



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 4 mars 2021 à Poitiers

Par Monsieur Anthony MORANT

Impacts des violences sur la contraception : revue de la littérature

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres :

Monsieur le Docteur Pierric ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur Marc BESNIER

Directrice de thèse :

Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLIVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie-virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez mes sincères remerciements et soyez assurés de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury et je vous en remercie. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Marc BESNIER,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury et je vous en remercie. Je vous remercie également pour la formation additionnelle riche en enseignements et sans laquelle je ne vous aurai pas rencontré. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT,

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de ce jury et de diriger ma thèse. Je vous remercie de m'avoir aidé à trouver ce sujet de thèse qui j'en suis sûr vous tiendra autant que moi à cœur. Je vous remercie sincèrement pour tout le temps et l'énergie passés à améliorer ma thèse. Vos précieux conseils et votre gentillesse m'ont fortement touché. Je vous remercie également pour votre bienveillance et votre accompagnement pendant tout mon internat. J'ai un immense respect pour vous ainsi que tout ce que vous faites pour vos patients et patientes.

A mes maîtres de stages ambulatoires et hospitaliers sans qui je n'aurai pas pu devenir le médecin que je suis, vous avez toutes et tous mon plus profond respect :

- Aux Docteur Véronique FAUGEROUX et Docteur Natacha MESRINE qui m'ont donné goût à la médecine générale et ont su m'aider et m'accompagner dans ce début d'internat pas toujours facile. Je vous remercie sincèrement. Merci au Docteur FAUGEROUX d'avoir suivi ma fille.
- Au Docteur Michel FAURE qui est devenu un ami, merci pour ta confiance et ta gentillesse, merci également d'avoir partagé avec-moi ton savoir.
- A mes maîtres de stages hospitaliers de Châtellerauld : Docteur Jean Yves LARDEUR, Docteur Sylvain PRIMAULT, Docteur Christian TSCHILL, Docteur Saïd EL BADRI, Docteur Chantal SANJUAN, Docteur Ferdinand LAHOUD, Docteur Natacha JAUFFRION-PIAUD, Docteur Pierre-Marie KAMGAIN, Docteur Gilles MAURY, Docteur Grégoire ROMERO DE AVILA, Docteur Aurore BARBANCEY.
- Au Docteur Alain GODARD pour son apprentissage de la gynécologie.
- A l'équipe médicale de dermatologie du CHU de Poitiers : Docteur Ewa WIERZBICKA-HAINAUT, Docteur Damien BOUTIN, Docteur Romain LESBAZEILLES, Docteur Edouard CHASSEUIL, Docteur Maxence CORMERAIS, Docteur CALES Sophie et surtout au Docteur Marie MASSON REGNAULT pour sa rigueur et sa bienveillance durant ses 3 mois de stage.
- A l'équipe médicale de rhumatologie du CHU de Poitiers : Madame la Professeure Françoise DEBIAIS, Docteur Isabelle AZAIS, Docteur Rachel BRAULT et surtout aux Docteur Géraldine DURAND et Docteur Justine VIX qui m'ont accompagné, soutenu et qui ont partagé leur savoir durant ses 3 mois de stage.

- A mes maîtres de stages ambulatoires de SASPAS : Docteur Corinne JOYEUX, Docteur Xavier HERAULT, Docteur Robert PAVLOVIC. Vos précieux conseils et votre savoir m'ont permis de me perfectionner. Merci pour votre gentillesse.
- A mes maîtres de stage ambulatoire du stage femme-enfant : Docteur Marie-France TISSERAUD-TARTARIN pour tes conseils et ta gentillesse. Merci au Docteur Valérie TRANCHEE-VERGE pour ton investissement, ta bienveillance et ta gentillesse qui m'ont beaucoup touché. J'espère devenir un jour maître de stage grâce à toi.
- **A toutes les équipes paramédicales de Châtellerauld et du CHU de Poitiers** avec qui j'ai pu travailler.
- **A Monsieur Nicolas DOUX**, pour son aide si précieuse pour établir mes équations de recherches et relire ma bibliographie.
- **A ma belle-famille**, je vous porte dans mon cœur et vous remercie pour votre gentillesse.
- **A mes amis** : Nicolas, Camille et Louise vous êtes nos plus proches amis, on espère vous voir le plus souvent possible ; Benjamin mon meilleur ami d'enfance ainsi qu'Annabelle et Apolline qui partage ta vie, j'espère également vous revoir très vite pour passer de bons moments tous ensemble. A Tim, mon ami qui a toujours été là pour moi durant cet internat.
- **A ma famille** : oncles, tantes, cousins, cousines et mes grands-parents. Vous m'avez toujours soutenu et j'espère vous rendre fier. Je vous aime, prenez soins de vous.
- **A mes parents Karine et Jean-Pierre MORANT**, vous m'avez toujours soutenu et encouragé tout au long de mes études. Vous m'avez aidé financièrement et humainement. Je vous en suis redevable. J'espère vous rendre fier en devenant un médecin respecté et apprécié de tous. Vous êtes des parents en or, vous avez toujours tout donné pour vos enfants et l'amour que vous nous portez est indescriptible. Merci d'être là et ne changez pas. Je vous aime.
- **A ma sœur Pauline**, ma plus grande complice depuis ma plus tendre enfance. Merci de ton soutien permanent. Merci d'être la tatie que tu es. Merci pour tout l'amour que tu m'as toujours offert. Je resterai toujours là pour toi. Je t'aime tellement.
- **Aux deux amours de ma vie : Annabelle**, ma vie a littéralement changée depuis que tu es là depuis maintenant 11 ans. Je t'aime plus que tout au monde. Tu m'as toujours soutenu, m'a donné un amour indescriptible et je t'en remercie. Merci également pour le plus beau cadeau qui me soit arrivé dans toute ma vie : **Romance**. Ma fille, je t'aime également plus que tout au monde. J'espère être le papa et le médecin dont tu seras toujours fier. Je serai toujours là pour te soutenir, t'accompagner et t'aimer. Je suis déjà fier de tous tes progrès et à mon avis tu n'as pas fini de nous épater. Je t'aime ma fille.

Avant-propos

« Le XXème siècle restera comme une période marquée par la violence. Il nous laisse un lourd héritage de destruction de masse, de violence perpétrée à une échelle jamais vue et jamais imaginée auparavant dans l'histoire de l'humanité. Mais cet héritage – produit de technologies nouvelles mises au service d'idéologies de la haine – n'est pas le seul qui nous soit transmis ni que nous ayons à affronter. Ce qui est moins visible mais bien plus répandu, c'est le fardeau des souffrances quotidiennes au niveau des êtres humains. C'est la douleur des enfants victimes de ceux qui devraient les protéger, des femmes blessées ou humiliées par un partenaire violent, des personnes âgées maltraitées par ceux qui s'occupent d'elles, des jeunes brutalisés par d'autres jeunes, ou encore des gens de tous âges qui retournent la violence contre eux-mêmes. Cette souffrance – et on pourrait en donner bien d'autres exemples – est un mal qui s'autoreproduit, car les nouvelles générations grandissent avec la violence des générations passées, les victimes vivent avec les bourreaux, et on laisse perdurer les situations sociales qui alimentent la violence. Il n'est pas un pays, une ville ou une communauté qui soit à l'abri. Nous ne sommes cependant pas impuissants face à ce phénomène. »

Nelson Mandela, rapport OMS 2002

« Quand il y a le silence des mots se réveille trop souvent la violence des maux »

Jacques Salomé (Psychosociologue)

Liste des abréviations

CIDFF : Centres d'information sur les droits des femmes et des familles

CVS : (enquête) Cadre de vie et sécurité

DESNOS : Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified

DIU : Dispositif intra-utérin

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

HPV : Human Papillomavirus (= Papillomavirus humain)

HSV : Herpes simplex virus

IST : Infection(s) sexuellement transmissible(s)

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDRP : Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale

SSMSI : Service statistique ministériel de la sécurité intérieure

UMJ : Unités médico-judiciaires

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPI : Violence entre partenaires intimes

Sommaire

I- INTRODUCTION	13
II- PRÉLIMINAIRES	17
1. DEFINITIONS	17
1.1 <i>Les violences physiques</i>	18
1.2 <i>Les violences sexuelles</i>	18
1.3 <i>Les violences psychologiques</i>	20
1.4 <i>La coercition</i>	22
1.5 <i>Les violences interpersonnelles</i>	23
1.5.1 <i>La violence entre partenaires ou violences conjugales</i>	23
1.5.2 <i>Les violences sur mineurs</i>	29
2. SOCIÉTÉ ET VIOLENCE	36
3. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA VIOLENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE	38
3.1 <i>Les atteintes aux personnes</i>	40
3.2 <i>Les violences sur mineurs</i>	57
4. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA VIOLENCE EN FRANCE HORS MÉTROPOLE	58
5. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA VIOLENCE DANS LE MONDE	59
5.1 <i>La violence en général</i>	59
5.2 <i>Les violences entre partenaires (ou violences conjugales)</i>	61
5.3 <i>Les violences sexuelles</i>	62
5.4 <i>Les violences sur mineurs</i>	63
6. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SANTÉ SEXUELLE EN FRANCE	64
7. UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	65
8. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE	66
9. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CONTRACEPTION DANS LE MONDE	69
III- MÉTHODES	71
1. CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ	71
2. SOURCES D'INFORMATIONS	71
3. RECHERCHES	71
4. SÉLECTION DES ARTICLES (PRISMA FLOW DIAGRAM)	72
5. ANALYSE DES DONNÉES	74
IV- RÉSULTATS	77
1. ÉTUDES QUANTITATIVES	77
2. ÉTUDES QUALITATIVES	105
V- DISCUSSION	111
1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	111
2. FORCES ET FAIBLESSES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	117
3. BIAIS ET LIMITES DES ÉTUDES ANALYSÉES	119
4. COMPARAISON ET COMPRÉHENSION DES RÉSULTATS	123
VI- ANNEXES	129
VII- BIBLIOGRAPHIE	131
VII- RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	145
VIII- SERMENT	147

I- INTRODUCTION

Depuis la Conférence internationale de 1994 (1) sur la population et le développement, l'autonomisation des femmes est reconnue comme importante pour leur accès aux services de santé génésique, y compris la planification familiale.

L'amélioration de la santé reproductive et l'accès à la contraception offrent deux principaux avantages pour les individus, les familles et les communautés : d'une part elles permettent une réduction des risques d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'autre part une réduction des risques de grossesses non désirées.

La contraception a aussi comme intérêt d'empêcher ou tout au moins de réduire les grossesses non désirées pour permettre d'améliorer la santé maternelle et infantile.

D'après les données issues du Rapport sur la santé dans le monde en 2005 intitulé « donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant » (2), on dénombrait dans le monde environ 211 millions de grossesses qui survenaient chaque année, parmi celles-ci 87 millions n'étaient pas désirées dont environ 46 millions se sont terminées par un avortement provoqué.

Les grossesses non prévues ou non désirées – à cause le plus souvent d'un besoin de contraception non satisfait, d'un échec de la contraception ou de rapports sexuels non désirés – comportent, si elles sont menées à leur terme, au moins autant de risques que les grossesses qui ont été voulues. La littérature a retrouvé des risques majorés comparés aux grossesses désirées, à savoir : des entrées tardives en soins prénatals (Marston & Cleland, 2003) (3), des mortalités périnatales plus fréquentes (Bustan & Coker, 1994) (4), des avortements illégaux plus fréquents (Magadi, 2003) (5), des insuffisances pondérales à la naissance plus fréquentes (Sable et al., 1997) (6), des probabilités plus faibles d'allaitement maternel (Chinebuah & Perez-Escamilla, 2001) (7), des risques majorés pour la santé fœtale et infantile lorsque les grossesses sont peu espacées (Smith, Pell et Dobbie, 2003) (8) et enfin une augmentation des décès maternels y compris les complications dues aux avortements.

L'OMS a rendu publique en septembre 2020 quelques chiffres sur les avortements provoqués dans le monde (9) : entre 2015 et 2019, on a enregistré dans le monde une moyenne annuelle de 73,3 millions d'avortements provoqués (sécurisés ou non), on a dénombré 39 avortements provoqués pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, 3 grossesses sur 10 (29 %) et 6 grossesses non désirées sur 10 (61 %) se sont terminées par un avortement provoqué. De plus, selon les estimations de 2010 à 2014, environ 45 % de l'ensemble des avortements étaient à risque (dont 1/3 étaient pratiqués dans des conditions dangereuses ou très risquées) et parmi eux presque tous avaient lieu dans les pays en développement (dont plus de la moitié ont eu lieu en Asie, pour la plupart en Asie du Sud et en Asie centrale). Les avortements non médicalisés dans les pays en développement s'expliquent principalement par deux raisons : soit par manque de moyens financiers ou matériels soit car dans de nombreux pays les avortements ne sont pas autorisés. Dans certains pays c'est une

interdiction totale avec absence d'exception légale explicite pour sauver la vie de la femme, dans d'autres pays c'est interdit hormis pour sauver la vie d'une femme.

D'après l'OMS en 2008 (10), les chiffres étaient nettement opposés entre les régions développées (avec un taux de 1 avortement non médicalisé pour 1000 femmes) par rapport aux régions en développement (avec un taux de 16 pour 1000 femmes) avec parmi elles les pays les moins développés atteignant 27 pour 1000 femmes dans l'ensemble et 31 pour 1000 femmes pour les pays d'Afrique Sub-Saharienne.

Si les femmes demandent à interrompre leur grossesse à tout prix dans des circonstances où l'avortement est dangereux (non médicalisé), illégal ou les deux à la fois, cela montre qu'il est vital pour elles de pouvoir maîtriser leur fécondité. De plus, les complications non mortelles et les séquelles contribuent pour beaucoup à la charge mondiale de morbidité, sans compter la perturbation psychologique qui s'ensuit bien souvent. Les avortements non médicalisés sont d'autre part très coûteux pour le système de santé. En 2006 (9), on estimait à 553 millions de dollars le montant des dépenses consacrées au traitement des conséquences graves des avortements à risque.

L'intérêt d'étudier la violence en rapport avec la contraception et qu'elle est présente au quotidien dans le monde y compris en France. En effet, d'après les chiffres les plus récents, on sait que chaque année en France, il y a 1 viol ou tentative de viol toutes les 5 minutes dans l'ensemble de la population et 1 viol ou tentative de viol toutes les 6 minutes sur une femme. De plus, les violences conjugales sont estimées à 1 personne victime toutes les 2 minutes et 1 femme victime toutes les 3 minutes en France. Enfin, concernant les homicides au sein des couples, on estime qu'une femme est victime d'un homicide tous les 2 jours et demi en France.

La violence est un véritable problème de santé publique mondiale comme le retrace ces différentes dates historiques :

- En 1996, la 49^{ème} Assemblée Mondiale de la santé avait alerté les états à travers l'adoption de la résolution WHA49.25 (11). Elle déclarait que la violence était un problème de santé publique majeur et croissant dans le monde entier et attirait l'attention sur les conséquences sérieuses de la violence.

- En 2000, une première enquête nationale relative aux violences envers les femmes en France (enquête Enveff) (12) est conduite sur des bases scientifiques.

- En 2002, l'OMS publie le Rapport mondial sur la Violence et la Santé (13) qui met en lumière la connaissance des causes et des conséquences de la violence, notamment celle faite aux femmes.

- De septembre à novembre 2019, s'est tenu le Grenelle contre les violences conjugales (14).

- Le 2 octobre 2019, la HAS publie les premières recommandations officielles à destination des professionnels de santé concernant le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (15) : « Comment repérer-évaluer » et « Comment agir », renforçant l'intégration du

repérage des violences conjugales comme compétence nécessaire à l'exercice de la médecine générale.

- En 2020, la crise sanitaire liée au coronavirus remet un coup de projecteur médiatique sur les violences conjugales dont les signalements explosent (+40% lors du premier confinement et + 60% lors du deuxième confinement par rapport à la moyenne d'après Marlène Schiappa (alors Ministre déléguée auprès du ministre de l'Intérieur, chargée de la Citoyenneté).

De nombreuses études ont analysé la contraception ou encore la violence séparément. D'autres ont tenté d'établir un lien entre violence et contraception mais sans prendre en compte l'ensemble des violences ou bien l'ensemble des méthodes contraceptives.

On peut supposer que la violence peut avoir un impact négatif sur la liberté de choix et d'utilisation d'une contraception. L'hypothèse de départ sera donc la suivante : des antécédents de violence influencent négativement l'utilisation de la contraception en général. Dans cette revue de la littérature il a été décidé arbitrairement de ne pas s'intéresser à la contraception d'urgence.

Dans cette revue de la littérature notre objectif d'étude sera de déterminer les impacts des violences sur la contraception pour permettre par la suite de trouver des pistes permettant d'améliorer la santé des individus.

II- PRÉLIMINAIRES

1. Définitions

Concernant la violence, elle est omniprésente au quotidien en France comme dans le reste du monde. Cependant, définir la violence est une tâche complexe. L'une des raisons pour lesquelles la violence a longtemps été quasiment oubliée en tant que problème de santé publique est l'absence de définition claire. En effet, la violence est quelque chose d'extrêmement diffus et complexe. Pour la définir, il faut faire appel, non pas à une science exacte, mais à la capacité de jugement et c'est ce qu'a réussi à faire l'OMS en 2002 (13). Ainsi, elle définit la violence comme : « **l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.** » .

Selon le rapport de l'OMS publié en 2002 (13), il existe plusieurs types de violence et également plusieurs natures de violence (Fig.1) : physiques, sexuelles, psychologiques et enfin privations ou négligence.

Dans le cadre de cette thèse nous nous concentrerons uniquement sur les violences interpersonnelles et plus particulièrement celles concernant l'enfant ou le partenaire mais nous explorerons toutes les natures de violence.

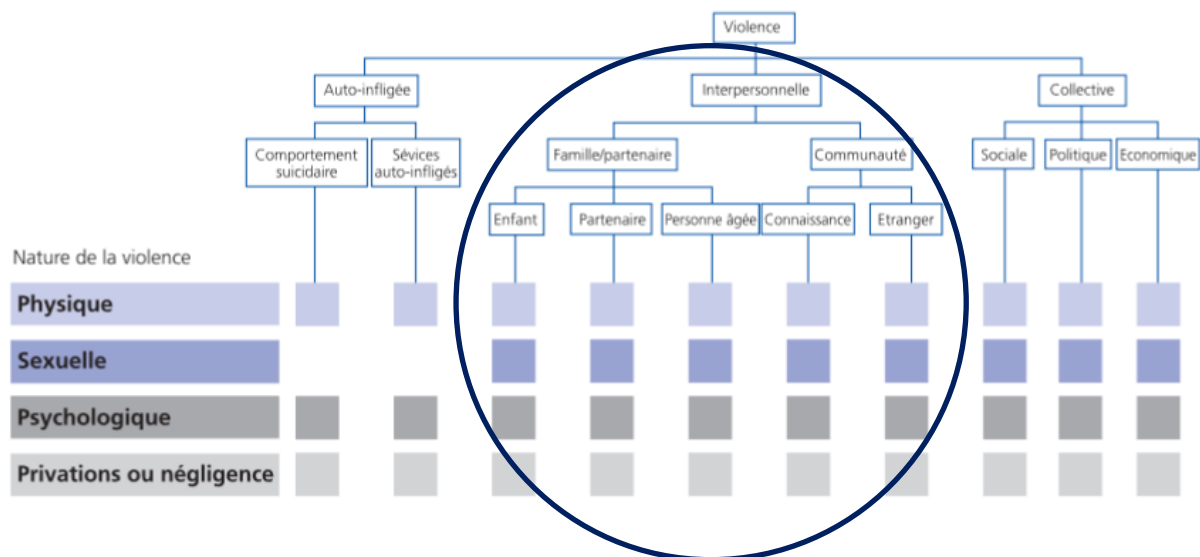


Figure 1 : Typologie de la violence

1.1 Les violences physiques

Selon le Code Pénal (16), une violence physique désigne l'acte par lequel une personne porte volontairement atteinte à l'intégrité physique d'une autre personne. Les violences physiques subies par les victimes sont diverses : d'une part les violences avec contact - comme les coups (à l'origine de fractures et de traumatismes), les gifles, les étranglements, les empoignades, les brûlures, les bousculades, les morsures, les coupures, les lacérations, les séquestrations, les contentions, etc. – d'autre part les actes dégradants ou particulièrement intimidants tels que les crachats, les privations, les dégradations d'objets ou de biens personnels ou encore les menaces exercées avec une arme ou un objet dangereux utilisé comme arme. Ces situations ne sont évidemment pas exclusives les unes des autres. Elles peuvent entraîner de graves blessures avec séquelles, voire le décès.

La violence physique est punie par la loi en tant qu'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la personne (Art.222-13 du Code Pénal). Qualifiée de délit quand l'Incapacité Totale de Travail (ITT) est supérieure à 8 jours, elles sont alors punies jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende. Dans le cas d'un délit spécifique de violence commise par le conjoint ou ex-conjoint, ou d'un délit spécifique de violences physiques sur personnes vulnérables (liée à l'âge, à la maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, ou à un état de grossesse) elle peut être punie jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

1.2 Les violences sexuelles

Défini par l'OMS (13) comme : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation intime avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. »

La violence sexuelle comprend notamment, mais pas seulement : les avances sexuelles importunes ou le harcèlement sexuel (à l'école, au travail, etc.), les attouchements sexuels, le viol conjugal ou commis par un petit ami ; le viol commis par des inconnus ou des connaissances ; le viol systématique ; l'esclavage sexuel et d'autres formes de violence particulièrement répandues lors des conflits armés (par ex. la grossesse forcée) ; la violence sexuelle à l'encontre des personnes handicapées physiques ou mentales ; le viol et les sévices sexuels infligés aux enfants ; les formes dites « coutumières » de violence sexuelle, telles que le mariage ou la cohabitation forcés ou la coutume de l'héritage de l'épouse.

Les différents « degrés » de violences sexuelles contre les femmes :

- **L'agissement sexiste** définit dans le code du travail (*article L1142-2-1*) (17) et dans l'article 6 bis de la loi de 1983 (18) comme : « Tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant ».

- **L'outrage sexiste** définit dans le code pénal (*article 621-1*) (19) comme : « Le fait d'imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créé à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ».

- **L'injure publique sexiste** définit dans *l'article 33 de la loi de 1881* sur la liberté de la presse (20) comme : « Une injure est une parole, un écrit, une expression quelconque de la pensée adressés à une personne dans l'intention de la blesser ou de l'offenser. » Publique signifie : par voie de presse, sur les réseaux sociaux ou face à un public ne partageant pas une communauté d'intérêt.

- **Le harcèlement sexuel** définit dans plusieurs textes (*article L1153-1 du code du travail* (21), *article 222-33 du code pénal* (22)) comme : « Des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » ; de plus « Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

- **Les violences habituelles** sont définies en droit pénal comme « des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne ». *Les articles 222-11, -12, -13 du code pénal* (23) en précisent les sanctions « les violences commises sur le conjoint sont punies de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Elles sont punies de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ».

- **L'agression sexuelle** est définit dans *l'article 222-22 du code pénal* comme suit : « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Ainsi, tous les actes à connotation sexuelle qui n'entraîneraient pas de pénétration (caresse sur le sexe, les fesses, la poitrine, utilisation de la langue, etc.) peuvent être qualifiés d'agressions sexuelles, sous réserve que l'acte soit non désiré. Elles constituent des délits et la peine maximale encourue est de 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

- **Le viol** est définit dans *l'article 222-23 du code pénal* (24) comme : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » C'est un crime et la peine encourue peut aller jusqu'à 20 ans d'emprisonnement.

1.3 Les violences psychologiques

Alors qu'elles sont beaucoup plus fréquentes que les violences physiques et sexuelles, les violences psychologiques restent moins visibles. Pourtant leurs répercussions sont tout aussi importantes. Elles sont pourtant rarement dissociables de celles-ci et en sont le plus souvent leur préalable.

Comme le rappelle l'association Mémoire Traumatique et Victimologie (25), « les violences psychologiques sont une arme très efficace pour soumettre, dominer, asservir et elles ont pour but d'imposer une domination pour avoir l'autre à disposition et pour l'instrumentaliser à loisir, lui faire jouer tous les rôles. La domination passe par le rapport de force, par la manipulation, par l'intimidation, par la menace, par la terreur qui peut être obtenue par un simple regard de « tueur » ou de « fou », mais aussi par la sidération obtenue par des comportements hors normes, incompréhensibles, incohérents. Elles sont une véritable entreprise de démolition identitaire utilisée pour conditionner les victimes de façon qu'elles se ressentent comme inférieures, incapables, incompetentes, inintelligentes, coupables, n'ayant aucune valeur, réduites à une chose, pensant n'avoir aucun droit.

Elles ont pour but de créer chez la victime :

- un climat d'insécurité physique et émotionnelle, voire de terreur, par des conflits à tout propos, des intimidations, des menaces, des chantages affectifs, des sous-entendus perpétuels, une agressivité et une hostilité permanente, des colères soudaines, une intolérance à la moindre contrariété ou opposition, des attitudes dures, cruelles, une indifférence affichée, un non-respect de la vie familiale, de ses règles, des horaires, du partage des tâches et des charges financières.
- un climat de contrainte, de contrôle et d'isolement, par une surveillance continue (des sorties, des dépenses, des fréquentations, de l'habillement, etc.), par l'imposition de règles de vie contraignantes, avec harcèlement, non-respect de l'intimité et séquestrations.
- un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'humiliation par des disqualifications et des dénigrements répétés, des critiques incessantes et des paroles blessantes sur le physique, l'expression verbale, les capacités intellectuelles, le travail, les tâches domestiques, l'éducation des enfants, le comportement amoureux et sexuel.
- un climat de culpabilisation et un sentiment d'incompétence, par des plaintes et des critiques, des exigences irréalistes, des attitudes de rejet et de frustration, de jalousie, organisant la sensation d'être continuellement en faute.
- un sentiment de confusion et de doute, par des attitudes et des messages incohérents, des mensonges, des manipulations, des interprétations concernant tous les faits et gestes, des procès d'intention, des mises en scène, et par une non-reconnaissance, une négation et un mépris des besoins fondamentaux, des émotions, des sentiments et de la souffrance, entraînant chez la victime une incapacité à avoir confiance en ses jugements, ses réactions et ses désirs.

Nommé comme du harcèlement moral dans *l'article 222-33-2 du code pénal* (26), la violence psychologique est définie comme le « fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel ». Le fait que l'acte soit commis sur un conjoint est une circonstance aggravante. Le Code pénal définit la conjugalité comme : « le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ». La circonstance aggravante est également constituée lorsqu'il s'agit d'une ancienne relation « dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime ». (*art. 132-80*). Le harcèlement moral est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Il en est de même pour les violences psychologiques au sein du couple depuis le 24 juin 2010 punissable d'une peine maximale de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, définies comme « des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale ».

1.4 La coercition

La coercition peut se définir comme l'action de contraindre quelqu'un, pour le forcer à agir ou à s'en abstenir. Elle peut être perpétrée par un partenaire ou encore par des membres de sa famille ou de sa belle-famille (beaux-parents). Ici, nous nous intéresserons plus particulièrement à 2 types de coercition :

La coercition reproductive qui est liée à un comportement qui interfère avec l'utilisation de la contraception et la grossesse. Elle inclut 3 formes :

- Le sabotage contraceptif : c'est une manipulation active avec les méthodes contraceptives d'un partenaire pour tenter de favoriser la grossesse. Par exemple, cela inclus la dissimulation, la rétention ou la destruction des contraceptifs d'un partenaire féminin ou la destruction de contraceptifs masculins (exemple : casser ou percer des trous dans un préservatif ou encore faire exprès de retirer un préservatif pendant un rapport sexuel).
- Les moyens de pression en vue d'une grossesse consistent en des comportements oppressifs en vue d'une grossesse non désirée par le partenaire. Par exemple, des menaces verbales de blessures physiques si le partenaire n'accepte pas d'avoir une grossesse ou encore l'accusation d'une femme d'infidélité si elle souhaite utiliser un préservatif.
- Enfin la pression sur la grossesse inclut des menaces ou actes de violence si un partenaire ne respecte pas les vœux de l'auteur concernant la décision de poursuivre une grossesse non désirée ou bien de mettre fin à une grossesse désirée (c'est-à-dire imposer un avortement).

La coercition sexuelle comprend une gamme de comportements qu'un partenaire peut utiliser en rapport avec la prise de décision sexuelle pour faire pression ou contraindre une personne à avoir des relations sexuelles sans utiliser la force physique. Par exemple, cela inclus une pression répétée d'un partenaire à avoir des relations sexuelles, menaçant de mettre fin à une relation si la personne n'a pas de relations sexuelles, mais également d'avoir des rapports sans préservatif (exposant intentionnellement le partenaire aux IST), ou bien encore des menaces de représailles en cas de notification d'un résultat positif à un test d'IST. Cela engendre ainsi un risque de grossesse non désirée.

Une réalité difficile à accepter par les victimes : la contrainte reproductive peut ne pas toujours être définie comme telle par les femmes qui la subissent. De multiples facteurs, tels que les différences d'âge, la dynamique du pouvoir, la violence concomitante dans la relation et les sentiments amoureux peuvent empêcher une femme de qualifier les comportements décrits ci-dessus de coercitifs. Les femmes peuvent réagir aux comportements coercitifs de diverses manières : elles peuvent capituler devant la pression, rechercher une contraception qui n'est pas détectable par un partenaire ou mettre fin à la relation.

1.5 Les violences interpersonnelles

1.5.1 La violence entre partenaires ou violences conjugales

Par ailleurs, l'OMS définit la violence entre partenaires intimes (27) comme « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation ».

La Haute autorité de santé (HAS) (28) a défini la violence au sein du couple comme « un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple, un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs ». La HAS précise les actes de domination en affirmant qu'il peut s'agir d'actes économiques, administratifs ou d'isolement social et que ceux-ci sont souvent associés.

Les violences exercées par le partenaire intime sont à distinguer des conflits conjugaux dans lesquels le positionnement est égalitaire dans les interactions et où les deux points de vue s'opposent. La violence conjugale survient dans un contexte de rapport de force asymétrique (dominant/dominé), avec la volonté de contrôler le partenaire et de le maintenir sous emprise. La violence s'aggrave et s'accélère avec le temps, d'où l'intérêt et l'importance d'un repérage précoce.

La violence entre partenaire est universelle et touche toutes la catégories sociales, pays, cultures sans exception. Même si les femmes peuvent faire part de violence à l'égard de leur conjoint, ou qu'il puisse exister des violences entre partenaire du même sexe, l'essentiel de ces violences est subi par des femmes victimes d'un partenaire masculin.

Ses causes

La HAS (15) a proposé en 2020 une liste non exhaustive de facteurs précipitant les risques de violence (Tableau 1) :

Facteurs associés à la probabilité qu'une femme soit victime de violence	Facteurs associés à la probabilité qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
• Le jeune âge • Un faible niveau d'instruction • Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance • Maltraitance pendant l'enfance • L'acceptation de la violence • La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale • Les handicaps, les maladies de longue durée • Les problèmes de santé mentale • La dépendance financière • Une conduite addictive (alcool, drogues)	• Le jeune âge • Un faible niveau d'instruction • Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance • L'abus de drogues et d'alcool • Des troubles de la personnalité • La banalisation de la violence (par exemple, considérer qu'il est acceptable qu'un homme frappe sa partenaire)	• Insatisfaction dans le couple • Contexte de séparation conflictuelle • Domination masculine dans la famille • Stress économique, précarité • Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique • Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin • Différence d'âge importante dans le couple • Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal

Tableau 1 : Principaux facteurs associés aux actes de violence

De plus, le rapport mondial sur la violence et la santé publié en 2002 par l'OMS (13) apporte également des éléments sur les facteurs de risque de violence entre partenaires intimes. Il précise les facteurs de risque qu'un homme agresse physiquement sa partenaire : les antécédents de violence dans la famille du partenaire masculin (en particulier, avoir vu sa mère battue) et l'alcoolisme du partenaire masculin sont prédominants dans de nombreuses études. Au niveau interpersonnel, les marqueurs les plus cohérents qui se dégagent de la violence envers le partenaire sont les conflits ou la mésentente et la modicité des revenus. On ne sait pas encore vraiment pourquoi la modicité des revenus accroît le risque de violence. Peut-être est-ce parce qu'elle suscite facilement les désaccords entre époux ou bien empêche la femme de se soustraire à une relation violente ou insatisfaisante ; ce peut être aussi le résultat d'autres facteurs concomitants de la pauvreté, comme le surpeuplement ou l'absence d'espoir. Les femmes sont particulièrement vulnérables à la violence infligée par leur partenaire dans les sociétés où il y a de très nettes inégalités entre hommes et femmes, où les rôles sexo spécifiques sont très strictement définis, où, en vertu des normes culturelles, un homme a le droit d'avoir des relations sexuelles quel que soit l'état d'esprit de la femme et, enfin, où les sanctions contre ce genre de comportement sont minimales. A cause de tous ces facteurs, il est difficile, voire dangereux pour une femme de se soustraire à une relation violente. Mais, même dans ce cas, sa sécurité n'est pas garantie – la violence peut parfois perdurer et même croître, une fois que la femme a quitté son partenaire.

Enfin, le fait d'avoir été rejeté ou délaissé ou d'avoir subi pendant l'enfance des mauvais traitements infligés par les parents est un facteur de risque accru de comportement agressif ou antisocial à l'âge adulte. Les enfants sont plus exposés au risque de sévices dans les familles où les adultes sont violents les uns envers les autres. Il semble d'une façon générale que les facteurs de la petite enfance se retrouvent dans presque toutes les formes de violence interpersonnelle.

De plus l'OMS (15) a proposé une liste de situations cliniques associées à des risques de violences (Tableau 2) :

Exemples de situations cliniques associées à la violence entre partenaires intimes d'après l'OMS, 2013 (81)	
• Symptômes de dépression, d'anxiété, de trouble de stress post-traumatique, de troubles du sommeil ; • Conduites suicidaires ou autodestructrices ; • Consommation d'alcool et d'autres drogues ; • Symptômes gastro-intestinaux chroniques inexpliqués ; • Symptômes gynécologiques inexpliqués, et notamment douleurs pelviennes et troubles sexuels ; • Complications obstétriques, et notamment grossesses non planifiées à répétition et/ou fausses couches, recours tardif aux soins prénataux, complications lors de la naissance • Symptômes génito-urinaires inexpliqués, et notamment infections urinaires à répétition ou infection des reins • Saignements vaginaux répétés et infections sexuellement transmissibles • Douleurs chroniques (inexpliquées) • Blessures traumatiques, en particulier si répétées et justifiées par des explications vagues ou peu plausibles • Problèmes liés au système nerveux central (céphalées, problèmes cognitifs, perte auditive) ; • Consultations de santé répétées sans diagnostic clair ; • Ingérence du partenaire ou de l'époux pendant les consultations.	

Tableau 2 : Exemples de situations cliniques associées à la violence entre partenaires intimes, OMS 2013

Ses conséquences

Selon l'OMS, la violence d'un partenaire intime et la violence sexuelle entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive pour les femmes. Elles affectent aussi leurs enfants et entraînent des coûts sociaux et économiques élevés pour les femmes, leur famille et la société. Chez les femmes victimes de violences conjugales, on observe une persistance des conséquences sur la santé, même lorsque la violence prend fin. À l'échelle mondiale, chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, la violence conjugale arrive au troisième rang des facteurs de risque réduisant l'espérance de vie (mesurée en années de vie ajustées en fonction de l'incapacité).

La HAS (15) a également listé les conséquences des violences entre partenaire .

- Conséquences sur la santé des victimes selon la HAS :

- **des traumatismes physiques aigus ou immédiats** : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures, sont les principales lésions retrouvées. Dans la majorité des cas, les lésions sont dues à des coups donnés à main nue, mais toutes sortes d'objets peuvent être utilisés. L'emploi d'armes est plus rare. Les lésions siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités, mais peuvent être dissimulées par les vêtements. Les traumatismes dentaires, maxillo-faciaux, ophtalmiques et otologiques sont assez fréquents. Dans le pire des scénarios, l'homicide est la conséquence ultime des traumatismes physiques.

- **des conséquences gynécologiques** : des lésions traumatiques périnéales lors de rapports accompagnés de violences ; des infections génitales et urinaires à répétition ; des maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le VIH ; des douleurs pelviennes chroniques inexpliquées ; des troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie ; des troubles des règles : dysovulation avec irrégularités menstruelles, dysménorrhées.

- **des conséquences obstétriques** : des grossesses non désirées (également retrouvées dans l'étude (29) où la coercition reproductive augmentait le risque de grossesse non désirée mais à condition d'être associé à de la VPI ; également dans l'étude (30) et dans l'étude (31)); des avortements provoqués. La littérature a également décrit d'autres conséquences obstétriques : des risques d'hémorragie pendant la grossesse (Watson et Taft, 2013); un risque de fausse couche (Johri et al., 2011; Stöckl, Filippi, Watts et Mbwambo, 2012) ; des naissances prématurées (Bullock 1989; Valdez-Santiago et Sanin Aguirre 1996; Cokkinides et. Al. 1999; Fernandez et Krueger 1999; Murphy et al. 2001; Campbell et al. 2004 ;Sanchez et al., 2013) ; des faibles poids de gestationnel et faible poids de naissance (Jejeebhoy 1998 et OMS en 2013 ; Koen et al., 2014) ; des risques élevés de mortalité périnatale et de la petite enfance (Jejeebhoy 1998 ; Han & Stewart, 2014) et des intervalles courts entre les grossesses (Stewart et Cecutti 1993; Gazmararian et al.1995).

- des conséquences psychologiques :

- des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation » et perte de l'estime de soi, état d'anxiété, de panique ou manifestations phobiques et réponses normales à une situation permanente de terreur. Les violences et plus particulièrement les violences sexuelles sont souvent à l'origine d'un état de stress post-traumatique (TSPT) (avec reviviscences, symptômes d'évitements, hyperactivité neurovégétative) lui-même source d'une grande souffrance souvent à l'origine d'un syndrome dépressif, d'idées suicidaires, de conduites addictives, d'un stress intense provoquant une anesthésie psychique et physique et des troubles de la mémoire pouvant aller jusqu'à un syndrome d'amnésie traumatique.
- des troubles psychosomatiques : troubles digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les mains, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer.
- des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veilles ou réveils nocturnes, cauchemars.
- des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie.
- des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire.
- des troubles de l'humeur : dépression caractérisée par une perte d'estime de soi, une prudence exacerbée, un repli sur soi, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des idées et/ou tentatives de suicide. Un risque plus élevé de dépression post-partum a aussi été rapporté dans des études récentes.
- des abus de substances psychoactives sont fréquemment retrouvés : consommation chronique et abusive de tabac, alcool, drogues psychoactives, médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques.

- Conséquences sociales et professionnelles :

En 2017, à partir de l'analyse des appels traités pour violences conjugales par le «3919» (32), 47% des victimes ont dénoncé des conséquences sociales, économiques et administratives des violences conjugales. Elles se traduisent principalement par : honte et sentiment de culpabilité (80%) ; isolement des victimes par l'agresseur (63%) ; situation économique précaire signalée par un surendettement, un licenciement, un abandon du travail, de la scolarité ou d'une formation et une dépendance financière, une mise sous tutelle (8%) ; instabilité résidentielle ; absence d'emploi (49% des victimes contre 70% des auteurs de violences) ; peur d'évoquer les violences au travail par peur de perdre son emploi ; retards, absentéisme, baisse de productivité voire la perte d'emploi. À long terme, ces situations

pourraient conduire à des histoires professionnelles instables, du sous-emploi, des apports financiers réduits qui à leurs tours engendrent de l'insécurité financière qui elle-même est un frein à la rupture de la relation avec un conjoint violent.

- Conséquences économiques :

Il est difficile à ce jour de pouvoir calculer précisément le poids économique mondial des violences interpersonnelles. Cependant, quelques études ont rapporté des données :

- d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (33) dans son rapport sur « violences et santé en France : état des lieux », rien qu'en France en 2006, on évaluait le coût annuel des violences conjugales à près de 2,5 milliards, soit un peu moins de 40 euros par an et par habitant.

- le programme européen Daphné II (34) a quant à lui estimé le coût des violences conjugales dans l'Union Européenne à 16 Milliards d'euros pour l'année 2006, soit quasiment 1 million d'euros toutes les demi-heures.

- dans une étude française réalisée en 2012 (35), le coût annuel des violences en France au sein du couple et de leurs conséquences sur les enfants a été estimé à 3,6 milliards d'euros, dont 21,5% de coûts directs (médicaux ou non), 66,8% de coûts indirects et 11,7% de coûts pesant sur les enfants.

Pour calculer le fardeau que représente la violence pour l'économie, il faut prendre en compte toute une série de facteurs en plus des coûts directs des soins et de la justice pénale. Les coûts indirects peuvent notamment concerner : la mise à disposition d'un logement ou le placement dans un endroit sûr ou un établissement de soins de longues durées ; la perte de productivité due au décès prématuré, à un traumatisme, à l'absentéisme, à une incapacité de longue durée ou au potentiel gaspillé ; la dégradation de la qualité de la vie et la moindre capacité à se prendre en charge et s'occuper des autres ; les dégâts causés aux biens et infrastructures publics, d'où une désorganisation de services comme les soins de santé, les transports ou la distribution alimentaire ; la désorganisation de la vie quotidienne en raison de craintes pour la sécurité personnelle ; les effets dissuasifs du point de vue des investissements et du tourisme, qui freinent le développement économique. Il est rare que les coûts de la violence soient équitablement répartis. Ceux qui peuvent le moins se protéger contre les difficultés économiques sont également ceux qui sont les plus touchés.

- Conséquences sur les enfants :

- des troubles psychologiques à court et à long terme : troubles du sommeil, de l'alimentation, anxiété, angoisse, dépression, syndrome post-traumatique.
- le manque de soins ou le traumatisme engendré par les violences peut être à l'origine de troubles somatiques : troubles sphinctériens, retards staturo-pondéraux, troubles de l'audition, du langage, infections respiratoires à répétition.
- des troubles du comportement et de la conduite sont aussi décrits : agressivité, violence, fugue, délinquance, désintérêt ou surinvestissement scolaire, idées et tentatives de suicide, toxicomanie. L'adoption de comportements à risque pendant l'adolescence ou à l'âge adulte sont aussi décrits.
- des troubles du développement et de la construction de l'enfant sur les plans physique, psychoaffectif, comportemental ou encore de l'apprentissage.
- des troubles de la perception de la loi et du rapport masculin/féminin.
- des troubles de la relation avec l'autre : certains de ces enfants reproduisent les violences vécues à la maison du fait du psychotraumatisme, de l'apprentissage par imitation qui les conduit à adopter une résolution des conflits par la violence et à avoir une faible tolérance à la frustration. Certains enfants peuvent perpétuer le rôle d'agresseur et d'autres celui de la victime.

Selon la Convention du Conseil de l'Europe du 7 avril 2011 et signée par la France (36) sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique : « les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille ». En France, l'exposition des enfants à la violence conjugale est donc considérée comme un risque ou un danger relevant du champ de la protection de l'enfance, dans ses dimensions de prévention et protection.

La législation a évolué ces dernières années afin d'améliorer la protection des enfants dans le cadre de violences conjugales :

- La loi du 4 août 2014 crée deux nouveaux articles (221-5-5 et 222-48-2 du *Code de procédure pénale*) (37) qui obligent la juridiction de jugement à se prononcer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale, en application des articles 378 et 379-1 du Code civil, lorsqu'elle condamne pour un crime ou un délit d'atteinte volontaire à la vie, d'atteinte volontaire à l'intégrité de la personne, de viol et d'agression sexuelle ou de harcèlement, commis par le père ou la mère sur la personne de son enfant ou de l'autre parent.
- La loi du 14 mars 2016 (38) modifiant l'article 378-1 du Code civil prévoit que les parents peuvent se voir retirer totalement l'autorité parentale, en dehors de toute condamnation pénale, notamment lorsque l'enfant est témoin de pressions ou de violences à caractère physique ou psychologique, exercées par l'un des parents sur la personne de l'autre, mettant manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant.

1.5.2 Les violences sur mineurs

Selon les recommandations de la HAS dans le document intitulé « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » modifié en 2017 (39), un enfant maltraité est « un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». Sont considérées comme violences psychologiques graves « l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter ». Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs de ces formes de mauvais traitements.

L'OMS (13) propose les définitions ci-jointes :

La violence physique est définie comme un ou des actes commis par un tuteur qui entraînent des dommages corporels ou risquent d'en entraîner.

