les femmes sont suivies. Les transports en commun sont plus le lieu des pelotages et des vols. Viennent ensuite les espaces communs d'immeubles et les lieux de sorties pour boire, manger ou danser (8,5 %).

Les agressions ne surviennent pas nécessairement dans les endroits déserts, que les femmes fréquenteraient seules, la nuit. En effet, elles se produisent généralement dans des circonstances banales, relevant d'un usage habituel et souvent quotidien de l'espace public : les trois quarts d'entre elles se sont produites dans un endroit fréquenté régulièrement, 67 % ont eu lieu le matin ou dans la journée, dans 65 % des cas, dans des espaces fréquentés sur le moment par d'autres personnes, et 28 % des agressions ont eu lieu alors que les victimes étaient accompagnées.

Les jeunes femmes (moins de 25 ans) sont de loin les premières victimes dans l'espace public, même si l'on tient compte de leur mode de vie, comme leurs fréquentes sorties, qui les expose plus que les autres. Ce sont elles qui déclarent avoir subi le plus fort taux d'insultes au cours de l'année (25 % contre 13 % en moyenne) et le plus fort taux d'atteintes sexuelles, c'est-à-dire le fait d'être suivie, pelotée ou exposée à un exhibitionniste (22 % contre 8 % en moyenne). Les agressions physiques ne sont pas significativement liées à l'âge ; en revanche, elles semblent toucher plus fortement les femmes dans une situation de relative vulnérabilité, qu'elle soit sociale ou relationnelle.

Les taux de violences subies au cours de l'année augmentent continuellement avec la taille de l'agglomération. Ce lien apparent entre la taille de l'agglomération et la fréquence des agressions doit s'analyser en tenant

compte des différents contextes sociaux de chaque espace géographique et du fait que les habitantes des grandes agglomérations n'ont pas les mêmes profils sociaux et les mêmes activités et fréquentations de l'espace public que les habitantes des zones rurales.

Ce ne sont pas les violences portant le plus directement atteinte au corps que les femmes risquent le plus dans l'espace public, mais un ensemble de brimades (être insultée, suivie, « pelotée », subir un exhibitionniste) qui fait peser une réelle menace sur elles et entrave leur liberté de circulation. Toutes ces formes d'incivilité et de harcèlement à caractère sexuel sont plus fréquentes dans les grandes agglomérations ; plus qu'un espace ultra violent, les grandes agglomérations apparaissent comme un espace inégalitaire et sexiste. Quel que soit le lieu, les violences graves, bien que peu fréquentes, constituent néanmoins une menace dans l'espace public, qu'il s'agisse d'agressions physiques ou sexuelles.

Violences envers les femmes et santé

Dans cette analyse, les violences physiques et sexuelles subies par les femmes ont été prises en compte quel que soit le cadre où elles se sont produites. Au total, 4 % des femmes ont déclaré des violences physiques au cours des 12 derniers mois. Parmi elles, les femmes ayant rapporté un seul événement ont été distinguées de celles qui en ont déclaré plusieurs ; ces dernières représentent 2 % de l'échantillon. Un pour cent des femmes ont déclaré des agressions sexuelles au cours des 12 derniers mois.

Le niveau de détresse psychologique, mesuré par une échelle standardisée (le *General Health Questionnaire* en 12 items) est très lié à l'expérience des violences : 10 % des femmes n'ayant pas subi de violences présentent un niveau élevé de détresse psychologique, ce pourcentage est de 27 % parmi les femmes ayant subi une agression physique et atteint 43 % chez les femmes qui en ont subi plusieurs. Il est de même significativement plus élevé pour les femmes victimes de violences sexuelles, 28 %, et de 40 % pour les femmes ayant subi à la fois des violences physiques et des violences sexuelles.

Alors que 5 % des femmes n'ayant subi aucune violence ont un niveau élevé de stress post-traumatique (décrit par la survenue fréquente de cauchemars, troubles anxieux et crises de panique), ce pourcentage est de 17 % pour les femmes ayant subi un événement physiquement violent et 25 % pour celles qui en ont subi plusieurs. Ce pourcentage est également augmenté pour les femmes victimes de violences sexuelles.

Le taux de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois est très lié aux violences : de 0,2 % pour les femmes qui n'ont pas rapporté de violence à 3 % pour les femmes ayant subi une agression physique et 5 % pour les

femmes en ayant subi plusieurs. Ce pourcentage est de 4 % pour les femmes victimes de violences sexuelles et atteint 10 % parmi le petit groupe de femmes qui déclarent à la fois des violences physiques et sexuelles.

