



Études et Résultats

N° 705 • octobre 2009

Santé dégradée, surexposition aux violences et parcours biographiques difficiles pour un tiers de la population

Résultats de l'enquête Événements de vie et santé (2/2)

L'enquête Événements de vie et santé (2005-2006) montre que les liens entre des violences subies et un état de santé dégradé s'établissent dans des contextes biographiques personnels difficiles.

Si les deux tiers de la population âgée de 18 à 75 ans apparaissent « protégés » des atteintes violentes et des événements difficiles de la vie, le dernier tiers cumule violences subies (atteintes psychologiques, physiques ou sexuelles), état de santé mentale dégradé et parcours biographique heurté.

Car c'est en matière de santé mentale, plutôt que physique, que femmes et hommes expriment le retentissement sur leur santé des diverses brutalités endurées, l'état de santé mentale constituant probablement aussi une caisse de résonance aux violences et aux autres difficultés éprouvées.

Catherine CAVALIN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
Ministère de la Santé et des Sports

L'idée selon laquelle la violence exerce des effets néfastes ou destructeurs sur l'état de santé de ceux qui la subissent a connu un cheminement lent dans la conception même que les soignants se font de ce qu'est une victime et du rôle qu'ils ont à jouer auprès d'elle (Hervé C. et François I., 2002). Aujourd'hui, le discours médical est devenu militant, en faveur du secours aux victimes et d'un meilleur dépistage des violences. La gravité des conséquences sanitaires des violences est presque devenue un lieu commun. La blessure directe (plaie, entorse, fracture, etc.) occasionnée par un coup en constitue l'illustration-type. Toutefois, si lien indéniable il y a entre violences subies et mauvaise santé, des connaissances cliniques, épidémiologiques ou statistiques montrent qu'entre le statut de « victime » et celui de « malade » (en allant jusqu'au possible décès), les liens sont beaucoup plus complexes qu'un simple mécanisme de cause à effet.

La violence se manifeste comme une atteinte qui n'est pas exclusivement et pas nécessairement physique, donc pas toujours immédiatement visible ni synonyme d'un état de santé physique dégradé de la victime.

Par ailleurs, puisque les formes de violences différentes, tant par leur nature que par leur répétition, ne produisent pas les mêmes effets sur la santé (Jaspard M. *et al.*, 2003), il convient de définir très explicitement ce que l'on entend par « victime » et par « malade » : victime de quelle agression et à quelle fréquence ? Malade à l'aune de quels outils de mesure, selon quelles dimensions de la santé (physique, mentale, fonctionnelle, sociale) ?

Inversement, certaines formes de violences comme la maltraitance s'expriment sur le terrain constitué par un mauvais état de santé, un handicap ou l'âge (aux deux extrêmes de la vie) (Ogrodnik L., 2007), illustrant en cela la « causalité » inversée d'un état de santé dégradé (ou d'un autre facteur de « fragilité ») vers l'exposition à des violences¹. Certaines pathologies peuvent aussi constituer un facteur de risque pouvant favoriser le fait de devenir non plus victime, mais auteur de violences.

Ainsi, les liens entre le statut de victime de violence et celui d'auteur ne sont pas non plus univoques. Notamment, exercer des violences sur autrui expose au risque d'en subir en retour, par réaction de la victime. L'agresseur devient alors « victime »

ou peut en tout cas se déclarer comme telle, l'agression qu'il a provoquée occasionnant finalement des blessures sur lui-même². Au-delà, la psychiatrie a même établi que le fait d'être auteur de certaines atrocités peut générer des troubles mentaux analogues à ceux dont souffrent les victimes (Young A., 2002). D'autre part, être exposé(e) à la violence accroît le risque de pouvoir agir aussi de manière violente à l'encontre d'autres personnes (Tursz A., 2006) et de passer ainsi de la position de victime à celle d'auteur de violences ou de cumuler les deux.

L'enquête Événements de vie et santé (EVS, encadré 1), réalisée par la DREES en 2005-2006, interroge des personnes sur les violences physiques, verbales, sexuelles ou psychologiques et les atteintes aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations matérielles) qu'elles ont subies au cours des deux dernières années, mais aussi de façon plus ancienne, sur certains autres événements difficiles vécus et sur leur état de santé (encadré 2). Ces informations permettent d'établir l'existence de liens entre violences et santé, sans toutefois pouvoir toujours permettre de déterminer si les violences observées constituent des causes, directes ou non, des états de santé

1. C'est au niveau statistique, et pas seulement qualitatif, que l'on dispose d'éléments accréditant l'idée selon laquelle une personne peut se percevoir comme victime du fait de son état de santé. Même si l'enquête Histoire de vie ne traite pas à proprement parler de « violences », elle a tout de même mis en évidence que 3 % des personnes âgées de 18 ans et plus déclarent avoir subi des moqueries, des mises à l'écart ou se sont vu refuser des droits - situations assimilables, ici, sans déformer le propos de la question posée dans cette enquête, à des formes de violences psychologiques - « en raison de leur état de santé ou d'un handicap » (Algava É. et Bègue M., 2006, tableau 1, p. 120).