La violence sexuelle, quant à elle, est définie comme un ou des actes commis par un tuteur sur la personne d'un enfant pour en retirer un plaisir sexuel.

La violence psychologique correspond au fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif, et de commettre des actes qui nuisent à la santé et au développement affectifs de l'enfant. Ces actes peuvent être de limiter les mouvements de l'enfant, le dénigrement, le fait de ridiculiser, les menaces, l'intimidation, la discrimination, le rejet...

La négligence ou privation ou défaut de soins renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant (s'il est en position de le faire) dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue des situations de pauvreté car elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables.

Ces violences intègrent depuis peu les violences éducatives ordinaires, interdites par la loi n° 2019-721 du 10 juillet 2019 (40). Il s'agit des violences physiques, verbales ou bien psychologiques qui sont utilisées, tolérées et parfois même recommandées contre les enfants pour corriger un comportement que l'adulte juge inapproprié. Ces différentes formes de violences dites « éducatives » sont utilisées par de nombreux parents qui ne se rendent pas compte des impacts de ces violences et qui les prennent pour des mesures éducatives appropriées et normales.

Ses causes (39)

Des facteurs de risques liés à l'enfant :

- le jeune âge de l'enfant : le très jeune enfant est tout particulièrement vulnérable aux violences physiques. En France, le taux d'homicide le plus élevé est observé chez les enfants de moins de 1 an ; dans l'enquête de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur les infanticides, plus de la moitié des victimes de mort violente avaient moins de 4 mois.
- la répartition par sexe varie notamment en fonction du type de mauvais traitement. Les filles sont majoritaires lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. En revanche, au niveau des données de mortalité, il y a une prédominance du sexe masculin ; et dans l'enquête de l'Inserm sur les infanticides, 77% des bébés secoués étaient des garçons.
- la prématurité.
- les troubles du comportement et de la conduite et le handicap en particulier intellectuel.

Des facteurs de risque lié à un mauvais attachement mère-enfant :

- la prématurité.
- les hospitalisations néo-natales.
- la dépression du post-partum.

Des facteurs de risques liés aux parents :

- le très jeune âge de la mère (incriminé notamment aux Etats-Unis mais avec peu d'impact en France).
- certaines caractéristiques, identifiées de longue date chez les parents maltraitants, telles que : les carences affectives, l'immaturité, la dépression, l'intolérance, le sentiment d'être inapproprié.
- les antécédents personnels de violence subie dans la propre enfance des parents (appelé aussi transmission intergénérationnelle de la violence). Dans l'étude de l'Inserm, en considérant les pères et les mères qui avaient fait l'objet d'une expertise psychiatrique, celle-ci a révélé une pauvreté des affects, une immaturité, une impulsivité et/ou une intolérance à la frustration. Il a aussi été montré que la moitié des auteurs de syndrome du bébé secoué ou d'homicides volontaires ayant ce type de personnalité avaient des antécédents de mauvais traitements dans leur enfance.
- l'isolement social : pour les cas de l'étude de l'Inserm, l'isolement de la mère, social et surtout moral semble jouer un rôle majeur dans le processus qui a conduit à l'infanticide.

- le niveau socio-économique des parents (bien que sujet à discussion et non retrouvé comme facteur de risque du syndrome du bébé secoué où toutes les classes sociales sont concernées).

- l'OMS en 2002 rapporte également d'autres facteurs de risques liés aux violences : les logements surpeuplés, les milieux familiaux instables, la mauvaise estime d'eux-mêmes, les problèmes de santé mentale, les comportements anti-sociaux, le fait d'avoir des attentes irréalistes sur le développement de l'enfant, la mauvaise maîtrise des impulsions, le stress. De plus, le rapport de l'OMS précise que le sexe du parent serait en rapport avec certains types de violences : les femmes déclarent infliger plus de châtiments corporels à leurs enfants que les hommes (sans doute parce que ce sont elles aussi qui passent avec eux le plus de temps). Toutefois, lorsque les actes de violence physique entraînent un traumatisme grave, voire la mort, ce sont le plus souvent des hommes qui en sont les auteurs. La probabilité est également beaucoup plus grande que des hommes soient les auteurs de sévices sexuels.

- Une étude (41) publiée par Stock et al en 1997 a retrouvé des facteurs de risques supplémentaires pour les abus sexuels dans l'enfance : les jeunes femmes qui avaient subi ces abus étaient plus susceptibles d'avoir vécu au moins un changement de parents avant l'âge de 15 ans ($p < 0,01$), étaient plus susceptibles d'avoir été élevées dans une famille avec un beau-parent ($p < 0,001$), étaient plus susceptibles d'avoir été exposés à des niveaux élevés de conflit parental ($p < 0,05$), étaient plus susceptibles de déclarer des punitions physiques fréquentes ou sévères pendant l'enfance ($p < 0,001$), étaient plus susceptibles de signaler un faible attachement parental ($p < 0,001$), une surprotection maternelle ($p < 0,001$), une faible protection maternelle en matière de soins ($p < 0,001$) et enfin étaient également plus susceptibles d'avoir des parents qui utilisaient des drogues illicites ($p < 0,01$) ou de l'alcool ($p < 0,05$).

Ses conséquences (39)

A noter que les résultats suivants ont été rapportés mais dans des études comportant de nombreux biais, les résultats sont donc à prendre avec précaution :

- **des conséquences somatiques parfois graves** : notamment des traumatismes crânio-cérébraux, au premier rang desquels ceux causés par le syndrome du bébé secoué, peuvent entraver le déroulement de la scolarité et le processus de socialisation normale. La responsabilité en incombe à des lésions responsables de retards mentaux parfois massifs, de crises d'épilepsie, séquelles d'hématomes cérébraux, et/ou de troubles visuels graves, faisant suite à des hémorragies rétinienne et pouvant aller jusqu'à la cécité complète.
- **des conséquences sociales (42)** : des niveaux plus élevés d'absentéisme scolaire, moins d'implication dans les activités parascolaires, moins de considération dans les notes scolaires, pensées plus fréquentes d'abandon de l'école.
- **des comportements sexuels à risques** avec risques de maladies sexuellement transmissibles et risque de grossesses précoces. Un certain nombre de facteurs pourraient contribuer à lier les grossesses chez les adolescentes et aux abus sexuels antérieurs. C'est ce qu'a tenté d'expliquer un article publié en 1995 (43) : tout d'abord, il explique que le premier facteur serait une dynamique familiale dysfonctionnelle et chaotique qui enseigne aux enfants à fonder leur estime de soi sur leur sexualité ce qui peut favoriser l'initiation précoce de rapports sexuels volontaires, la promiscuité et l'utilisation contraceptive inefficace. Ensuite, l'article rapporte des séquelles émotionnelles courantes chez les enfants victimes d'abus sexuels avec par exemple une réponse sensorielle-perceptive en sourdine, une diminution de l'estime de soi, une dépression, une incapacité à faire confiance et à fonctionner dans des relations intimes, une incapacité à distinguer le sentiment et l'action, des dysfonctionnements cognitifs et moteurs, des troubles linguistiques, des troubles de la parole et de l'audition et enfin des déficits en compétences personnelles et sociales. Ainsi, tous ces éléments peuvent favoriser des besoins psychologiques ou émotionnels (comme le désir d'une grossesse). De plus, croyant qu'ils n'ont aucun pouvoir sur ce qui se passe, ils peuvent devenir des acteurs passifs qui ne pensent pas pouvoir s'aider eux-mêmes, faire des choix ou prendre des mesures qui feront une différence (surtout pour prendre des décisions ou résoudre des problèmes). L'article explique ensuite que si les abus sexuels se poursuivent à l'adolescence, les victimes peuvent tomber enceinte à la suite de violences vécues de nouveau à cette période. Enfin, l'article suppose le fait que les adolescentes pourraient devenir enceinte pour tenter d'échapper à une situation de violence.
- **des conséquences psychiatriques** retrouvées dans des études de cohortes mais également dans des revues systématiques : attaques de paniques, troubles anxieux ou dépression (odds ratio doublé en cas de maltraitance sexuelle infantile et multiplié par 1,5 en cas de maltraitance physique), idées suicidaires et tentatives de suicides (particulièrement en cas de maltraitance sexuelle), conduites antisociales et délinquance, dépendance aux drogues, dépendance à l'alcool, mais aussi état de stress post-traumatique qui peut devenir extrême, c'est ce que l'on appelle le «Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified » (DESNOS).

Il s'agit d'un trouble survenant à l'âge adulte, se caractérisant, par un déficit chronique des capacités du sujet à intégrer des expériences et à réguler ses affects en raison de traumatismes répétés, notamment s'ils ont été vécus dans l'enfance. Le DESNOS implique donc une victimisation interpersonnelle et des événements traumatiques multiples ou sur une durée prolongée. Des troubles dans six domaines de fonctionnement sont requis : la victime doit présenter une altération de la régulation des émotions avec impulsivité marquée (auto-agressivité, idées suicidaires, prise de risque...), une perturbation de l'attention ou de la conscience pouvant entraîner des épisodes dissociatifs, une altération de la perception de soi avec sentiment permanent de honte ou de culpabilité, sentiment de vide, des relations interpersonnelles perturbées avec incapacité à faire confiance, une revictimisation, des symptômes de somatisation et des altérations cognitives avec perte d'espoir.

Pour tenter d'expliquer les liens qui unissent victimisation précoce et risque de revictimisation ultérieure, deux phénomènes ont été étudiés et décrits par le Dr Muriel Salmona en France à partir de 2009 (44) . Il s'agit de la dissociation traumatique et de la mémoire traumatique dans la suite d'un événement traumatique. Ces deux phénomènes peuvent se retrouver chez les adultes comme chez les enfants. Pour les comprendre, il faut partir du principe que les violences subies entraînent un état de stress dépassé, un véritable événement traumatique (similaire au DESNOS). L'événement traumatique est défini comme tel s'il s'agit, pour la victime, d'avoir été confrontée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes : en étant directement exposé, en étant un témoin direct, en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami, en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant. Au niveau neuro-biologique, cela entraîne la sécrétion massive d'hormones de stress tels que l'adrénaline ou le cortisol. Dans un premier temps, la victime éprouve ce que l'on appelle une détresse péritraumatique qui se définit comme le fait d'éprouver, au décours immédiat de l'événement, de façon intense, des émotions comme l'impuissance, le chagrin, la frustration, la colère, la culpabilité, la honte, l'horreur, ou l'impression de perdre son contrôle émotionnel, accompagnées d'un sentiment immédiat de menace vitale et de manifestations neurovégétatives (peur pour sa propre sécurité, inquiétude pour autrui, penser que l'on va mourir, relâchement des sphincters, tremblements, sudation, palpitations, impression de s'évanouir). Cette sécrétion d'hormones très importante peut entraîner un risque vital cardio-vasculaire et neurologique. Pour l'éviter, le cerveau met donc en place des mécanismes de sauvegarde via la sécrétion de substances : morphine ou kétamine like. Elles entraînent l'arrêt brutal de la sécrétion d'adrénaline et de cortisol mais aussi la disjonction des circuits émotionnels et de la mémoire avec deux conséquences majeures :

***La dissociation traumatique** : elle peut être définie comme la rupture de l'unité psychique, c'est-à-dire la désunion des fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception spatio-temporelle, à la suite d'un psychotraumatisme. Elle induit une anesthésie émotionnelle et physique. En période péritraumatique, les sujets vont éprouver des symptômes dissociatifs aigus reflétant une altération de la conscience (déconnexion de l'événement, confusion, désorientation, amnésie partielle ou totale de

l'événement) ou un vécu de déréalisation (sentiment d'irréalité, impression d'un écoulement du temps au ralenti, état oniroïde avec sentiment d'irréalité, sentiment d'être un spectateur détaché de l'action, sentiment de déformation de l'image de son corps). Ainsi la victime, privée de ses émotions est encore plus vulnérable.

***La mémoire traumatique** : sous l'effet de ces hormones, la mémoire de l'évènement traumatisant se trouve bloquée au niveau de l'amygdale au lieu d'être intégrée en mémoire autobiographique au niveau de l'hippocampe. Il s'agit d'une mémoire émotionnelle non intégrée et non consciente qui peut se réactiver à tout moment, faisant revivre à l'identique les événements. Ce blocage de la mémoire participe à l'impossibilité d'analyser et de faire le tri. La mémoire émotionnelle se charge de plus en plus au fil du temps, se déclenchant au moindre rappel de violence. Cette mémoire traumatique s'accompagne d'une grande souffrance psychique et physique. Pour s'en protéger, les victimes sont obligées de mettre en place des stratégies de survie : conduites d'évitement ou de contrôle (retrait, phobies...), conduites dissociantes pour à nouveau se déconnecter et s'anesthésier (addictions, mises en danger, retour vers l'agresseur...). Les expériences de mémoire traumatique, les conduites d'évitement et les symptômes dissociatifs vont avoir de graves répercussions sur la santé psychique, physique et la qualité de vie de la victime et peuvent être à l'origine de troubles de la personnalité, du comportement et des conduites. Les victimes présentant des états dissociés sont donc en grand danger de subir à nouveau des violences ou des situations à risque.

La littérature a également montré 2 trajectoires opposées dans les conséquences des traumatismes psychosexuels :

- la première est caractérisée par l'hypersexualité (*Browning & Laumann, 1997 (45) ; Finkelhor & Browne, 1986 (46) ; Friedrich, 1988 (47) ; Maltz & Holman, 1987 (48) ; Wyatt, 1990 (49)*) : c'est-à-dire par une activité sexuelle précoce et plus fréquente. On suppose que cette première caractéristique pourrait découler de la stigmatisation des abus sexuels, dans laquelle les étiquettes sexuelles négatives font partie du concept de soi, ce qui a un impact négatif sur le développement de l'intimité. Ainsi par la suite, les attachements romantiques peuvent être principalement basés sur le sexe, et il peut y avoir une incapacité à percevoir ces relations en termes non sexuels (par exemple, le soutien émotionnel). Le sexe est confondu avec l'intimité.

- d'autres preuves placent les victimes d'abus sexuels sur une trajectoire caractérisée par l'aversion sexuelle et le retrait social (*Downs, 1993 (50) ; Finkelhor et Browne, 1986 (46) ; B. A. Miller, Gondoli et Downs, 1987 (51)*). Les sentiments négatifs associés à l'abus sexuel sont généralisés à toute expérience sexuelle, entraînant un manque de désir ou de réactivité sexuelle et une insatisfaction à l'égard des relations sexuelles.

Des conséquences propres aux abus sexuels dans l'enfance et non décrites précédemment ont également été rapportées dans la littérature :

- risque quasiment multiplié par 3 d'être susceptible de tomber enceinte avant 18 ans (*Lodico et DiClemente, 1994 (52) ; G. E. Wyatt, 1986 (53) ; Boyer & Fine, 1992 (54) ; Gershenson, Musick, Ruch-Ross, Magee, Rubino et Rosenberg, 1989 (55) ; Stevens-Simon et Reichert, 1994 (43) ; Hibbard & Orr, 1985 (56) ; Rosenberg & Krugman, 1991 (57)*).

- risque multiplié par 3 de déclarer qu'elles essayaient de concevoir, d'exprimer des doutes quant à leur capacité de concevoir et d'être plus susceptibles de signaler qu'elles ont discuté de problèmes d'infertilité avec les prestataires de soins de santé ou des amis (43).

- augmentation du risque de sexualité précoce (*Cavaola & Schiff, 1988 (58) ; Luster & Small, 1994 (59) ; Mason et al. (60) ; Fergusson et al., 1997 (41) ; Noll et al., 2003 (41)*).

- augmentation de la probabilité de partenaires sexuels multiples (*Cunningham et al., 1994 (61) ; Krahe et al., 1999 (62) ; Meston et al., 1999 (63) ; (Coker, Smith, McKeown et King, 2000 (64) ; Howard et Wang, 2003 (64) ; Kreiter et al., 1999 (65) ; Valois, Oeltmann, Waller et Hussey, 1999 (66)*).

- fréquence plus élevée de relations sexuelles occasionnelles : c'est-à-dire des relations sexuelles en dehors d'une relation engagée (*Meston et al., 1999 (63)*).

- augmentation de la probabilité d'être sexuellement actif (*Briere & Runtz, 1988 (67) ; Burnam et al., 1988 (68) ; Fergusson, Horwood et Lynskey, 1996 (68) ; Mullen et al., 1993 (69) ; Rowan, Foy, Rodriguez et Ryan, 1994 (70) ; Sedney et Brooks, 1984 (71) ; Winfield, George, Swartz et Blazer, 1990 (72)*) (*Meston et al., 1999 (63)*).

- augmentation du risque d'hospitalisation psychiatrique (*Sansonnet-Hayden et al., 1987 (73)*).

- risque accru de revictimisation sexuelle à l'âge adulte (*Fromuth, 1986 (74) ; Gorcey, Santiago, Et McCall-Perez, 1986 (75)*), cependant des études ont retrouvé que les associations entre les abus sexuels dans l'enfance et les résultats sexuels ultérieurs découlent de facteurs tiers ou confondants qui sont associés à la fois à des risques accrus d'abus sexuels dans l'enfance et à des risques accrus de comportements sexuels inappropriés (*Cahill et al., 1991 (76) ; Plunket & Oates, 1990 (77)*).

- risque de viol à l'âge adulte 2 à 11 fois plus important, avec un risque accru de façon exponentielle avec la gravité de l'abus sexuel (*Fergusson, Horwood et Lynskey, 1997 (41) ; Wyatt, Gutherie et Notgrass, 1992 (78)*).

2. Société et violence

La violence est présente dans le monde entier entre partenaires au sein des ménages mais également dans les rues. En effet, de nombreux conflits armés influencent potentiellement la psychologie des citoyens d'un pays. Dans certaines situations de conflits, la violence sexuelle peut devenir «normalisée», augmentant ainsi les viols civils et les violences entre partenaires intimes (*Janko et al., 2014*). Même après la fin du conflit, le comportement appris de soldats et de civils peut continuer à perpétuer une « épidémie » de violence. Certaines femmes qui ont subi des traumatismes liés à la guerre continuent également à éprouver des symptômes psychologiques, ce qui augmente leur risque de violences entre partenaires intimes (VPI) (*Saile et al., 2013 (79)*).

La République Démocratique du Congo est un exemple de pays en guerre quasi permanente depuis 1996, malgré deux accords de paix. Il se caractérise par des taux élevés de VPI et de faibles taux de planification familiale, ce qui en fait un cadre unique pour étudier leur association. Une étude (*Peterman et al., 2011 (80)*) a rapporté qu'environ un tiers des femmes déclarent avoir eu des violences entre partenaires intimes, soit plus du double des taux signalés dans les pays voisins. La violence sexuelle, perpétrée à la fois par des militaires et des civils, a été une des caractéristiques du conflit : sur la base d'une enquête de 2007, il a été estimé qu'entre 1,7 et 1,8 million de femmes au niveau national avaient été violées. On estime qu'entre 3,3 et 5 millions de personnes en sont mortes entre 1998 et 2007 seulement (d'après le Comité international de sauvetage en 2007).

Dans certains pays, les valeurs traditionnelles peuvent influencer les violences entre partenaires intimes (81) . C'est le cas par exemple de l'Inde où les systèmes de valeurs traditionnelles indiens condamnent les relations sexuelles en dehors du mariage. Les attitudes culturelles en Inde incarnent également la notion selon laquelle les épouses doivent être respectueuses envers leur mari et doivent essayer d'obéir à leurs ordres ; cependant, l'utilisation de la force physique par les maris comme moyen de contrôler leurs femmes n'est pas aussi largement sanctionnée dans la culture. Par exemple, les résultats d'une récente enquête à grande échelle menée auprès d'hommes en Inde ont révélé que la majorité des hommes (environ les deux tiers) estimaient que les femmes devaient suivre les instructions de leur mari; cependant, seul une minorité d'hommes (environ un quart) ont estimé que battre physiquement sa femme était justifié si elle désobéissait à son mari. Cette normalité et/ou un sentiment inférieur de droit ou d'estime de soi peuvent agir comme un obstacle à accéder aux soins médicaux, même si idéalement des soins sont nécessaires.

C'est aussi l'exemple du Bangladesh, où une étude (82) a rapporté que bien souvent les hommes ont un droit de pouvoir sur leur femme et ont le droit de corriger le comportement féminin en utilisant des mesures de punition physique comme les coups.

Un autre exemple de valeurs traditionnelles était rapporté dans une étude qui décrivait la société au Népal (83) où les questions liées à la vie de famille, au mariage et les relations conjugales sont généralement dictées par des normes patriarcales et la disparité entre les sexes est omniprésente. La vie d'une femme est fortement influencée par son père et son

mari, comme en témoigne la pratique de la résidence patrilocale, descendance patriarcale et par les systèmes de succession et les relations familiales.

Même s'il existe des lois qui protègent de la violence, elles ne sont pas toujours appliquées. La culture joue un rôle essentiel, car elle fixe les limites de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas dans les comportements et qu'elle détermine la réaction à la violence. Par exemple, les attitudes en matière de châtements infligés aux enfants varient énormément dans le monde. Dans certains pays, les jeunes filles ou les femmes qui ont été violées ne sont pas protégées par la loi. Elles peuvent même être tuées par leurs proches pour sauver l'honneur de la famille ou bien être forcées d'épouser le violeur pour légaliser la relation sexuelle (13).

3. Épidémiologie de la violence en France métropolitaine

D'après l'Insee (84), au 1^{ier} janvier 2020 la population en France Métropolitaine comptait : 64 897 954 d'habitants dont 31 378 856 hommes (48%) et 33 519 098 femmes (52%).

Pour avoir des données chiffrées fiables de l'épidémiologie de la violence en France on peut s'appuyer sur les données issues de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) (85). Cette dernière est conduite chaque année depuis 2007 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en partenariat avec l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) et avec le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI), créé en 2014. Cette enquête nationale, dite de « victimation », a pour objectif d'évaluer et de décrire les infractions dont sont victimes les ménages et les individus. Elle porte sur les cambriolages, les vols ou dégradations de véhicules ou du logement, que ces délits aient fait ou non l'objet d'une plainte. Elle porte également sur les vols personnels, les violences physiques et sexuelles, les menaces ou les injures ainsi que l'opinion des personnes concernant leur cadre de vie et la sécurité. Elle complète ainsi les données administratives sur les infractions enregistrées au quotidien par les services de police et de gendarmerie car les victimes ne déposent pas toujours plainte. L'enquête est menée au premier trimestre de chaque année auprès d'un échantillon de 20 000 à 25 000 ménages « ordinaires » - c'est-à-dire hors ménages vivant en collectivité (foyers, prisons, hôpitaux...) et vivant dans des habitations mobiles (mariniers, sans-abri...) - de France métropolitaine. Au sein de chaque ménage, une personne de 15 ans ou plus choisie aléatoirement répond aux questions portant sur les victimations individuelles (vols personnels, violences, menaces et injures) et si cette personne est âgée d'au moins 18 ans au moment de l'enquête et de 75 ans ou moins au 1er janvier, elle répond aux questions portant sur les violences sexuelles et les violences au sein du ménage.

Dans les rapports, pour limiter les biais liés aux effets de mémoire, pour toutes les victimations étudiées, seuls les répondants victimes de l'année [N-1] sont retenus. Dans cette enquête, le recueil des informations relatives aux violences est distinct, d'une part, selon la nature – physique ou sexuelle – des violences subies car les violences physiques et les violences sexuelles constituent des « familles » d'infractions distinctes dans le Code pénal. D'autre part, pour tenir compte de la spécificité des violences domestiques et surtout pour assurer les conditions nécessaires de confidentialité lors de la passation de l'enquête, le questionnaire est distinct selon que l'auteur vit ou non sous le même toit que l'enquêté au moment de l'enquête. C'est cette double distinction qui permet de distinguer les différents types de violences : physiques et/ou sexuelles, hors ménage ou au sein du ménage.

L'enquête Cadre de vie et sécurité 2020 portant sur les victimations de 2019 aurait dû être réalisée par l'Insee au deuxième trimestre 2020. Du fait des mesures mises en place pour lutter contre l'épidémie de Covid-19, l'Insee a été contraint d'interrompre ses enquêtes en face à face à partir du 16 mars et ne les a reprises qu'à partir du 15 juillet. Compte tenu de la longueur du questionnaire et des sujets abordés, il n'a pas été possible de basculer la collecte de l'enquête CVS 2020 par téléphone dans le calendrier imparti.

En novembre 2020, le service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) a publié sa 4e édition du bilan statistique « Insécurité et délinquance » pour l'année 2019 (86), dans un contexte exceptionnel : la sortie prévue initialement le 31 mars 2020 en a été décalée suite à la crise sanitaire liée au Covid-19 alors que, de manière inédite, un tableau de bord hebdomadaire de la délinquance enregistrée par la police et la gendarmerie a été publié pendant la période de confinement.

Voici le bilan annuel 2019 (Tableau 3 et 4) des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie. L'analyse porte sur les crimes et délits enregistrés par les forces de sécurité jusqu'en février 2020. Elle ne couvre pas les faits n'ayant pas fait l'objet d'un enregistrement par la police et la gendarmerie, notamment lorsque les victimes n'ont pas déposé plainte.

	Nombre de faits constatés (cumul annuel)			Variation (A/A-1) (en %)		
	2019	2018	2017	2019	2018	2017
Homicides (y compris coups et blessures volontaires suivis de mort)	880	845	825	+4	+2	-8
Coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus)	258 400	238 600	221 300	+8	+8	+4
Violences sexuelles	53 200	47 400	39 800	+12	+19	+11
- Viols	22 300	18 800	15 900	+19	+18	+13
- Autres agressions sexuelles (y compris harcèlement sexuel)	30 900	28 700	23 900	+8	+20	+10
Vols avec armes (armes à feu, armes blanches ou par destination)	7 500	7 500	8 400	-1	-10	-3
Vols violents sans arme	78 700	80 500	86 200	-2	-7	-5
Vols sans violence contre des personnes	715 700	695 400	705 800	+3	-1	+1
Cambriolages de logements	231 900	231 800	246 400	0	-6	+2
Vols de véhicules (automobiles ou deux roues motorisés)	137 700	140 300	151 800	-2	-8	-6
Vols dans les véhicules	262 800	260 600	262 900	+1	-1	0
Vols d'accessoires sur véhicules	88 900	93 700	99 700	-5	-6	-5
Destructions et dégradations volontaires	602 600	607 300	617 100	-1	-2	-1
Escroqueries et infractions assimilées	359 900	323 100	319 200	+11	+1	+2

Champ : France métropolitaine.
Source : SSMSI, Base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie.

Tableau 3 : Nombre de faits constatés par la police et la gendarmerie et taux d'évolution annuelle

	Taux de plainte : proportion de victimes déclarées ayant déposé plainte (en %)			Evolution (en points)
	2016	2017	2018	
Cambriolages	75	74	62	-12
Actes de vandalisme contre le logement			11*	
Vols de voiture			92**	
Vols à la roulotte (dans la voiture)	49	41	38	-3
Vols d'accessoires de véhicules (sur la voiture)			15*	
Actes de vandalisme contre la voiture	18	19	16	-3
Vols de deux-roues à moteur			80**	
Escroqueries bancaires	28	23	18	-5
Vols avec violence ou menaces			63**	
Vols sans violence ni menaces			41*	
Violences physiques hors ménage (hors situation de vol)	27	23	22	-1
Violences sexuelles hors ménage			12**	
Violences physiques ou sexuelles au sein du ménage			10**	

Note : Pour certains faits, les données ne sont pas présentées (cellules barrées) en raison de la faiblesse des effectifs.
* Le taux de plainte est calculé sur la période 2016-2018.
** Le taux de plainte est calculé sur la période 2011-2018.
Champ : Ménages ordinaires de France métropolitaine, individus âgées de 14 ans ou plus pour les vols et les violences.
Sources : Enquêtes « Cadre de vie et sécurité », Insee-ONDRP-SSMSI ; traitements SSMSI.

Tableau 4 : Taux de plainte estimés à partir de l'enquête Cadre de vie et sécurité

3.1 Les atteintes aux personnes

A noter que les chiffres présentés ci-dessous rapportés par l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) (85) (Tableau 5) sous-estiment probablement le nombre réel de victimes : en effet certaines personnes interrogées peuvent hésiter, malgré le caractère anonyme de l'enquête, à décrire ces violences (principalement pour les violences sexuelles).

D'après le rapport, on estime à **1 101 000 (dont 599 000 femmes)** le nombre moyen de **victimes de violences physiques ou sexuelles** chaque année parmi les 18-75 ans sur la période de référence 2011-2018 (soit 2,7% des femmes = 1 femme sur 37).

Moyennes annuelles sur la période 2011-2018	Ensemble	Femmes
Approche des violences physiques ou sexuelles dans l'enquête Cadre de vie et sécurité		
Victimes de violences physiques « hors ménage »	635 000	284 000 (45 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,4	1,3
Victimes de violences sexuelles « hors ménage »	176 000*	135 000 (77 %)*
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,4*	0,6*
Part de victimes de viol ou tentative de viol (%)	43*	45*
Victimes de violences « au sein du ménage »	373 000	247 000 (66 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,8	1,1
Approche globale		
Victimes de violences physiques ou sexuelles	1 101 000	599 000 (54 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	2,5	2,7
Approche des violences physiques ou sexuelles selon le lien auteur-victime		
Victimes de violences intrafamiliales	426 000	303 000 (71 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,0	1,3
Part de victimes de violences conjugales (%)	69 %	70 %
Victimes de violences hors sphère intrafamiliale	689 000	308 000 (45 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,6	1,4
Approche des violences physiques ou sexuelles selon la nature des violences		
Victimes de violences physiques	945 000	480 000 (45 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	2,2	2,1
Victimes de violences sexuelles	233 000*	186 000 (80 %)*
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,5	0,8*
Part de victimes de viol ou tentative de viol (%)	48 %	50 %*
Approche des violences physiques ou sexuelles selon le statut de cohabitation au moment des faits		
Victimes de violences physiques par auteur non cohabitant	597 000	251 000 (42 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	1,4	1,1
Victimes de violences sexuelles par auteur non cohabitant	221 000*	161 000 (75 %)*
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,4*	0,5*
Part de victimes de viol ou tentative de viol (%)	40 %	41 %
Victimes de violences par auteur cohabitant	405 000	275 000 (68 %)
Proportion de victimes parmi les 18-75 ans (%)	0,9	1,2

Tableau 5 : Indicateurs de violences physiques ou sexuelles
parmi les 18-75 ans

De plus, chaque année, **945 000 personnes ont été victimes de violences physiques** dont 45% de femmes et **233 000 personnes ont été victimes de violences sexuelles** dont 80% de femmes. Parmi ces 233 000, il s'agissait dans **48% des cas de viol ou tentative de viol**. **Soit 1 viol ou tentative de viol toutes les 5 minutes dans l'ensemble de la population et 1 viol ou tentative de viol toutes les 6 minutes sur une femme.**

De plus, chaque année, **635 000 personnes** âgées de 18 à 75 ans de France métropolitaine ont déclaré avoir été victimes de **violences physiques** de la part d'une (ou plusieurs) personne(s) « **hors ménage** » : cela représente une personne sur 70 dans cette tranche d'âge (soit 1,4 %).

Chaque année, c'est aussi **176 000 personnes** âgées de 18 à 75 ans de France métropolitaine qui ont déclaré avoir été victimes de **violences sexuelles** de la part d'une (ou plusieurs) personne(s) « **hors ménage** » : cela représente une personne sur 250 dans cette tranche d'âge (soit 0,4 %).

Chaque année, un peu plus de **373 000 personnes** âgées de 18 à 75 ans de France métropolitaine ont déclaré avoir subi des **violences physiques et/ou sexuelles** commises par une (ou plusieurs) personnes vivant avec elles au moment de l'enquête (« **au sein du ménage** »). Cela représente environ une personne sur 120 dans cette tranche d'âge (soit 0,8 %). Pour 82 % des victimes, les violences subies sont exclusivement physiques. Pour 11 %, les violences sont exclusivement sexuelles.

elles sont à la fois physiques et sexuelles et enfin pour 7%, les violences subies au sein du ménage sont exclusivement de nature sexuelle.

Chaque année, un peu plus de **425 000 personnes âgées de 18 à 75 ans – dont 303 000 femmes** (71 %) ont été victimes de **violences intrafamiliales**, c'est-à-dire commises par un conjoint, un ex-conjoint (au sens large) ou un autre membre de la famille, que cette personne vive ou non sous le même toit que l'enquêté au moment de l'enquête ou au moment des faits. Dans quasiment 70% des cas, le conjoint ou l'ex-conjoint en était l'auteur.

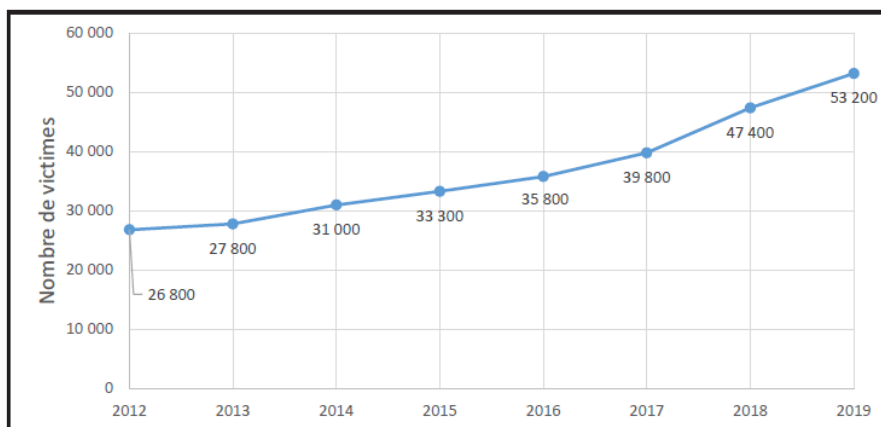
Concernant les violences conjugales (par leur conjoint ou ex-conjoint), chaque année c'est en moyenne **295 000** (soit 0,7 %) personnes qui en ont été victimes dont 72 % de femmes (soit 213 000). **Soit environ 1 personne victime de son conjoint toutes les 2 minutes en France et 1 femme victime de son conjoint toutes les 3 minutes en France.** Parmi l'ensemble des femmes victimes de violences conjugales, 15 % déclarent en moyenne avoir subi des violences de nature à la fois physique et sexuelle, 14 % des violences exclusivement sexuelles et 71 % des violences exclusivement physiques de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Les femmes victimes de violences au sein du couple rapportent pour 70 % d'entre elles que ces faits se sont déjà produits au cours des deux dernières années, notamment les violences sexuelles (76% contre 63% des victimes de violences uniquement physiques). Ces violences conjugales sont peu fréquemment suivies de plaintes, en particulier lorsqu'il s'agit d'agressions à caractère sexuel. En 2019, en France (y compris les collectivités d'outre-mer), les forces de sécurité (86) ont enregistré un peu plus de 142 000 victimes de violences commises par leur partenaire (soit une hausse de 16 % sur un an), dont près de 126 000 femmes. Il s'agit majoritairement, comme en 2018, de violences volontaires ayant entraîné ou non une incapacité totale de travail. Globalement, les proportions des violences volontaires par conjoint restent relativement stables d'une année sur l'autre parmi les délits enregistrés par la police et la gendarmerie nationales.

Ces faits sont peu rapportés auprès des autorités. En effet, d'après l'enquête CVS 2019 (85), chaque année en moyenne entre 2011 et 2018 seules 27 % des victimes se sont déplacées au commissariat ou à la gendarmerie, **18 % ont déposé plainte** et 7 % une main courante ou un procès-verbal de renseignement judiciaire (PVRJ). Le fait de toujours vivre avec le conjoint auteur de ces violences ne favorise pas le déplacement à la gendarmerie ou au commissariat puisque moins d'une femme sur cinq le fait (16 %). A l'inverse, elles sont plus nombreuses à **avoir été vues par un médecin (22 %)**, à avoir contacté les services sociaux (18 %) ou à avoir consulté un psychiatre ou un psychologue (17 %).

Selon l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple de la Délégation aux victimes (DAV), **en 2019, 173 morts violentes au sein du couple ont été enregistrées** par les services de polices et les unités de gendarmerie, soit 24 victimes de plus qu'en 2018. **Les femmes sont les principales victimes : 146 victimes ont été recensées en 2019** contre 121 en 2018. **Soit 1 femme victime d'un homicide tous les 2 jours et demi.** Elles sont le plus souvent de nationalité française (75%), ont entre 30 et 49 ans (42%) et sont en inactivité (retraîtée ou sans profession). Néanmoins, les personnes étrangères sont surreprésentées surtout parmi les victimes (25 %) mais également parmi les mis en cause (17 %), compte tenu de leur part

dans la population (environ 7 % - Insee, recensement de la population 2017). Dans la majorité des cas, l'homicide est commis au domicile du couple, de la victime ou de l'auteur présumé.

Concernant les violences sexuelles, des chiffres plus récents en 2019 ont été rapportés par les services de sécurité (police et la gendarmerie). En 2019, 53 200 personnes ont été victimes de violences sexuelles (Graphique 1), dont une sur quatre dans un cadre intrafamilial. Parmi les victimes en 2019, 22 200 personnes ont été enregistrées comme victimes de viols ou tentatives de viols par la police et la gendarmerie nationales en France métropolitaine, dont 87 % de femmes. Pour 32 % des victimes, l'auteur ou les auteurs appartenaient à leur cellule familiale. On dénombre également 31 000 victimes d'agressions sexuelles (y compris harcèlement sexuel) enregistrées dans les procédures de police et de gendarmerie. Il s'agit de femmes dans 85 % des cas. Une fois sur cinq, l'auteur ou les auteurs des agressions appartenaient à la sphère familiale de la victime, mais il s'agissait alors rarement du conjoint (2 % des victimes d'agression). Le harcèlement sexuel au sens juridique actuel pèse pour environ 8 % des agressions sexuelles ici décrites, et touche les femmes dans 9 cas sur 10. Cela représente 2 610 victimes enregistrées en 2019, après 2 340 en 2018, soit une hausse de 12 %.



Note : les séries élémentaires composant cette série sont disponibles à partir de 2008. Toutefois, certaines sont affectées de ruptures de série notamment lors des changements importants dans le processus de saisie des plaintes intervenus entre 2012 et 2015. Après expertise il a été décidé d'exploiter la série sur une période plus homogène, à partir de 2012. Il est aussi rappelé que cet indicateur est affecté par une forte sous-déclaration de ces faits aux forces de sécurité : seules les enquêtes de victimation permettent d'approcher de plus près le nombre de victimes (cf. infra et le [Rapport d'enquête Cadre de vie et sécurité 2019](#)).

Champ : France métropolitaine.

Source : SSMSI, bases des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie.

Graphique 1 : Violences sexuelles enregistrées, cumul annuel

Il a été constaté une augmentation des violences sexuelles enregistrées mais néanmoins moins forte en 2019 (+ 12 %) qu'en 2018 (+19 %) et plutôt du même ordre de grandeur que celle observée en 2017 (+11 %). Si l'accélération de la hausse se maintenait voire s'amplifiait pour les viols enregistrés (+19 %), la hausse était en revanche plus faible qu'en 2018 pour les autres agressions sexuelles (+8 %). Cette augmentation sensible des violences sexuelles enregistrées sur ces trois dernières années s'expliquait notamment par une évolution du comportement de dépôt de plainte des victimes, dans le climat de l'affaire Weinstein et des différents mouvements sur les réseaux sociaux pour la libération de la parole des victimes. En

outre, l'augmentation des violences sexuelles enregistrées s'inscrit dans un contexte d'amélioration des conditions d'accueil des victimes par les services. A noter dans ce contexte que la part des victimes ayant porté plainte en 2019 pour des faits remontant à plus d'un an a augmenté, en particulier celle des plaintes pour des faits remontant à plus de 5 ans, qui est passée de 12,3 % début 2016 à 14,0 % fin 2019. Néanmoins, le nombre de victimes de violences sexuelles enregistrées, s'il a atteint un point haut en 2019 (53 000), sous-estime encore largement le phénomène : d'après l'enquête CVS, sur la période 2016-2018, un peu moins d'une victime de violences sexuelles sur six a déposé plainte dans un commissariat ou une brigade de gendarmerie.

Les filles comme les garçons connaissent un premier pic de violences sexuelles dans l'enfance. Selon les données enregistrées par les forces de sécurité, les viols touchent environ une fille pour 1 000 entre 5 et 9 ans. Puis la prévalence de ces violences parmi les filles croît fortement à l'adolescence, avec un point haut de 2,9 victimes de viols enregistrées pour 1 000 filles entre 15 et 17 ans. Elle décroît ensuite nettement jusqu'à 24 ans, puis beaucoup plus lentement à partir de 30 ans. Les garçons sont le plus souvent victimes de viols dans la petite enfance, généralement entre 5 et 9 ans : ils connaissent un point haut de violences à six ans avec 0,5 victime de viols enregistrée pour 1 000 garçons de cet âge. Ce taux décroît ensuite fortement à partir de 16 ans et jusqu'à l'âge adulte : à 18 ans, 0,1 homme pour 1 000 hommes sont victimes de viols. C'est entre 10 et 19 ans que les filles sont les plus exposées aux agressions sexuelles (3 victimes enregistrées pour 1 000 filles du même âge en moyenne). La proportion de femmes victimes décroît ensuite rapidement avec l'âge ; elle est de 1,3 pour 1 000 à 25 ans et de 0,5 pour 1 000 à 35 ans. Les agressions sexuelles touchent les garçons entre 2 et 14 ans surtout, avec en moyenne 0,6 garçon victime pour 1 000 garçons du même âge. Ce taux reste élevé ensuite parmi les mineurs puis décroît. À 25 ans, 0,1 homme pour 1 000 est encore victime de ces agressions.

En 2019, les forces de sécurité ont mis en cause 27 800 personnes, quasiment tous des hommes (97 %), pour des crimes ou des délits de violences sexuelles. Ces auteurs présumés se répartissent dans pratiquement toutes les tranches d'âges, depuis les très jeunes jusqu'au plus âgés. En effet, 8 % ont moins de 13 ans (ces jeunes étant le plus souvent impliqués également dans des violences contre des mineurs) et la même proportion a plus de soixante ans. Près de neuf auteurs présumés sur dix (86 %) sont de nationalité française, cette proportion est sensiblement identique à celle des personnes victimes. Les personnes étrangères sont surreprésentées aussi bien parmi les mis en cause (14 %) que parmi les victimes (11 %), compte tenu de leur part dans la population (environ 7 % - Insee, recensement de la population 2017).

D'après les données issues de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » réalisée en 2019 (85) et analysant les données de 2011-2018. Seules les données concernant les violences physiques hors ménage ont concerné une population d'étude supérieure à 14 ans et une période d'étude de 2016 à 2018. Dans les autres cas, la population étudiée était majeure et l'étude portait sur la période 2011-2018.

Une synthèse des différents résultats chiffrés de cette enquête a été réalisée (Tableau 6). Des résultats plus détaillés sont présentés dans les pages suivantes.