Les femmes victimes de violences ont un niveau de consommation médicale plus élevé. Elles ont plus souvent consommé de façon régulière des médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques) au cours des 12 derniers mois : 10 % des femmes n'ayant pas subi de violences, 20 % des femmes déclarant une agression physique et 30 % des femmes en déclarant plusieurs. Les femmes victimes de violences physiques sont plus

État de santé et consommation médicale
selon l'existence de violences physiques ou sexuelles
au cours des 12 derniers mois

| État de santé | Au cours des 12 derniers mois | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|--------------|---------------------|----------------------------------|
| | Aucune violence | Violences physiques | | Violences sexuelles | Violences physiques et sexuelles |
| | | Une fois | 2 fois | | |
| <i>Effectif</i> | 6 634 | 150 | 133 | 84 | 31 |
| | % | % | % | % | % |
| Détresse psychologique* | | | | | |
| Faible | 72,6 | 42,0 | 34,0 | 39,2 | 22,7 |
| Modérée | 16,9 | 30,6 | 22,6 | 32,5 | 36,9 |
| Élevée | 10,5 | 27,5 | 43,4 | 28,3 | 40,5 |
| Indice de stress** post-traumatique | | | | | |
| Faible | 58,9 | 33,8 | 21,6 | 29,5 | 16,7 |
| Modéré | 36,0 | 48,8 | 53,5 | 58,6 | 63,9 |
| Élevé | 5,2 | 17,4 | 24,9 | 11,9 | 19,4 |
| Tentative de suicide | | | | | |
| dans les 12 derniers mois | 0,2 | 3,0 | 5,0 | 4,3 | 10,2 |
| Consommation de psychotropes | | | | | |
| Jamais | 78,6 | 64,2 | 49,9 | 60,8 | 41,6 |
| Occasionnelle | 11,7 | 15,7 | 19,6 | 15,8 | 18,8 |
| Régulière | 9,6 | 20,1 | 30,5 | 23,4 | 39,6 |
| Consultations auprès d'un généraliste | | | | | |
| Aucune | 18,9 | 7,9 | 14,0 | 15,6 | 0,0 |
| 1 à 4 | 56,8 | 62,8 | 49,1 | 56,0 | 66,7 |
| 5 ou plus | 24,2 | 29,4 | 36,8 | 28,4 | 33,3 |
| Arrêt de travail*** (N) | | | | | |
| au moins un arrêt | (5 042) 28,4 | (118) 39,9 | (95) 39,5 | (65) 39,3 | (26) 68,8 |

Champ : Ensemble des femmes interrogées.

* La détresse psychologique était mesurée à l'aide d'une échelle standardisée – le *General Health Questionnaire* – en 12 items ; un niveau faible correspondait à 2 items positifs ou moins, un niveau modéré entre 3 et 5 items positifs et un niveau élevé à 6 items positifs ou plus.

** L'indice de stress post-traumatique est calculé à partir de la fréquence des trois symptômes suivants au cours des 12 derniers mois : cauchemars, état d'anxiété et crises de panique.

*** Ne concerne que les femmes qui avaient un emploi au cours des 12 derniers mois.

nombreuses à avoir consulté de façon répétée - 5 fois ou plus au cours de l'année - un médecin généraliste, particulièrement celles victimes de plusieurs agressions physiques. De même, le fait de consulter un spécialiste de la santé mentale - psychiatre, psychothérapeute ou psychologue - est beaucoup plus fréquent pour les femmes victimes de violences : plus de 20 % d'entre elles au lieu de 6 % parmi les femmes qui n'ont pas subi de violences. Enfin, les femmes ayant subi des violences physiques ou sexuelles étaient plus nombreuses à avoir eu un arrêt de travail au cours des 12 derniers mois, 39 % contre 28 % pour les femmes qui n'ont déclaré aucune agression.

Toutes ces différences demeurent significatives même après prise en compte de l'âge des femmes, de leur niveau d'études, de leur situation matrimoniale, de leur statut vis-à-vis de l'emploi et de la taille de l'agglomération où elles résident. L'augmentation du risque est particulièrement importante pour les tentatives de suicide, aussi bien en lien avec les violences physiques que sexuelles. Ces résultats soulignent l'importance des violences et l'attention qui devrait y être apportée lors de la prise en charge des femmes faisant une tentative de suicide.

L'état de santé des femmes au moment de l'enquête est également associé à l'existence de violences antérieures. Ainsi, les risques, mesurés en termes de santé, liés aux violences subies au cours des 12 derniers mois, sont encore plus importants pour les femmes qui ont été victimes de violences dans le passé.