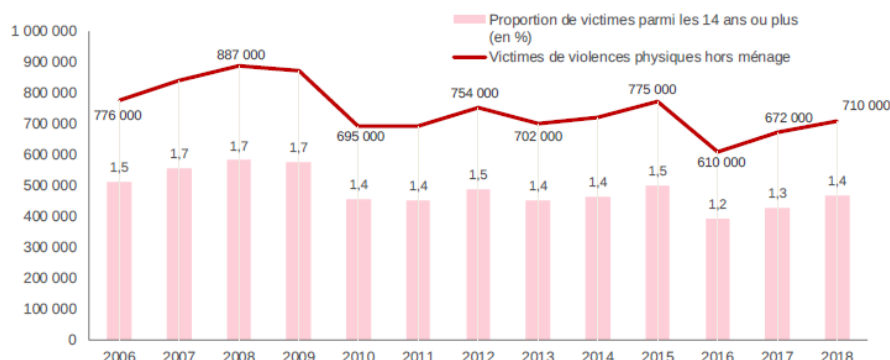
	Population étudiée > 14ans Moyennes annuelles sur la période 2016-2018	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018
	Les violences physiques hors ménage	Les violences sexuelles hors ménage	Les violences physiques ou sexuelles au sein du ménage	Les violences conjugales	Viols et tentatives de viol
Caractéristiques des victimes					
Nombre moyen de victimes	664 000	176 000	373 000	300 000	112 000
Proportion de victimes (%)	1,3	0,4	0,8	0,7	0,3
Proportion par sexe (%) :					
-homme	1,4	0,2	0,6		
-femme	1,2	0,6	1,1	0,9	
Part par sexe (%) :					
-homme	52	23	33	28	16
-femme	48	77	66	72	84
Proportion par âge (%) :					
-14-29 ans	2,7	0,8	1,4		
-30-39 ans	1,6	0,3	1,2		
-40-49 ans	1,3	0,3	1		
-50-59ans	0,9	0,2	0,5		
-> 60 ans	0,3	0,2	0,3		
Proportion par statut d'activité (%) :					
-avec emploi	1,5	0,3	0,9		
-chômeurs	2,9	0,8	1,3		
-retraités	0,3	0,2	0,2		
-étudiants ou élèves	2,2	0,9	1,4		
-autres inactifs	1,6	0,7	1,3		
Proportion par niveau de vie (%) :					
-modeste	1,9	0,7	1,2		
-modeste inférieur	1	0,4	0,8		
-modeste supérieur	1	0,3	0,7		
-aisé	1,1	0,2	0,7		
Proportion en lien avec l'immigration (%) :					
-immigrés	1	0,6	0,9		
-descendants d'immigrés	2,1	0,5	1		
-non immigrés	1,2	0,4	0,8		
Proportion de multivictimes (≥ 2 fois) (%)	29	41	70		
Caractéristiques des violences					
Nature des violences sexuelles subies (%) :					
-viol et rapports sexuels forcés		27			69
-tentative de viol		16			31
-attouchement sexuel		29			
-autre agression sexuelle		28			
Nature des violences subies (%) :					
-physiques			82	75	
-sexuelles			7	12	
-physiques et sexuelles			11	12	
Type de violence physique (%) :		37			
-coups, brûlures et/ou jeté au sol sa victime	54				
-gifle, morsure, tirage des cheveux et/ou bousculade brutale la victime	41				
-tentative d'étranglement ou de porter atteinte à la vie de la victime	12				
-autres	15				
Part d'agression ou de menace à l'aide d'une arme (%) :		10			
-dont arme à feu, d'une arme blanche ou d'un autre type d'arme	12				
-dont objet dangereux utilisé comme une arme (bâton, tesson de	5				
Circonstances des violences (%) :					
-violences à caractère discriminatoire (racistes, xénophobes, homophobes ou sexistes)	12				
-violences « routières » (automobilistes, motards ou cyclistes)	8				
-solicitation par un inconnu	8				
Lieu des faits (%) :					
-dans la rue	39	15			
-sur le lieu de travail ou d'étude	22	9			
-au domicile de la victime	9	35			

	Population étudiée > 14ans Moyennes annuelles sur la période 2016-2018 Les violences physiques hors ménage	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018 Les violences sexuelles hors ménage	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018 Les violences physiques ou sexuelles au sein du ménage	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018 Les violences conjugales	Population étudiée 18-75 ans Moyennes annuelles sur la période 2011-2018 Viols et tentatives de viol
Caractéristiques des auteurs de violences					
Nombre d'auteur des violences (%) :					
-1 seul auteur	70	91	94		91
-plusieurs auteurs	30	-	6		7
-ne sait pas	0	-	0		2
Connaissance de vue ou personnellement de l'auteur ou au moins un des auteurs (%) :					75 (43 si conjoint ou ex conjoint)
-un ex-conjoint (ou un conjoint non cohabitant)	48	74			
-un conjoint	9	16	56		
-parent ou conjoint d'un parent			12		
-autre membre de la famille			11		
-autre personne cohabitante			9		
-enfant ou conjoint d'un enfant			7		
Sexe du ou des auteurs des violences (%) :					
-masculin exclusivement	81	86			
-féminin exclusivement	13	12			
-mixte	6	2			
Age du ou des auteurs (%) :					
-mineurs	15				
-majeurs	83				
-inconnus	2				
Consommation d'alcool ou de drogue du ou des auteurs (%) :					
-oui	49	37	27	31	43
-non	35	60	70	69	57
-ne sait pas	16	3	3	0	0
Conséquences et suivi					
Séquelles physiques type fractures ou blessures physiques (%) :	41	18			
Proportion ayant reçu de l'aide ou un soutien (%) :					
-examen par un médecin	26	32 (47 si viol ou tentative de viol)	36 (43 si violences répétées)	31	53 (48 si conjoint ou ex)
-consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue		17	18	15	34
-discussion avec les services sociaux		19	19	14	28
-rencontre des membres d'une association d'aide aux victimes		11	13	12	21
-appel d'un service téléphonique gratuit (« numéro vert ») d'aide aux victimes		8	6	-	13
		9	6	-	14
Proportion ayant reçu une ITT	11	10	10		
Perturbations des victimes dans leur vie quotidienne, notamment professionnelle (%) :					
-si violences comises par une personne connue	39	48 (66 si viol ou tentative de viol)	42 (51 si violences répétées)		
-si violences comises par un inconnu	55				
	25				
Perturbations psychologiques des victimes jugées très ou plutôt importantes (%) :					
-si violences comises par une personne connue	48	54 (72 si viol ou tentative de viol)	51 (61 si violences répétées)		
-si violences comises par un inconnu	60				
	36				
Déclaration à la police ou à la gendarmerie (%) :					
-abandon de la démarche	69	81	84		
-dépôt de plainte	24	12	11 (13 si violences répétées)	14	17
-dépôt d'une main courante	5		-		

Tableau 6 : Synthèse des données issues de l'enquête « Cadre de vie et Sécurité » 2019

Concernant les violences physiques hors ménage :

D'après l'enquête en 2018, les violences physiques « hors ménage » ont touché 710 000 personnes parmi les 14 ans ou plus (soit 1,4 % de la population de cette tranche d'âge).



Champ • Personnes de 14 ans ou plus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
Source • Enquêtes Cadre de vie et sécurité 2007 - 2019, Insee-ONDRP-SSMSI; traitements SSMSI.

Graphique 2 : Nombre annuel de victimes de violences physiques hors ménage et proportion de victime dans la population entre 2006 et 2018

D'après l'enquête CVS, sur la période 2016-2018 voici les principaux chiffres à retenir :

- concernant les caractéristiques des victimes : 52% étaient des hommes et 48% des femmes ; la plus forte proportion par classe d'âge concernait les 14-29ans (2,7%) ; une forte proportion était au chômage (2,9%) ; elles avaient souvent des revenus modestes (1,9%), étaient plus souvent des descendants d'immigrés (2,1%) et enfin elles étaient multivictimes dans 29% des cas.

- concernant les caractéristiques des violences : la nature des violences subies était plus fréquemment des coups ou des brûlures et/ou des projections au sol (54%) ; 17% des victimes ont été menacées par une arme et 12% par une arme à feu, une arme blanche ou une autre arme ; elles avaient lieu le plus souvent dans la rue (39%) ou sur le lieu de travail ou d'étude (22%) ; les circonstances de ces violences étaient dans 8 % des cas décrits des violences « routières » (c'est-à-dire entre automobilistes, motards ou cyclistes), 12 % à des violences à caractère discriminatoire (racistes, xénophobes, homophobes ou sexistes) et 8 % sont survenues suite à une sollicitation par un inconnu (demande de cigarette par exemple).

- concernant les caractéristiques des auteurs de violences : il y avait le plus souvent un seul auteur (70%), la victime connaissait de vue ou personnellement l'auteur dans 48% des cas, l'auteur était de sexe masculin dans 81% des cas, majeur dans 83% des cas et avait consommé de la drogue ou de l'alcool dans 49% des cas.

- concernant les conséquences et le suivi des violences sur les victimes : 41% des victimes ont eu des séquelles physiques ou des blessures physiques, seul 26% ont vu un médecin, 39% se sont dit perturbées dans leur vie quotidienne, 48% ont reconnu être fortement perturbées psychologiquement, 69% ne se sont pas déplacées à la police ou à la gendarmerie et seulement 24% ont porté plainte.

Concernant les violences sexuelles hors ménage :

- concernant les caractéristiques des victimes : 77% étaient des femmes ; les jeunes de 18 à 29 ans sont surreprésentés (44% contre 20 % parmi les 18-75 ans) ; elles étaient le plus souvent au chômage (0,8%) ou étudiants (0,9%) ; avec des revenus modestes le plus souvent (0,7%) ; plus fréquemment immigrés (0,6%) ou descendants d'immigrés (0,5%) ; 41% étaient des multivictimes ; près d'une victime sur cinq rapporte exactement deux incidents sur cette période et une sur quatre (23 %) déclare avoir été agressée sexuellement trois fois ou plus.

- concernant les caractéristiques des violences : la nature des violences se décomposait de la façon suivante avec 27% de viols et rapports sexuels forcés, 16% de tentative de viol, 29% d'attouchement sexuel et 28% d'autres agressions sexuelles ; 37% ont subi des violences physiques en plus des violences sexuelles ; 10% ont été menacées avec une arme ; et le lieu des faits était le plus fréquemment au domicile (35% des cas).

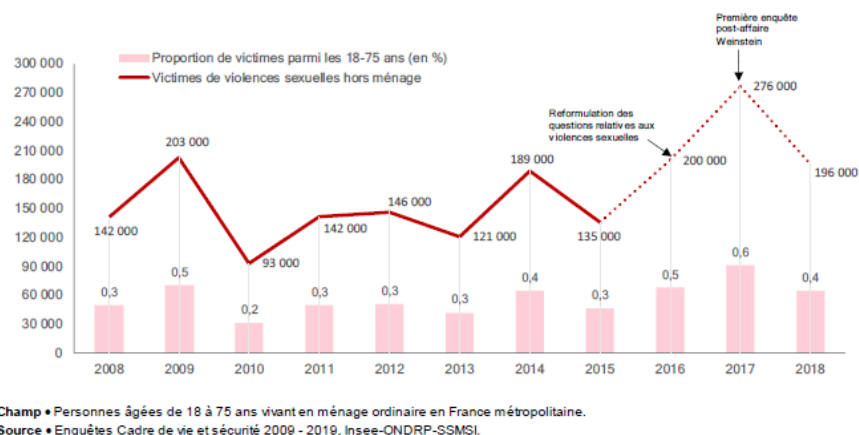
- concernant les caractéristiques des auteurs de violence : il n'y avait qu'un auteur dans 91% des cas ; 74% des victimes connaissaient de vue ou personnellement l'auteur ce qui explique que 35% des violences ont eu lieu au domicile de la victime ; l'auteur était de sexe masculin dans 86% des cas et avait consommé de l'alcool ou de la drogue dans 37% des cas.

- concernant les conséquences et le suivi des violences sur les victimes : 18% ont eu des séquelles physiques à type de fracture ou des blessures physiques ; 37% ont eu au moins un soutien et 47% dans les cas de viols ; 17% ont vu un médecin ; 48% se sont dites perturbées dans leur vie quotidienne et 66% en cas de viol ou tentative de viol ; 54% ont eu des perturbations psychologiques et 72% en cas de viol ou tentative de viol ; 81% ne se sont pas déplacées à la police ou à la gendarmerie et seulement 12% ont porté plainte ; au-delà des démarches « formelles », la majorité des victimes ont déjà parlé de l'agression à des amis (63 % des victimes en moyenne entre 2011 et 2018). Néanmoins, un peu plus d'une victime sur cinq déclare en avoir parlé pour la première fois au moment de l'enquête.

Sur la période 2011-2018, la proportion annuelle moyenne de victimes de violences sexuelles hors ménage dans chaque grande région du territoire ne s'écarte pas significativement de la moyenne métropolitaine. En revanche, les territoires fortement urbanisés semblent plus concernés que les territoires ruraux. Au sein des villes, les habitants des quartiers prioritaires rapportent significativement plus souvent que les habitants des quartiers hors géographie prioritaire avoir subi des violences sexuelles hors ménage (0,9 % contre 0,4 % en moyenne annuelle sur la période 2015-2017).

Concernant l'évolution des violences sexuelles au cours du temps, il est difficile de dégager une tendance en raison de l'effectif relativement faible d'enquêtés concernés chaque année. Les données suggèrent néanmoins une relative stabilité de la proportion annuelle de victimes de violences sexuelles sur la période 2009-2016. En 2017, un changement de formulation des questions relatives aux violences sexuelles dans l'enquête CVS s'est accompagné d'une hausse en niveau et d'une modification en structure des victimes de violences sexuelles. La hausse se confirme en 2018 dans un contexte de libération de la parole et de prise de conscience collective des violences faites aux femmes nées de l'affaire Weinstein et de la vague #MeToo*

qui s'en est suivie. En d'autres termes, le nombre plus élevé de victimes de violences sexuelles recensées dans les enquêtes de 2017 puis de 2018 procède sans doute à la fois d'une plus grande révélation des faits et d'un abaissement du seuil de tolérance face à ce type de violences. Ce constat oblige en tous les cas à considérer avec prudence les résultats relatifs aux violences sexuelles sur une période de référence cumulant les échantillons des enquêtes 2017 et 2018 avec les échantillons des enquêtes antérieures.



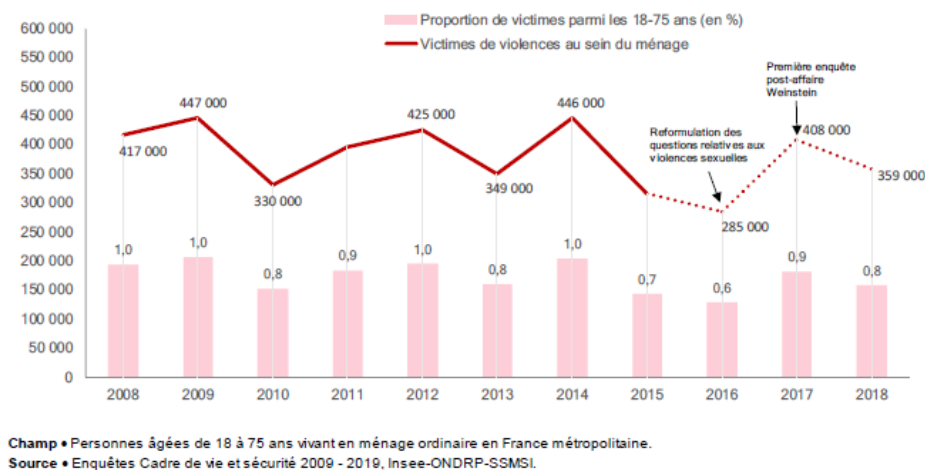
Graphique 3 : Nombre annuel de victimes de violences sexuelles hors ménage et proportion de victimes dans la population entre 2008 et 2018

Ainsi la part de victimes d'un viol ou d'une tentative de viol parmi les victimes de violences sexuelles hors ménage est passée d'une moyenne de 48 % sur la période 2011-2015 à une moyenne de 37 % en 2016-2018. A partir de 2017, le changement de définition des violences rend la comparaison avec les résultats antérieurs plus difficile.

L'enquête Violences et rapports de genres (Virage) (87) réalisée par l'Institut national d'études démographiques (l'Ined) en 2015 auprès de la population âgée de 20 à 69 ans a donné lieu à des premiers résultats publiés en novembre 2016 sur le thème des violences sexuelles. Un des grands apports de l'enquête Virage est également d'offrir un éclairage inédit sur le harcèlement sexuel. Une étude publiée en janvier 2018 et réalisée à partir de l'enquête Virage a permis de chiffrer et de décrire le phénomène. Propos ou attitudes à caractère sexuel répétés qui mettent mal à l'aise, avances sexuelles insistantes malgré un refus, suivi insistant dans la rue : plus d'un million de femmes et moitié moins d'hommes âgés de 20 à 69 ans ont subi l'une de ces formes de harcèlement sexuel dans les espaces publics, au travail ou lors de leurs études au cours de l'année de référence de l'enquête. Une grande partie des faits sont recensés dans les espaces publics. Néanmoins, sur la tranche d'âge 20-69 ans, 1 femme en emploi sur 40 (320 000) et 1 homme en emploi sur 80 (170 000) ont été confrontés à une situation de harcèlement sexuel au travail. Le harcèlement sexuel, en particulier au travail, se cumule plus souvent pour les femmes que pour les hommes à d'autres atteintes sexuelles, qui sans aller jusqu'aux attouchements du sexe ou aux rapports sexuels forcés, contribuent à créer une situation intimidante, hostile ou offensante portant atteinte à la dignité des personnes concernées.

Concernant les violences physiques ou sexuelles au sein du ménage :

En moyenne, chaque année entre 2011 et 2018, 373 000 personnes âgées de 18 à 75 ans de France métropolitaine ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'une (ou plusieurs) personne(s) vivant avec elles au moment de l'enquête (« au sein du ménage »). Cela représente environ une personne sur 120 (0,8 %) dans cette classe d'âge.



Graphique 4 : Nombre annuel de victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage et proportion de victimes dans la population entre 2008 et 2018

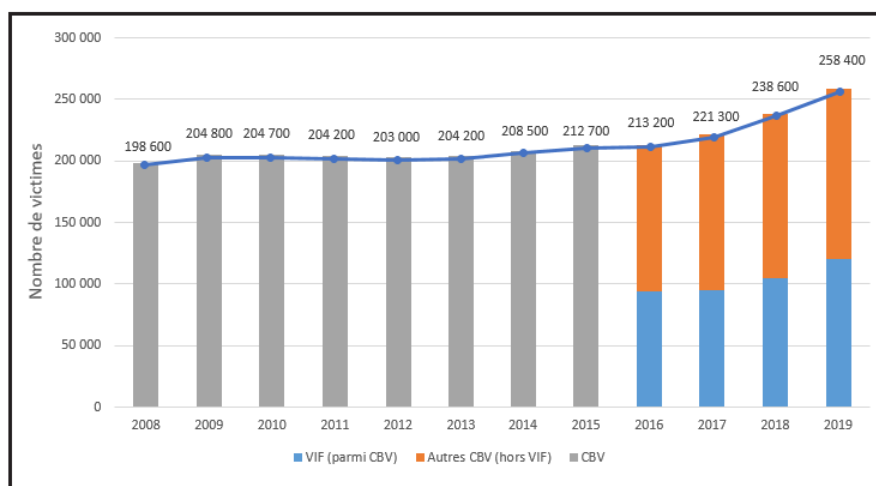
- concernant les caractéristiques des victimes : 66% étaient des femmes, la plus forte proportion était encore représentée par les 18-29 ans (1,4%) ; les chômeurs (1,3%) et étudiants (1,4%) étaient encore les plus touchés ; le niveau de vie était là encore modeste (1,2%) les immigrés et descendants d'immigrés étaient là encore les plus représentés avec 0,9% et 1% respectivement contre 0,8% des non immigrés ; la proportion des multivictimes grimpent quant à elle à 70%.

- concernant les caractéristiques des violences : les violences subies étaient dans 82% des cas uniquement physiques, dans 7% des cas uniquement sexuelles et dans 11% des cas physiques et sexuelles.

- concernant les caractéristiques des auteurs de violence : dans 94% des cas il n'y avait qu'un auteur ; 56% des auteurs étaient des conjoints ; 27% avaient consommé de la drogue ou de l'alcool au moment des faits

- concernant les conséquences et le suivi des violences sur les victimes : 36% ont reçu de l'aide via au moins un soutien et 18% ont pu voir un médecin ; 42% se sont dit perturbées dans leur vie quotidienne et 51% psychologiquement ; enfin un chiffre marquant est que 84% ne se sont pas déplacées à la gendarmerie ou à la police et seulement 11% ont porté plainte.

D'après les données des services de police et de gendarmerie en 2019 (88), parmi les coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus, la part des violences intrafamiliales enregistrées s'est accrue depuis l'été 2019, représentant dorénavant près de la moitié des victimes : cette hausse peut s'expliquer notamment par un effet positif du Grenelle des violences conjugales, lequel a pu inciter les victimes à davantage déposer plainte et favoriser un meilleur accueil par les services de sécurité. En 2019, la hausse des coups et blessures volontaires « intrafamiliaux » (dans le cadre intrafamilial) est ainsi nettement plus importante (+14 %) que celle des autres coups et blessures volontaires (+4 %), ce qui était déjà le cas en 2018 mais dans une moindre mesure.



Champ : France métropolitaine.

Sources : SSMSI, bases des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie.

Graphique 5 : Coups et blessures volontaires enregistrés (sur personnes de 15 ans ou plus) et part des violences intrafamiliales, cumul annuel

Les femmes sont les plus exposées : 85 % des victimes de coups et blessures volontaires dans le cadre intrafamilial et 88 % des victimes dans le cadre conjugal sont des femmes. Les violences intrafamiliales touchent les femmes de tous âges. Cependant, l'essentiel de ces violences ayant lieu dans le cadre conjugal, elles sont davantage touchées aux âges où elles sont souvent en couple : entre 20 et 50 ans, 70 % des femmes victimes de coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus subissent ces violences de la part de leur conjoint. Les hommes sont moins souvent que les femmes victimes des violences intrafamiliales aux âges adultes : entre 30 et 40 ans, environ 1 homme sur 1 000 de ces âges est enregistré comme victime par la police ou la gendarmerie, alors que le taux est de 7 victimes sur 1 000 pour les femmes à âge égal.

Concernant les violences conjugales :

- concernant les caractéristiques des victimes : 72% étaient des femmes
- concernant les caractéristiques des violences : 75% des victimes avaient subi des violences uniquement physiques, 12% des violences uniquement sexuelles, et 12% des violences à la fois physiques et sexuelles.
- concernant les caractéristiques des auteurs de violence : dans 83 % des cas décrits, la victime vivait avec son conjoint au moment des faits et dans 71% des cas elle vivait sous le même toit que le conjoint violent ; 31% des victimes avaient consommé de la drogue ou de l'alcool au moment des faits.
- concernant les conséquences et le suivi des violences sur les victimes : 31% avaient reçu de l'aide ou un soutien et 43% en cas de violences répétées ; 15% avaient pu voir un médecin ; seuls 14% des victimes avaient porté plainte ; si l'on se concentre uniquement sur l'année 2018, 64 % des victimes de violences conjugales déclarent avoir subi des blessures physiques visibles (40 %) ou non visibles (24 %).

D'après les données des services de police et de gendarmerie en 2019 (88), au niveau France entière, 142 310 victimes de violences conjugales au sein du couple (dont 88 % de femmes soit 125 840) ont été enregistré, soit une hausse de 16 % par rapport à 2018 (après +10 % l'année précédente) (Tableau 7). Cette hausse conforte un possible effet positif du Grenelle des violences conjugales qui s'est déroulé du 3 septembre au 25 novembre 2019, lequel a pu inciter les victimes à davantage déposer plainte et favoriser un meilleur accueil par les services de sécurité. D'une part, les victimes sont potentiellement mieux sensibilisées du fait de ces campagnes d'information. D'autre part, des formations des personnels se sont développées en matière de prise en charge et d'accueil des victimes sur la thématique des violences faites aux femmes, allant jusqu'à des organisations locales spécifiques (référénts accueil, correspondants territoriaux prévention délinquance). Parmi ces victimes de violences conjugales, 4 400, essentiellement des femmes (4 320), ont porté plainte pour viol ou agression sexuelle par leur conjoint (3 % des victimes).

	Victimes Femmes	Victimes Hommes	TOTAL	Part des femmes parmi les victimes (en %)
Crimes (hors homicides)	3 730	80	3 810	98
Viols	3 700	70	3 770	98
Autres crimes sur partenaires	30	10	40	75
Délits	122 110	16 390	138 500	88
Agressions sexuelles	620	10	630	98
Violences volontaires, avec ou sans ITT (incapacité totale de travail)	90 480	12 920	103 400	88
dont ITT supérieure à 8 jours	4 060	380	4 440	91
dont ITT inférieure à 8 jours	41 300	4 930	46 230	89
dont sans ITT	45 120	7 610	52 730	86
Menaces de mort	14 340	1 470	15 810	91
Harcèlement et autres menaces	16 670	1 990	18 660	89
TOTAL	125 840	16 470	142 310	88

Champ : France entière, personnes âgées de 18 ans et plus.

Source : SSMSI, base des victimes de crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie nationales en 2019; traitements SSMSI.

Tableau 7 : Les victimes de violences commises par le partenaire enregistrées par les forces de sécurité en 2019

- Focus sur la crise liée au coronavirus en 2020 :

En 2020, les effets liés à la crise du coronavirus et au confinement imposé ont suscité une grande inquiétude de la part des pouvoirs publics. C'est pourquoi, il a été créé une Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Ces données ont été publiées juillet 2020 (89).

Le confinement lié à la crise du COVID-19 ont contraint les services publics ainsi que les associations à fonctionner principalement à distance (principalement via des permanences téléphoniques). Que ce soit dans le secteur associatif, social, médical et judiciaire, les démarches des victimes ont été complexifiées. Ces difficultés ont été exacerbées pour les personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité telles que les femmes en situation de handicap ou encore les femmes migrantes, ces dernières ne disposant pas toujours d'outils numériques ou ne maîtrisant pas la langue française. Le huit clos 24h/24 face au conjoint violent a renforcé l'isolement de la victime du fait de la rupture du contact social avec les personnes ressources - soit les amis, la famille, les collègues de travail - auprès desquelles la victime se confie en première intention. En effet, d'après l'enquête Virage réalisée en 2015 (85), 88 % des femmes ont parlé des violences conjugales en premier lieu à des membres de la famille (82,5 %) ou à des amis (75,8 %), mais aussi à des collègues (29,8 %). Cette rupture limite également le repérage des violences intrafamiliales par les tiers, notamment les services sociaux, les professionnels de l'Education nationale et ceux de la santé - particulièrement le médecin traitant ou les services hospitaliers. Les victimes se retrouvent seules face à leurs peurs : peur du conjoint violent, peur pour les enfants dont elles ont la charge le plus souvent à temps plein, peur de quitter le domicile, d'accomplir des démarches dont l'issue est incertaine ou d'être en infraction par rapport aux motifs des autorisations de sortie et enfin peur de contracter le virus. Les possibilités de demander de l'aide sont alors extrêmement réduites. Elles ne peuvent plus faire appel à la solidarité familiale, principale ressource des femmes pour s'éloigner du conjoint violent. Enfin, établir le lien de confiance avec l'association se révélera plus difficile pour la victime, particulièrement celles n'ayant jamais pris contact précédemment. Le silence imposé par la présence du conjoint, la fermeture de lieux d'accueil de jour ou des permanences associatives sont donc un frein pour trouver de l'aide et être orientées ou mises en sécurité.

Les victimes de violences intrafamiliales enregistrées au sein des coups et blessures volontaires sur personnes de 15 ans ou plus ont connu une baisse lors des deux premières semaines de confinement (-41%). A partir du 30 mars, le nombre de victimes a nettement progressé et a dépassé le niveau des années précédentes (+ 4% par rapport à la même période à l'année 2019). Cette hausse est certainement une des conséquences du confinement et de la cohabitation forcée des conjoints. Elle s'inscrit également dans la tendance constatée par le SSMSI depuis plusieurs mois (début 2020, le nombre de victimes enregistrées était déjà supérieur aux années précédentes) à la suite du Grenelle contre les violences conjugales dont l'un des premiers objectifs a été d'aider les victimes à briser le silence. Enfin, la communication massive autour des violences intrafamiliales et la mobilisation des forces de sécurité pendant cette période a pu encourager les victimes à déclarer les violences subies.

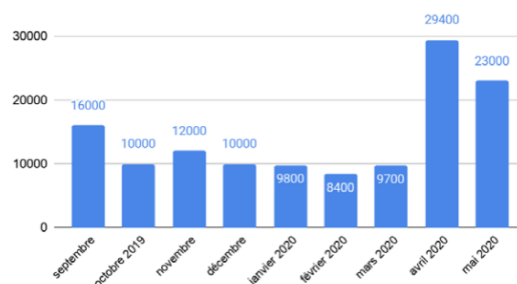
Concernant le recours aux soins des femmes victimes de violences au sein du couple : au cours du confinement, le recours aux soins, à l'hôpital et à la médecine de ville a globalement diminué. Le confinement a été associé à une baisse du nombre de passages pour les femmes majeurs pour sévices (-26% en 2020) dans les services d'urgences.

Les examens en Unités médico-judiciaires (UMJ) des femmes victimes de violences au sein du couple : le confinement n'a pas été identifié par ces unités comme déclencheur de violences. Les 8 UMJ indiquent que les victimes de violences au sein du couple ayant été accueillies dans leur service pendant le confinement étaient déjà victimes avant le confinement. Aucune variation d'intensité dans les violences n'a été remarquée par rapport aux périodes antérieures ou postérieures au confinement. La plupart des victimes avaient déjà porté plainte précédemment. Pour certaines il s'agissait d'une première plainte. Globalement l'activité des UMJ concernant les violences au sein du couple augmente chaque année depuis plusieurs années.

L'activité du réseau France Victimes : entre le 17 mars et le 12 mai 2020, le réseau a pris en charge 12 462 victimes de violences dans le cadre du couple contre 10 913 en 2019. En comparaison avec la même période par rapport à 2019, on constate une augmentation de 14 % du nombre de victimes de violences conjugales accueillies, dont une augmentation de 11% du nombre de victimes de violences conjugales sollicitant l'association pour la première fois (dites « nouvelles victimes »). Le réseau a comptabilisé 10 003 faits de violences conjugales (que les faits soient antérieurs ou contemporains avec la période), 959 révélations de faits de menaces, 754 faits de harcèlement, 415 viols ou agressions sexuelles dans le cadre de couple. Parmi les victimes de violences conjugales accompagnées, 65% avaient déposé plainte, contre 70% en 2019. Alors qu'au début du confinement, on relevait des statistiques d'orientations vers le réseau France Victimes identiques à une situation habituelle, la proportion des victimes ayant déposé plainte était en baisse à partir de la quatrième semaine de confinement. Par ailleurs, 45% des faits ont eu lieu avant le 17 mars, et 55% des faits ont lieu après. Si les victimes de violences conjugales ont principalement fait part d'une crainte et d'une tension dans les familles lors des premières semaines du confinement, il a été remarqué une nette augmentation des faits de violence après 4 semaines de confinement (c'est-à-dire à partir de la semaine du 13 avril). Enfin, s'agissant des types de violences déclarées, France Victimes a enregistré 82,4 % de violences physiques, 13,8 % de violences psychologiques et 3,9 % de violences sexuelles.

Le numéro d'écoute 3919 géré par la Fédération nationale Solidarité Femmes (FNSF) : créé en 1992 par la FNSF, la ligne d'écoute nationale pour les femmes victimes de violences conjugales est devenue le 3919 « Violences Femmes info » en 2007 et a été élargie à toutes les formes de violences en 2014. Anonyme, accessible, gratuit depuis un poste fixe ou mobile en métropole, comme dans les départements d'outre-mer, ce numéro national garantit une écoute, une information, et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. En 2019, le 3919 a comptabilisé environ 96 000 appels reçus, contre 66 824 en 2018 et 61 280 en 2017. Les sollicitations au 3919 ont bondi à partir de septembre, période à laquelle a débuté le Grenelle sur les violences conjugales (campagne du 3 septembre 2019, « 3.9.19 », visite du Président de la République

dans les locaux du 3919, annonces, etc.). La FNSF a reçu environ 10 000 appels par mois à partir de la fin d'année 2019, contre environ 4 000 - 5 000 appels en moyenne les années précédentes.



Champ : nombre d'appels au 3919 reçus de septembre 2019 à mai 2020

Source : FNSF - Analyse issue des fiches de données du 3919 - Données arrondies et provisoires

Précision méthodologique : la ligne était accessible du lundi au samedi de 9h à 19h. A partir du dimanche 19 avril et pour faire face à la demande croissante, la ligne a été accessible 7/7j.

Note de lecture : en septembre 2019, les écoutantes de la FNSF ont reçu environ 16 000 appels

Graphique 6 : Evolution du nombre d'appels reçus au 3919 de septembre 2019 à mai 2020

A partir de fin mars 2020 et particulièrement de mi-avril, le nombre d'appels reçus connaît une très forte hausse, preuve que le confinement a eu un effet sur les révélations de faits de violence. Les écoutantes de la FNSF ont en effet reçu 44 235 appels et en ont pris en charge 15 610 pendant toute la durée du confinement, entre le 16 mars et le 10 mai 2020. L'augmentation des appels perdure depuis le 11 mai

Le 114 : est à l'origine un numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes. A partir du 1er avril 2020, il a été élargi à toutes les victimes de violences conjugales ou intrafamiliales afin de leur permettre d'alerter discrètement la police, la gendarmerie, le SAMU ou les pompiers par S MS. Du 1er avril au 3 mai 2020, le 114 a traité 2 038 dossiers de Violences intrafamiliales (VIF), soit, en moyenne 62 dossiers VIF par jour.

Le 119 : est un numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être, a beaucoup été sollicité pendant cette période de confinement. Il était ouvert 7 jours sur 7 et joignable dans toute la France (métropole et DROM-TOM). Sur les 6 semaines de confinement, le nombre d'appels a été en hausse de 35% (par rapport à une journée moyenne), ce qui correspond à environ 37 000 appels. On recense notamment des violences psychologiques (30 % des cas), des violences physiques (20 %), des négligences envers l'enfant (16 %) et des violences au sein du couple (9 %). Sur la semaine du 13 au 19 avril, le nombre d'appels a atteint 14 531 contre 7 674 sur la même période en avril 2019 (+ 89,35%).

La ligne 0 800 05 95 95 du Collectif Féministe contre le Viol (CFCV) : il s'agit d'une permanence téléphonique qui propose une écoute et un soutien aux personnes ayant subi des violences sexuelles. Pendant le confinement, la ligne était ouverte du lundi au vendredi, de 10h à 19h. Entre le 20 mars et le 11 mai 2020, le CFCV a reçu 522 appels concernant des victimes de viols ou d'agressions sexuelles au sein du couple. Environ 17% des appels pris en charge évoquaient des violences conjugales. Les violences déclarées peuvent être sexuelles, physiques et/ou psychologiques. Les faits rapportés étaient en majorité récents, c'est-à-dire antérieurs à un an (dont certains commis ou ayant perduré pendant le confinement) ou pouvaient être anciens

car le confinement a pu faire ressurgir des angoisses. Pour les victimes qui n'étaient pas confinées avec leur agresseur, le confinement les a rassurées car l'agresseur ne pouvait pas les approcher. La fin du confinement a en revanche été appréhendée. Moins d'une victime sur cinq (18 %) a porté plainte au moment de l'appel.

La plateforme de signalement des violences sexuelles et sexistes (PVSS) : ce portail est animé 24H/24 et 7jrs/7 par des policiers et des gendarmes formés aux violences sexuelles et sexistes. Dès le début du confinement, l'activité de la plateforme de signalement arretonslesviolences.gouv.fr (PVSS) a connu une hausse. On observe en effet une nette augmentation des tchats reçus, particulièrement ceux qui concernent les violences conjugales et intrafamiliales. Les tchats dans leur ensemble ont en effet été multipliés par 4,4 et par 17,1 si l'on compare uniquement les faits de violences intrafamiliales (VIF) par rapport à la même période en 2019. En effet, la part des tchats pour VIF a représenté, pendant le confinement, plus de la moitié (51%) des tchats traités par les opérateurs de la plateforme contre 13,4% à la même période en 2019. Enfin, 249 interventions des Forces de sécurité intérieure (FSI) ont été déclenchées pour des violences conjugales.

La ligne 116 006 de la Fédération France Victimes (FV) : il s'agit d'un numéro gratuit permettant à toute personne qui s'estime victime d'une infraction d'être aidée par un professionnel à travers une écoute, un accompagnement (notamment judiciaire) et une orientation vers les associations locales d'aide aux victimes de la fédération France Victimes. Entre le 17 mars et le 12 mai, les écoutants ont pris en charge plus de 4 000 sollicitations (dont 544 reçues par mails), soit 66 par jour en moyenne sur la période (+9% par rapport à 2019). En moyenne, les appels pour des faits de violences conjugales ont représenté 25 % de l'ensemble des appels (elle s'élevait à 19% avant le confinement), notamment parce que les autres contentieux étaient à l'arrêt pendant cette période.

La création de points éphémères dans les centres commerciaux : des permanences ont été mises en place dans des centres commerciaux grâce au partenariat entre l'Etat, les associations et les grandes enseignes. Ces points d'accueil ont ensuite été généralisés à l'ensemble du territoire. Grâce à ce dispositif, 412 femmes, 52 hommes et 33 enfants ont pu être accompagnés.

Un deuxième confinement a eu lieu en France fin 2020. Selon Marlène Schiappa (Ministre déléguée auprès du ministre de l'Intérieur, chargée de la Citoyenneté) le samedi 9 janvier 2021, le site de signalement des violences sexuelles et sexistes du ministère de l'intérieur a : « enregistré une hausse de 60% des appels de victimes pendant le reconfinement par rapport à la normale. Même si [le deuxième confinement] a été moins rigoureux que le premier, on constate paradoxalement qu'il a enregistré plus de signalements. ». « Cette hausse était de 40% au printemps dernier lors du premier confinement », a rappelé Marlène Schiappa. La ministre explique cette différence par "la crise économique et sociale qui se profile" et "un niveau de tension extrêmement fort depuis cet automne avec moins de soupapes de décompression pour les gens qui devaient rester chez eux".

Concernant les viols et tentatives de viols :

- concernant les caractéristiques des victimes : 84% étaient des femmes.
- concernant les caractéristiques des violences : 69% des victimes ont subi des viols et rapports sexuels forcés et 31% des tentatives de viol.
- concernant les caractéristiques des auteurs de violence : le plus fréquemment il n'y avait qu'un seul auteur (91% des cas) ; la victime connaissait dans 75% des cas de vue ou personnellement l'auteur et dans 43% des cas il s'agissait du conjoint ou de l'ex-conjoint ; aussi 43% des auteurs avaient consommé de l'alcool ou de la drogue au moment des faits.
- concernant les conséquences et le suivi des violences sur les victimes : 53% avaient reçu un soutien ; 34% avaient pu voir un médecin ; concernant les dépôts de plainte le chiffre était là encore très faible avec seulement 17% des cas.

D'après les données du Baromètre santé 2016 (90), 18,9 % des femmes et 5,4 % des hommes de 18-69 ans déclarent avoir déjà été confrontés à des rapports forcés ou à des tentatives de rapports forcés (Tableau 8).

TABLEAU V | Proportion de personnes ayant connu des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de la vie selon le sexe et l'âge (%)

Âge au moment de l'enquête (ans)	Rapports forcés		Tentatives de rapports forcés	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
15-17	4,0	0,0	4,0	1,0
18-19	5,1	3,0	9,3	2,4
20-24	7,4	2,3	11,3	2,7
25-34	12,3	2,2	8,7	3,8
35-39	11,5	2,7	10,2	5,2
40-49	13,0	3,0	7,3	3,6
50-59	11,6	1,4	9,2	3,0
60-69	7,5	1,2	5,3	2,3
70-75	5,4	0,3	3,5	3,1
TOTAL 15-75 ANS (N femmes = 8 322 ; N hommes = 6 894)				
	10,1	2,0	7,8	3,2
TOTAL 18-69 ANS 2016 (N femmes = 7 562 ; N hommes = 6 320)				
	10,6	2,1	8,3	3,3
TOTAL 18-69 ANS 2006 (N femmes = 5 762 ; N hommes = 4 641)				
	9,1	3,0	6,8	1,5

Sources : Enquête CSF 2006, Inserm/Ined; Baromètre santé 2016, Santé publique France

Tableau 8 : Proportion de personnes ayant connu des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de la vie selon le sexe et l'âge (%)

majoritairement avant 18 ans (dans 47,4 % des cas pour les femmes et 60,2 % chez les hommes). Ces violences avant l'âge adulte sont perpétrées le plus souvent par une personne de l'entourage (30,8 % des cas pour les femmes, 35,0 % pour les hommes), un membre de la famille (28,2 % et 20,6 %) ou par un inconnu (15,6 % et 26,2 %). Vécues à l'âge adulte, elles sont le plus souvent le fait d'une (ex-)conjointe pour les femmes (52,4 %) et d'une inconnue pour les hommes (33,8 %).

Les données recueillies ne permettent pas de savoir si la définition des rapports contraints est la même pour les femmes et les hommes. Rappelons que ces chiffres fournissent des estimations a minima du phénomène, tant il est difficile pour certaines personnes d'en faire état dans le cadre d'une enquête. Comme dans les enquêtes précédentes, les personnes qui ont eu des partenaires du même sexe déclarent beaucoup plus de rapports forcés ou de tentatives de rapports forcés que celles qui n'ont eu que des partenaires de l'autre sexe. C'est le cas de 49,3 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels dans leur vie (contre 17,1 % des femmes hétérosexuelles) et de 25,5 % des hommes qui ont eu des rapports homosexuels (contre 4,6 % des hommes hétérosexuels). La première expérience de ces violences survient

3.2 Les violences sur mineurs

La HAS dans son rapport d'octobre 2014 (39) a rapporté que les faits constatés de violences, les mauvais traitements et abandons d'enfants enregistrés par les services de police ou les unités de gendarmerie en France métropolitaine en 2011 s'élevaient à 17 889, alors que le nombre de violences sexuelles sur mineurs s'élevaient à 13 470. Cependant, elle estime que les statistiques officielles de maltraitance infantile indiquent une fréquence dix fois plus faible que la réalité. Chaque année : 10% des enfants seraient victimes de négligence ou de violence psychologique, 5 à 35 % des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères ; 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles (23).

D'après l'enquête CSF de 2006, concernant les viols et tentatives de viols : les grandes enquêtes de victimation montrent qu'une femme sur 6 et 1 homme sur 20 ont subi au moins un viol ou une tentative de viol dans leur vie ; dans 59% des cas pour les femmes et 67% des cas pour les hommes, ces premiers rapports forcés ou tentatives de rapports forcés avaient eu lieu avant l'âge de 18 ans. Des données statistiques similaires ont été rapportées de la permanence téléphonique nationale « Viols-Femmes-Informations » (62% de viols ou tentatives de viols sur mineurs en 2007 et 50,7% en 2011). De plus, l'étude de la sociologue Véronique Le Goaziou, conduite à partir de 425 dossiers de viols jugés en cour d'assises en 2011, révèle que deux tiers des victimes étaient mineurs au moment des faits et qu'un tiers d'entre elles avaient alors moins de 10 ans. Enfin, l'enquête VIRAGE de 2016 montrait que pour les femmes 54% des viols ont eu lieu avant 18 ans et 74% pour les hommes. Si l'on synthétise toutes ces données, **on estime qu'environ deux tiers des victimes de viols et tentatives de viols étaient mineurs au moment des faits**. Si l'on tente de croiser ces données avec celles de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, on obtient donc les chiffres suivants : **environ 123 756 filles et 32 485 garçons de moins de 18 ans seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol chaque année**.

Concernant l'inceste, selon l'enquête "Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte" réalisé en 2015 (91) : 6% (soit 4 millions) des Français en 2015 déclaraient avoir été victimes d'inceste. Les enfants et plus particulièrement les filles sont les principales victimes, en effet pour les 1214 victimes qui y ont participé à l'enquête, 81% des violences sexuelles ont commencé avant 18 ans, 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans.

4. Epidémiologie de la violence en France hors métropole



L'enquête Violences et rapports de genre (Virage) dans les départements et régions d'outre-mer français a été réalisée par l'Ined en 2018 (92) et à l'instar de l'enquête Virage réalisée dans l'hexagone en 2015, l'objectif central de cette enquête est de mesurer, pour les femmes comme pour les hommes, les faits de violences verbales, psychologiques, physiques et sexuelles.

Concernant les coups et blessures volontaires dont l'auteur n'est pas de la même famille que la victime, le nombre de violences pour 1 000 habitants est nettement plus élevé (3,4‰) dans les grands territoires ultramarins qu'en métropole (1,9‰), à l'exception de la Polynésie française (2,2‰) et la Réunion (2,5‰) qui se situent à un niveau à peine supérieur. En Guyane, en Guadeloupe, à Mayotte et en Nouvelle Calédonie, le nombre de victimes pour 1 000 habitants est même au moins deux fois supérieur à celui constaté en métropole.

Dans tous les Outre-mer hormis à Mayotte, les violences intrafamiliales sont particulièrement fréquentes et le nombre de victimes rapporté à la population (3‰) est quasiment deux fois plus élevé qu'en métropole (1,7‰) .

En métropole, les forces de sécurité ont enregistré 0,8 victime de violences sexuelles (viols, tentatives de viols, harcèlements et attouchements sexuels) pour 1 000 habitants en 2019. Ce taux est beaucoup plus élevé en Guyane (1,7) qui enregistre par ailleurs une forte hausse. L'écart est un peu moins important dans les autres DOM qui affichent généralement un niveau supérieur à la métropole.

Le nombre d'homicides est également beaucoup plus élevé qu'en métropole : en moyenne sur 3 ans (2017-2019), on déplore en métropole 1.3 victime pour 100 000 habitants. Ce ratio est de 3.2 en Polynésie, 4.6 à Mayotte, 5.1 en Martinique, 5.7 en Nouvelle Calédonie, 7.2 à la Guadeloupe, et 10.5 en Guyane. En revanche, la Réunion se situe proche de la moyenne métropolitaine avec un ratio de 2.0 victimes pour 100 000 habitants.

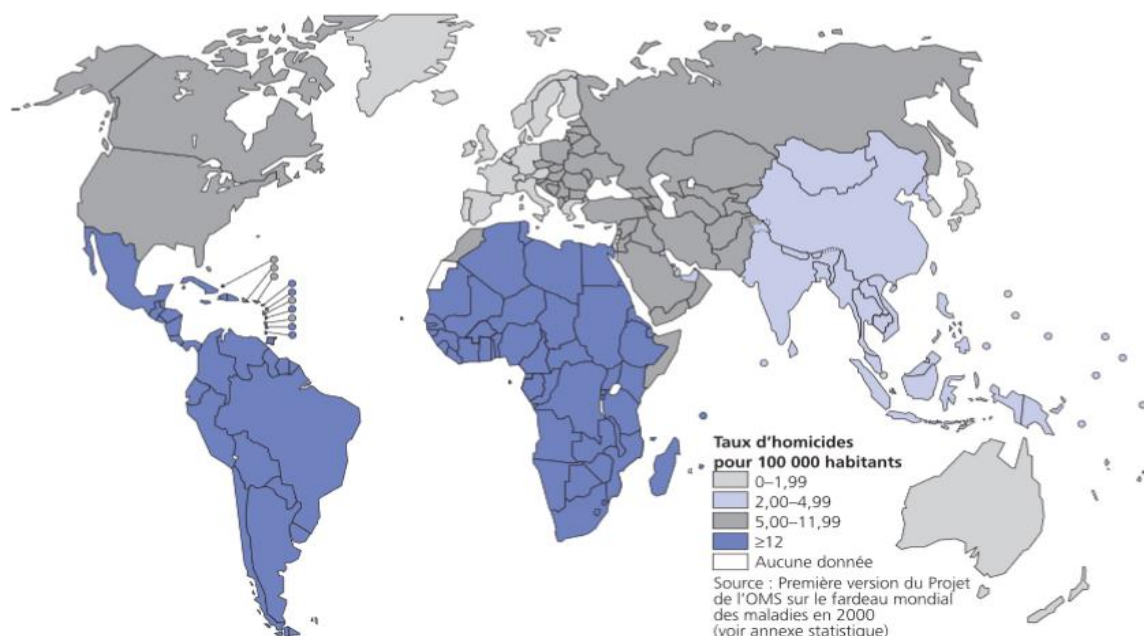
5. Epidémiologie de la violence dans le monde

5.1 La violence en général

D'après l'OMS en 2002 (13), 22,4% des adultes avaient subi des violences physiques dans l'enfance, 36,3% des violences psychologiques, 16,3% des négligences graves. Concernant les violences sexuelles elles concernaient 18% des femmes et 7,6% des hommes.

Selon l'OMS (13), les modalités de la violence interpersonnelle diffèrent beaucoup selon les régions du monde : alors que la maltraitance des enfants et des personnes âgées et la violence entre partenaires sont des problèmes dans tous les pays, on note des taux extrêmement élevés de violence parmi les jeunes en Afrique et en Amérique latine par rapport à d'autres régions. Certaines formes de violence sexuelle, comme le mariage d'enfants et la traite d'enfants, sont plus évidentes en Afrique et en Asie du Sud qu'ailleurs.

Les jeunes et la violence (Fig.2) : la violence parmi les jeunes (c'est-à-dire les individus âgés de 10 à 29 ans) comprend toute une série de comportements agressifs depuis les brimades et les coups jusqu'aux formes plus graves d'agression ainsi que les homicides. Dans tous les pays, ce sont les hommes jeunes qui sont à la fois les principaux auteurs et les principales victimes d'homicides. En 2000, on estime que la violence entre jeunes a fait parmi eux 199 000 morts, soit un taux mondial de 9,2 pour 100 000. A l'exception notable des Etats-Unis, la plupart des pays où les taux d'homicide parmi les jeunes sont supérieurs à 10 pour 100 000 sont des pays en développement ou des pays pris dans l'engrenage du changement économique et social.



^a Les taux ont été calculés par Région de l'OMS et niveau de revenu national puis regroupés par fourchettes.

Figure 2 : Taux estimatif d'homicide parmi les jeunes de 10 à 29 ans en 2000

Pour un jeune mort des suites d'un acte de violence, on estime qu'entre 20 et 40 sont blessés et doivent être hospitalisés. Dans certains pays, dont Israël, la Nouvelle-Zélande et le Nicaragua, la proportion est encore plus élevée. Parmi les jeunes qui manifestent un comportement violent et délinquant, l'alcool, la drogue ou les armes à feu renforcent la probabilité que traumatismes ou décès soient associés à la violence. Les facteurs qui contribuent à la violence des jeunes recouvrent tous les niveaux du modèle écologique. Un comportement violent ou délinquant avant l'âge de 13 ans est un facteur individuel significatif, de même que l'impulsivité ou l'agressivité démontrée ou prônée, les mauvais résultats scolaires. Le fait d'être témoin d'actes de violence au foyer ou de recevoir de durs châtiments corporels, l'absence de surveillance ou de contrôle parental et la fréquentation de jeunes délinquants constituent d'importants facteurs relationnels. Les recherches sur d'autres facteurs dans la communauté et dans la société montrent que les jeunes vivant dans des quartiers et des communautés très touchés par la criminalité et la pauvreté sont plus exposés au risque de violence. En outre, la violence parmi les jeunes augmente en période de conflit armé et de répression, de même que lorsque toute la société est prise dans l'engrenage du changement social et politique. Des actes de violence parmi les jeunes sont également plus fréquents dans les pays où les politiques de protection sociale laissent à désirer, où les inégalités de revenus sont très marquées et où prévaut une culture de la violence.

Dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés, les femmes maltraitées par leur partenaire parlent probablement plus de leur problème à leurs amies ou à leur famille qu'à la police et beaucoup n'en parlent à personne (Tableau 9).

Pays ou zone	Echantillon (M)	Proportion de femmes victimes de violences physiques qui :			
		N'ont jamais rien dit à personne (%)	Ont pris contact avec la police (%)	En ont parlé à des amies (%)	En ont parlé à la famille (%)
Australie ^a	6 300	18	19	58	53
Bangladesh	10 368	68	—	—	30
Canada	12 300	22	26	45	44
Cambodge	1 374	34	1	33	22
Chili	1 000	30	16	14	32 ^b /21 ^c
Egypte	7 121	47	—	3	44
Irlande	679	—	20	50	37
Nicaragua	8 507	37	17	28	34
République de Moldova	4 790	—	6	30	31
Royaume-Uni	430	38	22	46	31

Tableau 9 : Proportion de femmes victimes de violences physiques qui ont demandé de l'aide auprès de différents services, choix d'études dans la population

5.2 Les violences entre partenaires (ou violences conjugales)

Les taux de prévalence des violences conjugales varient selon les continents (Fig.3) :

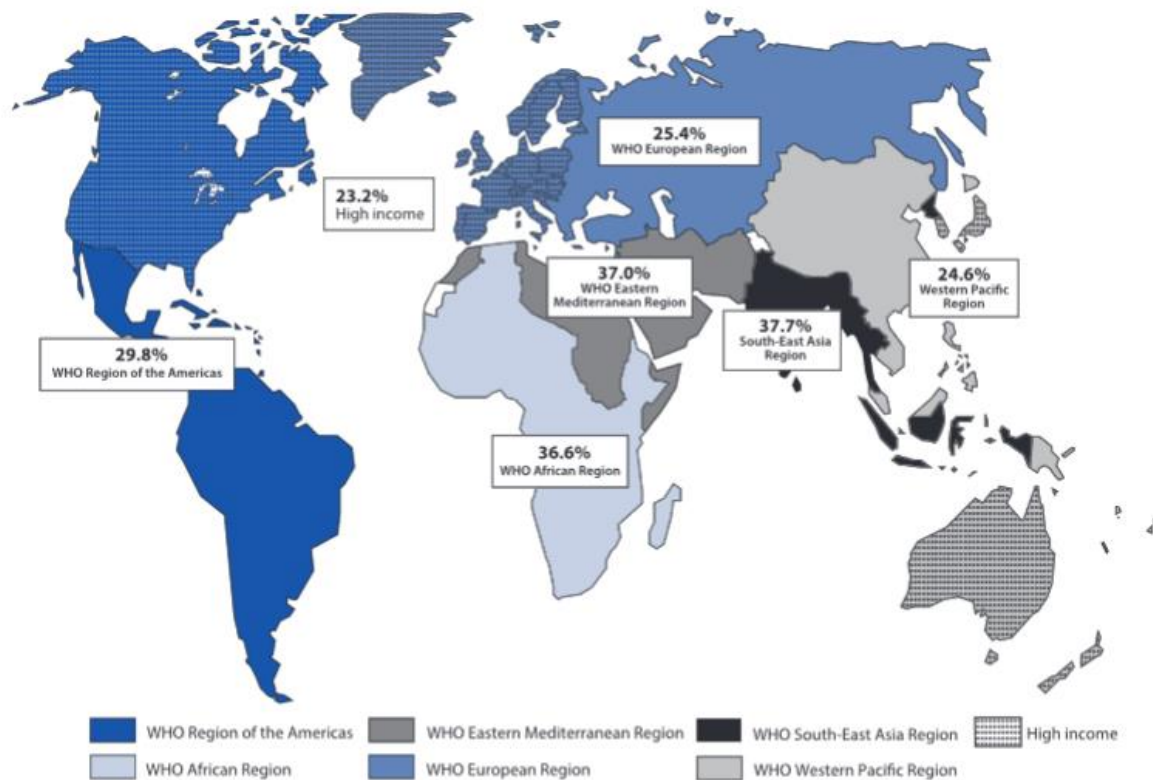


Figure 3 : Carte mondiale montrant les taux régionaux de prévalence de violence (physique et sexuelle) entre partenaires intimes par région (source : OMS 2010)

5.3 Les violences sexuelles

D'après les données disponibles de l'OMS en 2010 (93), il a été estimé la prévalence mondiale et régionale des violences sexuelles non liées au partenaire par région, sur la base des données de 56 pays et deux territoires. Globalement, 7,2% (IC 95% = 5,3% à 9,1%) des femmes ont déclaré avoir déjà subi des violences sexuelles non liées à leur partenaire. Il y avait des variations entre les régions de l'OMS : la prévalence la plus élevée a été signalée dans la région à revenu élevé (12,6%; IC à 95% = 8,9% à 16,2%) et dans la Région africaine (11,9%; IC à 95% = 8,5% à 15,3%), alors que la prévalence la plus faible a été trouvée pour la région de l'Asie du Sud-Est (4,9%; IC à 95% = 0,9% à 8,9%). Ces différences entre les régions peuvent survenir pour de nombreuses raisons et doivent être interprétées avec prudence, d'autant plus que la plupart des estimations régionales ont de larges intervalles de confiance. Outre les différences réelles dans la prévalence de la violence sexuelle non liée au partenaire, les chiffres sont susceptibles de faire l'objet de différents degrés de sous-déclaration par région.

Pour les Etats-Unis, les données les plus récentes sont issues de l'Enquête nationale sur les partenaires intimes et la violence sexuelle (NISVS) (94). Il s'agit d'une enquête menée depuis 2010, permanente et représentative à l'échelle nationale qui évalue la violence sexuelle, le harcèlement criminel et la victimisation de la violence conjugale chez les femmes et les hommes adultes. D'après cette enquête, en 2015, 43,6% des femmes (près de 52,2 millions) avaient connu une des formes de violence sexuelle (viol, pénétration d'un partenaire contre sa volonté, la coercition sexuelle et/ou contact sexuel) au cours de leur vie dont 4,7% au cours des 12 mois précédant l'enquête. Concernant uniquement les viols et tentatives de viol, on estimait qu'une femme sur 5 (21,3% ou une estimation de 25,5 millions) avait au cours de sa vie été victime. Au cours des 12 mois précédant le sondage, 1,2% des femmes (environ 1,5 million) avaient déclaré un viol ou une tentative de viol. L'âge de moyen de cette forme de violence était très jeune puisque 81,3% (soit 20,8 millions) signalaient que la première expérience avait eu lieu avant 25ans, 43,2% avant l'âge de 18 ans dont 30,5% entre 11 et 17 ans et 12,7% avant 10 ans. Concernant les autres types de violences, au cours de leur vie, elles étaient 1,2% (soit près de 1,4 million) à avoir été contraintes de pénétrer une autre personne, 16% (soit 19,2 millions de femmes) avaient subi une forme de coercition sexuelle et enfin 37% (soit 44,3 millions de femmes) avaient rapporté au moins un contact sexuel indésirable. Concernant le harcèlement (y compris les menaces), elles étaient 16% (soit 19,1 millions) à en avoir été victimes au cours de leur vie et 3,7% (soit 4,5 millions) au cours des 12 dernier mois.

5.4 Les violences sur mineurs

L'OMS a estimé en 2002 (13) que dans le monde, environ 20 % des femmes et entre 5 et 10 % des hommes ont subi des sévices sexuels dans l'enfance. On estime qu'un milliard d'enfants de 2 à 17 ans auraient subi des violences physiques, sexuelles, émotionnelles ou des négligences au cours de l'année écoulée, soit plus de la moitié de la population mondiale de cet âge.

Bien qu'il y ait extrêmement peu de données fiables, on estime à 57 000 le nombre de décès d'enfants de moins de 15 ans par homicide survenu dans le monde en 2000. Les très jeunes enfants sont les plus exposés : les taux d'homicide parmi les enfants de 0 à 4 ans sont plus de deux fois plus élevés que parmi les enfants de 5 à 14 ans (5,2 pour 100 000 contre 2,1 pour 100 000). Les traumatismes crâniens sont la principale cause de décès, suivis par les traumatismes abdominaux et l'étouffement provoqué.

On manque également de données fiables sur les sévices n'entraînant pas la mort, mais des études faites dans divers pays donnent à penser que des enfants de moins de 15 ans sont souvent victimes de violences ou de manque de soins en raison desquels des soins médicaux et l'intervention des services sociaux sont nécessaires.

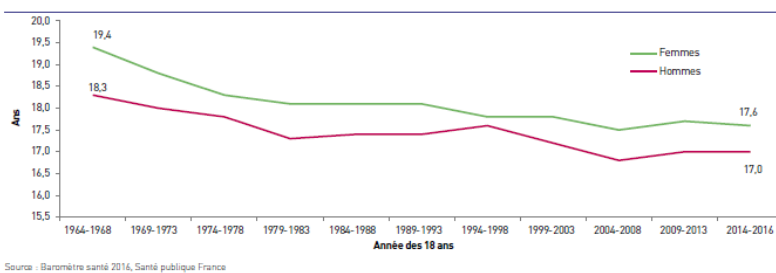
Dans son rapport de 2014 intitulé « Hidden in plain sight » (95), l'Unicef (United Nations Children's Fund) indique que 120 millions de filles, soit 1 sur 10, ont subi des rapports sexuels forcés ou d'autres actes sexuels forcés à un moment de leur vie.

Si l'on prend en exemple les Etats-Unis, les données les plus récentes date d'une enquête réalisé en 2010 et 2012 sur les violences sexuelles (96) :

- environ 10% des victimes avaient entre 0 et 3 ans au moment des violences, 28,4% entre 4 et 7 ans, 25,5% entre 8 et 11 ans et 35,9% au-dessus de 12 ans.
- environ 7,0% (soit 8,5 millions) de femmes avaient déclaré avoir été victime d'un viol pour la première fois avant 18 ans. Parmi les victimes, 41,3% avaient au moment des faits moins de 17 ans, 30,1% entre 11 et 17 ans et 11,2% moins de 10 ans.
- environ 1,3% (soit 1,5 millions) d'hommes avaient déclaré avoir été contraints de pénétrer une autre personne avant 18 ans.

6. Epidémiologie de la santé sexuelle en France

D'après les données de Santé Publique France publiées en 2016 (90), en France, l'âge moyen des premiers rapports sexuels (Graphique 7) est de 17,6 ans pour les filles et 17,0 ans pour les garçons, sans différence notable selon le milieu social.



Graphique 7 : Evolution de l'âge médian au premier rapport sexuel en France selon l'année des 18 ans depuis 1964

	Femmes	Hommes
Premier rapport avant 15 ans	6,9	16,5
Partenaire de même sexe	1,0	3,2
Souhait du premier rapport		
À ce moment-là	87,6	92,8
Accepté mais pas vraiment souhaité	10,7	6,9
Forcé.e de le faire	1,7	0,3
Partenaire vierge	35,7	50,2
Premier.e partenaire plus âgé.e d'au moins 2 ans	49,6	19,2
Motif principal ¹		
Amour/tendresse	53,6	25,9
Faire plaisir au partenaire	2,8	1,6
Désir	25,8	47,0
Curiosité	9,9	11,9
Pour faire comme les copains	1,3	1,8
Franchir une étape	5,8	11,0
Par défi/provocation	0,8	0,8
Contraception/prévention ²		
Préservatif	53,7	65,9
Préservatif + pilule	32,6	20,1
Pilule	4,3	3,4
Autres	1,1	1,3
Rien	8,3	9,3

Tableau 10 : Caractéristiques du premier rapport sexuel chez les personnes de 18-29 ans en 2016 (%)

Les jeunes filles s'initient ainsi plus souvent avec un partenaire plus âgé d'au moins deux ans (la moitié d'entre elles contre un cinquième des hommes) et qui a déjà eu des rapports sexuels. Elles sont également moins nombreuses que les hommes à débiter leur vie sexuelle avant 15 ans (6,9 % vs 16,5 %).

La grande majorité des personnes interrogées déclarent avoir souhaité ce premier rapport « à ce moment-là ». Néanmoins, les femmes sont un peu moins nombreuses que les hommes dans ce cas (87,6 % contre 92,8 %). Concomitamment, elles rapportent plus souvent avoir cédé aux attentes de leur partenaire (10,7 % contre 6,9 %), voire avoir été forcées à avoir ce rapport (1,7 % contre 0,3 %).

Les raisons qui ont présidé à la survenue de cet événement sont les mêmes qu'il y a dix ans et renvoient à la prééminence du registre affectif pour les femmes et de celui du désir pour les hommes. Ainsi, alors que 53,6 % des femmes évoquent que l'amour ou la tendresse sont à l'origine de leur souhait de ce premier rapport, seuls 25,9 % des hommes placent ces enjeux comme les plus déterminants. Les garçons évoquent avant tout le désir sexuel (47,0 % contre 25,8 % de leurs homologues féminines).

Ces premiers rapports sont protégés dans la grande majorité des situations (85%). Néanmoins l'usage est moindre parmi les femmes qui ont eu leur premier rapport après 19 ans (70,3 %) et parmi les hommes l'ayant eu avant 15 ans (76,0 %). Plus d'une femme sur trois (36,9 %) déclare avoir utilisé la pilule au moment de ce premier rapport alors que seul un homme sur quatre (23,5 %) déclare que sa partenaire l'utilisait. Que ce soit à l'entrée dans la sexualité ou dans la suite des parcours de vie, les expériences des femmes et des hommes s'inscrivent dans une sexualité très majoritairement hétérosexuelle.

7. Utilisation de la contraception

La contraception a 2 buts principaux :

- La prévention des grossesses peut être réalisée par différentes méthodes contraceptives y compris les préservatifs. Ces méthodes contraceptives, hormis le préservatif masculin, sont utilisées par les femmes à condition bien sûr qu'il n'y ait pas de coercition.
- La prévention des IST : ici la seule méthode efficace repose sur le préservatif masculin (le plus fréquemment utilisé) et le préservatif féminin (moins communément utilisé). C'est pourquoi, la coopération d'un partenaire sexuel masculin est indispensable. Madame Anke Ehrardt, directrice d'un projet de recherche sur le SIDA au New York State Psychiatric Clinic, a ainsi observé que : *« nous avons non seulement ignoré le fait que les femmes ne contrôlent pas l'utilisation du préservatif, mais nous nous sommes également précipités dans la prévention des efforts visant à amener les femmes à insister sur l'utilisation du préservatif sans tenir compte du fait qu'ils peuvent entraîner de graves répercussions, telles que violence et autres menaces graves à leur soutien économique et social. Mais les femmes ont désespérément besoin d'une nouvelle option pour se protéger eux-mêmes contre les maladies sexuellement transmissibles. »*.

8. Épidémiologie de la contraception en France

Depuis la légalisation de la contraception en 1967, le paysage contraceptif n'a cessé d'évoluer en France. Cette évolution s'est traduite par la diversification progressive des méthodes contraceptives avec l'arrivée de nouvelles méthodes hormonales (implant, anneau et patch) dans les années 2000 et de la contraception définitive autorisée à partir de 2001. Dans le même temps, la législation a été renforcée, permettant le remboursement de certains contraceptifs et un meilleur accès à la contraception (y compris d'urgence) et à l'avortement pour les mineurs avec la loi Aubry du 4 juillet 2001. Malgré ces évolutions, le schéma contraceptif est longtemps resté figé : utilisation du préservatif au moment de l'entrée dans la sexualité, adoption de la pilule au moment de la mise en couple, jusqu'à son remplacement par le DIU chez les femmes ayant des enfants. Les autres méthodes médicalisées comme l'anneau, l'implant ou la contraception définitive restaient utilisées par moins d'une femme sur dix. En 2012, la plainte déposée par une jeune femme contre un laboratoire pharmaceutique en raison d'un accident thrombo-embolique veineux survenu alors qu'elle utilisait une pilule oestroprogestative de troisième génération a suscité un débat médiatique intense sur la sécurité des contraceptifs. Les risques associés aux méthodes de contraception médicalisées ont alors été mis en avant. Cette « crise de la pilule » a entraîné une modification dans les conditions d'accès à certains composés avec le déremboursement des pilules de 3e et 4e génération en mars 2013. Immédiatement après le débat, une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers le DIU et le préservatif ont été constatés. Une légère augmentation du recours à l'IVG a été constatée en 2013, suivie depuis par une tendance à la baisse.

Le débat médiatique de fin 2012 – début 2013 sur les pilules n'a pas entraîné de désaffection vis-à-vis de la contraception mais les méthodes utilisées pour éviter une grossesse ont cependant évolué comme le rapporte l'étude Fécond de 2013 avec ses principaux résultats publié par Nathalie Bajos en mai 2014 (97). En voici les principaux chiffres : près d'une femme sur cinq déclare avoir changé de méthode depuis le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules. Le recours à la pilule a baissé, passant de 50 % à 41 % entre 2010 et 2013. Elle concerne de manière quasi exclusive les pilules incriminées dans le débat, celles dites de 3e et 4e génération, qui représentaient en 2013 10 % des méthodes contraceptives utilisées, contre 19 % en 2010. En d'autres termes, alors que 40 % des pilules utilisées en 2010 étaient de 3e ou 4e génération (45 % de 2e génération et 15 % des pilules progestatives), cette proportion est passée à 25 % en 2013 (59 % pour celles de 2e génération et 16 % pour les pilules progestatives). Néanmoins le débat semble bel et bien avoir provoqué une désaffection à l'égard de la méthode elle-même, les transferts vers des pilules de 2e génération ayant été de très faible ampleur (22 % d'utilisatrices de 2e génération en 2010 et 23 % en 2013). La baisse du recours à la pilule a concerné les femmes de tous âges mais elle est particulièrement marquée chez les moins de 30 ans. Chez les femmes de 15-19 ans, la baisse de 20 points du recours aux pilules de 3e et 4e génération est compensée en partie par un recours accru aux pilules de 2e génération (+ 13 points). Ce report est beaucoup moins marqué chez les femmes de 25-29 ans, qui ont opté pour le stérilet, méthode qui leur était peu souvent proposée avant le débat, et vers le préservatif. Les femmes ont ainsi adopté d'autres méthodes de

contraception, notamment le stérilet (ou dispositif intra-utérin DIU) (+ 1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) et d'autres méthodes comme les dates (rapports en dehors des périodes de fécondabilité) ou le retrait (+ 3,4 points).

En 2016, l'enquête Baromètre santé 2016 (90) a tenté de déterminer si ces modifications s'étaient maintenues dans le temps à distance du débat.

En 2016, la pilule restait la méthode la plus utilisée : 36,5% des femmes de 15 à 49 ans l'utilisaient (Diagramme 1).

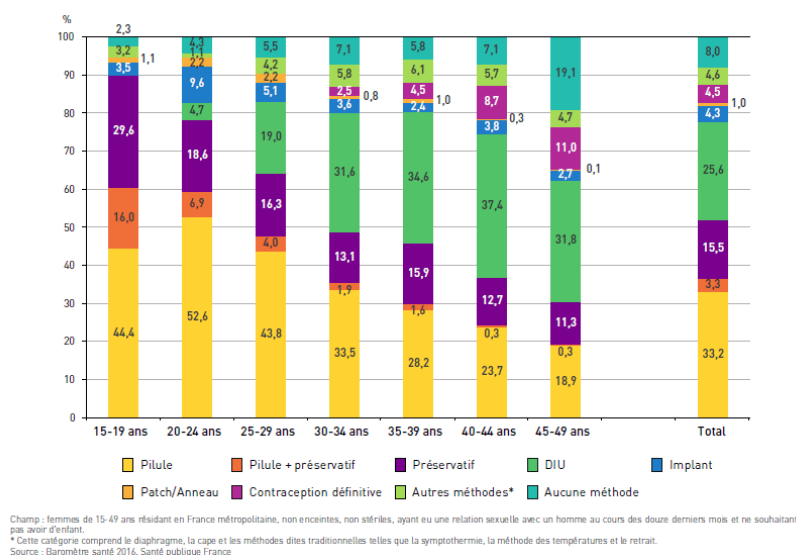


Diagramme 1 : Utilisation de la contraception par les femmes de 15 à 49 ans en France métropolitaine

Parmi les femmes concernées par la contraception, 8,0 % déclarent ne pas utiliser de moyen pour éviter une grossesse. Ce pourcentage varie fortement avec l'âge passant de 2,3 % parmi les moins de 20 ans à 19,1 % parmi les 45-49 ans. Ce chiffre est stable par rapport à 2013. Plus de sept femmes sur dix (71,8 %) recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (pilule, DIU, implant, patch, anneau, injection, stérilisation tubaire, vasectomie du conjoint). La pilule reste la méthode la plus utilisée (36,5 %). Sa fréquence maximale d'utilisation est enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %). Son utilisation diminue par la suite pour concerner moins de la moitié (47,8 %) des 25-29 ans et plus qu'un tiers (35,4 %) des 30-34 ans. Le DIU, qui apparaît chez les femmes de 20-24 ans (4,7 %), remplace peu à peu la pilule. Son utilisation augmente ensuite avec l'âge pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule (31,6 %) chez les femmes de 30-34 ans. Il devient le premier contraceptif utilisé à partir de 35 ans (34,6 % chez les 34-39 ans). Il reste plus souvent utilisé par des femmes ayant déjà des enfants. Parmi les 25-29 ans, seules 7,6 % des femmes nullipares utilisent un DIU alors qu'elles sont 31,8 % chez les femmes qui ont des enfants. Cette tendance se retrouve dans toutes les tranches d'âge. Parmi les autres méthodes hormonales, c'est l'implant qui s'est le plus diffusé : 4,3 % des femmes déclarent l'utiliser. Ce pourcentage est plus important chez les 20-24 ans (9,6 %). Dans cette tranche d'âge, il est le troisième contraceptif utilisé après la pilule et le préservatif. Comme pour le DIU, on observe un effet parité, l'implant étant davantage proposé aux femmes ayant déjà eu des enfants (24,1 % vs 7,4 % pour les nullipares). Comme attendu, la contraception définitive augmente avec l'âge et concerne majoritairement les femmes de 40 ans et plus (8,7 % des 40-44 ans et

11,0 % des 45-49 ans). Le recours à une méthode liée à l'acte sexuel (préservatif, méthodes locales ou naturelles) concerne 20,1 % des femmes de 15-49 ans, le préservatif représentant 77,1 % de cette catégorie. L'usage du préservatif comme moyen de contraception dépend avant tout de l'âge. C'est le moyen le plus utilisé par les 15-19 ans (45,6 %) parfois en association avec la pilule (dans 16,0 % des cas). La proportion de femmes y ayant recours décline au fil de l'âge mais il reste utilisé par plus de 10 % d'entre elles après 40 ans. Enfin, les méthodes traditionnelles sont utilisées par une minorité de femmes (4,6 %), principalement après 25 ans, indépendamment du fait d'avoir déjà eu des enfants ou non.

La baisse du recours à la pilule constatée chez les femmes de 15-49 ans en 2013 à la suite de la « crise de la pilule » s'est poursuivie en 2016, avec une diminution significative de 3,1 points entre 2013 et 2016. Depuis 2010, les reports s'effectuent vers le DIU (+ 6,9 points), le préservatif (+ 4,7 points) et l'implant (+ 1,9 points). Ces résultats globaux cachent cependant des tendances très différentes selon l'âge des femmes :

- Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif n'a pas évolué : la pilule reste le premier mode de contraception utilisé avec le préservatif. La désaffection de la pilule n'a pas touché cette tranche pour laquelle on ne note pas, depuis 2010, de diminution d'utilisation ni de variation significative dans l'utilisation des autres méthodes, excepté une hausse de l'implant entre 2010 et 2013.

- Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016, qu'elle soit utilisée seule ou en combinaison avec le préservatif. Le taux d'utilisation du DIU a augmenté entre 2010 et 2013 puis est resté stable entre 2013 et 2016. À partir de 2013, c'est une augmentation de l'utilisation de l'implant qui est constatée (de 4,1 % à 9,6 %). Le préservatif, quant à lui, est de plus en plus utilisé sur toute la période et son usage double entre 2010 et 2016 (de 9,0 % à 18,6 %).

- Chez les femmes de 25-29 ans, la baisse de l'utilisation de la pilule est importante entre 2010 et 2013. Cette diminution ne s'est pas poursuivie et le taux d'utilisation ne varie pas significativement entre 2013 et 2016. Les stratégies de report ont été mises en place dès 2013 en faveur du DIU et, dans une moindre mesure, du préservatif. La hausse d'utilisation du DIU est particulièrement marquée entre 2010 et 2013 (+ 9,8 points) puis elle se stabilise entre 2013 et 2016. En 2016, les femmes de 25-29 ans utilisent le DIU dans les mêmes proportions que les femmes de 30-34 ans en 2010. Le report ne se fait pas vers les autres méthodes contraceptives hormonales (implants, anneaux, patchs).

- On observe chez les femmes de 30-44 ans les mêmes tendances que chez les femmes de 20-29 ans : baisse marquée de l'utilisation de la pilule entre 2010 et 2013 et hausse de l'utilisation du DIU et du préservatif. Mais chez les 30-44 ans, entre 2013 et 2016, l'augmentation de l'usage du DIU se poursuit et on note dans le même temps une légère baisse de la proportion de femmes déclarant n'utiliser aucune méthode.

- Enfin, chez les femmes de 45 à 49 ans, aucune baisse de l'utilisation de la pilule n'est constatée sur la période 2010-2016. Le schéma contraceptif est resté inchangé à la suite du débat.

9. Épidémiologie de la contraception dans le monde

D'après l'institut national d'études démographiques en 2011 (98), dans le monde, environ 63% des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou vivant maritalement, utilisent un moyen de contraception (toute forme confondue), contre 55% en 1990. Si l'on prend en compte uniquement les méthodes de contraception moderne la proportion descend à 57% en 2011.

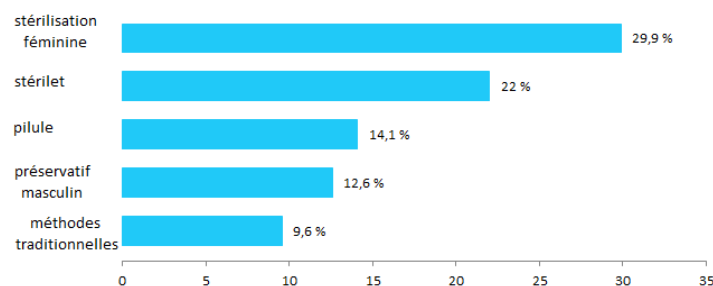
Les régions développées utilisent à 70% des méthodes de contraception toute forme confondue (et 61% pour la contraception moderne) contre 62% pour les régions en développement (et 56% pour la contraception moderne).

Le recours à la contraception varie d'un continent à un autre : l'Afrique est le continent où la contraception est la moins répandue (31,3% pour toutes les méthodes confondues et 25,8% pour la contraception moderne). En Afrique subsaharienne, notamment, l'accès aux méthodes contraceptives reste difficile avec par exemple 8,8% d'utilisation de contraception moderne en Afrique central et 10,7% pour l'Afrique de l'Ouest. A titre de comparaison, en Asie on estime à 67% le taux d'utilisation de contraception toute forme confondue (61,2% pour les contraception modernes), en Europe 70% (58,8% pour les contraception modernes), en Amérique Latine et centrale 72,2% (66,6% pour les contraception modernes), en Amérique du Nord 75,4% (69,8% pour les contraceptions modernes), en Océanie à 59,4% (55,1% pour les contraceptions modernes).

Les usages varient également fortement d'un pays à l'autre : de 3,5% au Sud-Soudan jusqu'à 88,4% en Norvège. La pilule et le préservatif masculin sont privilégiés dans les pays développés, la stérilisation féminine et le stérilet dans les pays en développement. La stérilisation féminine est la plus pratiquée en Amérique latine et aux Caraïbes, notamment en Colombie ou au Salvador. Le stérilet est très utilisé en Asie, surtout en Chine.

Une partie des couples n'ont pas besoin de recourir à la contraception, soit parce qu'ils cherchent à avoir un enfant ou en attendent un, soit parce qu'ils se savent stériles. Toutefois en 2011, 143 millions de femmes, dont la majorité vivent dans des pays en développement, n'utilisent pas de moyens de contraception alors qu'elles ne veulent plus avoir d'enfants ou souhaiteraient espacer les naissances.

Les femmes utilisent divers types de méthodes contraceptives (Diagramme 2) :



Source : Word Contraceptive Patterns 2013, Division de la population, Nations unies

Diagramme 2 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans le monde pour 100 couples ayant recours à la contraception

III- MÉTHODES

Le travail de synthèse de cette revue de la littérature a été réalisé selon les critères PRISMA (preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses). Il s'agit d'une liste de contrôle qui comprend des éléments jugés essentiels pour la communication transparente d'une revue systématique ou d'une méta-analyse.

1. Critères d'éligibilité

Le travail de synthèse s'appuie sur des études publiées entre 1951 et novembre 2020. Seules celles publiées en Anglais ou en Français ont été retenues. Elles ont toutes été analysées, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives.

2. Sources d'informations

Les recherches concernant cette revue de la littérature ont été principalement effectuées sur le moteur de recherche Pubmed mais également sur Lissa et Google Scholar.

Les recherches sur Pubmed, Lissa et Google Scholar ont été effectuées à partir de 1951 et jusqu'au 25.11.20.

3. Recherches

Les recherches ont été effectuées à partir des mots clés suivants : violence, contraception, comportement contraceptif, agents contraceptifs.

Puis avec l'aide de Monsieur Nicolas Doux (bibliothécaire à la faculté de Médecine de Poitiers), nous avons recherché les termes MESH correspondant à partir du site HeTOP (<https://www.hetop.eu/hetop/fr/?q=&home>) et créé les équations de recherche suivantes :

* Lissa :

((Comportement contraceptif.tl) OU (Comportement contraceptif.mc) OU (contraceptifs féminins.tl) OU (contraceptifs féminins.mc) OU (contraceptifs.tl) OU (contraceptifs.mc) OU (contraception.tl) OU (contraception.mc)) ET ((violence.tl) OU (violence.mc) OU (viol.tl) OU (viol.mc) OU (violence conjugale.tl) OU (violence conjugale.mc) OU (femmes victimes de violence.tl) OU (femmes victimes de violence.mc))

* Google Scholar :

https://scholar.google.fr/scholar?as_sdt=0%2C5&hl=fr&inst=16398856468131048036&lr=&q=%28contraception%20OR%20contraceptive%20OR%20%22birth%20control%22%20OR%20%22fertility%20control%22%29%20%28violence%20OR%20assault%20OR%20abuse%2A%29

* Pubmed :

((("violence"[MAJR] OR ("assaultive behavior"[TW] OR "personal harm"[TW] OR "assault"[TW] OR "victim of violence"[TW] OR "atrocities"[TW] OR "behavior, assaultive"[TW] OR "violence"[TW] OR "abused"[TW]))) AND (((("contraception"[MAJR] OR ("fertilization inhibition"[TW] OR "contraception nos"[TW] OR "contraceptive methods"[TW] OR "contraception males"[TW] OR "contraceptions, male"[TW] OR "contraception, male"[TW] OR "contraception;m"[TW] OR "male contraception"[TW] OR "contraceptive, male"[TW] OR "inhibition of fertilization"[TW] OR "fertility control"[TW] OR "contraception male"[TW] OR "contraception, female"[TW] OR "female contraception"[TW] OR "contraceptions, female"[TW] OR "contraceptive female"[TW] OR "birth control"[TW] OR "contraception female"[TW] OR "contraception;f"[TW] OR "family planning"[TW] OR "contraception m"[TW] OR "contraceptions female"[TW] OR "antifertility"[TW] OR "anticonception"[TW] OR "male contraceptions"[TW] OR "female contraceptions"[TW] OR "contraceptive method"[TW] OR "contraceptions male"[TW] OR "contraceptive male"[TW] OR "contraception"[TW] OR "contraceptive, female"[TW] OR "contraceptive technique"[TW] OR "female birth control"[TW] OR "contraception f"[TW])))) OR (((("contraception behavior"[MAJR] OR ("contraceptive behavior"[TW] OR "contraceptive method switching"[TW] OR "contraceptive usage"[TW] OR "contraception behavior"[TW] OR "contraception behaviors"[TW] OR "contraceptive behaviors"[TW])))) OR (((("contraceptive agents"[MAJR] OR ("contraceptive agents"[TW] OR "contraceptives"[TW] OR "agents, contraceptive"[TW])))))

Des filtres ont été appliqué sur Pubmed : Species = Humans ; Languages = English, French.

4. Sélection des articles (Prisma Flow Diagram)

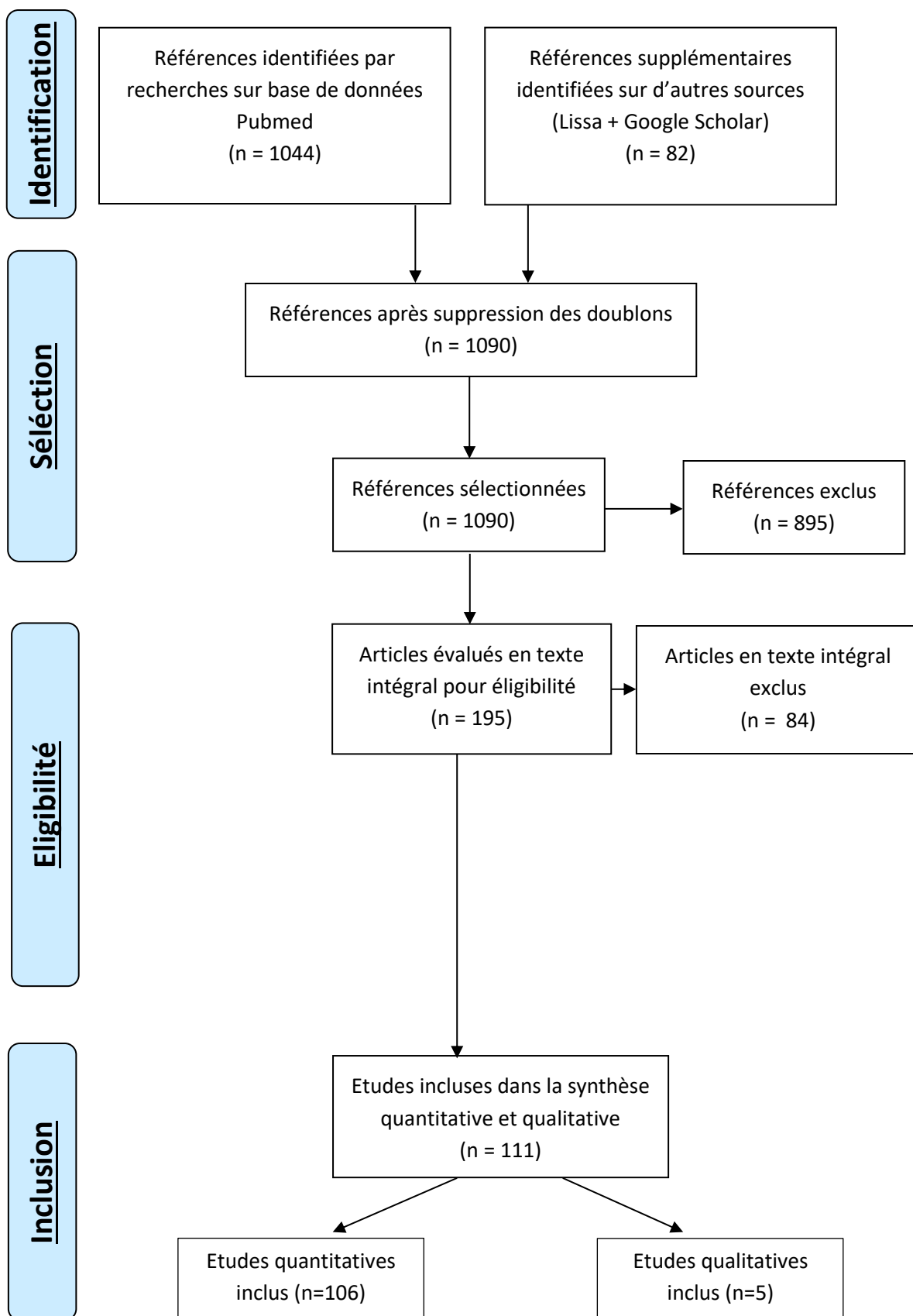
La recherche Pubmed a retrouvé 1044 articles (Diagramme 1). Après lecture des résumés, 851 articles ont été exclus car ne correspondant pas au sujet, 193 articles ont été retenus car pouvant correspondre au sujet. Après lecture des 193 articles dans leur intégralité, 111 articles ont été inclus dans l'analyse finale et 84 exclus et mis de côté car pouvant servir d'éléments explicatifs pour l'introduction ou la discussion.

La recherche Lissa a retrouvé 22 articles dont 1 seul a été retenu et analysé car correspondant parfaitement au sujet.

La recherche Google Scholar a retrouvé 60 articles (arrêt arbitraire des recherches à la page 6). Parmi eux, 19 ont été exclus car ne correspondaient pas au sujet, 41 articles correspondaient au sujet. Parmi eux, 36 articles ont été exclus car en doublons et 4 n'étaient pas disponibles en libre accès. Finalement 1 seul article a été retenu et analysé.



Diagramme 1 : Prisma Flow Diagram



5. Analyse des données

Les mesures statistiques :

Les données analysées dans les articles ont été retenues si le risque relatif d'erreur statistique était inférieur à 5% (soit $p < 0,05$) , hormis 2 études avec $p < 0,10$ et $p < 0,20$.

Les méthodes de traitement des données :

J'ai été seul à analyser les données des différents articles.

Les biais :

Ils ont été classés en 3 catégories : sélection, information/classement et confusion.

Les années de publications :

Les études retenues ont été publiées entre 1992 et 2020.

Les lieux de réalisation des études : j'ai tenu compte de l'ensemble des études publiées dans le monde entier :

Amérique (50) :

45 aux Etats-Unis, 2 au Canada, 1 au Nicaragua, 1 en Colombie, 1 en Bolivie, 1 au Brésil

Asie (27):

13 en Inde, 4 au Bangladesh, 2 en Jordanie, 2 au Népal, 1 en Chine, 1 en Turquie, 1 au Pakistan, 1 au Vietnam, 1 au Timor Leste, 1 dans 3 pays (Bangladesh, Inde, Népal)

Afrique (23) :

5 en Ouganda, 2 en Egypte, 2 au Kenya, 2 au Nigéria, 1 en Afrique du Sud, 1 en Côte d'Ivoire, 1 au Libéria, 1 en République démocratique du Congo, 1 au Burundi, 1 au Niger, 1 dans 6 pays d'Afrique (Cameroun, Kenya, Malawi, Rwanda, Ouganda, Zimbabwe), 1 dans 4 pays d'Afrique (Ghana, Namibie, Ouganda, Zambie), 1 dans 13 pays d'Afrique (Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambique, Nigéria, Rwanda, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe), 1 dans 3 pays d'Afrique (République centrafricaine, Tchad, République démocratique du Congo), 1 dans 3 pays d'Afrique (Ethiopie, Nigéria, Ouganda), 1 dans 9 pays (Bénin, Congo, Mali, Namibie, Niger, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland et Zambie)

Océanie (5) :

3 en Nouvelle Calédonie, 2 en Nouvelle Zélande

Europe (4) :

1 en Italie, 1 en Estonie, 1 en Angleterre, 1 dans 3 pays (Bosnie, Macédoine, Monténégro)

2 études étaient des revues de la littérature effectuées sur divers pays de divers continents.

Les nombres de participants éligibles :

Le nombre de participants éligibles dans les études était compris entre 16 (au plus faible) et 193 310 (au plus fort). En moyenne, dans les 111 études retenues finalement : 14 719 participants ont été éligibles.

Les nombres de participants analysés :

Le nombre de participants réellement analysés était compris entre (pour le plus faible nombre) jusqu'à 193 310 (pour le plus fort nombre de participants). En moyenne, dans les 111 études retenues finalement : 9 557 participants ont été analysés.

Les âges des participants :

La moyenne d'âge des patients inclus dans les études n'est pas calculable car toutes les études n'ont pas précisé l'âge moyen de leurs participants. En revanche, on peut préciser que sur les 111 études : 8 études ne concernaient que des mineurs, 28 études ne concernaient que des majeurs, 58 études concernaient à la fois des mineurs et des majeurs, enfin 17 études n'ont pas donné de données chiffrées précises sur l'âge de leurs participants ou bien ont seulement donné une moyenne d'âge.

Le sexe des participants :

Parmi les 111 études analysées, 95 études concernaient uniquement des femmes, 2 concernaient uniquement des hommes et 14 concernaient à la fois des hommes et des femmes.

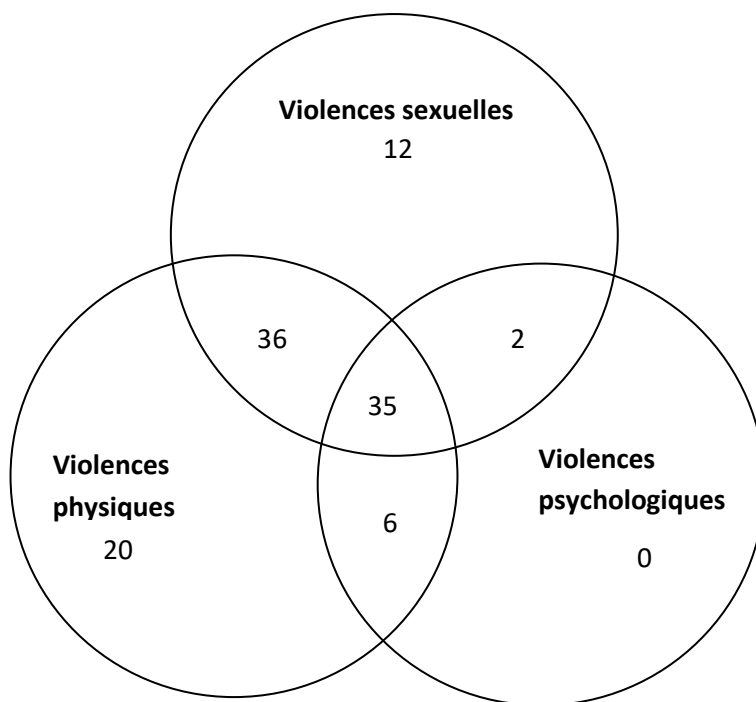
Les types d'étude :

Parmi les 111 études analysées : 89 sont des études observationnelles descriptives transversales ou longitudinales , 2 études observationnelles cas-témoins, 10 des études observationnelles de cohorte analytique, 4 des revues de la littérature, 1 étude de cohorte rétrospective et 5 des études qualitatives.

Les types de violences étudiées :

- dans 64 études les violences examinées étaient des violences entre partenaires intimes
- dans 3 études les violences examinées étaient des violences domestiques (c'est-à-dire au sein de la maison et non obligatoirement un partenaire intime)
- enfin dans 44 études les études n'ont pas précisé qui étaient les auteurs des violences examinées.

Parmi les 111 articles analysés : 12 articles se sont concentrés uniquement sur les violences sexuelles ; 20 articles uniquement sur les violences physiques ; 36 articles à la fois sur les violences physiques et sexuelles ; 35 articles sur les violences à la fois physiques, sexuelles mais aussi psychologiques ; 6 articles sur les physiques et psychologiques ; 2 articles sur les violences sexuelles et psychologiques, aucun article ne concernait les violences psychologiques seules.



IV- RÉSULTATS

1. Etudes quantitatives

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
1 (54)	Boyer 1992	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	535, État de Washington (Etats-Unis)	535 (100%) femmes de 13 à 21 ans (M=17,6)	- examiner l'interrelation entre la violence sexuelle et la grossesse chez les adolescentes	Lors de leur première grossesse, les adolescentes avec antécédents d'abus sexuels étaient un peu moins susceptibles que celles non violentées d'avoir utilisé une contraception (18,8 vs 23,2%) mais résultat non significatif ($p>0.05$).	NO	- biais de sélection (des non exposés)
2 (99)	Heinrich 1993	étude observationnelle transversale, questionnaire	356, États-Unis	250 (70%) femmes de 17 à 25 ans (M=19)	- évaluer la relation entre l'auto-efficacité contraceptive et l'utilisation de la contraception dans une population universitaire féminine	Les femmes avec des antécédents d'agression sexuelle avaient des scores d'auto-efficacité contraceptives notablement inférieurs aux autres (test t, $p<0,005$).	oui	NO
3 (43)	Rainey 1995	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	202, Nouvelle Zélande	200 (99%) femmes de 13 à 18 ans	- examiner l'association entre les abus sexuels dans l'enfance et les grossesse chez les adolescentes nullipares sexuellement actives	Les adolescentes ayant subi des abus sexuels avaient plus fréquemment des petits amis qui les poussaient à concevoir (76% vs 44% $p<0,01$).	oui	NO
4 (100)	Brown 1997	étude observationnelle transversale, questionnaire	220, Rhode Island (Etats-Unis)	100 (45%) personnes dont 63 femmes et 37 hommes de 12 à 17 ans (M=14,6)	- examiner les relations entre l'abus chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie et les comportements à risques actuels liés au VIH, l'auto- efficacité, les attitudes et aptitudes à la communication	Les adolescentes victimes de violence ont obtenu un score significativement plus bas sur l'échelle d'auto-efficacité d'utilisation du préservatif par rapport à celles non abusées (t [60] = 3,14, $p = 0,003$).	oui	- biais de confusion

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
5 (41)	Fergusson 1997	étude observationnelle analytique de cohorte, interview	630, Christchurch (Nouvelle- Zélande)	520 (82%) femmes de 0 à 18 ans	- documenter les associations entre l'exposition aux abus sexuels dans l'enfance et les prises de risques sexuels ainsi que la revictimisation sexuelle - examiner les facteurs de confusion liés à l'enfance	Chez les adolescentes ayant eu des abus sexuels mais sans rapports sexuels, il a été retrouvé des associations avec : des rapports sexuels non protégés (OR= 2,9 ; p<0.005), un viol ou une tentative de viol après 16 ans (OR= 4,8 ; p<0.05), des violences sexuelles (OR=3 ; p<0.05). Chez les adolescentes ayant eu des abus sexuels avec rapports sexuels, il a été retrouvé des associations avec : des grossesses (OR=4,4 ; p<0.005), plus de 5 partenaires sexuels à l'âge de 18 ans (OR=9,3 ; p<0.001), des rapports sexuels non protégés (OR=4,3 p<0.005), des IST (OR=5,6 ; p<0.001), un âge de premier rapport sexuel avant 16ans (OR=6,6 ; p<0.001), un viol ou une tentative de viol après 16 ans (OR=11, p<0.001), des violences sexuelles (OR=5,3 ; p<0.005).	oui	- biais d'information (mémorisation, prévarication)
6 (42)	Stock 1997	étude observationnelle transversale, questionnaire	16610, Washington (Etats-Unis)	3128 (18%) adolescentes	- comparer les expériences de grossesse des filles qui ont été abusées sexuellement avec celles des filles sans antécédents de maltraitance	Les adolescentes qui avaient connu des abus sexuels dans l'enfance avaient un risque plus important de ne pas utiliser de contraception lors du dernier rapport sexuel (OR = 1,85, IC à 95% 1.19-2.85).	oui	- biais de sélection (biais d'admission) - biais d'information (qualité des données disponible)
7 (60)	Mason 1998	étude observationnelle transversale, questionnaire	409, État du Nevada (Etats-Unis)	396 (97%) dont 62 femmes et 334 hommes de 12 à 17 ans	- étudier les relations entre les violences sexuelle et physique et les comportements sexuels parmi cette population à risque élevé (jeunes incarcérés)	Comparé aux délinquants incarcérés (hommes et femmes confondus) non abusés physiquement ou sexuellement, ceux abusés ont déclaré significativement plus de non utilisation d'une méthode contraceptive ($X^2=18.06$, df=5, p=0.01). Le lien a été également décrit avec les victimes de violences physiques ($X^2= 11,45$, df= 5, p=0,03), de violences sexuelles ($X^2= 20,13$, df= 5, p=0.01). Si l'on se concentre spécifiquement sur les femmes : seul l'abus sexuel antérieur était significativement associé à la non utilisation de la contraception ($X^2= 11,15$, df= 5, p=0.03). Si l'on se concentre spécifiquement sur les hommes : seul l'abus sexuel antérieur était significativement associé à la non utilisation de la contraception ($X^2=14,08$, df= 5, p=0.02).	oui	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
8 (81)	Martin 1999	étude observationnelle transversale, interview	8296, État indien du nord de l'Uttar Pradesh (Inde)	6632 (80%) hommes de 15 à 65 ans	- examiner les associations entre la violence conjugale et l'utilisation de contraceptifs et les grossesses non désirées	Les abus sexuels sans utilisation de la force physique étaient associés à une probabilité plus importante d'utilisation de la contraception par les femmes (OR=1,21 ; IC à 95% = 1.04-1.41).	non	- biais de sélection (biais d'admission) -biais d'information (prévarication et surdéclaration)
9 (101)	Flisher 2001	étude observationnelle transversale, questionnaire	5308, Le Cap (Afrique du Sud)	913 (17%) dont 618 femmes et 295 hommes	- vérifier si la non utilisation des contraceptifs chez les adolescent est associée à d'autres comportements à risque	L'analyse multivariée n'a pas retrouvée de lien significatif entre les antécédents de violence et la non utilisation de la contraception.	NO	- biais de sélection - biais d'information (de classement)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
10 (102)	Noll 2000	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	166, Washington (Etats-Unis)	141 (85%) femmes de 6,1 à 15,9 ans (M=11,3)	- examiner comment la constellation des relations sociales et romantiques dans l'enfance et au début de l'adolescence sont liées aux attitudes et activités sexuelles à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte	Comparé aux femmes du groupe ayant connu un niveau faible de bonheur avec des hommes, celles ayant connu un niveau élevé de bonheur avec des hommes étaient plus susceptibles d'utiliser des moyens contraceptifs ($\chi^2 = 11,03$, $p < 0,05$).	oui	NO
11 (103)	Rickert 2002	étude observationnelle transversale, questionnaire	813, Galveston au Texas (Etats-Unis)	727 (89%) femmes de 14 à 19 ans	- examiner chez les adolescents et les jeunes femmes adultes sexuellement actives l'association entre la survenue de violences conjugales et leurs caractéristiques démographiques communes et génésique	Le risque d'avoir connu un abus physique était considérablement plus faible chez les jeunes femmes qui utilisaient une méthode hormonale (OR ajusté = 0,47 ; $p < 0,01$) ou un préservatif lors de la dernière relation sexuelle (OR ajusté = 0,48 ; $p < 0,01$). Le risque d'avoir connu un abus sexuel était considérablement plus faible chez les jeunes femmes qui utilisaient une méthode hormonale (OR ajusté = 0,52 ; $p < 0,01$) ou un préservatif lors de la dernière relation sexuelle (OR ajusté = 0,56 ; $p < 0,01$). Résultats ajustés sur les caractéristiques des relations (durée et qualité) et l'historique de la victimisation sexuelle .	oui	- biais de sélection
12 (104)	Wu 2003	étude observationnelle transversale, interview	861, Texas (Etats-Unis)	791 (92%) femmes de moins de 18 ans (M=16)	- évaluer si l'environnement, les comportements à risque et l'état de santé associée étaient en relation avec les agressions sexuelles et déterminer les caractéristiques de ces dernières	Après ajustement sur les facteurs démographiques et environnementaux, les adolescentes qui avaient subi des abus sexuels étaient significativement plus susceptible de ne jamais utiliser de préservatifs (OR ajusté= 3,26 ; IC à 95% = 1.45-7.36).	oui	- validité externe non optimale
13 (105)	Saul 2004	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	104, South Central Los Angeles (Etats-Unis)	104 (100%) femmes de 18 à 32 ans	- examiner l'association entre les relations violentes et trois méthodes de prévention du VIH	Contrairement aux femmes qui n'avaient pas connu de relations violentes, celles qui ont connu la violence ont rapporté une probabilité plus : forte d'utiliser une méthode contraceptive de contrôle féminin (4,26/5 vs 3,87/5 ; $p < 0,05$), faible d'utiliser une méthode contraceptive de contrôle masculin (3,39/5 vs 3,88/5 ; $p < 0,05$), forte d'utiliser une méthode de contrôle féminin que masculin (4,26/5 vs 3,39/5 ; $p < 0,05$), forte que leur partenaire utilisent des méthodes de contrôle masculin (8,78/10) puis des spermicides (6,17/10) et enfin une contraception de contrôle féminin (4,70/10 ; $p < 0,05$), faible que leur partenaire utilisent un des 3 moyens de prévention du VIH.	oui et non	- validité externe non optimale - biais de sélection - biais d'information/ de classement

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
14 (106)	Champio n 2004	étude observationnelle transversale, questionnaire	108, Texas (Etats-Unis)	106 (98%) femmes de 14 à 19 ans	- examiner les comportements protecteurs et à risque des adolescentes mexico-américaines et leurs relations avec les abus physiques ou sexuels	Les abus sexuels n'ont pas été significativement associés à la grossesse des adolescentes et à l'utilisation de la contraception.	NO	- validité externe non optimale - biais d'information (mémoire, prévarication)
15 (107)	Koenig 2004	étude observationnelle transversale, questionnaire	575, Rakai (Ouganda)	575 (100%) femmes de 15 à 19 ans	- examiner les liens entre le premier rapport sexuel forcé et certains comportements et résultats de santé génésique	Les jeunes femmes célibataires qui ont déclaré avoir eu de premiers rapports sexuels forcés ont considérablement réduit les probabilités d'utilisation actuelle de contraceptifs (odds ratio= 0,47). Cette relation négative était encore plus forte pour l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels (OR=0,26) et pour une utilisation régulière du préservatif au cours des six derniers mois (OR=0,19).	oui	- biais d'information (prévarication, recueil des données)
16 (108)	Manlove 2004	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	20 700, Etats-Unis	1 468 (7%) dont 862 femmes et 606 hommes	- comprendre les facteurs associés à l'utilisation de la contraception dans les relations d'adolescents les plus récentes	Les utilisatrices fréquentes de contraceptifs, comparativement aux utilisatrices occasionnelles ou aux non-utilisatrices, étaient moins susceptibles de signaler des violences physiques (OR=0,49 ; p < 0.05). Les femmes étaient plus susceptibles d'utiliser fréquemment la contraception (comparé à jamais ou jamais/parfois) si elles en avaient discuté avec leur partenaire avant la relation sexuelle (OR = 2,07 ; p < 0.001).	oui	- validité externe non optimale - biais d'information (mémoire)
17 (83)	Chapagai n 2005	étude observationnelle transversale, questionnaire	204, Népal	204 (100%) femmes	- explorer le lien entre les relations de pouvoir intra- conjugales et la participation des couples à la prise de décision en matière de contraception	Les femmes qui ont déjà connu une agression psychologique (humiliée, rabaissée ou intimidée ou menacée de violence physique) de la part de leur mari étaient moins fréquemment actives dans la prise de décision contraceptive (48% vs 84% ; p < 0,01). Pour les agressions physiques, le pourcentage était encore plus marqué (28% vs 79% ; p < 0,01).		NO
18 (109)	Roberts 2005	étude observationnelle transversale, interview	20745, Etats-Unis	963 (4,6%) femmes de 13.4 à 21.5 ans (M=17,1)	- déterminer les associations entre les violences physiques et verbales par un partenaire intime et le comportement en matière de santé génésique	Après ajustement sur les variables socio-démographiques et sur une histoire de rapports sexuels coercifs : l'implication actuelle dans une relation de violence verbale a été associée au fait de ne pas utiliser de préservatif pendant l'épisode le plus récent de rapport sexuel (OR = 1,56; IC à 95% = 1,02–2,40).	oui	NO
19 (110)	Hamelin 2005	étude observationnelle transversale, questionnaire	4000, Nouvelle- Calédonie	683 (17%) femmes de 18 à 44 ans	- étudier le lien entre les abus sexuels précoces vécus le plus souvent au sein de la famille et les indicateurs de santé reproductive à l'âge adulte	On observe chez les Kanakes des conséquences plus marquées des abus sexuels précoces sur l'usage d'une contraception moderne (OR = 4,0 ; IC = 1,1 - 14,5). De plus, cet odds ratio ne varie pas après ajustement sur le nombre de naissances, l'IVG et la dernière grossesse non désirée.	non	NO

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
20 (111)	Akin 2005	étude observationnelle transversale, questionnaire	3043, Turquie	1971 (65%) hommes de 18 à 85 ans (M=37,6)	- déterminer l'association entre les attitudes violentes des hommes sur leur partenaire et l'utilisation de contraceptifs	La fréquence d'utilisation de la contraception a augmenté dans le groupe d'hommes qui avaient des attitudes défavorables à la violence par rapport au groupe d'hommes qui avaient des attitudes favorables (OR =1.3 ; IC = 1.0- 1.8 ; p = 0.032).	oui	NO
21 (112)	Diop- Sidibé 2006	étude observationnelle transversale, questionnaire	6566, Egypte	6566 (100%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner l'association, parmi les femmes actuellement mariées battus, entre l'utilisation de la contraception, la gestion de la grossesse et les problèmes de santé dont les maladies nécessitant une visite chez le médecin	Les femmes qui avaient été battues trois fois ou plus dans l'année précédente avaient moins de chance d'utiliser une contraception par rapport à celles qui avait été battues une seule fois dans l'année précédente (OR =0.51 ; p<0.05).	oui	NO
22 (113)	Wu 2006	étude observationnelle transversale, questionnaire	2040, Chine	2002 (98%) femmes de 14 à 24 ans (M=22)	- comprendre la prévalence des abus sexuels chez les jeunes femmes célibataires cherchant un avortement et l'impact des abus sexuels sur leur santé génésique	La relation entre les abus sexuels et l'utilisation de la contraception n'était pas significative dans cette étude.	NO	- validité externe non optimale - biais d'information (prévarication)
23 (114)	Salam 2006	étude observationnelle transversale, interview	496, Bangladesh	496 (100%) femmes	- examiner l'association entre la violence conjugale et la santé reproductive des femmes	Les femmes victimes de violences ont significativement moins utilisé la contraception comparativement aux femmes non violentées (47% vs 61 ; p <0,01). Seulement 0,3% des femmes victimes de violence ont déclaré que leur mari utilisait des préservatifs contre environ 2,4% des non-abusés (p <0,05).	oui	- validité externe non optimale
24 (115)	Mc Carraher 2006	étude observationnelle transversale, interview	1292, Cochabamb a (Bolivie)	297 (23%) femmes de 20 à 49 ans	- établir les liens entre l'utilisation secrète ou cachée de la contraception et les violences entre partenaire	Les probabilités d'utilisation secrète de la contraception était plus fréquente si : le partenaire avait eu une colère en apprenant qu'elle utilisait une contraception (OR =13.46 ; IC 95%= 5,65-32,02), leur partenaire les avait menacées d'utiliser la pilule (OR = 11.07 ; IC 95%= 4,43-27,67), les femmes craignaient que leur partenaire les frappe en apprenant une utilisation de contraceptif (OR=30,32 ; IC 95%= 13,07-70,32). Le modèle de régression logistique final contrôlé pour la ville de résidence et l'éducation du partenaire a montré que les femmes qui ont connu une forme quelconque de violence conjugale avait plus de chances d'utiliser la pilule secrètement que les femmes qui n'ont signalé aucune violence conjugale liée à la méthode de contraception (OR = 21,27 ; IC 95%= 9,25-48,89).	non	NO
25 (116)	Stephens on 2006	étude observationnelle transversale, interview	53558, Uttar Pradesh (Inde)	7912 (15%) femmes et hommes de 15 à 45 ans	- explorer l'association entre la violence physique conjugale et le comportement contraceptif dans un contexte de faible prévalence contraceptive	L'adoption d'une méthode contraceptive moderne était significativement moins probable si les femmes avaient subi des violences physiques de leur mari comparée à celles qui n'en avaient pas subi (OR = 0,73 ; IC à 95% = 0.54-0.99 p < 0.001). En termes de risques relatifs, une femme ayant subi une violence physique était 2,1 fois moins susceptible d'adopter par la suite une méthode par rapport à une femme qui n'était pas exposée à une telle violence.	oui	NO

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
26 (117)	Coker 2007	revue de la littérature	NO	NO	- déterminer les liens entre violences physiques entre partenaires intimes et santé sexuelle	VPI (violences entre partenaires intimes) et comportements sexuels à risque : sur 10 études, 8 ont noté une augmentation significative des comportements à risque chez les victimes de VPI. VPI et utilisation du préservatif : sur 9 études, 7 ont trouvé que la VPI était associée avec une utilisation irrégulière du préservatif ou au refus du partenaire d'utiliser des préservatifs. Pour les trois études prospectives, elles ont révélé que la VPI était associée à une utilisation irrégulière du préservatif et ont également constaté que la VPI était associée à une utilisation réduite des hormones contraceptives. Deux études ont rapporté que la VPI était associée à la peur de la réponse des partenaires lors de la négociation du préservatif et un plus grand contrôle masculin sur la sexualité.	oui	NO
27 (118)	Wuest 2007	étude observationnelle transversale, questionnaire	309, Ontario, New Brunswick, British and Columbia (Canada)	309 (100%) femmes de 19 à 63 ans (M=39,4)	- décrire les modes d'utilisation des médicaments de manière pratique d'un échantillon de 309 femmes ayant des antécédents de violence entre partenaires intimes	Le pourcentage de femme utilisant la pilule était significativement plus faible pour celles ayant connu des abus de leur partenaire comparé à la population de référence (5,8% vs 16,6% ; $\chi^2=26.03$, $p<0.001$).	oui	- validité externe non optimale
28 (119)	Emenike 2008	étude observationnelle transversale, questionnaire	8195, Kenya,	4312 (53%) femmes de 15 à 49 ans	- décrire l'association entre violence entre partenaires intimes et santé reproductive des femmes au Kenya	Celles qui utilisaient des contraceptifs étaient significativement plus à risque d'avoir subi des violences physiques (OR =1,2 ; IC 95% = 1.086–1.406 ; $p<0.01$), des violences verbales (OR = 1,4 ; IC 95% = 1.221–1.650 ; $p<0.01$) ou sexuelles (OR =1,7 ; IC 95% = (1.390–2.040) ; $p<0.01$).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
29 (120)	Fanslow 2008	étude observationnelle transversale, questionnaire	6174, Auckland + Waikato (Nouvelle Zélande)	2790 (45%) femmes de 18 à 64 ans (M=41,7)	- décrire l'utilisation de la contraception parmi un échantillon représentatif de femmes néo-zélandaises et explorer les associations entre violence du partenaire intime (VPI), contraception et l'utilisation du préservatif	Les femmes qui avaient déjà fait l'expérience de la VPI utilisaient plus la contraception (91% contre 85,2%, $p<0,0001$). Le refus de contraception du partenaire était beaucoup plus fréquent chez les femmes qui avaient déjà subi la VPI (5,4% par rapport à 1,3%, $p<0,0001$). Les femmes qui n'avaient pas connu la VPI et dont le partenaire a refusé ont signalé que leur partenaire leur a dit qu'il n'approuvait pas (80%) ou qu'il a confisquer ou détruit la méthode contraceptive (8%). Plus de la moitié (56,3%) des femmes qui avaient déjà expérimenté la VPI avait demandé à son actuel ou au plus récent partenaire d'utiliser un préservatif, contre seulement 35,4% des femmes n'ayant jamais subi de VPI ($p<0,0001$). Le refus du partenaire d'utiliser un préservatif était beaucoup plus courant pour les femmes ayant subi une VPI (21,1% par rapport à avec 6,8%, $p<0,0001$), en revanche ce résultat n'était pas significatif pour les femmes ayant subi des violences au cours des 12 derniers mois. Les méthodes utilisées par les partenaires pour communiquer la désapprobation de l'utilisation des contraceptifs étaient plus violentes pour les femmes qui avaient subi la VPI.	oui et non	NO

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
30 (121)	Teitelma n 2008	étude observationnelle analytique de cohorte, interview	6 504, Etats-Unis	2 058 (32%) femmes de 18 à 26 (M=22)	- explorer les différences dans l'impact des abus récents et antérieurs sur le risque de VIH / IST	Les jeunes femmes qui ne connaissaient pas de la violence physique / verbale dans les relations étaient plus susceptibles d'utiliser régulièrement le préservatif (OR=1.66 ; IC à 95% = 1,26-2,20). Par conséquent, le fait de ne subir aucun abus était également lié à un faible taux de VIH risque (OR = 1,64, IC 95% = 1,26-2,14). Après ajustement pour les caractéristiques démographiques et l'activité sexuelle, la violence physique / verbale récente était associée à un manque d'utilisation régulière du préservatif au cours des 12 derniers mois chez les jeunes femmes de 18 à 26 ans (OR ajusté = 1,59, IC 95% = 1,16-2,18). Les jeunes femmes qui avaient déjà subi des violences physiques ou verbales étaient plus susceptibles d'éprouver de la violence actuelle (physique : OR = 1,85, IC à 95% = 1,23-2,77; verbale : OR = 1,87, IC à 95% = 1,32-2,65).	oui	- limite : prévalence des violences retrouvées faible
31 (122)	Clark 2008	étude observationnelle transversale, questionnaire	517, Jordanie	353 (68%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner les interférences entre les tentatives de régulation de fertilité chez les femmes et leurs expériences de VPI	Les femmes qui ont signalé avoir déjà subi des violences physiques par leur mari étaient plus susceptibles d'avoir subi des interférences dans leur absence de désir de grossesse (AOR=2,4 ; p=0.00), idem pour les violences sexuelles (AOR=3,1 ; p=0.00) et celles qui avaient déclaré éprouver des comportements de contrôle contraceptif par leur mari (AOR=1,4 ; p=0.00).	oui	- validité externe non optimale - biais de sélection (biais de non réponse)
32 (123)	Williams 2008	étude observationnelle cas-témoin, questionnaire	4857, Boston (Etats-Unis)	225 (4,6%) femmes de 18 à 49 ans	- explorer l'association entre l'utilisation de contraceptifs et la VPI récent, y compris les méthodes de contraception réversible utilisées	Dans le modèle ajusté, l'expérience de violence physique et émotionnelle n'était pas significativement associée à un écart contraceptif (non utilisation de la méthode contraceptive préférée) (OR = 1,5 ; IC à 95% = 0,7 à 3,1).	NO	-validité externe non optimale
33 (124)	Stephens on 2008	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	89 199, Bihar, Jharkhand, Maharashtra et Tamil Nadu (Inde)	3 234 (3,6%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner la relation entre la violence domestique et la grossesse non désirée	Les femmes qui ont déclaré avoir subi des violences familiales physiques étaient beaucoup moins susceptibles d'adopter une méthode contraceptive (OR =0,85 ; p ≤ 0.05).	oui	- biais d'information (prévarication)
34 (125)	Hovsepia n 2010	étude observationnelle transversale, questionnaire	328, Québec (Canada)	328 (100%) femmes de 12 à 18 ans (M=15,8)	- explorer les associations entre la victimisation antérieure (abus sexuel dans l'enfance et quatre formes de violence dans les fréquentations) et quatre dimensions d'auto-efficacité sexuelle et contraceptive	Les adolescentes qui avaient subi des formes sévères de coercition sexuelle se percevaient comme : étant moins capables de parler à leur partenaire de leur sexualité et de leurs pratiques contraceptives (sous-échelle 1 ; p <.001), ayant moins de contrôle sur leur activité sexuelle (sous-échelle 2 ; p = 0.032), ayant l'impression d'avoir moins de contrôle sur leurs pratiques contraceptives lorsqu'elles étaient dans des relations passionnées (sous -échelle 3 ; p <.001). Concernant les abus sexuels dans l'enfance, ils étaient également associés à une moindre auto-efficacité sexuelle et contraceptive uniquement pour la sous échelle 1 décrite ci-dessus (p <0.01).	oui	- validité externe non optimale - biais d'information (prévarication)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
35 (126)	Alio 2009	étude observationnelle transversale, interview	48 768, Cameroun, Kenya, Malawi, Rwanda, Ouganda et Zimbabwe	24 311 (50%) femmes de 15 à 49 ans	- déterminer l'association entre l'utilisation des contraceptifs et la violence entre partenaires intimes des femmes d'Afrique subsaharienne	Comparé aux femmes n'ayant jamais subi de VPI (référence d'utilisation des contraceptifs tout type confondu = 59%), celles qui avaient subi de la VPI utilisaient plus fréquemment les contraceptifs ($p < 0.0001$) : 65,9% pour celles ayant connu un des types de VPI, 65% pour la violence physique, 67,5% pour la violence psychologique, 69,4% pour la violence sexuelle, 64,3% pour un des types de VPI, 67% pour 2 types de VPI, 69,4% pour les 3 types de VPI. La probabilité des femmes ayant utilisé une contraception était 30% plus élevée après une exposition à n'importe quel type de VPI (OR= 1,30; IC 95%= 1,22-1,38). L'association entre VPI et utilisation de la contraception était plus prononcée chez les femmes ayant eu des relations sexuelles violentes (OR 1,54; IC 95%, 1,41–1,68).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
36 (127)	Gee 2009	étude observationnelle transversale, questionnaire	2103, Philadelphia (Etats-Unis)	1354 (64%) femmes de plus de 18 ans	- examiner l'association entre VPI, avortement, parité et utilisation de la contraception	Les femmes qui ont vécu la VPI était plus susceptible de ne pas utiliser de contraception à cause de la réticence du partenaire (odds ratio = 2,78 ; IC 95%= 1.68-4.63) ou encore parce que le partenaire voulait qu'elle soit enceinte (OR= 2,34 ; IC95% = 1.41-3.89).	oui	NO
37 (128)	Chan 2009	étude observationnelle transversale, interview	4136, Caroline du Nord (Etats-Unis)	1055 (25%) femmes de 18 à 44 ans	- examiner l'association entre les expériences de violence physique et sexuelle des femmes en âge de procréer au cours des 12 mois précédents et l'utilisation ultérieure de la contraception	Les femmes qui étaient victimes de violences physiques et sexuelles au cours des 12 mois précédents étaient légèrement moins susceptibles d'utiliser ensuite la contraception (OR = 0,1; IC 95% = 0,1– 0,8). Idem pour les violences sexuelles isolées (OR = 0,8 ; IC 95% 0.1–8.9).	oui	- biais de sélection (de non réponse) - biais d'information (prévarication)
38 (129)	Gonzalez 2010	étude observationnelle transversale, interview	200, Missouri (Etats-Unis)	200 (100%) femmes et hommes	- examiner si le patriarcat, peut expliquer l'utilisation des contraceptifs et la participation aux services de planification familiale parmi les nouveaux immigrants hispaniques	Nos résultats suggèrent que les normes culturelles patriarcales parmi la communauté hispanique n'influencent pas de manière significative l'utilisation des services de gynécologie et de planification familiale parmi les nouveaux immigrants hispaniques.	NO	- validité externe non optimale - limite : pas de données chiffrées entre violence et contraception
39 (29)	Miller 2010	étude observationnelle transversale, interview	1479, Californie (Etats-Unis)	1278 (86%) femmes de 16 à 29 ans	-examiner les associations entre le contrôle de la reproduction et la violence conjugale ainsi que la grossesse non désirée	Dans les modèles stratifiés, le sabotage contraceptif était associé à une grossesse non désirée en présence de violence conjugale (AOR= 1,77 ; IC à 95% 1,21-2,59).	NO	- validité externe non optimale - biais de sélection (d'admission) - étude transversale : lien de causalité non évaluable

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
40 (130)	Thiel de Bocanegra 2010	étude observationnelle transversale, interview	54, San Francisco (Etats-Unis)	53 (98%) femmes de 19 à 57 ans (M=33,7)	- évaluer le lien entre les relations abusives et le sabotage de la contraception, un refus de leur partenaire d'utiliser des préservatifs, des relations sexuelles forcées, de l'infidélité et des grossesses non désirées	Les femmes victimes de sabotage contraceptif étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir connu des relations sexuelles forcées (80% vs 48% ; p < 0,05).	oui	NO
41 (131)	Hamelin 2010	étude observationnelle transversale, questionnaire	4000, Nouvelle Calédonie	765 (19%) femmes de 18 à 54 ans	- analyser les associations entre les abus sexuels durant l'enfance et la santé sexuelle des adultes chez les femmes autochtones kanak et non kanak en Nouvelle- Calédonie	Chez les femmes kanaks, l'échec de l'utilisation de la contraception moderne était moins probable chez les femmes ayant des antécédents d'abus sexuel dans l'enfance (OR ajusté = 0.2 ; IC 95%= 0.07-0.8).	non	- limite : faible prévalence des indicateurs de santé sexuelle - limite : la taille restreinte des 2 sous-échantillons - étude transversale : lien de causalité non évaluable
42 (132)	Messman -Moore 2010	étude observationnelle transversale, questionnaire	752, Midwest (Etats-Unis)	752 (100%) femmes	- déterminer si la dérégulation émotionnelle est un mécanisme sous- jacent à l'association de victimisation enfant-adulte et si sa présence prépare le terrain comme facteur de risque proximal pour la revictimisation ou comportement sexuel à risque	Les comportements sexuels à risque avec un partenaire régulier (> 6mois) étaient liés à un abus physique (coefficient de corrélation = 0,17 ; p< 0.001), un abus sexuel (coefficient de corrélation = 0,14 ; p< 0.001) ou un viol (coefficient de corrélation = 0,26 ; p< 0.001). Les comportements sexuels à risque avec un inconnu ou une connaissance étaient liés à un abus sexuel (coefficient de corrélation = 0,08 ; p< 0.05), un viol (coefficient de corrélation = 0,31 ; p< 0.001), une dérégulation émotionnel (coefficient de corrélation = 0,19 ; p< 0.001) ou des comportements sexuels à risque avec un partenaire régulier (coefficient de corrélation = 0,21 ; p< 0.001).	oui	- validité externe non optimale
43 (133)	Okenwa 2011	étude observationnelle transversale, questionnaire	34 596, Nigéria	33 385 (96%) femmes de 15 à 49 ans	- étudier l'association entre l'exposition à la VPI et les résultats en matière de santé génésique, l'utilisation de méthodes modernes et traditionnelles de la contraception	Après ajustement sur les facteurs de confusion socio-démographiques l'utilisation des contraceptifs était moins fréquente chez celles n'ayant pas subi de violences physiques (OR ajusté = 0.792 ; p = 0.001) ou émotionnelles (OR= 0.852 ; p= 0.022).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
44 (134)	Roemmel e 2011	étude observationnelle transversale, questionnaire	653, Midwest (Etats-Unis)	653 (100%) femmes	- examiner la relation entre la maltraitance des enfants, les schémas précoces inadaptés et les comportements sexuels à risque à l'âge adulte	Les abus sexuels dans l'enfance prédisaient de manière significative un risque de comportement sexuel à risque avec un partenaire ($\beta = 0.21$, $p < .001$). Si le résultat était ajusté sur le schéma d'abandon / instabilité, l'impact des abus physiques était réduit ($\beta = 0.09$, $p < .05$) suggérant que l'abandon / l'instabilité est en partie lié aux comportements sexuels à risque avec un partenaire (test de Sobel, $z = 1.94$, $p < 0.05$). Les abus physiques dans l'enfance prédisaient de manière significative un risque de comportement sexuel à risque avec un partenaire ($\beta = 0.20$, $p < 0.001$). Si le résultat était ajusté sur le schéma d'abandon / instabilité, l'impact des abus physiques était réduit ($\beta = 0.18$, $p < 0.001$) suggérant que l'abandon / l'instabilité est en partie lié aux comportements sexuels à risque avec un partenaire (test de Sobel, $z = 2.01$, $p < 0.05$).	NO	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (mémorisation, prévarication)
45 (30)	Gomez 2011	étude observationnelle transversale, interview	41 344, Colombie	10722 (26%) femmes de 13 à 24 ans	- identifier les effets de la violence sexuelle sur les grossesses, l'utilisation actuelle d'une méthode contraceptive moderne et le besoin non satisfait de contraception	Si l'on prend en compte toutes les violences sexuelles confondues : dans le groupe des femmes qui utilisent actuellement une contraception moderne elles étaient moins susceptibles d'avoir connu une situation de violence sexuelle (AOR = 0.76, IC = 0.59-0.96, $p \leq 0.05$) ; dans le groupe des femmes signalant un besoin non satisfait de contraception elles étaient plus susceptibles d'avoir connu une situation de violence sexuelle (AOR = 1.52, IC = 1.10-2.10, $p \leq 0.05$). Si l'on prend en compte cette fois le modèle multivarié qui sépare la VPI sexuelle des autres violences sexuelles : dans le groupe des femmes signalant un besoin non satisfait de contraception elles étaient plus susceptibles d'avoir connu une situation de VPI sexuelle (AOR = 1.54, IC = 0.96-2.49, $p \leq 0.1$).	oui	- biais d'information (qualité des données disponibles, mémorisation) - étude transversale : lien de causalité non évaluable
46 (135)	Dalal 2012	étude observationnelle transversale, questionnaire	11 178, Bangladesh	10 996 (98%) femmes de 15 à 49 ans	- explorer l'association entre la VPI et l'utilisation de la contraception chez les femmes au Bangladesh	Les femmes exposées à la violence physique étaient plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs que leurs pairs non-victimes de violence (OR= 1,93 ; IC= 1,55-2,41 ; $p < 0.001$).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
47 (136)	Swan 2012	étude observationnelle transversale, interview	725, Delaware, Kentucky et Virginie (Etat-Unis)	118 (16%) femmes de plus de 19 ans	- examiner comment l'expérience de la VPI est liée à la confiance d'une femme dans sa capacité à négocier l'utilisation du préservatif avec un partenaire sexuel (auto- efficacité d'utilisation du préservatif)	Une VPI récente ($< 30j$) chez les femmes diminue considérablement leur confiance dans leur capacité à négocier l'utilisation du préservatif (auto-efficacité contraceptive) avec un partenaire sexuel ($b = -1.99$, $t(106) = -2.19$, $p < 0.05$).	oui	- validité externe non optimale

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
48 (137)	Salazar 2012	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	478, León (Nicaragua)	398 (83%) femmes	- examiner si l'exposition à la VPI était associée à une utilisation de contraceptifs réversible (=excepté la stérilisation) chez les femmes déjà enceintes en couple - examiner si le type de contraceptif utilisé varie selon la résidence et l'exposition au VPI	Après ajustement sur l'âge, la résidence, le niveau d'éducation, la parité et le statut socio-économique, les femmes qui ont subi une forme de VPI en continu pendant la période de suivi avaient des chances plus élevées d'utilisation d'une contraception réversible que celles qui n'ont jamais été maltraitées (AOR= 2,50, IC à 95%= 1,04–5,99). Les chances d'utilisation étaient augmentées chez celles ayant subi une VPI psychologique (AOR 2,80, IC 95% 1,32– 5,95), une VPI physique (AOR 3,60, IC à 95% 1,15–11,10) ainsi que tous les types de VPI (AOR 2,59, IC 95% 1,24–5,40) que celles non exposées.	non	- limite : la petite taille de l'échantillon
49 (138)	Zakar 2012	étude observationnelle transversale, interview	480, Lahore et Sialkot (Pakistan)	373 (78%) femmes de 15 à 49 ans (M=31,9)	- déterminer la prévalence de la violence entre partenaires intimes au Pakistan et son association avec les résultats en matière de santé génésique	Concernant la non coopération du mari dans l'utilisation des contraceptifs, elle était plus probable chez celles ayant subi une violence physique grave (AOR = 3,31; IC à 95% = 1,93–5,68 ; p<0.0001) ou une violence psychologique sévère (AOR = 1,72; IC à 95% = 1,03–2,78 ; p<0.05). Concernant la non-utilisation des contraceptifs : elle était significativement plus probable chez celles ayant connu des violences psychologiques sévères (AOR= 2,19 ; IC à 95% = 1,12–3,38 ; p<0.0001) ou des violences sexuelles (AOR= 21,79 ; IC à 95% = 1,05–3,07 ; p<0.05).	oui	- biais d'information (prévarication) - étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais de classement (absence d'outil validé de mesure de la santé reproductive) - validité externe non optimale
50 (139)	Paterno 2012	revue de la littérature	Etats-Unis	NO	- fournir une revue de la littérature actualisé des facteurs associés aux relations sexuelles vaginales non protégées chez les femmes aux États-Unis	Les rapports sexuels non protégés se sont tous révélés significativement associés aux expériences de VPI au cours des 6 derniers mois (<i>Seth et al., 2010</i>), à la violence physique et sexuelle combinée (<i>Chan & Martin, 2009</i>), aux relations sexuelles forcées par un inconnu (<i>Littleton et al., 2007</i>), à l'expérience d'abus psychologique uniquement, physique uniquement ou sexuelle uniquement chez les femmes vivant dans des logements à faible revenu (<i>Tucker et al., 2006</i>), à la violence physique par un partenaire (<i>Kennedy et al., 2010</i>) et l'expérience d'abus lorsque le partenaire avait bu (<i>Tucker et al. 2006</i>). <i>Senn et Carey (2010)</i> ont constaté que l'abus sexuel dans l'enfance était associé à des rapports sexuels non protégés au cours des 3 derniers mois après contrôle d'autres formes de maltraitance infantile.	oui	- validité externe non optimale

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
51 (140)	Scribano 2013	étude observationnelle de cohorte, analyse de données d'un fichier	10 855, États-Unis	10 855 (100%) femmes de 13 à 49 ans (M=19,9)	- déterminer la prévalence de la VPI avant, pendant et après la grossesse dans un échantillon national de femmes infirmières pour déterminer les associations avec l'exposition aux violences entre partenaires intimes	L'utilisation de la contraception était plus faible à 6 mois (OR= 0.326 ; p= 0.016), mais également à 6-12 mois (OR= 0.282 ; p= 0.018), à 12-18 mois (OR= 0.358 ; p=0.037) et à 18-24 mois (OR= 0.344 ; p=0.001) après la première grossesse chez celles ayant subi une VPI dans les 12 mois suivant la grossesse.	oui	- limite : étude seulement de la VPI physique
52 (141)	Do 2012	étude observationnelle transversale, questionnaire	15571, Ghana, Namibie, Ouganda, Zambie	15571 (100%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner si l'autonomisation des femmes était associée à la probabilité qu'un couple utilise une méthode de contraception féminine ou de couple	La probabilité d'utiliser une contraception au sein du couple était augmentée de façon significative quand les femmes subissaient des violences domestiques en Namibie (RR = 1,11 ; p<0,05) et au Ghana (RR = 1,11 ; p<0,10).	non	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (prévarication par désirabilité sociale) - biais de confusion
53 (142)	Fantasia 2012	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	2000, nord-est des États-Unis	2000 (100%) femmes de plus de 13 ans	- examiner les effets des violences chroniques récentes et à long terme sur les modèles de contraception, y compris les différents types de méthodes utilisées, ainsi que sur les risques de grossesse chez les femmes en quête de procréation	Les femmes qui avaient subi des violences par un partenaire au cours de la dernière année avaient une plus grande probabilité d'utiliser une contraception cachée (OR = 2,5, IC 95%= 1,4–4,4), au cours des 5 dernières années (OR = 5,4, IC 95%= 2,8–10,5), depuis plus de 5 ans (OR = 2,7, IC 95%= 1,2–6,4), dans la dernière année mais qui avaient déjà eu une histoire de violence (OR = 2,5, IC 95% = 1,8–3,6). Par rapport aux femmes n'ayant pas d'expériences de violence, les femmes qui déclaraient une violence conjugale dans l'année précédente uniquement (OR = 9,7, IC = 6,2–15,2) ainsi que celles déclarant une violence dans l'année précédente et au cours des 5 dernières années (OR = 9,8, IC = 5,3–18,3) avaient une plus forte probabilité de ne pas utiliser de méthode de contraception actuelle. Chez les femmes ayant des antécédents de violence, mais pas actuelles, il y avait également une probabilité accrue de ne pas utiliser de méthode contraceptive (OR = 4,9, IC = 3,5–7,0) par rapport aux femmes n'ayant aucune expérience de la violence. Par rapport aux femmes sans expérience de la violence, les femmes déclarant la violence conjugale au cours de la dernière année avaient plus utilisé la contraception d'urgence au cours de la dernière année (OR = 6,5, IC = 3,8–9,3).	oui	NO

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
54 (143)	Gupta 2012	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	1273, Côte d'Ivoire	981 (77%) femmes	- examiner la relation entre les expériences de violence conjugale et le contrôle reproductif des femmes en couple dans les régions rurales de Côte d'Ivoire	Le contrôle de la reproduction était plus important chez les femmes subissant des mauvais traitements par leur belle-famille (15,9% vs 2,8% ; $p < 0,0001$), ou de la violence physique par leur belle-famille (16,3% vs 5,9% ; $p = 0,006$). Dans la régression logistique ajustée de l'analyse multivariable, les femmes qui ont été victimes de violence conjugale avaient plus de risques de signaler un contrôle de la reproduction de la part de leur belle famille (AOR = 6,9 ; IC à 95% = 3.9–12.2 ; $p < 0,0001$).	oui	- biais d'information (prévarication)
55 (144)	Escribà- Agüir 2012	étude observationnelle cas-témoin, questionnaire	883, Trieste (Italie)	883 (100%) femmes	- déterminer si l'influence des violences entre partenaires intimes (au cours des 12 derniers mois) sur la santé du nouveau-né, la grossesse, les résultats et comportements reproductifs du couple était différente entre les femmes en post- partum et celles qui avaient subi un avortement	Dans les deux groupes, la VPI actuelle était associée avec un manque de prise de décision conjointe du couple sur la contraception ; cependant, l'ampleur de cet effet était plus élevée chez les femmes en post-partum (AOR = 6.24 ; IC 95% = 1.65–23.65 ; $p = 0,007$) que chez les femmes ayant eu un avortement provoqué (AOR = 2.39 ; IC 95% = 1.31–4.37 ; $p = 0,005$).	oui	NO
56 (145)	Nguyen 2012	étude observationnelle transversale, questionnaire	1 540, Thai Nguyen (Vietnam)	1 281 (83%) femmes de 18 à 49 ans	- examiner l'association entre la violence sexiste (ou basé sur le genre) et l'avortement provoqué, l'utilisation de la contraception et la grossesse non désirée	Les femmes qui avaient connu une forme de violence étaient plus susceptibles de signaler une utilisation contraceptive (AOR = 1,82 ; IC 95% = 1,30 - 2,47) et plus susceptibles de déclarer une grossesse involontaire que les femmes non exposées (AOR = 1,66 ; IC 95% = 1,11-2,11). Les femmes victimes de violence étaient plus susceptibles de déclarer utiliser des méthodes contraceptives réservées aux femmes que celles non exposées à la violence (AOR = 1,76 ; IC 95% = 1,33-2,33).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (prévarication) - validité externe non optimale
57 (146)	Stephens on 2013	étude observationnelle analytique de cohorte, questionnaire	6 303, Inde	4 111 (65%) femmes de 15 à 39 ans	- examiner la relation entre la violence domestique physique et l'adoption de contraceptifs chez les femmes	Les femmes ayant subi de la violence physique au départ de l'enquête étaient beaucoup moins susceptibles d'adopter une méthode moderne de contraception (OR = 0,73 ; IC = 0,55, 0,96). Cependant, une analyse stratifiée montre que cette relation n'existe que pour les femmes vivant au Bihar et au Jharkhand (OR = 0.75 ; IC 95% = 0.57, 0.98), et que pour les femmes du Tamil Nadu et du Maharashtra, il n'existe pas d'effet contraignant significatif de la violence sur l'adoption des contraceptifs modernes.	oui	- biais d'information (prévarication)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
58 (147)	Laanpere 2013	étude observationnelle transversale, questionnaire	5190, Estonie	1966 (38%) femmes de 16 à 44 ans	- estimer la prévalence de la VPI physique dans les 12 mois avant l'enquête et explorer les associations entre l'exposition à la VPI physique et certains résultats de santé sexuelle	Une analyse de régression logistique multivariée a montré que la VPI au cours des 12 derniers mois, après ajustement pour facteurs de confusion potentiels, était associée à : la non-utilisation de la contraception (AOR = 2,02, IC 95%= 1,44–2,82), à une utilisation de méthodes contraceptives non fiable (AOR = 1,54, IC 95%= 1,16–2,04) et à une absence totale d'utilisation du préservatif (AOR = 1,53, IC 95% 1,12–2,10).	oui	- biais de sélection (non réponse, admission) - biais d'information (qualité des données disponibles) - étude transversale : lien de causalité non évaluable - limite : étude uniquement de la VPI physique
59 (148)	Allsworth 2013	étude observationnelle de cohorte prospective, questionnaire	9256, St. Louis, Missouri (Etats-Unis)	7170 (77%) femmes de 14 à 45 ans (M=25,2)	- évaluer l'impact de l'exposition à des troubles émotionnels, physiques ou abus sexuel sur la sélection et l'arrêt d'une méthode contraceptive	Les femmes qui ont signalé un des types d'abus (RR = 1.04 IC95% =1.01-1.08) ou seulement des abus physiques (RR=1.08 IC95% = 1.03-1.13) ou bien au moins 2 types de violences (RR=1.08 IC95% = 1.03-1.13) étaient plus susceptibles de choisir une méthode à action prolongée (implant ou stérilet) par rapport aux femmes sans exposition. Les femmes avaient une probabilité plus importante d'utilisation de l'injection si elles avaient connu un des types de violence (RR=1.28 ; IC95% =1.09-1.51) ou bien des violences physiques seules (RR=1.37 ; IC95% = 1.09-1.73) ou bien des violences sexuelles seules (RR= 1.47 ; IC95% =1.21-1.78) ou au moins 2 types de violences (RR=1,42 ; IC95% = 1.13-1.78). Les femmes abusées dans l'enfance avaient des taux d'abandon plus rapides pour les méthodes contraceptives prolongées après ajustement pour l'âge, race / origine ethnique, IMC de base, antécédents d'IST, et le moment de l'avortement : (48 % à 12mois pour les non exposées vs 55% pour celles exposées ; AOR = 1,24; IC 95% = 1,06, 1,45). Les femmes abusées dans l'enfance avaient des taux d'abandon plus rapides pour les méthodes contraceptives non prolongées (14% pour les non exposées vs 18% pour celles exposées ; AOR = 1,32; IC 95% = 1,11, 1,56). Les abus à l'âge adulte étaient significativement liés à un arrêt contraceptif parmi les utilisateurs de méthodes non prolongées (à 12 mois 47% pour les non exposées vs 59% pour les exposées ; AOR = 1,47; IC à 95% = 1,25, 1,73). La violence émotionnelle, physique et sexuelle a été associée indépendamment avec un risque accru d'arrêt de méthodes non prolongées.	oui	- biais d'information (prévarication)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
60 (31)	Azevêdo 2013	étude observationnelle transversale, questionnaire	1 133, Recife (Brésil)	1 054 (93%) femmes de 18 à 49 ans	- étudier la prévalence des grossesses non désirées et son association avec la violence conjugale avant à la grossesse actuelle chez les femmes dont la grossesse a évolué vers une naissance - estimer la prévalence des violences conjugales dans la relation avec le partenaire actuel ou le plus récent, avant la grossesse en cours	Après ajustement sur les comportements et les caractéristiques socio-économique, si le partenaire refusait la contraception le risque était plus important d'avoir une grossesse non désirée (OR ajusté= 1.99 ; IC95%=1.29-3.06 ; p < 0,05).	NO	- biais d'information (prévarication)
61 (149)	Decker 2014	étude observationnelle transversale, questionnaire	3 682, Pennsylvani e (Etats- Unis)	3 504 (95%) femmes de 16 à 29 ans	- évaluer la prévalence du VPI au cours des 3 derniers mois et ses associations avec le risque sexuel et lié aux drogues et au VIH / IST et la recherche de soins associés	Les femmes ayant des antécédents de VPI récent (au cours des 3 derniers mois) étaient plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles vaginales non protégées (AOR =1,93, IC 95%= 1,52, 2,44), et des relations sexuelles anales non protégées (AOR=2,22, IC 95%= 1,51, 3,27). La VPI était également plus susceptible d'être associée à la coercition sexuelle : rapports sexuels sans préservatifs de façon involontaire (AOR= 1,87, IC 95%= 1,51, 2,33), peur de demander l'utilisation de préservatifs (AOR= 4,15, IC 95%= 2,73, 6,30) et crainte du refus de relations sexuelles (AOR= 11,84, IC 95%= 7,59-18,45).	oui	- biais d'information (mémorisation, prévarication par désirabilité sociale)
62 (150)	O'Hara 2013	étude observationnelle transversale, questionnaire	10 876, Jordanie	3 434 (32%) femmes de 15 à 49 ans	- évaluer la relation entre la violence exercée par un partenaire intime et l'utilisation courante de la contraception chez des femmes mariées ou précédemment mariées	Les femmes étaient moins susceptibles de déclarer utiliser actuellement une contraception si elles déclaraient avoir subi une violence physique sévère (OR = 0,34; IC 95%= 0,14-0,82). En revanche, le fait d'avoir subi des violences sexuelles augmentait la probabilité d'utiliser actuellement une contraception (OR = 1,50; IC 95% =1,06- 2,11).	oui et non	NO
63 (151)	Miller 2014	étude observationnelle transversale, questionnaire	3980, Pennsylvani e (Etats- Unis)	3 539 (89%) femmes de 16 à 29 ans	- évaluer l'association entre la coercition reproductive survenue au cours des trois derniers mois (promotion de la grossesse spécifiquement) et une grossesse non désirée récente, indépendamment de l'influence du VPI	Par rapport à la catégorie de référence sans VPI ni coercition reproductive, les rapports de cotes ajustées pour les grossesses non désirées de l'année précédente ont été statistiquement significativement augmentés en présence de VPI seule (AOR= 1,80 ; IC 95%=1,42, 2,26) ou de coercition reproductive seule (AOR=1,79 ; IC 95%=1,06, 2.03), ou des deux associées (AOR= 2,00 ; IC 95%=1,15, 3,48).	NO	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
64 (152)	Mody 2014	étude observationnelle transversale, questionnaire	1 830, Mumbai (Inde)	1516 (83%) femmes de 17 à 45 ans	- examiner spécifiquement l'utilisation de la contraception en post- partum chez les femmes indiennes cherchant à se faire vacciner pour leurs nourrissons dans trois communautés à faible revenu de Mumbai	Les femmes qui ont déclaré ne pas avoir parlé à leur mari de la contraception après l'accouchement étaient plus susceptibles de déclarer ne pas utiliser de contraception (AOR= 1,73, IC 95%= 1,26-2,36). Celles qui déclaraient ne pas utiliser de contraception avant la conception de l'enfant actuel étaient plus susceptibles de déclarer ne pas utiliser de contraception en post-partum (AOR= 1,69, IC 95%= 1,17-2,44). Tout comme celles qui ont signalé des antécédents de violence conjugale (AOR= 1,57, IC 95%= 1,08-2,27).	oui	- validité externe non optimale
65 (153)	Pack 2014	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	1119, Montserrad o county (Libéria)	499 (45%) femmes et hommes de 14 à 25 ans	- examiner l'association entre la violence entre partenaires intimes et les besoins non satisfaits de contraception moderne dans le post-conflit au Libéria	Pas de relation significative retrouvée entre VPI et besoin non satisfait de contraception.	NO	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
66 (154)	Dalal 2014	étude observationnelle transversale, questionnaire	12 918, Népal	4 197 (32%) femmes de 15 à 49 ans	- estimer la prévalence nationale du taux de VPI - examiner le niveau individuel des caractéristiques d'autonomisation familial et sociétal des victimes de VPI au Népal	Les femmes qui ont décidé en accord avec leur conjoint d'utiliser la contraception étaient moins susceptibles (OR=0,186, IC 95%= 0,065-0,530 ; p=0.002) d'être victimes de violences entre partenaires intimes que les femmes qui décidaient seules.	oui	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
67 (155)	Maxwell 2015	revue de la littérature et méta-analyse	NO	NO	- estimer l'effet causal du VPI sur l'utilisation des contraceptifs	Sur les 10 études incluses (sans tenir compte de la qualité de l'étude), les femmes victimes de VPI avaient moins de chances d'adopter une contraception bien que les résultats soient soumis à un niveau élevé d'hétérogénéité (n = 17 442; OR= 0,50; IC 95% = 0,32-0,76; I² = 89%, ORi²: 81%-93%). Lorsque la méta-analyse a été limitée aux 7 études classées comme ayant des biais faibles ou modérés, les chances des femmes qui avaient fait l'expérience de VPI de déclarer l'utilisation des contraceptifs étaient encore plus faible comparé aux femmes qui n'avaient pas subi de VPI (n =14.866; OR: 0.47 ; IC 95%= 0,25-0,85; I² = 92%, 95% CI²: 87%-96%). Seul l'étude Salazar a retrouvé une association positive entre la VPI (tout confondu) et l'utilisation d'une méthode contraceptive (excepté la stérilisation) (OR=2,59 ; IC 95%= 1,24, 5,40). Cette différence peut-être dû à des différences d'accès à la contraception et aux normes entourant l'utilisation de la contraception.	oui et non	- limite : étude uniquement de la VPI physique pour 3 études

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
68 (156)	Bergman n 2015	revue de la littérature	États-Unis	NO	- identifier et mieux comprendre les nombreux facteurs affectant l'utilisation des contraceptifs dans les relations avec la VPI, dans le but d'aider à éclairer le développement de l'intervention en milieu clinique	Wingood et coll. ont constaté que les femmes qui avaient un partenaire physiquement violent étaient plus susceptibles d'être menacées de violence physique en conséquence directe de la négociation de l'utilisation du préservatif (OR=9,2) Agrawal et coll. ont constaté que les femmes qui avaient subi une VPI en post- partum avaient une peur accrue de la négociation sur l'utilisation du préservatif (p <0,001). Decker et coll. ont constaté que les femmes dans des relations abusives récentes étaient plus susceptibles de déclarer avoir peur des demandes de préservatifs (AOR= 4,15, IC à 95% 2,73–6,30). Mittal et coll. ont rapporté des résultats similaires, à savoir que les femmes qui avaient des comportements sexuels à risque (qui comprenaient une utilisation irrégulière du préservatif) étaient plus susceptibles de craindre des abus pendant la négociation sur l'utilisation du préservatif et qu'à mesure que la peur augmentait, les probabilités de comportements sexuels à risque augmentaient également (AOR 1,06, 95% CI, 1,00-1,12).	oui	- limite : pas de données concernant le but d'utilisation de la contraception
69 (157)	Taft 2015	étude observationnelle transversale, interview	13 137, Timor Leste	2951 (22%) femmes de 15 à 49 ans	- déterminer les différences en matière de santé reproductive (mortalité infanto-juvénile et la santé des femmes mariées) entre celles maltraitées et celles non maltraitées au Timor- Leste	Les femmes qui ont été victimes de violence physique isolée étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode traditionnelle de contraception (OR ajusté = 2,35 ; IC 95%= 1,05-5,26 ; p=0.04) ou une méthode de contraception moderne (OR ajusté = 1,52 ; IC 95%= 1,20-1,91 ; p<0.001).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (prévarication)
70 (158)	Raj 2015	étude observationnelle transversale, interview	4 738, Bangladesh, Inde et Népal	4 738 (100%) femmes de 15 à 49 ans	- évaluer les associations entre la VPI et l'intention de grossesse et la contraception avant la grossesse, spécifiquement lié à la grossesse actuelle	Par rapport aux femmes ne déclarant pas de VPI, les femmes ayant des antécédents de VPI sexuelle seule (sans VPI physique) étaient plus susceptibles de déclarer avoir utilisé une contraception moderne avant la grossesse (OR ajusté = 2,32, IC 95% = 1,24-4,36 ; p<0.05), et celles qui ont déclaré les VPI sexuelles et physiques étaient plus susceptibles de déclarer l'utilisation de contraceptifs traditionnels avant la grossesse (OR ajusté = 1,85, IC à 95% = 1,12-3,07 ; p<0.05).	non	NO

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
71 (159)	Kidman 2015	étude observationnelle transversale, interview	10 338, République Démocrati- que du Congo	2859 (28%) femmes de 15 à 49 ans	- examine la relation entre la VPI individuel et l'utilisation actuelle de la contraception moderne en Afrique - tester le rôle de la prévalence communautaire de la VPI - examiner si ces associations diffèrent selon l'état des paramètres du conflit	Dans le analyses multivariées, seule l'utilisation de la contraception moderne a été significativement associée au fait d'avoir subi des VPI sexuelles (OR ajusté= 1,68 ; IC95% = 1,20-2,35 ; p<0,01).	non	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais de sélection
72 (160)	Cha 2015	étude observationnelle transversale, questionnaire	193 310, États-Unis	193 310 (100%) femmes	- examiner dans quelle mesure la VPI au moment de la grossesse est associée à l'utilisation de la contraception dans le post-partum - évaluer les différences selon la race / l'appartenance ethnique et la réception de conseils en matière de contraception prénatale	Parmi les femmes qui avaient reçu des conseils contraceptifs prénataux : les femmes blanches non hispaniques et les femmes noires non hispaniques qui avaient subi une VPI pré-conceptionnel avaient une probabilité plus faible d'utiliser la contraception en post-partum (OR ajusté=0,72 ; IC95%=0.58–0.89 et OR ajusté= 0,71 ; IC95%=0.52–0.95, respectivement). Parmi les femmes qui avaient reçu des conseils contraceptifs prénataux : les femmes du groupe hispanique et du groupe non hispanique qui avaient subi la VPI avant la naissance avaient une probabilité plus faible d'utiliser la contraception en post-partum (OR ajusté =0,56 ; IC95%= 0.32–0.97 et OR ajusté= 0,39 ; IC95%=0.20–0.76, respectivement).	oui	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
73 (161)	Raj 2015	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	63 059, Bangladesh, Inde et Népal	63 059 (100%) femmes de 15 à 49 ans	- fournir un aperçu du potentiel des différentes associations entre la violence conjugale et l'espacement versus la limitation des formes contraceptives	Des analyses multivariées ajustées ont indiqué que les antécédents de violences sexuelles pendant la période de mariage étaient associés à une probabilité accrue d'utilisation des contraceptifs (AOR =1,30 ; IC à 95% = 1,13–1,49 ; p < 0,05) et une réduction de la probabilité de stérilisation (AOR = 0,79 ; IC à 95% = 0,70–0,88 ; p < 0,05).	oui et non	- limite : aucune variable n'était disponible pour évaluer le désir actuel de devenir enceinte - biais d'information (mémoire, prévarication par désirabilité sociale)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
74 (162)	Adjiwano u 2015	étude observationnelle transversale, questionnaire	70899, Burkina Faso, Cameroun, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Mozambiqu e, Nigéria, Rwanda, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe	70899 (100%) femmes de 15 à 49 ans	- déterminer l'effet de la VPI sur l'utilisation de la contraception moderne - évaluer comment l'autonomie des femmes influence leurs relations - examiner comment ces relations persistent après contrôle des facteurs de confusion	Groupe 1 (Burkina Faso, Mali et Nigéria) : il a été retrouvé une relation positive entre l'autonomie des femmes et la violence conjugale. Groupe 2 (Kenya, Malawi, Mozambique, Rwanda et Zimbabwe) : une association négative a été retrouvé entre l'autonomie des femmes et le niveau de violence du partenaire intime. Dans deux de ces pays (Kenya et Mozambique), il a été trouvé une association positive entre l'autonomie des femmes et leur utilisation de la contraception moderne. Le principal moteur de l'utilisation de la contraception dans ces trois pays est l'autonomie des femmes, et non la violence du partenaire intime. Groupe 3 (Cameroun, Ghana, Tanzanie, Uganda, Zambie) : aucune association entre l'autonomie des femmes et la contraception ou entre la VPI et la contraception.	oui et non	- biais d'information (prévarication)
75 (163)	Katz 2017	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	223, New York (Etats-Unis)	223 (100%) femmes de 17 à 25 ans (M=19)	- évaluer l'influence de la coercition reproductive sur la grossesse non désirée, l'utilisation des contraceptifs et le comportement sexuel	Parmi les femmes qui n'ont déclaré aucune coercition reproductive : la violence conjugale a réduit les chances d'utilisation de la contraception ($B = -0,24$, $SE = 0,07$, $OR = 0,78$, $p = 0,001$, $IC95\% = 0,68-0,90$). Parmi les femmes qui ont déclaré la coercition reproductive : ni la violence du partenaire ni le nombre de partenaires amoureux ne prédisaient de manière significative l'utilisation de la contraception.	oui	- validité externe non optimale - limite : pas de précision sur le but d'utilisation de la contraception
76 (164)	Reed 2016	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	2286, Maharashtr a (Inde)	1154 (50%) femmes et hommes de 18 à 30 ans	- déterminer si la VPI perpétré par les maris est lié à des rapports discordants d'utilisation de contraceptifs (c'est-à-dire lorsque l'utilisation est signalée par les épouses mais pas par les maris)	L'expérience de la VPI physique et de la VPI sexuelle étaient significativement associées à une utilisation irrégulière des contraceptifs rapportée uniquement par les épouses mais pas par les maris (OR ajusté de la VPI physique = 1,81 ; $IC95\% = 1.15-4.42$; $p < 0.05$) (OR ajusté de la VPI sexuelle = 1,95 ; $IC95\% = 1.08-4.82$; $p < 0.05$).	oui	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (prévarication)
77 (165)	Liu 2016	étude observationnelle de cohorte rétrospective, questionnaire	28, États-Unis	282 (100%) femmes de 18 à 52 ans (M=30,62)	- examiner les association entre le contrôle autodéclaré de la fertilité et les grossesses non désirées, les naissances prématurées, les fausses couches ainsi que les mortinaissances chez les femmes maltraitées	Les femmes étaient plus susceptibles d'avoir une fausse couche résultante d'un abus si leurs agresseurs n'avaient pas utiliser de contraception ($OR = 28,70$; $p < 0,05$).	oui	- biais d'information (mémoire)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
78 (166)	Mundhra 2016	étude observationnelle transversale, questionnaire	401, Delhi (Inde)	401 (100%) femmes de 15 à 45 ans	- connaître la prévalence des divers types de violence domestique, pour identifier les facteurs de risque associés à la VPI, pour connaître la relation entre la VPI et les victimes de VPI	Les femmes ayant des antécédents de VPI ont moins accepté d'utiliser la pilule en post-partum immédiat (25% vs 35,9% ; p = 0,023). D'autres résultats ont été retrouvés mais on ne connaît pas leur niveau de significativité, après une demande d'utilisation de la contraception par leur femme : 7,69% des maris sont devenus violents dans les cas de VPI (contre seulement 0,48% de cas sans VPI), 17,39% des maris se sont fâchés dans les cas de VPI (contre 3,39% de cas sans VPI), seuls 2,05% des maris ont accepté la demande de contraception de la femme dans les cas de VPI (contre 14% des maris de femmes sans VPI).	oui	NO
79 (167)	Jones 2016	étude observationnelle transversale, interview	2 697, Pennsylvani e (Etats- Unis)	2 228 (83%) femmes de 16 à 24 ans	- tester les associations entre l'âge, l'auto-efficacité de la négociation du préservatif, la violence du partenaire intime, la coercition reproductive et la santé reproductive	L'auto-efficacité dans la négociation du préservatif était plus faible chez les adolescents et les jeunes adultes qui ont signalé des violences récentes entre partenaires intimes que chez celles n'en signalant pas (coefficients= -0,19 et -0,13, respectivement avec p < 0.001). De même, les adolescents et les jeunes adultes qui ont signalé une coercition reproductive récente avaient une auto-efficacité réduite dans la négociation du préservatif par rapport à celle n'en signalant pas (-0,27 et -0,20, respectivement).	oui	- validité externe non optimale
80 (168)	Cha 2017	étude observationnelle transversale, interview	1 595, Alaska, Hawaï (États-Unis)	1 592 (99,8%) femmes de plus de 18 ans	- étudier le lien entre la VPI et la grossesse non désirée médiée par l'utilisation de contraceptifs	Aucune association significative n'a été retrouvée entre VPI et utilisation du préservatif (p = 0,251), entre partenaires comme principaux décideurs et utilisation du préservatif (coefficient non normalisé = 0,074, p = 0,573), entre l'utilisation du préservatif et la grossesse non désirée (coefficient non normalisé = 0,122, p = 0,368), entre prise de décision d'une grossesse et l'utilisation du préservatif (p = 0,599) ou entre encore entre VPI et grossesse inattendu via l'utilisation du préservatif (p = 0,612).	NO	NO
81 (169)	Mc Closkey 2017	étude observationnelle transversale, questionnaire	4245, États-Unis	278 (6,5%) femmes de 18 et 59 ans (M=32,8)	- examiner comment les formes de violence sexuelles tout au long de la vie, et spécifiquement les abus sexuels dans l'enfance et la VPI chez les jeunes adultes augmente les chances d'une femme de choisir la stérilisation	Un pourcentage élevé de femmes ayant une ligature des trompes avaient des antécédents d'abus de partenaire contrairement à ceux sans ligature des trompes (74% contre 27%, p = 0,0004). Les femmes ayant un ancien partenaire violent étaient plus susceptibles d'avoir une ligature des trompes (OR = 2,42, IC à 95% = 1,15-5,07, p = 0,019) que les femmes sans histoire de violence.	non	NO
82 (170)	Pearson 2017	étude observationnelle de cohorte, interview	498, Bangladesh	398 (80%) femmes de 18 à 49 ans	- évaluer les liens entre l'utilisation de la contraception 4 mois après l'avortement et le moment de l'initiation (immédiate ou retardé) à la prestation de services individuels, familiaux et d'avortement	Les femmes qui ont signalé un début tardif de reprise de la contraception après un avortement étaient plus susceptibles d'avoir connu une VPI l'année précédente (36,8 vs 19,5% ; p = 0,03). Parmi les femmes dont le mari / partenaire les a accompagnées à la procédure d'avortement, elles étaient plus susceptibles de déclarer un début tardif de reprise de la contraception si elles avaient signalé de la VPI (49,6% vs 19,6% ; p = 0,03).	oui	- limite : données manquantes sur le risque de grossesse après un avortement - limites : courte période de suivi - biais de sélection - biais d'information (prévarication par désirabilité sociale)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
83 (171)	Nelson 2017	étude observationnelle de cohorte, questionnaire	621, nord de Philadelphie (Etats-Unis)	258 (41%) femmes de 18 à 30 ans (M=22)	- examiner l'exposition à la violence et les facteurs psychologiques liés à l'utilisation inefficace de la contraception chez les jeunes femmes sexuellement actives	La régression logistique multivariée a révélé que l'expérience de violence sexuelle dans l'enfance et la faible estime de soi étaient significativement liées à une utilisation inefficace de la contraception (OR ajusté= 1,99, IC à 95%= 1,00 à 3,97 et OR ajusté= 0,47, IC 95%= 0,26-0,86 ; respectivement).	oui	- validité externe non optimale - biais d'information (prévarication)
84 (172)	Pearson 2017	étude observationnelle transversale, interview	498, Bangladesh	457 (92%) femmes de 18 à 49 ans (M=27)	- examiner les expériences de la VPI dans l'année écoulée et d'autres contraintes potentielles à l'autonomie reproductive parmi les femmes utilisant des services d'avortement au Bangladesh	Les femmes qui avaient subi la VPI avaient une prévalence plus élevée de signaler une discordance dans les futures intentions de grossesse de leurs partenaires (OR ajusté =2,92 ; IC 95%= 1,62-5,26), indiquant qu'elles étaient plus susceptibles de percevoir que leurs maris / partenaires voulaient plus d'enfants alors qu'elles ne le souhaitaient pas. Également, une prévalence plus élevée d'opposition à l'utilisation de la contraception par les beaux-parents (OR ajusté= 3,21 ; IC 95%= 1,50-6,87) et de signalements des interdictions religieuses de l'utilisation de la contraception (OR ajusté= 1,63 ; IC 95%=1,09-2,44) ont été démontrées chez les participants qui avaient connu une VPI au cours de l'année précédente.	oui	- validité externe non optimale
85 (173)	Forrest 2018	étude observationnelle de cohorte, interview	2834, Bihar, Jharkhand, Maharashtra et Tamil Nadu (Inde)	2834 (100%) femmes de 15 à 39 ans (M=26,82)	- examiner si la relation entre la VPI et l'utilisation de la contraception dépend des intentions préférentielles d'utilisation de la contraception par les hommes	Les femmes exposées à la VPI étaient 6% moins susceptibles (p<0.05) d'avoir subi une stérilisation, comparées aux non-victimes si leur conjoint voulait un enfant. Pour celles dont le partenaire ne voulait pas d'enfants supplémentaires, la VPI n'avait pas d'effet perceptible sur les chances de subir une stérilisation. La violence n'a pas non plus d'effet sur la probabilité de subir une stérilisation chez les femmes qui n'avaient pas l'intention d'utiliser une contraception.	NO	- biais de sélection - biais d'information (mémorisation)
86 (174)	Elouard 2018	étude observationnelle transversale, questionnaire	1214, Burundi	1214 (100%) femmes et hommes de 15 à 24 ans	- explorer les associations entre les expériences de violence sexuelle chez les jeunes femmes et l'utilisation de la planification familiale et de la contraception	Les jeunes femmes ayant subi des violences sexuelles étaient plus susceptibles de ne pas avoir utilisé de contraceptifs dans les 12 mois précédant l'enquête par rapport aux femmes qui n'en avaient jamais fait l'expérience (OR ajusté= 2,5 ; IC 95% 1,15-5,24). Elles étaient également plus susceptibles pour signaler que leur dernière grossesse n'était pas planifiée (OR ajusté =2,3 ; IC 95% 1,08-4,93). Les jeunes femmes qui avaient vécu de la violence sexuelle plus de 12 mois avant l'enquête étaient plus susceptibles de ne pas avoir utilisé contraceptifs modernes dans les 12 mois précédant l'enquête par rapport aux femmes n'ayant jamais connu violence sexuelle (OR ajusté =3,9 ; IC à 95%=1,13-13,4). Enfin, les jeunes femmes ayant eu des violences sexuelles au cours des 12 mois précédents étaient plus susceptibles de déclarer ne pas pouvoir négocier l'utilisation de la contraception avec leurs partenaires (OR ajusté= 2,7 ; IC 95%= 1,02-7,22).	oui	- étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (prévarication)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
87 (175)	Northridge 2017	étude observationnelle transversale, questionnaire	409, New York (Etats-Unis)	149 (36%) femmes de 14 à 17 ans (M=16,1)	- déterminer la prévalence de la coercition reproductive dans un échantillon clinique de filles vivant dans le comté de Bronx à New York	Les filles rapportant la coercition reproductive étaient susceptibles de signaler également une VPI physique (OR= 4,8; IC 95% = 2,0-11,8), moins susceptibles d'avoir une forte reconnaissance des comportements abusifs (OR, 0,10; IC 95%, 0,01-0,8), et moins susceptibles d'être à l'aise en communication avec leurs partenaires amoureux ou sexuels (OR, 0,32; IC 95%, 0,1-0,7).	NO	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable
88 (176)	Samari 2018	étude observationnelle transversale, interview	47 545, Egypte	47 545 (100%) femmes de 15 à 49 ans (M=33)	- examiner les modèles de choix contraceptifs au fil du temps en Égypte - utiliser de multiples indicateurs pour examiner les choix des méthodes contraceptives en Egypte	Les femmes qui prenaient plus de décisions au sein du ménage avaient : une probabilité plus élevée d'utiliser des méthodes de contraception de courte durée d'action, comparé à l'absence de méthode contraceptive (RRR=1.04 ; p<0.01) ; également une probabilité plus importante d'utiliser des méthodes contraceptives d'action prolongée par rapport à l'absence de méthode contraceptive (RRR=1.05 p<0.001).	oui	NO
89 (177)	Olorunsaiye 2017	étude observationnelle transversale, questionnaire	109 575, République centrafricaine (RCA), Tchad, République démocratique du Congo (RDC), Ghana, Nigéria, Sierra Leone et Togo	80 055 (73%) femmes de 15 à 49 ans	- évaluer la relation entre les normes de genre liées à la tolérance des femmes à la violence domestique et le choix de la méthode contraceptive en Afrique de l'Ouest et du Centre	Dans les résultats ajustés, les femmes qui avaient une faible tolérance à la violence domestique utilisaient moins de contraceptifs comparé à celle n'ayant aucune tolérance pour les violences domestiques (OR= 0,87; IC 95%= 0,78-0,98 ; p<0.05). Idem pour l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne (OR 0,86; IC 95%: 0,78, 0,95 p<0.05). Pour les femmes qui avaient une forte tolérance à la violence domestique, l'utilisation de contraceptifs traditionnelles ou modernes était encore plus atténuée (OR= 0,72; IC 95%=0,60- 0,90 ; p<0.01 et OR=0,62; IC 95% =0,59, 0,88 ; p<0.001 respectivement).	oui	- biais d'information (prévarication par désirabilité sociale)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
90 (178)	Kusunoki 2018	étude observationnelle de cohorte prospective, interview	1 003, comté du Michigan (Etats-Unis)	947 (94%) femmes de 18 à 20 ans (M=19,18)	- comprendre le lien entre la VPI physique et la contraception	Les femmes qui ont récemment subi des violences physiques ou qui avaient des antécédents de violence physique dans leur relation actuelle avaient moins de chances d'utiliser une méthode de contraception (OR= 0,47; IC à 95% = 0,28-0,76 et OR = 0,53; IC à 95% = 0,33-0,83, respectivement). Les femmes ayant des antécédents de violence physique dans leur relation actuelle avaient une probabilité plus élevée d'utilisation de contraceptifs prolongés ou injectables que celles sans ces antécédents (OR = 2,58; IC à 95%= 1,10-6,06). L'utilisation de la double méthode (préservatif combiné avec contraceptif prolongé/injectable ou pilule/autre méthode hormonale) était plus faible chez les femmes ayant des antécédents de violence physique dans leur relation actuelle (OR= 0,49; IC à 95%= 0,26-0,91 et OR=0,43; IC à 95%=0,23-0,80, respectivement). L'utilisation de préservatifs uniquement était plus faible chez les femmes ayant des antécédents de violence physique dans leurs relations actuelles (OR= 0,44; IC à 95%, 0,26-0,73), alors que l'absence d'usage contraceptif était plus élevée (OR= 1,99; IC à 95%= 1,24- 3,19). Pendant les périodes où les femmes ont déclaré utiliser uniquement des préservatifs, la décision partagée d'utilisation contraceptive entre partenaire était plus faible lorsqu'il y avait eu récemment des violences physiques (OR= 0,34; IC à 95%, 0,13- 0,85) ou en cas d'antécédents de violence physique dans des relations antérieures (OR= 0,27; IC à 95%= 0,14-0,52).	oui et non	- validité externe non optimale
91 (179)	Rosenfel d 2018	étude observationnelle transversale, interview	8 198, États-Unis	2 302 (28%) femmes de 18 à 44 ans	- examiner la prévalence, les liens et l'impact de la coercition reproductive chez les femmes faisant partie des anciens combattant	Dans les analyses ajustées (tenant compte de l'âge, de la race, de l'état matrimonial, de l'éducation, du revenu, des comorbidités médicales et des MST), par rapport aux femmes qui n'ont pas déclaré de coercition, les femmes qui l'ont subi étaient moins susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive lors du dernier rapport sexuel (76% contre 80%; OR ajusté = 0,61, IC 95%= 0,38-0,96), moins susceptible d'utiliser tout type de méthode contraceptive sur ordonnance (43% contre 55%; OR ajusté= 0,62, IC 95%= 0,43-0,91), et moins susceptible d'utiliser leur méthode de contraception idéale (35% contre 45%; OR ajusté= 0,63, IC 95%= 0,43-0,93).	oui	- biais d'information (prévarication) - étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais de confusion - validité externe non optimale
92 (180)	Boyce 2017	étude observationnelle transversale, analyse de données d'un fichier	11 654, Bihar (Inde)	10 469 (90%) femmes de plus de 15 ans	- élucider la relation entre la VPI, en particulier lorsqu'une femme a connue violence physique uniquement, la violence sexuelle uniquement ou les deux formes de violence et les pratiques de santé post- natal	Les femmes qui ont vécu des VPI physiques et sexuelles ont augmenté leurs chances d'utiliser une méthode contraceptive en post-partum (AOR= 1,35, IC95% = 1,07-1,71). Celles qui avaient connu uniquement la VPI physique avait en revanche diminuer leur chance de contraception du post-partum (AOR =0,82 ; IC95%=0.68-0.99). Par rapport aux femmes qui n'avaient pas de VPI, les femmes souffrant de VPI physique uniquement étaient moins susceptibles d'utiliser une contraception orale (AOR= 0,53, IC 95% = 0,32-0,87, p =0,01). Les femmes subissant les 2 VPI (physiques et sexuelles) étaient quant à elles plus susceptibles d'utiliser des préservatifs (AOR = 2,04, IC à 95% = 1,43, 2,92, p <0,001).	oui et non	-validité externe non optimale

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
93 (181)	Heck 2018	étude observationnelle transversale, interview	9 233, Rakai (Ouganda)	2206 (24%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner la prévalence de l'utilisation de la contraception cachée chez les femmes vivant à Rakai, en Ouganda, ainsi que ses facteurs de risques et ses causes	Avoir subi des violences physiques était associé à l'utilisation d'une contraception cachée (OR ajusté= 1,7 ; IC95%=1,3-2,2)	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable
94 (182)	Maxwell 2018	étude observationnelle de cohorte, interview	14586, Rakai (Ouganda)	8196 (56%) femmes de 15 à 49 ans	- estimer l'effet causal de la VPI sur l'utilisation de la contraception par les femmes	Dans le modèle pondéré, les femmes qui ont connu l'une des formes de VPI (émotionnelle, physique ou sexuelle) au cours de l'année précédente l'entrevue étaient 20% moins susceptibles d'utiliser un préservatif lors du dernier rapport sexuel (IC 95%= 0,12-0,26) et également 27 % moins susceptibles de signaler l'utilisation actuelle d'une méthode contraceptive dépendante du partenaire (IC 95%= 0,20-0,33). Les femmes qui ont vécu la VPI émotionnelle l'année précédente étaient 28% moins probable (IC 95%= 0,20-0,34) pour utiliser une méthode dépendante du partenaire, elle pour les femmes ayant subi la VPI sexuelle, elles étaient 21% moins susceptibles (IC 95%= 0,11-0,30). Parmi les utilisateurs des méthodes modernes, les femmes qui ont connu une forme quelconque de VPI l'année précédente étaient 24% plus susceptibles d'adopter une méthode contraceptive d'action prolongée que les femmes qui n'ont pas subi de VPI (IC 95%= 1,07-1,44). Parmi les femmes qui ont déclaré utilisé actuellement une forme de contraception moderne, les femmes qui ont subi toute forme de VPI au cours de la dernière année étaient 13% plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive cachée (IC 95%= 1,08-1,18).	oui	- validité externe non optimale - biais de sélection (admission)
95 (82)	Khan 2018	étude observationnelle transversale, interview	35 705, Bangladesh	9632 (27%) femmes de 15 à 49 ans (M=26)	- examiner l'association entre les attitudes des femmes à l'égard de la violence conjugale et leurs utilisations des services de santé reproductive	Les femmes qui ont signalé un rejet modéré et fort de la violence conjugale étaient plus susceptibles de déclarer une utilisation de la contraception (AOR =1,21 ; IC 95%= 1.01-1.44 et AOR=1,19 ; IC 95%= 1,02-1,39 ; respectivement).	oui	- biais de sélection (admission) - biais d'information (qualité des données disponibles)
96 (183)	Dasgupta 2018	étude observationnelle descriptive transversale, questionnaire	861, Maharashtr a (Inde)	861 (100%) femmes de 17 à 30 ans	- examiner les associations entre les méthodes contraceptives modernes et la VPI parmi des couples mariés non actuellement enceintes dans le Maharashtra rural, en Inde	Les analyses ajustées indiquent que les femmes déclarant une VPI physique (dans les 6 derniers mois) étaient plus susceptibles de déclarer avoir utilisé un préservatif (dans les 3 derniers mois), par rapport à celles qui n'utilisent aucune méthode de contraception moderne (AOR= 2,46 ; IC à 95%= 1,20-5,04). Dans les modèles ajustés, les femmes déclarant une VPI sexuelle étaient plus susceptibles de déclarer utiliser une autre contraception moderne que le préservatif (AOR= 3,27 ; IC 95%= 1,24-8,56).	non	- validité externe non optimale -biais d'information (mémorisation) - biais de sélection

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
97 (184)	King 2018	étude observationnelle descriptive transversale, questionnaire	11381, Bosnie- Herzégovine , Macédoine, Monténégro , Kosovo et Serbie	11381 (100%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes des Balkans occidentaux	Le modèle final indique que lors de l'ajout du niveau de revenu, la justification (= la dénonciation) de la violence domestique était plus probablement associée à une utilisation de la contraception moderne (OR ajusté= 1,23; IC 95%= 1,03-1,47). Cependant ce résultat n'était pas significatif chez les roms pris séparément par rapport aux non-roms.	oui	-validité externe non optimale
98 (185)	Wandera 2018	étude observationnelle transversale, interview	2 056, Ouganda	1 307 (64%) femmes de plus de 15 ans	- examiner la relation entre la violence entre partenaires intimes et l'utilisation actuelle de la contraception moderne parmi les femmes mariées en Ouganda	Les chances d'utilisation de contraception moderne étaient plus élevées chez les femmes qui pouvaient demander à leur partenaire d'utiliser un préservatif (OR ajusté= 1,87 ; IC à 95%=1,26-2,78).	oui	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable
99 (186)	Manlove 2019	étude observationnelle de cohorte, questionnaire	8 599, États-Unis	6 465 (75%) femmes et hommes de 18 à 25 ans (M=21,6)	- évaluer les liens entre la violence et l'utilisation de la contraception	Ceux du groupe « relation à dominance masculine / violence de forte intensité » et ceux du groupe « relation à dominance féminine / violence d'intensité moyenne » étaient moins susceptibles de déclarer l'utilisation du préservatif que celles du groupe « pas de dominance/faible violence » (OR = 0,4 et 0,5 respectivement ; p < 0.01).	oui	- biais de confusion
100 (187)	Acharya 2019	étude observationnelle transversale, questionnaire	12 862, États-Unis	3562 (28%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner les relations entre l'expérience de violence entre partenaires intimes et l'utilisation de méthodes contraceptives actuelles chez les femmes mariées en âge de procréer au Népal	Dans l'analyse de régression logistique multivariée, une histoire de VPI (physique, sexuelle ou psychologique) chez les femmes déjà mariées étaient associées à une probabilité accrue de stérilisation dans le modèle ajusté (OR ajusté = 1,50 ; IC à 95%, 1,12-2,00), ainsi que pour les victimes de VPI uniquement (OR ajusté =1,59; IC95%=1,17-2,16).	non	- étude transversale : lien de causalité non évaluable -biais d'information (qualité des données disponibles)

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
101 (188)	Hill 2019	étude observationnelle transversale, interview	1062, Californie (Etats-Unis)	550 (52%) femmes de 14 à 19 ans	- étudier les différences démographiques chez les jeunes femmes ayant des expériences de coercition reproductive pour élucider comment les comportements nocifs du partenaire peuvent influencer la prise en charge et les comportements liés à la santé sexuelle	Parmi celles qui ont eu des relations sexuelles dans les 3 mois précédents, les participantes ayant récemment subi une coercition reproductive étaient plus susceptibles de déclarer une utilisation de méthode contraceptive hormonale uniquement (28,8% vs 18,6% ; p=0,045). Les femmes non exposé à la coercition reproductive était plus probables de signaler des méthodes hormonales simultanément à l'utilisation du préservatif (33,3% vs 24,2% ; p=0,045) par rapport aux femmes non exposé. Les femmes qui ont subi à la fois des abus relationnels et la coercition avait des chances significativement plus élevées de signaler méthodes hormonales uniquement (OR ajusté= 3,77 ; IC 95%=1,09-13,1). Les femmes qui ont eu une coercition reproductive récente avaient plus de risque d'être victime de violence physique récente (OR ajusté= 4,32 ; IC 95%= 2,12-8,79) et de violence sexuelle récente (OR ajusté = 4,24 ; IC 95% = 2,21-8,11), après ajustement sur la race ou l'origine ethnique et le niveau scolaire. Les femmes qui avaient connu de la violence conjugale récemment avaient plus de risque de subir une coercition reproductive (OR ajusté=3,21 ; IC 95%= 1,81-5,71). Les deux groupes (celles qui avaient signalé la coercition reproductive et celles qui avaient rapportaient de la violence conjugale) avaient des chances plus élevées de violences sexuelles de non partenaires (coercition reproductive OR ajusté= 2,88 ; IC à 95%=1,33-6,21, abus relationnel OR ajusté=3,55 ; IC 95%=1,95-6,48).	oui	NO
102 (189)	Mejía- Guevara 2020	étude observationnelle transversale, interview	106 588, Bénin, Congo, Mali, Namibie, Niger, Nigéria, Sao Tomé-et- Principe, Swaziland et Zambie	73 090 (69%) femmes de 15 à 49 ans	- explorer l'association entre les attitudes à l'égard des relations sexuelles prénuptiales et la violence conjugale	Dans un modèle séparé, les attitudes collectives d'acceptation à l'égard de la violence conjugale étaient associées à une probabilité plus faible d'utiliser la contraception (OR = 0,56 ; IC 95% = 0,53-0,60), mais l'effet a été légèrement atténué après un contrôle supplémentaire pour les attitudes de l'individu à l'égard de la femme battue (OR = 0,59 ; IC 95% = 0,55-0,63) ou encore si l'on se concentre sur les 15-24 ans (OR et OR ajusté sur les attitudes concernant les femmes battu = 0,89 ; IC 95% = 0,83-0,95 ; IC 95% = 0,83-0,96 respectivement) ou encore pour le sous-échantillon des femmes âgées de 25 à 49 ans (OR ajusté= 0,86 ; IC 95% = 0,81-0,90). Dans les modèles entièrement ajustés, nous avons trouvé des associations positives des attitudes permissives collectives des adolescentes utilisant des contraceptifs dans quatre pays, mais ils n'étaient significatifs qu'en Namibie (OR = 1,29 ; IC 95% = 1,06-1,57) et au Nigéria (OR = 1,13 ; IC 95% = 1,01-1,27). En revanche, des associations négatives importantes d'attitudes collectives ont été trouvés au Bénin (OR = 0,74, IC 95% = 0,61-0,89), au Nigéria (OR = 0,80, IC 95% = 0,66-0,96) et Zambie (OR = 0,77, IC 95% = 0,65-0,90).	oui	-validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
103 (190)	Stevenson 2020	étude observationnelle transversale, questionnaire	145 099, Etats-Unis	145 099 (100%) femmes	- examiner l'utilisation de la contraception du post- partum chez les femmes ayant déclaré avoir eu des violences physiques entre partenaires intimes pendant ou dans les 12 mois précédant la grossesse	L'utilisation de contraceptifs moins efficace était plus faible chez les femmes ayant déclaré une VPI physique (13,9% vs 25,1% ; $p < 0,001$). La non-utilisation des contraceptifs était plus élevée chez les femmes ayant déclaré une VPI physique (33% vs 21% ; $p < 0,001$).	oui et non	- limite : étude limitée aux violences physiques - biais d'information (qualité des données disponibles) - biais de sélection (non réponse)
104 (191)	Steinberg 2020	étude observationnelle transversale, questionnaire	65779, Etats-Unis	56445 (86%) femmes	- étudier les associations entre la dépression précédant la grossesse et la dépression du post-partum, la violence entre partenaires intimes avant et pendant la grossesse et le nombre de facteurs de stress pendant la grossesse et l'utilisation de la contraception du post- partum	Tout expérience de violence avant ou pendant la grossesse était significativement associé au fait d'être moins susceptible d'utiliser tout type de contraceptifs. Les risques relatifs une fois ajustés d'utiliser la stérilisation plutôt qu'aucune méthode était de 0,56 ($p < 0,001$) si la femme avait subi des violences physiques avant la grossesse uniquement, 0,59 ($p < 0,001$) si la femme avait subi des violences pendant la grossesse uniquement et enfin 0,32 ($p < 0,001$) si la femme avait subi des violences avant et pendant la grossesse. Les risques relatifs une fois ajustés d'utiliser une contraception considéré comme modérément efficace (patch, anneau, pilule, contraceptifs injectables) par rapport à aucune méthode contraceptive était de 0,60 ($p < 0,01$) si la femme avait subi des violences uniquement avant la grossesse, 0,48 ($p < 0,001$) si la femme avait subi des violences uniquement pendant la grossesse et 0,5 ($p < 0,001$) si la femme avait subi des violences avant et pendant la grossesse. Enfin, les risques relatifs ajustés ont été comparé pour les méthodes contraceptives considérés comme peu efficaces (méthode du calendrier = méthode Ogino) et les méthodes moins efficaces (planification familiale naturelle, y compris méthode rythmique, retrait, préservatifs et autres méthodes barrières (spermicides, éponge, diaphragme)). Ils étaient de 0,68 ($p < 0,05$) si la femme avait subi des violences avant la grossesse uniquement, 0,55 ($p < 0,05$) si la femme avait subi des violences pendant la grossesse uniquement et 0,42 ($p < 0,001$) si la femme avait subi des violences avant et pendant la grossesse.	oui	- limite : étude limitée aux violences physiques - biais d'information/ classement (analyse des enquêteurs)
105 (192)	DeLong 2020	étude observationnelle transversale, questionnaire	2313, Dosso (Niger)	2152 (93%) femmes et hommes de 13 à 19 ans	- étudier les liens entre la santé reproductive, les attitudes d'équité sexuelle et les violences entre partenaires intimes chez les très jeunes femmes mariées	Chez les jeunes femmes de 17-19 ans mariées, celles qui avaient déclaré une expérience de VPI physique étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode de contraception moderne (OR =2,11 ; IC95% =1.08-4.11).	non	- validité externe non optimale - étude transversale : lien de causalité non évaluable

N° (ref biblio)	Auteur et année de publica- tion	Schéma d'étude et recueil des données	Population et lieu d'étude	Echantillon sélectionné (taux de réponse en %)	Objectif(s) de l'étude/ Hypothèse(s)	Résultats synthétiques	Sens de l'hypo- thèse	Limites, biais et validité des études
106 (193)	Kupoluyi 2020	étude observationnelle transversale, questionnaire	38 948, Nigéria	1341 (3,4%) femmes de 15 à 49 ans	- examiner la VPI en tant que facteur affectant l'arrêt de la contraception au Nigéria	Les femmes qui ont subi une forme quelconque de VPI sont plus susceptibles d'avoir arrêté la contraception alors qu'elles étaient à risque de devenir enceinte (OR ajusté = 1,28 ; IC = 1,15-1,91; p <0,05) par rapport à celles qu'ils n'avaient pas connues de VPI.	oui	- étude transversale : lien de causalité non évaluable - biais d'information (mémorisation)

M = Moyenne

VPI = Violence(s) entre partenaire(s) intime(s)

OR = Odds ratio (rapport de cotes)

AOR = Odds ratio ajusté

RR = Risque relatif

RRR = Réduction du risque relatif

IC = Intervalle de confiance

p = p-value (niveau de significativité)

NO = non observé (non disponible)

X² = chi-carré

MST/IST = Maladie(s) sexuellement(s) transmissibles(s) / Infection(s) sexuellement(s) transmissible(s)

IVG = Interruption volontaire de grossesse

VIH = Virus de l'immunodéficience humaine

IMC= Indice de masse corporelle

2. Etudes qualitatives

Etude qualitative numéro 1 (194) :

Cette étude a été publiée en 2008 par Wilson-Williams et al. Il s'agit d'une étude qualitative par interview structurée. Elle a été menée de mai et juillet 2005 et incluait 64 femmes âgées de 20 à 49 ans (M=32) de Gangadhar (Etat de Maharashtra en Inde). Le but de l'étude était d'examiner comment les normes et les croyances sur le genre et la violence peuvent influencer l'utilisation de contraceptifs. L'introduction rappelle que les hommes peuvent s'opposer à la contraception parce qu'ils craignent l'infidélité, le ridicule des membres de la communauté ou l'ingérence dans leurs désirs d'enfance ainsi que la perte de pouvoir des ménages et le contrôle de leur épouse.

Résultats : les interviews ont mis en évidence que les femmes attribuent la violence domestique aux défaillances dans les tâches ménagères : comme préparer la nourriture, prendre soin des enfants et agir conformément aux rôles de genre prescrits (comprenant écoute et comportement correct). De plus, certaines femmes ont révélé que la maternité assure une place aux femmes dans la famille de son mari. Si elle ne tombe pas enceinte rapidement après le mariage, ce serait perçu comme source précipitant un conflit : « certains maris torturent leurs femmes si elles ne conçoivent pas dans l'année suivant leur mariage ». Le refus d'une femme d'avoir des relations sexuelles, même par crainte d'une grossesse, est également considéré comme précipitant la violence. Les femmes notent que la décision d'avoir des relations sexuelles incombe en fin de compte au mari, bien que les conséquences affectent principalement la femme : Les maris disent : « Si ma femme ne m'écoute pas, n'est pas prête à coucher avec moi et ne se comporte pas correctement avec moi, alors je ne veux pas de cette femme ». Dans ce contexte social, la peur de l'abandon et de la dépendance sont des facteurs réels auxquels une femme doit faire face. Les femmes ont déclaré que : « le fait de ne pas agir selon les attentes des maris entraînerait l'infidélité et le divorce ». Donc, pour éviter ces conséquences, les femmes succombent à la violence et tentent de pacifier les maris en répondant à leurs attentes. Les femmes ont cité deux principales raisons de la non-utilisation des contraceptifs : les effets secondaires perçus et le refus d'un mari. Les femmes ont déclaré que la décision finale d'utiliser des contraceptifs a été prise par le mari et que le consentement de sa mère a eu une influence importante sur la décision finale. Bien que les femmes aient déclaré que la décision d'adopter des contraceptifs appartenait au mari, certaines ont déclaré que l'utilisation de contraceptifs était également secrète. Les femmes ont déclaré que la violence domestique, y compris la violence verbale et physique, était perpétrée à la fois par les maris et les belles-mères lorsqu'un usage secret a été découvert. Quelles que soient les raisons pour lesquelles les femmes ont utilisé des pilules, leur secret peut être perçu comme de la désobéissance et un échec pour répondre aux attentes de leur mari en matière de procréation. Cette étude a souligné le fait que les discussions de groupe se sont révélées être une stratégie efficace pour obtenir des récits sur la violence domestique, les rôles de genre et l'utilisation contraceptive.

Etude qualitative numéro 2 (195) :

Cette étude a été publiée en 2010 par Moore et al. Il s'agit d'une étude qualitative par interview structurée. Elle a été menée aux Etats-Unis dans trois sites : un abri contre la violence domestique, un abri indépendant dans une clinique d'avortement et une clinique de planification familiale. Elle incluait 71 participantes âgées de 18 à 49 ans. A noter que les participantes de l'étude ont reçu 40 dollars en espèces pour avoir participé à l'étude. Le but de l'étude était de comprendre par quels mécanismes les femmes qui ont été victimes de VPI (violences entre partenaires intimes) se révèlent systématiquement avoir une moins bonne santé reproductive par rapport aux femmes non victimes de violence.

Résultats : 53 répondantes (soit 74%) ont déclaré avoir déjà connu un certain type de contrôle reproductif. Les femmes qui avaient connu un contrôle de la reproduction ont souvent commencé leur récit expliquant les façons dont leurs partenaires les avaient menacées verbalement et contraintes de tomber enceintes. Les femmes ont dit que leurs partenaires parlaient souvent de vouloir une grossesse pour les lier à eux pour toujours : « Je devrais juste te mettre enceinte et avoir un bébé avec toi pour que je sache que tu seras dans ma vie pour toujours. ». Le partenaire refusait les préservatifs et tentait de convaincre sa partenaire de ne pas utiliser le contrôle des naissances, l'accusant d'être infidèle si elle essayait. Une femme rapporte qu'un partenaire a nié sa paternité lorsqu'elle est tombée enceinte, il avait déjà refusé de payer deux avortements. Dans un certain nombre de situations, le partenaire violent était en prison et certains partenaires pensaient que le fait que leur conjointe soit enceinte le temps qu'il soit emprisonné ferait qu'elle serait moins désirable par d'autres hommes et plus investi dans une relation avec le père. Des femmes qui se sont opposés à la contrainte reproductive ont déclaré avoir été ignorées, rabaissées ou maltraitées. Les formes de coercition reproductive pouvaient prendre plusieurs formes : « il a rincé à plusieurs reprises mes pilules contraceptives dans les toilettes et a refusé d'utiliser des préservatifs ». Certains partenaires accusaient même leur conjointe d'un avortement secret lorsqu'elle avait fait une fausse couche. La plupart des femmes qui ont déclaré que leur partenaire avait tenté de contrôler l'issue de la grossesse a subi une pression ou une coercition. Certains hommes menacés blessaient la femme avec l'intention de mettre fin à la grossesse. Les partenaires ont essayé de les dissuader d'utiliser des hormones contraceptives en citant des effets secondaires exagérés. Étant donné que, dans certaines situations, les hommes ont interprété le fait de devenir enceinte en tant que rejet émotionnel, cette mise en jeu dynamique complexe a souvent conduit les femmes à les éloigner de leurs convictions pour leur éviter de nouveaux abus. Ainsi ; cela a conduit à des relations sexuelles non protégées.

Etude qualitative numéro 3 (196) :

Cette étude a été publiée en 2017 par Baird et al. Il s'agit d'une étude qualitative par interview structurée. Elle a été menée dans le sud-ouest de l'Angleterre auprès de 11 femmes âgées de 20 à 38 ans. A noter que toutes les femmes qui ont participé aux entretiens ont reçu un bon d'achat de 10 livre sterling. Le but de l'étude était d'explorer les intentions de grossesse des femmes et leurs expériences de VPI au cours de la période périnatale.

Résultats : Au total cinq femmes ont déclaré que leurs partenaires avaient habilement exercé le sabotage de la contraception et la coercition manifeste de la grossesse, en exerçant une pression excessive sur la maternité avant qu'elles ne se sentent prêtes. Ce comportement comprenait des tactiques d'intimidation actives : « Il savait qu'une fois enceinte, il pouvait me convaincre de quitter la maison familiale et d'emménager avec sa famille. J'ai essayé d'utiliser la contraception mais c'était très aléatoire, car cela aboutit toujours à un gros conflit avec lui qui perd son sang-froid et moi qui souffre des conséquences. Je n'avais que 18 ans et je ne voulais pas vraiment de bébé, même si quand j'étais enceinte, tout allait bien ». Après la sortie de l'hôpital, le partenaire pouvait prendre le contrôle de tous ses médicaments, y compris la pilule contraceptive, lui disant qu'elle était incapable de se souvenir de prendre ses médicaments : « Il y a eu des jours où je lui ai demandé : « ai-je pris la pilule aujourd'hui? Ouais, tu l'as pris, je te l'ai donnée ». Pourtant, il savait que je ne l'avais pas prise. Cette manipulation a duré quelques semaines et c'est en gros comme ça que j'ai fini enceinte ». D'autres femmes ont fait état de violences manifestes en réponse aux nouvelles de la grossesse. Par exemple, la partenaire de Kirsty a réagi à la nouvelle de sa grossesse avec colère et la violence : « Il m'a en fait accusé de coucher avec d'autres personnes, me disant de m'en débarrasser ... il était si froid envers moi, m'a dit de me débarrasser du bébé. Il m'a battu quand je lui ai parlé de la grossesse ». Même lorsque la grossesse était planifiée, l'excitation initiale ressentie par les femmes semblait diminuer rapidement, surtout lorsque leur partenaire masculin ne montrait aucun intérêt ou n'avait pris aucun plaisir dans la grossesse. Une participante avait vécu des violences psychologiques et émotionnelles de la part de son partenaire depuis les débuts de leur mariage mais il n'y a jamais eu de violence physique jusqu'à cinq mois de grossesse : « Même si je n'étais pas tout à fait prête, j'ai pensé que si nous avions un bébé il ferait le tri dans sa vie. J'avais espéré et prié pour qu'il commence à réfléchir à la façon dont il se comportait, qu'il le ferait tout pour devenir plus attentionné et prévenant, si j'étais enceinte, je ferais de lui un homme, et à quel point étais-je naïve ? ». Dans cette étude, 8 des 11 femmes n'ont pas planifié leur grossesse et deux ont accepté devenir enceinte seulement après une pression incessante et des insultes de la part de leur partenaire.

L'étude conclue que les femmes qui sont dans une relation violente ont un contrôle limité sur leurs options relationnelles et/ou contraceptives et ont une augmentation du risque de grossesse planifiée ou non planifiée qui ne les protège pas contre de nouvelles violences.

Etude qualitative numéro 4 (197) :

Cette étude a été publiée en 2016 par Kabagenyi et al. Il s'agit d'une étude qualitative par interview structurée. Elle a été menée de juillet à août 2012 dans les districts de Bugiri et Mpigi (en Ouganda) auprès de 162 femmes et hommes de 15 à 54 ans. A noter que toutes les participants ont été remboursées de leurs frais de transport à l'issue des discussions. Le but de l'étude était d'étudier l'influence des croyances et pratiques socioculturelles qui entravent l'utilisation des contraceptifs modernes dans deux districts ruraux ougandais.

Résultats : Certaines femmes n'ont pas d'autonomie dans leur foyer car elles craignent continuellement d'être victimes de violence domestique ou d'être chassées pour avoir eu peu d'enfants. La perception de la communauté est que les femmes n'ont pas leur mot à dire sur le nombre d'enfants à naître dans un ménage. L'idée qu'un homme détermine le nombre d'enfants et appuie sa domination a été évoquée par un certain nombre d'hommes et de femmes dans les discussions. Une participante avait ceci à dire : « Les hommes sont difficiles et disent toujours qu'ils sont les décideurs. Par exemple, j'ai eu des jumeaux avec mon mari, mais quand lors d'un nouvel accouchement, ils (les agents de santé) ont appelé mon mari pour lui parler parce que j'avais des complications, ils voulaient que j'arrête d'accoucher, mais mon mari ne le voulait pas ». Pour certaines femmes, la pression exercée par la belle-famille pour que les jeunes femmes aient des enfants est insupportable. Les participantes ont déclaré que l'ingérence de certains beaux-parents était un obstacle à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes. Ils exigent que de nombreux enfants soient portés par les filles et les belles-filles, car c'était le but présumé du mariage. Les points de vue des intervenants sur les pratiques culturelles en tant qu'obstacles à l'utilisation de la contraception sont contradictoires. Les participants ont affirmé que si les pratiques traditionnelles et culturelles n'empêcheraient pas une personne d'utiliser des contraceptifs modernes en soi, il y avait des situations qui l'obligeraient à s'abstenir de ne pas utiliser de méthodes modernes. Ces situations comprenaient : extension de la lignée familiale, pas ou peu de garçons déjà nés, les naissances les plus récentes étant des jumeaux, compétition entre coépouses dans une union polygame, interdiction religieuse de la contraception et remplacement des morts. Dix discussions de groupe ont mentionné que : « traditionnellement, chaque enfant est considéré comme venu avec des bénédictions spéciales et que Dieu pourvoira à eux. Peu importe le nombre d'enfants que l'on a, Dieu prend soin de ces enfants qui sont nés ». De même : « les religions modernes comme l'islam et le catholicisme prêchent que tous les enfants sont de Dieu et qu'il est abominable d'interférer avec la volonté de Dieu ». Les méthodes modernes ont des effets secondaires : « Les gens disent que les méthodes modernes sont mauvaises, ils croient que si vous arrêtez d'utiliser les méthodes contraceptives modernes et que vous voulez un enfant, vous ne tomberez jamais enceinte ». L'utilisation persistante de pratiques culturelles et traditionnelles de limitation et d'espacement des naissances a été principalement attribuée à la peur des effets secondaires, à l'échec des contraceptifs modernes, au coût des contraceptifs et aux obligations socioculturelles.

Etude qualitative numéro 5 (198) :

Cette étude a été publiée en 2020 par Kibira. Il s'agit d'une étude qualitative via des groupes de discussions et entretiens. Elle a été menée de juillet 2017 à août 2017 dans plusieurs régions : la Région d'Amhara en Éthiopie, l'État d'Anambra dans le sud Nigéria, l'État de Kano au nord du Nigéria et les Districts de Mukono et Iganga en Ouganda. Elle a été menée auprès de 440 femmes et hommes de 15 à 49 ans. Le but de l'étude était de comprendre comment les pratiques d'utilisation secrète variaient selon les contextes culturels et résidentiels dans trois pays africains subsahariens.

Résultats : L'utilisation secrète de la contraception a été évoquée par les hommes et les femmes sur tous les sites, suggérant que l'utilisation clandestine de contraceptifs était une pratique courante. L'utilisation secrète a été facilitée par la diffusion de méthodes contrôlées par les femmes, telles que les contraceptifs injectables et les implants, bien que d'autres méthodes, telles que la contraception orale (pilules ou contraception d'urgence), ont également été mentionnées, en particulier pour les jeunes femmes dont les partenaires se sont opposés à la planification familiale : « Une fois que l'homme veut vraiment vous faire échouer, vous pouvez prendre furtivement des pilules ou vous faire une injection car ce n'est pas une cicatrice, qui peut être facilement remarquée ».

Les femmes et les hommes ont indiqué un certain nombre de facteurs menant à l'utilisation secrète de la contraception. En particulier, le dysfonctionnement du couple, l'absence de soutien financier ou encore l'abus d'alcool (« Certains hommes prennent de l'alcool, donc [ils] ne peuvent pas prendre de décisions ») et la violence entre partenaires intimes, ont empêché les femmes d'affirmer leurs préférences en matière de reproduction. Dans de tels cas, l'utilisation secrète pourrait être une stratégie pour se distancer d'une relation défailante en empêchant une autre naissance qui augmenterait la dépendance au partenaire. En fait, certains hommes ont reconnu l'utilisation secrète de la contraception comme un exercice consistant pour les femmes à surmonter la domination masculine sur les décisions reproductives. Tout en reflétant souvent un manque de soutien, la prise de décision des femmes en matière de procréation, l'utilisation secrète pourrait être une expression de l'autonomie ultime des femmes dans les décisions en matière de contraception. En effet, certaines femmes et certains hommes supposent que les femmes assument l'entière responsabilité des décisions familiales de planification et ont estimé que leurs partenaires avaient aucune contribution à ces questions : « Je crois que c'est la femme qui a le dernier mot. Elle est celle qui décide du nombre d'enfants ». Bien que souvent discutée, l'utilisation secrète était également socialement sanctionnée, car elle remettait en question les structures de pouvoir de genre existantes en défiant l'autorité masculine, l'utilisation secrète était souvent décrite comme un acte de désobéissance féminine, remettre en question l'ordre social du patriarcat.

En plus de remettre en question les normes de genre, les femmes manquaient souvent de soutien économique et social pour adhérer à leur contraception. En effet, les femmes se sont appuyées sur le soutien financier des partenaires pour obtenir des méthodes et assister à des

visites médicales supplémentaires en cas de contraception. En plus, bien que rarement mentionnés, certains fournisseurs ont demandé le consentement du mari à utiliser la planification familiale avant de fournir aux femmes des méthodes contraceptives, ce qui a empêché certaines femmes d'agir secrètement selon leurs préférences contraceptives. Les participantes mariées en Ouganda ont également souligné la question des effets secondaires physiques, y compris des saignements abondants, une perte ou un gain de poids, et un manque de libido, qui ont potentiellement démasqué leur utilisation à l'insu de leurs partenaires masculins. Lorsque les effets secondaires étaient insupportables et susceptibles d'être remarqués par leurs partenaires, certaines femmes ont été obligées de divulguer leur utilisation contraceptive : « Je me souviens d'une fois où je suis allée secrètement pour une injection et j'ai saigné abondamment pendant quatre mois. Cela m'a décidé à lui avouer, bien qu'on se soit disputé, les problèmes ont été résolus. Il ne m'a pas tuée, mais m'a aidée à survivre ».

Les participantes en Ethiopie ont également décrit avoir peur ou éprouver des réactions violentes de leurs partenaires, qui pourraient les menacer ou même les battre. Certains hommes les ont frappées en disant : " Pourquoi vous me cachez la contraception? ». Ces réactions ont été exacerbées lorsque l'utilisation d'une contraception secrète était interprétée comme une dissimulation de l'infidélité : « Comment peux-tu me cacher ça ? Eh, ça veut dire que tu le prends parce que tu as autre chose [liaison extraconjugale] ou que tu l'utilises avec un autre homme ».

Dans certains cas, cependant, les participants masculins ont suggéré que la divulgation pourrait améliorer la communication du couple et aboutir à un accord sur les pratiques de planification familiale, et « permettre » aux femmes qui utilisaient une contraception secrètement de l'utiliser ouvertement. Certaines femmes ont également témoigné que, contrairement aux attentes, leur partenaire n'a pas réagi négativement lorsqu'ils apprennent qu'elles utilisent la contraception secrètement : « Je ne lui ai pas dit, mais quand il découvre, il n'avait aucun problème à ce sujet ». De telles situations ont été décrites lorsque les intentions de fécondité des hommes correspondaient aux intentions des femmes, mais lorsque le couple n'avait pas discuté de la planification familiale, cela conduisait à utilisation secrète. Considérées comme infidèles ou indignes de confiance en cas de découverte, de nombreuses femmes craignaient une rupture, une perte de soutien financier s'ils découvraient une utilisation secrète de la contraception.

V- DISCUSSION

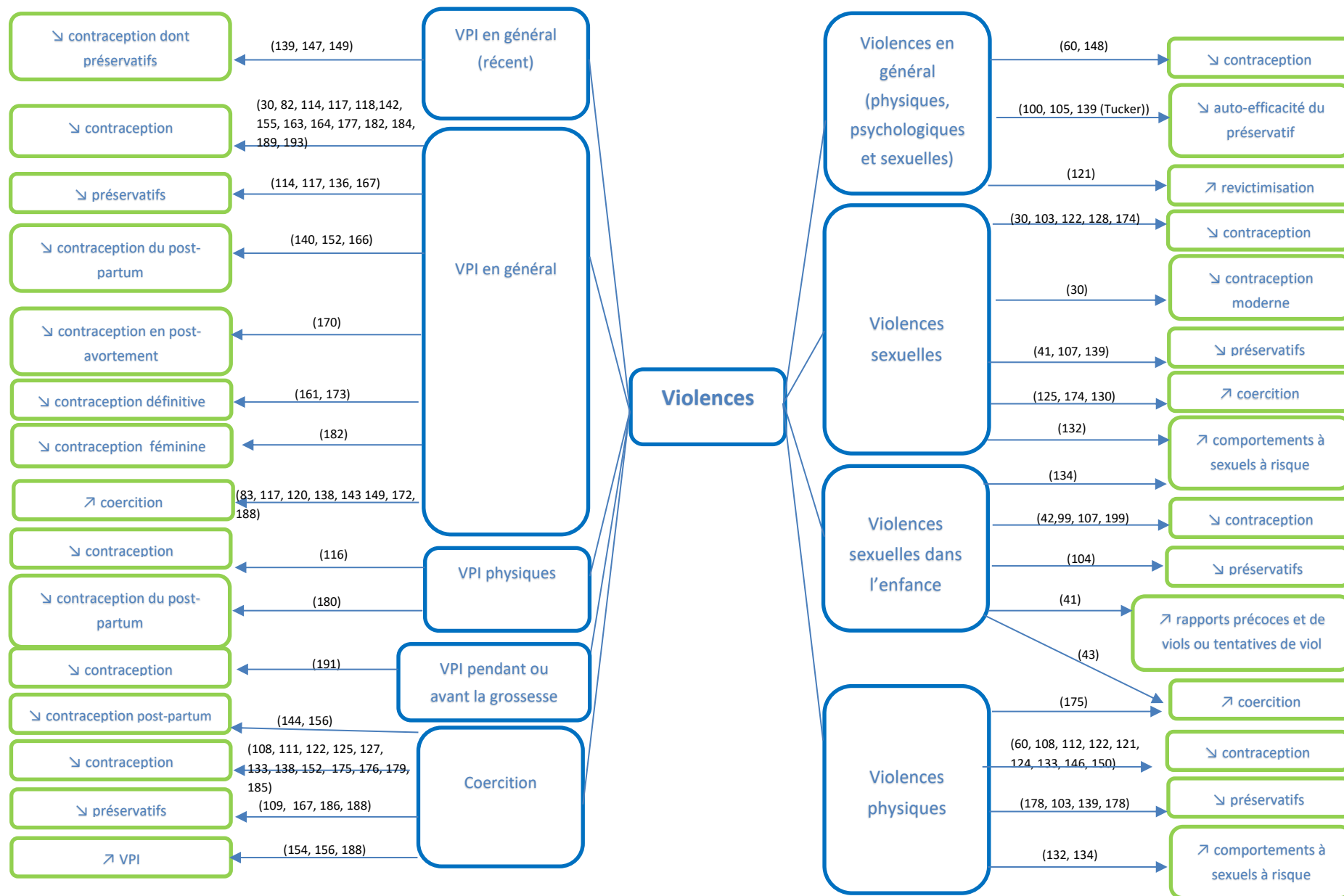
1. Synthèse des résultats

Cette revue de la littérature a permis de collecter de nombreux résultats aussi bien quantitatifs que qualitatifs. La majorité des études confirmaient l'hypothèse de départ, à savoir : les violences influencent négativement l'utilisation de la contraception. Les 5 études qualitatives en ont précisé les mécanismes. Elles ont montré que l'utilisation de la contraception se fait sous coercition dans une atmosphère de doute et de possession de la part de l'homme et de sa famille sur l'épouse. Les femmes (les mères) ayant intégrées la stratégies de domination (l'obéissance au plus puissant apportant la tranquillité). Ainsi, cela renforce le contrôle sur l'épouse. Les menaces, les coups, les viols sont les outils de la contrainte psychique et physique.

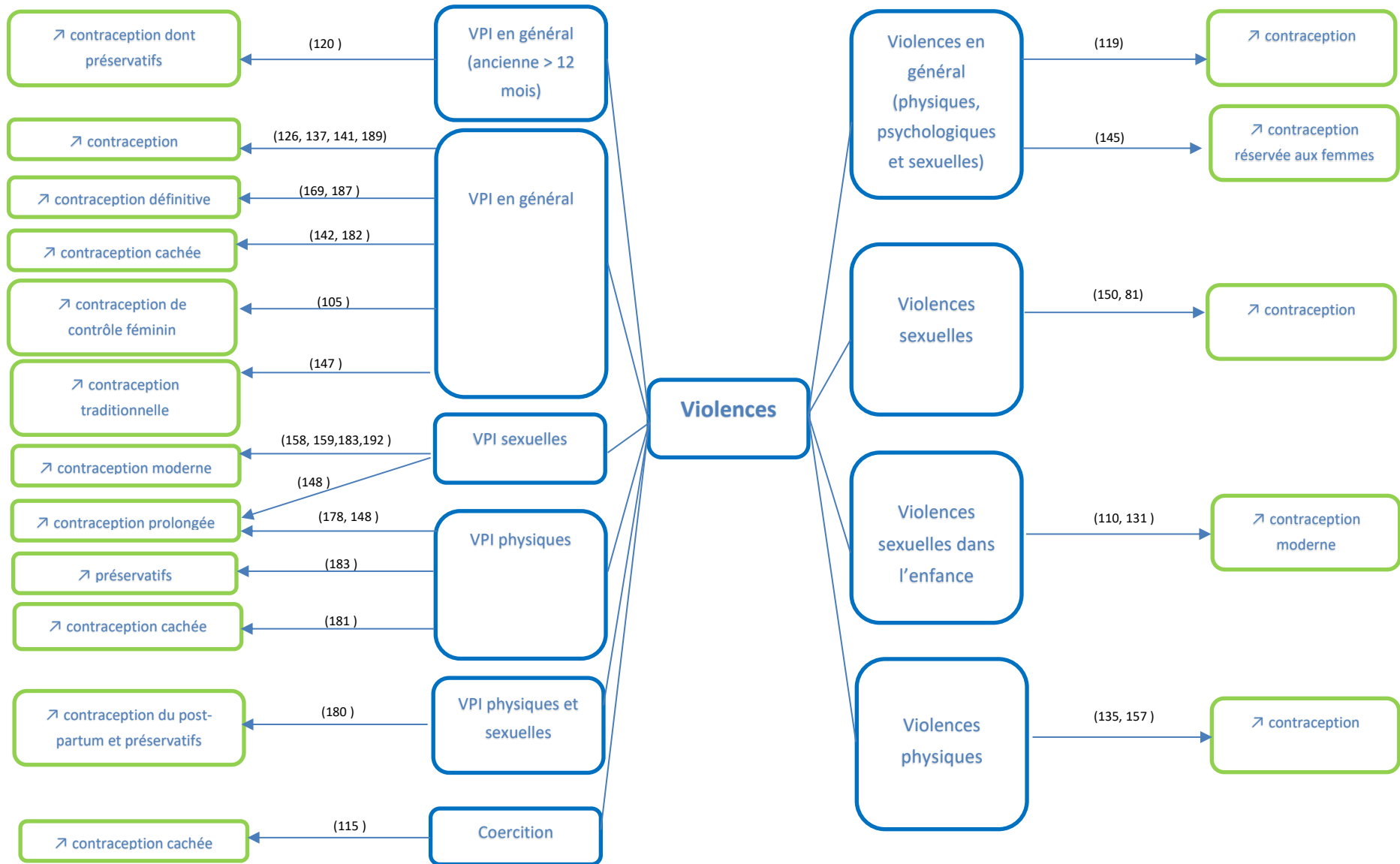
Cependant, 8 études quantitatives n'étaient pas en accord avec l'hypothèse initiale. Ceci peut interroger mais nous le verrons plus loin, cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs. A noter que ces études ont été menées pour l'immense majorité dans des régions économiquement pauvres. Dans d'autres études, la contraception était probablement plus fréquente en cas de violence mais il s'agit probablement d'un trompe l'œil car il s'agissait d'une augmentation de méthodes contraceptives de contrôle féminin, définitives, d'actions prolongées, cachées ou secrètes ou bien encore considérées comme moins fiables.

Enfin, 8 études n'ont pas permis de retrouver de liens significatifs entre violence et contraception : *Boyer et al. 1992* (54), *Flisher et al. 2001* (101), *Champion et al. 2004* (110), *Wu et al. 2006* (113), *Williams et al. 2008* (123), *Gonzalez et al. 2010* (129), *Pack et al. 2014* (153), *Cha et al 2017* (168).

Etudes dans le sens de l'hypothèse



Etudes dans le sens inverse de l'hypothèse



2. Forces et faiblesses de la revue de la littérature

- Forces :

- Des équations de recherche spécifiées pour permettre une poursuite du travail de recherche à l'avenir.
- La prise en compte de l'ensemble des données publiées depuis 1951 à partir de bases de données scientifiques (Pubmed, Lissa).
- La prise en compte de l'ensemble des données publiées dans le monde (à condition qu'elles soient publiées en Anglais ou en Français)
- La prise en compte de l'ensemble des données publiées avec de nombreux articles intégrés dans les parties introduction ou discussion.
- La prise en compte de l'ensemble des types de violences et de l'ensemble des types de contraceptifs (à l'exception de la contraception d'urgence).
- La prise en compte des données quantitatives et qualitatives.
- La publication de résultats uniquement significatifs.
- La prise en compte des différents biais dans l'analyse finale des données.

- Faiblesses :

- L'exclusion arbitraire des données concernant la contraception d'urgence.
- L'exclusion d'articles publiés dans d'autres langues que l'Anglais ou le Français.

3. Biais et limites des études analysées

Biais :

- Biais de sélection :

- Biais d'admission : 13 études l'ont mentionné. Dans celles-ci, les non participants aux études auraient probablement pu augmenter les risques relatifs de ne pas utiliser de contraceptif. En effet, exclure par exemple les participantes faisant partie de catégories sociales à risque peut diminuer l'effet des violences sur les contraceptions.
- Biais de sélection des non exposés: seul 1 étude l'a mentionné. Des témoins non exposés non comparables aux exposés ne permettent pas une analyse finale.
- Biais de non réponse : 4 études l'ont mentionné. Ceux qui ne répondent pas peuvent avoir peur du jugement ou de réaction de leur conjoint s'ils participent à l'étude.

- Biais d'information :

- Biais de mémorisation : 11 études l'ont mentionné. Les antécédents de violences peuvent être oubliés s'ils sont trop lointains ou encore par oubli involontaire (voir partie introduction décrivant la mémoire traumatique). Ils peuvent à l'inverse être bien présents dans la mémoire des participants (par mémoire traumatique là aussi).
- Biais de prévarication : 26 études l'ont mentionné. Ce chiffre est probablement sous-évalué car les femmes ne souhaitent pas toujours divulguer leurs antécédents de violence ou leur utilisation contraceptive par crainte de représailles ou encore par honte devant la société (aussi nommé plus haut comme désirabilité sociale).
- Biais de recueil d'informations disponibles : 7 études l'ont mentionné. Ne pas avoir toutes les données disponibles ne permet pas une bonne analyse finale.
- Biais de classement : 4 études l'ont mentionné. Un mauvais classement par type de violence ou type de contraceptif fausse les résultats finaux.

- Biais de confusion

- Ils ont été mentionnés à 4 reprises. De nombreux facteurs de confusion interviennent dans l'étude des violences. Toutes les études n'ont pas réalisé d'analyses ajustées sur les facteurs de confusion et toutes n'ont pas utilisé les mêmes facteurs de confusion. Ceci limite la synthèse de l'ensemble des résultats.

Limites :

- Dans 29 études, le schéma d'étude était transversal et donc le lien de causalité n'était pas évaluable car toutes les données étaient analysées à un instant t. Les autres analyses de schéma transversal avaient possiblement cette même limite.
- Dans 37 études, les auteurs ont mentionné une mauvaise validité externe de leurs résultats (= mauvaise généralisabilité). En effet, les critères d'inclusion étaient tellement restrictifs que la validité externe devenait limitée. Également, si l'on tient compte des lieux d'études des participants : ce qui se vérifie dans un pays ne l'est pas obligatoirement dans un autre, et même à l'intérieur du même pays ou selon les différents âges des participants.
- Dans une étude, les auteurs ont mentionné une faible prévalence des violences. Dans 3 autres, ils ont mentionné que la taille de l'échantillon était trop restreinte. Dans une autre, un temps trop court de suivi des participants a été mentionné.
- La quasi-totalité des études n'a pas précisé dans quel but était utilisée la contraception : prévention des grossesses, protection IST ou les 2 à la fois ? Ceci limite l'analyse de nos résultats.
- Dans 8 études, il n'y a pas eu de données significatives pouvant répondre à notre hypothèse.
- Parmi les 111 études analysées, toutes n'étaient pas du même niveau de preuve selon la grille HAS : aucune de niveau 1, 10 de niveau 2 (les 11 études observationnelles de cohorte analytique), 2 de niveau 3 (2 études cas-témoin) et enfin 96 de niveau 4 (1 étude de cohorte rétrospective, 5 des études qualitatives, 89 sont des études observationnelles descriptives transversales ou longitudinales). A noter que 4 sont des revues de la littérature regroupant plusieurs niveau de preuve.
- Au total, 13 études ont inclus des hommes mais seules 2 études ont analysé exclusivement des hommes en tant qu'auteurs des violences. Cela semble très faible quand on sait qu'ils sont les principaux auteurs des violences. La compréhension des causes de ses violences est donc limitée. Aucune étude n'a étudié les hommes en tant que victime des violences.
- Sur les 111 articles analysés, les auteurs ont précisé à 19 reprises qu'il y avait eu une participation aux études contre rémunération. Le plus souvent par espèces mais aussi par d'autres moyens (remboursement des frais de transport, crédits pour des cours universitaires en échange). Ceci peut interroger et poser un véritable problème tout d'abord éthique mais peut également biaiser les résultats (participation de ceux qui ont le plus de besoins financiers, divulgation d'informations contre rémunération). Cela pose un véritable problème de validité externe pour ces études.
- Certaines études étaient réalisées par interview en face à face, d'autres par questionnaire papier ou informatisé. La divulgation d'information peut probablement varier suivant le type de recueils des données : certaines patientes se sentent plus à l'aise en face à face, d'autres

au contraire préfèrent que leurs informations soient anonymes. L'analphabétisation ne favorise pas les réponses lors de lecture de questionnaires écrits (biais de sous-déclaration).

Enfin, toutes les études n'ont pas étudié les mêmes types de violence et de contraceptions. Les définitions pouvaient varier et le classement de certains types de contraceptions considérés comme moderne/traditionnelle, de courte durée/de longue durée, fiable/non fiable pouvaient varier selon les études. Enfin, les définitions des différentes violences étaient standardisées au sein d'une étude mais pas entre toutes les études. Enfin, la violence subie est subjective, ainsi chaque individu peut ressentir différemment des événements passés qui seront alors interprétés par certains comme des violences mais pas par d'autres.

4. Comparaison et compréhension des résultats

La majorité de nos résultats ont retrouvé que les violences réduisaient la probabilité d'utilisation des contraceptifs par les femmes (hypothèse initiale).

Si l'on compare nos résultats avec les données scientifiques françaises, on s'aperçoit tout d'abord qu'il n'existe, au moment de la publication de cette revue de la littérature, aucune revue scientifique n'ayant analysé tous les liens entre violences (dont la coercition reproductive) et contraception.

Cependant, 3 rapports ont montré des données plutôt en accord avec l'hypothèse de départ initiale :

- La HAS en juin 2019, dans son Rapport sur le Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (15) a rapporté que : « les violences peuvent avoir un effet direct sur la santé sexuelle, par exemple en favorisant les infections sexuellement transmissibles lors de rapports sexuels forcés entre époux, ou un effet indirect, par exemple en dissuadant les femmes d'aborder la question de la contraception ou de négocier l'usage de préservatifs avec leur partenaire » et rajouté « approximativement, 20% des femmes consultant un planning familial pour des faits de violences conjugales, rapportent des situations de coercition reproductive et 15% rapportent des cas de sabotage de la contraception ».

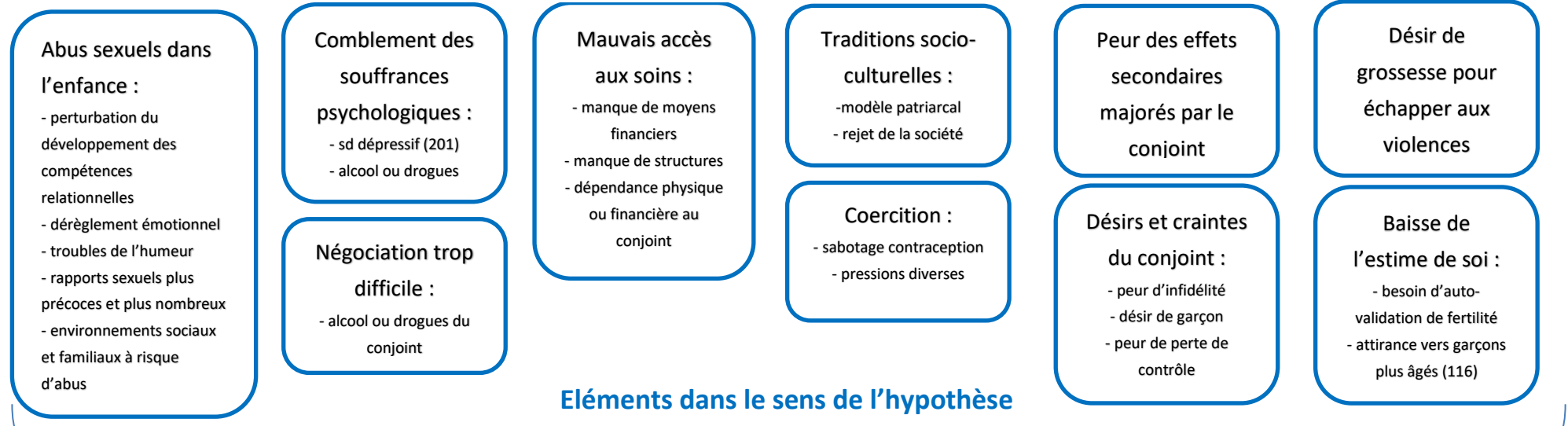
- L'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) en 2017, dans son Rapport sur le Repérage et l'accompagnement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale des victimes et des auteurs de violences au sein des couples (200) : elle rapporte qu'un des symptômes de repérage des violences peut être la limitation de leur pouvoir décisionnel en matière de contraception.

- L'OMS en 2002, dans son rapport mondial sur la violence et la santé (13) précise que : « L'expérience de rapports sexuels imposés à un jeune âge réduit la possibilité pour une femme de considérer sa sexualité comme quelque chose qu'elle maîtrise. En conséquence, il est moins probable qu'une adolescente qui est contrainte à avoir des rapports sexuels utilisera des préservatifs ou d'autres formes de contraception, d'où le risque accru de grossesses ».

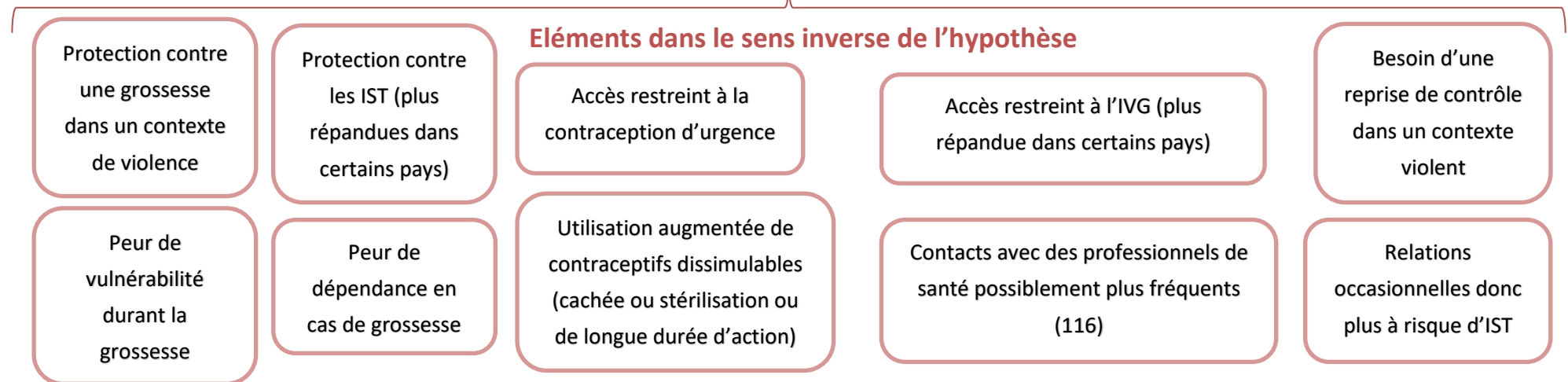
En revanche un autre rapport pense que l'impact des violence sur la contraception est réelle mais probablement pas aussi fort que rapporté ailleurs :

- La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2010 (et mis à jour en 2015), affirme dans son rapport intitulé Violences et santé en France état des lieux (33) que : « Le fait d'avoir subi des violences semble avoir un impact faible sur le recours à des méthodes préventives de contraception (pilule et préservatif) mais est associé à une plus forte propension de recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain) et à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). ».

Éléments de compréhension



Contraception



6. Repérage et prise en charge des violences en pratique

- Prévention primaire : Repérer

- place centrale du médecin traitant : médecin de famille
- s'informer des antécédents du patient : violences intra-familiales dans l'enfance vécues ou subies (de la patiente et de son partenaire) (violence transgénérationnelle).
- repérer le soutien et les préférences du partenaire en matière de santé reproductive.
- exprimer lors d'interventions ciblées que la violence doit être rejetée et dénoncée (ex : vaccination, début d'une contraception).

- Prévention secondaire : Dépister et soigner

- créer un environnement favorable : affiches avec numéros utiles, brochures en salle d'attente ; lien de confiance à créer sur la durée ; confidentialité (en face à face sans le partenaire ni famille) ; favoriser l'écoute active : empathie, reformulations, questions ouvertes, signes non verbaux, encouragement, non jugement.
- aborder les violences de façon systématique : « Avez-vous déjà connu une situation de violence (physiques, sexuelles, psychologiques) au cours de votre vie ? » ou « Êtes-vous dans une situation de souffrance ? » (1^{ière} consultation au cabinet, renouvellement de traitement, visite gynécologique, visites durant la grossesse et le post-partum, prescription d'une contraception ou encore vaccination).
- aborder les violences de façon ciblée : repérer les symptômes d'alerte (Annexe 1), les facteurs de risques (Annexe 2) et les comportements d'alerte (Annexe 3) notamment les comportements sexuels à risque ; relations sexuelles débutées à un âge jeune ; fréquence élevée de rapports sexuels ; grossesses non désirées ; avortement ; contraception d'urgence ; « oubli » de pilule ; arrêt d'une contraception en l'absence de désir de grossesse ; coercition reproductive ; demande de dépistage d'IST ou test positif ; demande de test de grossesse ; contraception « cachée » (dissimulée), contraceptif de longue durée d'action, stérilisation.
- dépister tout type de violences, la coercition et la maltraitance infantile.
- évaluer la gravité des violences (Annexe 4) : si juger grave une protection immédiate s'impose.
- déculpabiliser, expliquer, informer : dissociation et mémoire traumatique (voir introduction).
- proposer une contraception d'urgence, un dépistage d'IST.
- établir un certificat médical de constatation coups et blessures ; si besoin faire information préoccupante ou signalement.

- Prévention tertiaire : Organiser un suivi

- proposer une contraception dissimulable et prolongée : DIU (de préférence au cuivre), implants et injections.
- informer sur les aides associatives (39 19, 116 006, plateforme de signalement violences sexistes et sexuelles « arrêtons les violences », application FLAG, CIDFF), judiciaires (gendarmerie, commissariats, avocats) et sanitaires (urgences, PMI, plateforme 115 pour la géolocalisation de places d'hébergements)
- prendre en charge les auteurs de violences et comprendre leurs motivations.
- mettre en place un suivi et un accompagnement : « on n'a pas la durée mais le temps ».

VI- Annexes

Annexe 1 : Symptômes d'alerte de violences conjugales selon la HAS

Troubles physiques	Signes fonctionnels ■ Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées. ■ Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer. ■ Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple). Signes cliniques ■ Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué. ■ Maladie chronique déséquilibrée.
Troubles psychologiques	■ Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations. ■ Addictions et/ou abus de substances. ■ Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement). ■ Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ». ■ États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques. ■ Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars. ■ Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie. ■ Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire. ■ Des troubles psychosomatiques.
Santé sexuelle et reproductive	■ Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH. ■ Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque. ■ Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie. ■ Grossesses non désirées et Interruptions volontaires de grossesse. ■ Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses-couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse. ■ Complications fœtales : mort <i>in utero</i>, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance. ■ Retard ou absence d'accès aux soins périnataux. ■ Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).
En cabinet dentaire	■ Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc. ■ Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc. ■ Asymétrie du visage, affaissement facial. ■ Troubles de l'occlusion. ■ Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire. ■ Attitude « trop » résistante à la douleur. ■ Attitude très docile, voire figée. ■ Troubles somatiques. ■ Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche. ■ Réflexions lors de l'examen clinique comme : « J'ai l'impression qu'on me viole ».

Annexe 2 : Facteurs de risques de violences conjugales selon la HAS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. ■ Maltraitance pendant l'enfance. ■ L'acceptation de la violence. ■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale. ■ Les handicaps, les maladies de longue durée. ■ Les problèmes de santé mentale. ■ La dépendance financière. ■ Une conduite addictive (alcool, drogues).	■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. ■ L'abus de drogues et d'alcool. ■ Des troubles de la personnalité. ■ La banalisation de la violence.	■ Insatisfaction dans le couple. ■ Contexte de séparation conflictuelle. ■ Domination masculine dans la famille. ■ Stress économique, précarité. ■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. ■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. ■ Différence d'âge importante dans le couple. ■ Un déracinement géographique entraînant un isolement social.

Annexe 3 : Comportements d'alerte de violences conjugales selon la HAS

Comportements de la patiente, du conjoint, des enfants	
Pour la patiente	Comportement craintif, manque de confiance en elle et d'estime de soi, manque d'autonomie discordant avec le niveau socio-éducatif, isolement social, retard dans la prise en charge, explication confuse et fluctuante des blessures, non-observance des traitements ou de la prise en charge, refus d'être examinée... Les victimes de violences peuvent avoir un comportement déstabilisant (contre-transfert négatif) pour le praticien, induisant une forme de rejet à son encontre et pouvant mettre en échec la relation d'aide.
Pour le conjoint	Un partenaire accompagnant trop impliqué qui répond à la place de sa partenaire, qui minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants...
Pour les enfants	Rupture dans le comportement, rupture scolaire Repli sur soi ou hyperactivité Régression des acquisitions ou maturité précoce Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées Actes délictueux, mise en péril de soi

Annexe 4 : Les indicateurs de gravité des violences

Les indicateurs de gravité liés à l'agresseur :
• l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation qui, en se répétant, peuvent atteindre un seuil mettant en danger la femme et son environnement familial ; • le contexte d'addiction (alcool, stupéfiants) ; • présence d'armes au domicile ou utilisation des objets de la vie courante comme armes par destination ; • l'existence de menaces de mort, de tentatives de passage à l'acte (par exemple, strangulation).
Les indicateurs liés à la victime :
• la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé ; • les troubles de stress post-traumatique pouvant engendrer une dissociation chez la victime, ce qui peut induire un diagnostic erroné.
Les indicateurs liés à la présence d'enfants :
• le retentissement sur les enfants du foyer, très souvent témoins directs visuels ou auditifs des actes de violence et pouvant être des victimes de violences directes ou de négligences.

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement [Internet]. Le Caire: Organisation des Nations Unies; 1994 sept. Disponible sur: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf
2. Rapport sur la santé dans le monde [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2005 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2005/fr/>
3. Marston C, Cleland J. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Popul Stud.* 2003;57(1):77-93.
4. Bustan MN, Coker AL. Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death. *Am J Public Health.* mars 1994;84(3):411-4.
5. Magadi MA. Unplanned childbearing in Kenya: the socio-demographic correlates and the extent of repeatability among women. *Soc Sci Med* 1982. janv 2003;56(1):167-78.
6. Sable MR, Herman AA. The relationship between prenatal health behavior advice and low birth weight. *Public Health Rep Wash DC* 1974. août 1997;112(4):332-9.
7. Chinebuah B, Pérez-Escamilla R. Unplanned pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding among primiparous women in Ghana. *J Nutr.* avr 2001;131(4):1247-9.
8. Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. *BMJ.* 9 août 2003;327(7410):313.
9. Prévention des avortements à risque [Internet]. Organisation mondiale de la santé. 2020 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
10. Åhman E. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. 56 p.
11. FORTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. Prevention of violence: a public health priority [Internet]. 1996 [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf
12. Saurel Cubizolles M. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. *Santé Publique Fr* [Internet]. 8 mars 2005 [cité 13 déc 2020]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000>
13. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002 oct [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
14. Un Grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 13 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales>

15. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
16. Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Articles 222-1 à 222-67) - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149827/
17. Article L1142-2-1 - Code du travail - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031072447/
18. Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors [Internet]. Legifrance. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000504704/2020-12-29/>
19. Article 621-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038313053/
20. Loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse - Légifrance [Internet]. Légifrance. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006070722/2021-01-03/>
21. Chapitre III : Harcèlement sexuel. (Articles L1153-1 à L1153-6) - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000026268387/2012-08-08/>
22. Article 222-33 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289662/
23. Paragraphe 2 : Des violences (Articles 222-7 à 222-16-1) - Légifrance [Internet]. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006417617/2002-01-01/>
24. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289535/
25. Violences psychologiques [Internet]. Mémoire Traumatique et Victimologie. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-psychologiques.html>
26. Section 3 bis : Du harcèlement moral (Articles 222-33-2 à 222-33-2-2) - Légifrance [Internet]. Legifrance. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000029336939/2017-06-25/>
27. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes - La violence exercée par un partenaire intime [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2012. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf?sequence=1
28. Violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2872987/fr/violences-au-sein-du-couple-la-has-publie-des-recommandations-a-destination-des-structures-d-hebergement-social

29. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*. avr 2010;81(4):316-22.
30. Gomez AM. Sexual violence as a predictor of unintended pregnancy, contraceptive use, and unmet need among female youth in Colombia. *J Womens Health* 2002. sept 2011;20(9):1349-56.
31. Azevêdo AC da C, Araújo TVB de, Valongueiro S, Ludermit AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. déc 2013;29(12):2394-404.
32. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » [Internet]. Fédération Nationale Solidarité Femmes; 2017. Disponible sur: <https://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffre%C3%A9es-3919-2017.pdf>
33. Beck F, Cavalin C, Maillochon F. Violences et santé en France: état des lieux. Paris: Documentation française; 2010.
34. Programme DAPHNE II – Année 2006 Estimation du coût des violences conjugales en Europe [Internet]. 2006. Disponible sur: www.psytel.eu
35. Cavalin C. ESTIMATION DU COÛT DES VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET DE LEUR INCIDENCE SUR LES ENFANTS EN FRANCE EN 2012. 17092015 [Internet]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/22-23/pdf/2016_22-23_2.pdf
36. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://rm.coe.int/1680084840>
37. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1). 2014-873 août 4, 2014.
38. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1). 2016-297 mars 14, 2016.
39. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
40. LOI n° 2019-721 du 10 juillet 2019 relative à l'interdiction des violences éducatives ordinaires [Internet]. Légifrance. [cité 3 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038746663/>
41. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl*. août 1997;21(8):789-803.
42. Stock JL, Bell MA, Boyer DK, Connell FA. Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Fam Plann Perspect*. oct 1997;29(5):200-3, 227.
43. Rainey DY, Stevens-Simon C, Kaplan DW. Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse Negl*. oct 1995;19(10):1283-8.
44. Louville P, Salmona M. Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique [Internet]. mémoire traumatique; Disponible sur:

<https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Louville-Salmona-syndrome-sychotraumatique.pdf>

45. Browning CR, Laumann EO. Sexual Contact between Children and Adults: A Life Course Perspective. *Am Sociol Rev.* août 1997;62(4):540.
46. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bull.* 1986;99(1):66-77.
47. Friedrich WN. Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse Negl.* janv 1993;17(1):59-66.
48. Chilman CS. Incest and Sexuality: A Guide to Understanding and Healing. By Wendy Maltz and Beverly Holman. Lexington, Mass.: Lexington Books, 1987. 166 pp. \$12.95. *Soc Work.* 1 mai 1988;33(3):284-5.
49. Wyatt GE. Sexual abuse of ethnic minority children: Identifying dimensions of victimization. *Prof Psychol Res Pract.* 1990;21(5):338-43.
50. Downs WR. Developmental Considerations for the Effects of Childhood Sexual Abuse. *J Interpers Violence.* sept 1993;8(3):331-45.
51. Miller BA, Downs WR, Gondoli DM, Keil A. The Role of Childhood Sexual Abuse in the Development of Alcoholism in Women. *Violence Vict.* janv 1987;2(3):157-72.
52. Lodico MA, DiClemente RJ. The Association Between Childhood Sexual Abuse and Prevalence of HIV-Related Risk Behaviors. *Clin Pediatr (Phila).* août 1994;33(8):498-502.
53. Wyatt GE, Newcomb MD, Riederle MH. Sexual abuse and consensual sex: women's developmental patterns and outcomes. Newbury Park: Sage; 1993. 250 p.
54. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Fam Plann Perspect.* févr 1992;24(1):4-11, 19.
55. Gershenson HP, Musick JS, Ruch-Ross HS, Magee V, Rubino KK, Rosenberg D. The Prevalence of Coercive Sexual Experience Among Teenage Mothers. *J Interpers Violence.* juin 1989;4(2):204-19.
56. Weinman ML, Smith PB, Geva J, Buzi RS. Pregnant and Postpartum Adolescents' Perceptions of the Consequences of Child Abuse. *Child Adolesc Soc Work J.* 1998;15(4):287-301.
57. Rosenberg DA, Krugman RD. Epidemiology and Outcome of Child Abuse. *Annu Rev Med.* févr 1991;42(1):217-24.
58. Cavaiola AA, Schiff M. Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child Abuse Negl.* janv 1988;12(2):181-8.
59. Luster T, Small SA. Factors Associated with Sexual Risk-Taking Behaviors among Adolescents. *J Marriage Fam.* août 1994;56(3):622.
60. Mason WA, Zimmerman L, Evans W. Sexual and physical abuse among incarcerated youth: implications for sexual behavior, contraceptive use, and teenage pregnancy. *Child Abuse Negl.* oct 1998;22(10):987-95.

61. Cunningham RM, Stiffman AR, Doré P, Earls F. The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: Implications for public health. *Child Abuse Negl.* mars 1994;18(3):233-45.
62. Krahé B, Scheinberger-Olwig R, Waizenhöfer E, Kolpin S. Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence. *Child Abuse Negl.* avr 1999;23(4):383-94.
63. Meston CM, Heiman JR, Trapnell PD. The relation between early abuse and adult sexuality. *J Sex Res.* 1 nov 1999;36(4):385-95.
64. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* avr 2000;90(4):553-9.
65. Kreiter SR, Krowchuk DP, Woods CR, Sinal SH, Lawless MR, DuRant RH. Gender differences in risk behaviors among adolescents who experience date fighting. *Pediatrics.* déc 1999;104(6):1286-92.
66. Valois RF, Oeltmann JE, Waller J, Hussey JR. Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 1999;25(5):328-35.
67. Briere J, Runtz M. Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse Negl.* 1988;12(1):51-9.
68. Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorenson SB, Forsythe AB, et al. Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol.* déc 1988;56(6):843-50.
69. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *Br J Psychiatry.* déc 1993;163(6):721-32.
70. Rowan AB, Foy DW, Rodriguez N, Ryan S. Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse Negl.* janv 1994;18(1):51-61.
71. Sedney MA, Brooks B. Factors Associated with a History of Childhood Sexual Experience in a Nonclinical Female Population. *J Am Acad Child Psychiatry.* mars 1984;23(2):215-8.
72. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *Am J Psychiatry.* mars 1990;147(3):335-41.
73. Sansonnet-Hayden H, Haley G, Marriage K, Fine S. Sexual Abuse and Psychopathology in Hospitalized Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1987;26(5):753-7.
74. Fromuth ME, Burkhart BR. Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse Negl.* janv 1989;13(4):533-42.
75. Gorcey M, Santiago JM, McCall-Perez F. Psychological consequences for women sexually abused in childhood. *Soc Psychiatry.* 1986;21(3):129-33.
76. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Long-term effects of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *Br J Clin Psychol.* mai 1991;30(2):117-30.
77. Plunkett A, Oates RK. Methodological considerations in research on child sexual abuse. *Paediatr Perinat Epidemiol.* juill 1990;4(3):351-60.

78. Wyatt GE, Guthrie D, Notgrass CM. Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(2):167-73.
79. Saile R, Neuner F, Ertl V, Catani C. Prevalence and predictors of partner violence against women in the aftermath of war: a survey among couples in northern Uganda. *Soc Sci Med* 1982. juin 2013;86:17-25.
80. Peterman A, Palermo T, Bredenkamp C. Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. *Am J Public Health.* juin 2011;101(6):1060-7.
81. Martin SL, Kilgallen B, Tsui AO, Maitra K, Singh KK, Kupper LL. Sexual behaviors and reproductive health outcomes: associations with wife abuse in India. *JAMA.* 24 nov 1999;282(20):1967-72.
82. Khan MN, Islam MM. Women's attitude towards wife-beating and its relationship with reproductive healthcare seeking behavior: A countrywide population survey in Bangladesh. *PloS One.* 2018;13(6):e0198833.
83. Chapagain M. Masculine interest behind high prevalence of female contraceptive methods in rural Nepal. *Aust J Rural Health.* févr 2005;13(1):35-42.
84. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France métropolitaine – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
85. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure; 2019 déc. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
86. SERVICE STATISTIQUE MINISTÉRIEL DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEUR M de. Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2019 [Internet]. [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Info-rapide/Info-rapide-n-15-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2019>
87. Debauche A, Lebugle A, Brown E. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Institut national d'études démographique; 2017 [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
88. Baux D. Insécurité et délinquance en 2019 - bilan statistique [Internet]. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure; 2020. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Actualites/Communiques/Insecurite-et-delinquance-en-2019-Bilan-statistique>
89. MOIRON-BRAUD E. Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions [Internet]. mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains; 2020 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/275675-violences-conjugales-pendant-le-confinement-evaluation-suivi-proposition>
90. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Baromètre Santé 2016 : Genre et Sexualité [Internet]. Santé publique France; 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>

91. IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE [Internet]. Mémoire traumatique et victimologie. 2015 [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/publications-et-outils/enquetes.html?PHPSESSID=tahti7et3bhu4vткаol31j2qg3>
92. Outre mer. In: Insécurité et délinquance en 2019 : bilan statistique [Internet]. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure; p. 8. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2019-bilan-statistique>
93. Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2013 p. 51. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
94. G. Smith S, Zhang X, C. Basile K, T. Merrick M, Wang J, Kresnow Marcie-jo, et al. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2015 Data Brief [Internet]. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention; 2018 nov [cité 14 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nisvs/summaryreports.html>
95. UNICEF. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children [Internet]. UNICEF; 2014 [cité 14 déc 2020]. 202 p. Disponible sur: https://www.unicef.org/publications/index_74865.html
96. G. Smith. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010-2012 State Report [Internet]. Atlanta, Georgia: National Center for Injury Prevention and Control Centers for Disease Control and Prevention; 2017 avr p. 272. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/datasources/nisvs/summaryreports.html>
97. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Ined - Inst Natl D'études Démographiques [Internet]. mai 2014 [cité 14 déc 2020];(511). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/crise-pilule-france-nouveau-modele-contraceptif/>
98. United Nations, Population Division. World contraceptive patterns 2013 [Internet]. New York, NY 10017 United States of America: Department of Economic and Social Affairs; 2013. 2 p. Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/family/contraceptive-wallchart-2013.asp>
99. Heinrich LB. Contraceptive self-efficacy in college women. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. juin 1993;14(4):269-76.
100. Brown LK, Kessel SM, Lourie KJ, Ford HH, Lipsitt LP. Influence of sexual abuse on HIV-related attitudes and behaviors in adolescent psychiatric inpatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. mars 1997;36(3):316-22.
101. Flisher AJ, Chalton DO. Adolescent contraceptive non-use and covariation among risk behaviors. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. mars 2001;28(3):235-41.
102. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. Social network constellation and sexuality of sexually abused and comparison girls in childhood and adolescence. Child Maltreat. nov 2000;5(4):323-37.

103. Rickert VI, Wiemann CM, Harrykissoo SD, Berenson AB, Kolb E. The relationship among demographics, reproductive characteristics, and intimate partner violence. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2002;187(4):1002-7.
104. Wu ZH, Berenson AB, Wiemann CM. A profile of adolescent females with a history of sexual assault in texas: familial environment, risk behaviors, and health status. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* août 2003;16(4):207-16.
105. Saul J, Moore J, Murphy ST, Miller LC. Relationship violence and women's reactions to male- and female-controlled HIV prevention methods. *AIDS Behav.* juin 2004;8(2):207-14.
106. Champion JD, Kelly P, Shain RN, Piper JM. Rural Mexican-American adolescent sexual risk behavior. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc.* 2004;20(3):279-85.
107. Koenig MA, Zablotska I, Lutalo T, Nalugoda F, Wagman J, Gray R. Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda. *Int Fam Plan Perspect.* déc 2004;30(4):156-63.
108. Manlove J, Ryan S, Franzetta K. Contraceptive use and consistency in U.S. teenagers' most recent sexual relationships. *Perspect Sex Reprod Health.* déc 2004;36(6):265-75.
109. Roberts TA, Auinger P, Klein JD. Intimate partner abuse and the reproductive health of sexually active female adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* mai 2005;36(5):380-5.
110. Hamelin C. Abus sexuels précoces et santé reproductive des femmes en Nouvelle-Calédonie 2002-2003 [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/abus-sexuels-precoces-et-sante-reproductive-des-femmes-en-nouvelle-caledonie-2002-2003>
111. Akin L, Ozaydin N. The relationship between males' attitudes to partner violence and use of contraceptive methods in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* sept 2005;10(3):199-206.
112. Diop-Sidibé N, Campbell JC, Becker S. Domestic violence against women in Egypt--wife beating and health outcomes. *Soc Sci Med* 1982. mars 2006;62(5):1260-77.
113. Wu J, Wang L, Zhao G, Zhang X. Sexual abuse and reproductive health among unmarried young women seeking abortion in China. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* févr 2006;92(2):186-91.
114. Salam A, Alim A, Noguchi T. Spousal abuse against women and its consequences on reproductive health: a study in the urban slums in Bangladesh. *Matern Child Health J.* janv 2006;10(1):83-94.
115. McCarraher DR, Martin SL, Bailey PE. The influence of method-related partner violence on covert pill use and pill discontinuation among women living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia. *J Biosoc Sci.* mars 2006;38(2):169-86.
116. Stephenson R, Koenig MA, Ahmed S. Domestic violence and contraceptive adoption in Uttar Pradesh, India. *Stud Fam Plann.* juin 2006;37(2):75-86.
117. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* avr 2007;8(2):149-77.

118. Wuest J, Merritt-Gray M, Lent B, Varcoe C, Connors AJ, Ford-Gilboe M. Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique*. déc 2007;98(6):460-4.
119. Emenike E, Lawoko S, Dalal K. Intimate partner violence and reproductive health of women in Kenya. *Int Nurs Rev*. mars 2008;55(1):97-102.
120. Fanslow J, Whitehead A, Silva M, Robinson E. Contraceptive use and associations with intimate partner violence among a population-based sample of New Zealand women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. févr 2008;48(1):83-9.
121. Teitelman AM, Ratcliffe SJ, Dichter ME, Sullivan CM. Recent and past intimate partner abuse and HIV risk among young women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. avr 2008;37(2):219-27.
122. Clark CJ, Silverman J, Khalaf IA, Ra'ad BA, Al Sha'ar ZA, Al Ata AA, et al. Intimate partner violence and interference with women's efforts to avoid pregnancy in Jordan. *Stud Fam Plann*. juin 2008;39(2):123-32.
123. Williams CM, Larsen U, McCloskey LA. Intimate partner violence and women's contraceptive use. *Violence Women*. déc 2008;14(12):1382-96.
124. Stephenson R, Koenig MA, Acharya R, Roy TK. Domestic violence, contraceptive use, and unwanted pregnancy in rural India. *Stud Fam Plann*. sept 2008;39(3):177-86.
125. Hovsepian SL, Blais M, Manseau H, Otis J, Girard M-E. Prior victimization and sexual and contraceptive self-efficacy among adolescent females under Child Protective Services care. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ*. févr 2010;37(1):65-83.
126. Alio AP, Daley EM, Nana PN, Duan J, Salihu HM. Intimate partner violence and contraception use among women in Sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. oct 2009;107(1):35-8.
127. Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol*. août 2009;201(2):148.e1-7.
128. Chan RL, Martin SL. Physical and sexual violence and subsequent contraception use among reproductive aged women. *Contraception*. sept 2009;80(3):276-81.
129. Gonzalez EU, Sable MR, Campbell JD, Dannerbeck A. The influence of patriarchal behavior on birth control access and use among recent Hispanic immigrants. *J Immigr Minor Health*. août 2010;12(4):551-8.
130. Thiel de Bocanegra H, Rostovtseva DP, Khera S, Godhwani N. Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence Women*. mai 2010;16(5):601-12.
131. Hamelin C, Salomon C, Cyr D, Gueguen A, Lert F. Childhood sexual abuse and adult sexual health among indigenous Kanak women and non-Kanak women of New Caledonia. *Child Abuse Negl*. sept 2010;34(9):677-88.
132. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse Negl*. déc 2010;34(12):967-76.

133. Okenwa L, Lawoko S, Jansson B. Contraception, reproductive health and pregnancy outcomes among women exposed to intimate partner violence in Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. févr 2011;16(1):18-25.
134. Roemmele M, Messman-Moore TL. Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *J Child Sex Abuse*. mai 2011;20(3):264-83.
135. Dalal K, Andrews J, Dawad S. Contraception use and associations with intimate partner violence among women in Bangladesh. *J Biosoc Sci*. janv 2012;44(1):83-94.
136. Swan H, O'Connell DJ. The impact of intimate partner violence on women's condom negotiation efficacy. *J Interpers Violence*. mars 2012;27(4):775-92.
137. Salazar M, Valladares E, Högberg U. Questions about intimate partner violence should be part of contraceptive counselling: findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. *J Fam Plann Reprod Health Care*. oct 2012;38(4):221-8.
138. Zakar R, Zakar MZ, Mikolajczyk R, Krämer A. Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. avr 2012;117(1):10-4.
139. Paterno MT, Jordan ET. A review of factors associated with unprotected sex among adult women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. mars 2012;41(2):258-74.
140. Scribano PV, Stevens J, Kaizar E, NFP-IPV Research Team. The effects of intimate partner violence before, during, and after pregnancy in nurse visited first time mothers. *Matern Child Health J*. févr 2013;17(2):307-18.
141. Do M, Kurimoto N. Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*. mars 2012;38(1):23-33.
142. Fantasia HC, Sutherland MA, Fontenot HB, Lee-St John TJ. Chronicity of partner violence, contraceptive patterns and pregnancy risk. *Contraception*. nov 2012;86(5):530-5.
143. Gupta J, Falb K, Kpebo D, Annan J. Abuse from in-laws and associations with attempts to control reproductive decisions among rural women in Côte d'Ivoire: a cross-sectional study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. août 2012;119(9):1058-66.
144. Escribà-Agüir V, Romito P, Scrimin F, Molzan Turan J. Are there differences in the impact of partner violence on reproductive health between postpartum women and women who had an elective abortion? *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. oct 2012;89(5):861-71.
145. Nguyen PH, Nguyen SV, Nguyen MQ, Nguyen NT, Keithly SC, Mai LT, et al. The association and a potential pathway between gender-based violence and induced abortion in Thai Nguyen province, Vietnam. *Glob Health Action*. 29 2012;5:1-11.
146. Stephenson R, Jadhav A, Hindin M. Physical Domestic Violence and Subsequent Contraceptive Adoption Among Women in Rural India. *J Interpers Violence*. mars 2013;28(5):1020-39.
147. Laanpere M, Ringmets I, Part K, Karro H. Intimate partner violence and sexual health outcomes: a population-based study among 16-44-year-old women in Estonia. *Eur J Public Health*. août 2013;23(4):688-93.

148. Allsworth JE, Secura GM, Zhao Q, Madden T, Peipert JF. The impact of emotional, physical, and sexual abuse on contraceptive method selection and discontinuation. *Am J Public Health*. oct 2013;103(10):1857-64.
149. Decker MR, Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Anderson H, Levenson RR, et al. Recent partner violence and sexual and drug-related STI/HIV risk among adolescent and young adult women attending family planning clinics. *Sex Transm Infect*. mars 2014;90(2):145-9.
150. O'Hara K, Tsai LC, Carlson CE, Haidar YM. Experiences of intimate-partner violence and contraception use among ever-married women in Jordan. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*. oct 2013;19(10):876-82.
151. Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Decker MR, Anderson H, Silverman JG. Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception*. févr 2014;89(2):122-8.
152. Mody SK, Nair S, Dasgupta A, Raj A, Donta B, Saggurti N, et al. Postpartum contraception utilization among low-income women seeking immunization for infants in Mumbai, India. *Contraception*. juin 2014;89(6):516-20.
153. Pack AP, McCarraher DR, Chen M, Okigbo CC, Albert LM, Wambugu S. Factors associated with unmet need for modern contraception in post-conflict Liberia. *Afr J Reprod Health*. juin 2014;18(2):58-67.
154. Dalal K, Wang S, Svanström L. Intimate partner violence against women in Nepal: an analysis through individual, empowerment, family and societal level factors. *J Res Health Sci*. 2014;14(4):251-7.
155. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2015;10(2):e0118234.
156. Bergmann JN, Stockman JK. How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States?: A systematic review of the literature. *Contraception*. juin 2015;91(6):438-55.
157. Taft AJ, Powell RL, Watson LF. The impact of violence against women on reproductive health and child mortality in Timor-Leste. *Aust N Z J Public Health*. avr 2015;39(2):177-81.
158. Raj A, McDougal L. Associations of intimate partner violence with unintended pregnancy and pre-pregnancy contraceptive use in South Asia. *Contraception*. juin 2015;91(6):456-63.
159. Kidman R, Palermo T, Bertrand J. Intimate partner violence, modern contraceptive use and conflict in the Democratic Republic of the Congo. *Soc Sci Med* 1982. mai 2015;133:2-10.
160. Cha S, Chapman DA, Wan W, Burton CW, Masho SW. Intimate partner violence and postpartum contraceptive use: the role of race/ethnicity and prenatal birth control counseling. *Contraception*. sept 2015;92(3):268-75.
161. Raj A, McDougal L, Reed E, Silverman JG. Associations of marital violence with different forms of contraception: cross-sectional findings from South Asia. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. août 2015;130 Suppl 3:E56-61.
162. Adjiwanou V, N'Bouke A. Exploring the Paradox of Intimate Partner Violence and Increased Contraceptive Use in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann*. juin 2015;46(2):127-42.

163. Katz J, Poleshuck EL, Beach B, Olin R. Reproductive Coercion by Male Sexual Partners: Associations With Partner Violence and College Women's Sexual Health. *J Interpers Violence*. 2017;32(21):3301-20.
164. Reed E, Saggurti N, Donta B, Ritter J, Dasgupta A, Ghule M, et al. Intimate partner violence among married couples in India and contraceptive use reported by women but not husbands. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. avr 2016;133(1):22-5.
165. Liu F, McFarlane J, Maddoux JA, Cesario S, Gilroy H, Nava A. Perceived Fertility Control and Pregnancy Outcomes Among Abused Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. août 2016;45(4):592-600.
166. Mundhra R, Singh N, Kaushik S, Mendiratta A. Intimate Partner Violence: Associated Factors and Acceptability of Contraception Among the Women. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med*. sept 2016;41(3):203-7.
167. Jones KA, Cornelius MD, Silverman JG, Tancredi DJ, Decker MR, Haggerty CL, et al. Abusive Experiences and Young Women's Sexual Health Outcomes: Is Condom Negotiation Self-Efficacy a Mediator? *Perspect Sex Reprod Health*. 2016;48(2):57-64.
168. Cha S, Masho SW, Heh V. Partner violence victimization and unintended pregnancy in Latina and Asian American women: Analysis using structural equation modeling. *Women Health*. 2017;57(4):430-45.
169. McCloskey LA, Doran KA, Gerber MR. Intimate Partner Violence is Associated with Voluntary Sterilization in Women. *J Womens Health* 2002. 2017;26(1):64-70.
170. Pearson E, Biswas KK, Andersen KL, Moreau C, Chowdhury R, Sultana S, et al. Correlates of contraceptive use 4 months postabortion: findings from a prospective study in Bangladesh. *Contraception*. mars 2017;95(3):279-87.
171. Nelson DB, Zhao H, Corrado R, Mastrogiannis DM, Lepore SJ. Preventing Unintended Pregnancy Among Young Sexually Active Women: Recognizing the Role of Violence, Self-Esteem, and Depressive Symptoms on Use of Contraception. *J Womens Health* 2002. 2017;26(4):352-60.
172. Pearson E, Andersen KL, Biswas K, Chowdhury R, Sherman SG, Decker MR. Intimate partner violence and constraints to reproductive autonomy and reproductive health among women seeking abortion services in Bangladesh. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. mars 2017;136(3):290-7.
173. Forrest W, Arunachalam D, Navaneetham K. INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND CONTRACEPTIVE USE IN INDIA: THE MODERATING INFLUENCE OF CONFLICTING FERTILITY PREFERENCES AND CONTRACEPTIVE INTENTIONS. *J Biosoc Sci*. 2018;50(2):212-26.
174. Elouard Y, Weiss C, Martin-Hilber A, Merten S. Sexual violence as a risk factor for family planning-related outcomes among young Burundian women. *Int J Public Health*. janv 2018;63(1):13-22.
175. Northridge JL, Silver EJ, Talib HJ, Coupey SM. Reproductive Coercion in High School-Aged Girls: Associations with Reproductive Health Risk and Intimate Partner Violence. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. déc 2017;30(6):603-8.
176. Samari G. Women's empowerment and short- and long-acting contraceptive method use in Egypt. *Cult Health Sex*. 2018;20(4):458-73.

177. Olorunsaiye CZ, Brunner Huber L, Laditka SB, Kulkarni S, Boyd AS. Associations between women's perceptions of domestic violence and contraceptive use in seven countries in West and Central Africa. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. oct 2017;13:110-7.
178. Kusunoki Y, Barber JS, Gatny HH, Melendez R. Physical Intimate Partner Violence and Contraceptive Behaviors Among Young Women. *J Womens Health* 2002. 2018;27(8):1016-25.
179. Rosenfeld EA, Miller E, Zhao X, Sileanu FE, Mor MK, Borrero S. Male partner reproductive coercion among women veterans. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(2):239.e1-239.e8.
180. Boyce SC, McDougal L, Silverman JG, Atmavilas Y, Dhar D, Hay K, et al. Associations of intimate partner violence with postnatal health practices in Bihar, India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 nov 2017;17(1):398.
181. Heck CJ, Grilo SA, Song X, Lutalo T, Nakyanjo N, Santelli JS. « It is my business »: A Mixed-Methods Analysis of Covert Contraceptive Use among Women in Rakai, Uganda. *Contraception*. 2018;98(1):41-6.
182. Maxwell L, Brahmabhatt H, Ndyababo A, Wagman J, Nakigozi G, Kaufman JS, et al. The impact of intimate partner violence on women's contraceptive use: Evidence from the Rakai Community Cohort Study in Rakai, Uganda. *Soc Sci Med* 1982. 2018;209:25-32.
183. Dasgupta A, Saggurti N, Ghule M, Reed E, Donta B, Battala M, et al. Associations between intimate partner violence and married women's condom and other contraceptive use in rural India. *Sex Health*. 2018;15(5):381-8.
184. King EJ, Stojanovski K, Acosta J. Low levels of modern contraceptive use and associated factors in the Western Balkans. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 juill 2018;23(4):295-302.
185. Wandera SO, Kwagala B, Odimegwu C. Intimate partner violence and current modern contraceptive use among married women in Uganda: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2018;30:85.
186. Manlove J, Welti K, Karpilow Q. Relationship Violence Typologies and Condom Use in Young Adult Dating Relationships. *Perspect Sex Reprod Health*. 2019;51(2):109-17.
187. Acharya A, Weissman A, Thapa B, Chen M. A Review of Factors Associated With Unprotected Sex Among Adult Women in the United States. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. sept 2019;146(3):344-9.
188. Hill AL, Jones KA, McCauley HL, Tancredi DJ, Silverman JG, Miller E. Reproductive Coercion and Relationship Abuse Among Adolescents and Young Women Seeking Care at School Health Centers. *Obstet Gynecol*. 2019;134(2):351-9.
189. Mejía-Guevara I, Cislighi B, Weber A, Hallgren E, Meausoone V, Cullen MR, et al. Association of collective attitudes and contraceptive practice in nine sub-Saharan African countries. *J Glob Health*. juin 2020;10(1):010705.
190. Stevenson AA, Bauman BL, Zapata LB, Ahluwalia IB, Tepper NK. Intimate Partner Violence around the Time of Pregnancy and Postpartum Contraceptive Use. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. avr 2020;30(2):98-105.
191. Steinberg JR, Harrison EY, Boudreaux M. Psychosocial Factors Associated With Postpartum Contraceptive Method Use After an Unintended Birth. *Obstet Gynecol*. 2020;135(4):821-31.

192. DeLong SM, Brooks MI, Aliou S, Lundgren R, Corneliess C, Johns NE, et al. Married very young adolescent girls in Niger at greatest risk of lifetime male partner reproductive coercion and sexual violence. *PLOS ONE*. 2020;15(4):1-14.
193. Kupoluyi JA. Intimate partner violence as a factor in contraceptive discontinuation among sexually active married women in Nigeria. *BMC Womens Health*. 17 2020;20(1):128.
194. Wilson-Williams L, Stephenson R, Juvekar S, Andes K. Domestic violence and contraceptive use in a rural Indian village. *Violence Women*. oct 2008;14(10):1181-98.
195. Moore AM, Frohwirth L, Miller E. Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Soc Sci Med* 1982. juin 2010;70(11):1737-44.
196. Baird K, Creedy D, Mitchell T. Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. *J Clin Nurs*. août 2017;26(15-16):2399-408.
197. Kabagenyi A, Reid A, Ntozi J, Atuyambe L. Socio-cultural inhibitors to use of modern contraceptive techniques in rural Uganda: a qualitative study. *Pan Afr Med J*. 2016;25:78.
198. Kibira SPS, Karp C, Wood SN, Desta S, Galadanci H, Makumbi FE, et al. Covert use of contraception in three sub-Saharan African countries: a qualitative exploration of motivations and challenges. *BMC Public Health*. 5 juin 2020;20(1):865.
199. Nielsen CL, Miller L. Ectopic gestation following emergency contraceptive pill administration. *Contraception*. nov 2000;62(5):275-6.
200. REPÉRAGE ET ACCOMPAGNEMENT EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE (CHRS) DES VICTIMES ET DES AUTEURS DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-09/violences_chrs_recommandations.pdf
201. Hall KS, White KO, Rickert VI, Reame N, Westhoff C. Influence of depressed mood and psychological stress symptoms on perceived oral contraceptive side effects and discontinuation in young minority women. *Contraception*. nov 2012;86(5):518-25.

VII- RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Résumé :

Objectif : Déterminer les impacts des violences sur la contraception.

Méthodes : Cette revue de la littérature a utilisé les critères PRISMA. Les recherches ont inclus les études publiées de 1951 à novembre 2020. Parmi elles, 111 ont été analysées dont 106 avaient un schéma d'étude quantitatif et 5 qualitatif. Toutes les violences ont été analysées : physiques, sexuelles, psychologiques, dans l'enfance, à l'âge adulte, entre partenaires ou encore les attitudes coercitives.

Résultats : La majorité des études a confirmé l'hypothèse de départ et retrouvé des résultats significatifs. Les violences ont eu des répercussions négatives sur l'utilisation ultérieure de la contraception. Les femmes abusées ont diminué leur utilisation contraceptive (tout type confondu). Cette moindre utilisation peut s'expliquer par deux mécanismes principaux : la dissociation et la mémoire traumatique. Ces derniers engendrent des rapports sexuels plus précoces, plus fréquents, plus à risque et plus souvent associé à une coercition reproductive du partenaire. Cependant, dans 17 études il a été retrouvé des résultats contraire à l'hypothèse initiale. Les explications possibles sont : possibilité d'IVG limitée, protection contre une grossesse ou contre les IST l'emportant sur le risque de violences en réponse à l'utilisation contraceptive, besoin d'une reprise de contrôle dans une relation dominante, peur intense d'une dépendance au conjoint, relations instables plus fréquentes. De plus, d'autres études ont rapporté des utilisations plus fréquentes de certaines contraception : contraceptifs contrôlés par les femmes (d'action prolongée ou définitive, contraception dissimulé au partenaire, contraception considérée comme moins fiable). Enfin, 8 études n'ont pas retrouvé de résultats significatifs concernant le lien entre violence et contraception.

Conclusion : La prise en charge en ambulatoire de la violence ne devra pas oublier d'évaluer le retentissement sur l'utilisation contraceptive ultérieure. A l'inverse, une utilisation ou une non utilisation contraceptive devra amener le médecin à s'interroger et à dépister la violence.

Mots clés : violence, contraception, comportement contraceptif, agents contraceptifs.

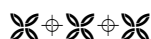


UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



VIII- SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