2. De manière générale, les cas de cette nature rencontrés dans une enquête sur les violences subies peuvent évidemment produire de fortes ambiguïtés : une personne peut se déclarer victime, signaler des blessures, un arrêt de travail... alors qu'elle est à l'origine de l'événement violent. Une telle enquête ne peut pas totalement se prémunir de ce problème et l'on peut faire l'hypothèse que celui-ci ne fausse pas massivement l'interprétation des déclarations des enquêtés, étant donné sa relative rareté. Une enquête de délinquance auto-déclarée se prêterait mieux à saisir les deux faces de la réalité.

ENCADRÉ 1

L'enquête Événements de vie et santé et les liens entre violences et santé

L'enquête Événements de vie et santé (EVS) a été menée par la DREES de novembre 2005 à février 2006 auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire (c'est-à-dire qui ne vivent pas dans des institutions) [Cavalin C., 2007]. L'objectif de l'enquête est de mieux connaître les violences ressenties et leur implication, notamment sur l'état de santé. Auparavant, l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF, 2000) était la principale source statistique permettant d'approcher la réalité des violences exercées sur les personnes vivant en ménage ordinaire en France (les femmes âgées de 20 à 59 ans, dans ce cas).

L'enquête EVS permet de mettre en évidence des corrélations entre des violences subies et l'état de santé mentale et physique des personnes, sans qu'il soit toutefois toujours possible de déterminer si les violences observées constituent des causes, directes ou non, des états de santé associés.

Lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) demandait une avancée des connaissances sur la nature des liens entre violences subies et état de santé (Krug E. *et al.*, 2002), la complexité de ceux-ci était déjà avérée. C'est en raison de cette complexité que le questionnaire d'EVS a développé, outre les deux dimensions « violences subies » et « état de santé », un questionnement sur les « événements difficiles traversés au cours de la vie ». Il s'agit

de comprendre dans quels parcours de vie ou quelles conditions de vie les liens observés entre violences et santé prennent forme. Pour le dire autrement, le fait d'intégrer ces événements de vie au questionnaire repose sur l'hypothèse selon laquelle il faut éviter de passer à côté de variables qui, inobservables dans la plupart des enquêtes, constitueraient ici, par leur absence, une entrave considérable à l'interprétation des relations entre violences et santé.

L'enquête EVS permet de connaître les atteintes aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradations de biens) ainsi que les violences interpersonnelles (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques) subies par les personnes interrogées. Elle donne également des informations approfondies sur l'état de santé (physique, mentale, fonctionnelle, sociale) et permet de repérer plusieurs types de difficultés rencontrées au cours de la vie entière : les décès, suicides, tentatives de suicide ou graves maladies des proches, l'alcoolisme ou l'usage de drogues illicites au sein de la famille, les privations matérielles graves, les souffrances ressenties du fait de carences affectives graves, les périodes de chômage des parents, les tentatives de suicide de l'enquêté(e) lui(elle)-même, etc. Le questionnaire - en mode auto-administré par ordinateur avec interface audio, cette fois - porte en outre sur les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues illicites (Cavalin C., 2007).

observés. L'analyse des parcours biographiques des individus, qui donnent rarement lieu à des questions dans les enquêtes, permet d'enrichir la description des liens entre violences et santé, en prenant en compte les contextes de vie difficiles, lorsqu'ils existent.

Des liens complexes entre violences subies et état de santé

D'après EVS, les personnes ayant subi certains types de violences se déclarent en moins bonne santé que les autres, surtout en matière de santé mentale.

Par exemple, toutes choses égales par ailleurs³, les personnes exposées à des violences psychologiques⁴ au cours des deux années précédant l'enquête ont une perception plus négative de leur santé mentale et déclarent plus souvent un mauvais état de santé physique (voir encadré 2 pour la définition adoptée ici du « mauvais » état de santé mentale ou physique perçu) ou souffrir d'au moins une maladie chronique. Elles ont aussi une probabilité plus forte d'avoir réa-

lisé au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, et de présenter des troubles dépressifs ou anxieux⁵ (encadré 2). Le fait d'avoir subi des attouchements, tentatives ou rapports sexuels forcés avant les deux dernières années est aussi associé à une probabilité plus forte d'avoir réalisé au moins une tentative de suicide, de présenter des symptômes cognitifs actuels d'agoraphobie et d'avoir manifesté, au cours du mois écoulé, des symptômes de phobie sociale.

Si, comme on vient de le montrer, l'état de santé des personnes ayant subi des violences est de façon générale moins bon, surtout en matière de santé mentale, il ne ressort cependant pas de liens simples entre violences et santé. Ces liens diffèrent selon la nature des violences subies, et il n'apparaît pas de relation directe entre la multiplicité des agressions subies et la dégradation de l'état de santé : être victime à de nombreuses reprises ou de plusieurs types de violences ne s'accompagne pas nécessairement d'un état de santé plus dégradé⁶.

Après ce premier constat, relatif à l'existence et à la nature de certains liens entre violences et santé, il s'agit désormais de comprendre, grâce au questionnaire rétrospectif d'EVS sur les événements difficiles vécus, dans quels parcours, contextes ou conditions de vie ces corrélations prennent forme. Cette approche multidimensionnelle, mettant en relation les différentes composantes de la situation des personnes, est développée au moyen d'une analyse des correspondances multiples.

Un tiers de la population cumule violences subies, problèmes de santé et difficultés de la vie

Une analyse des correspondances multiples⁷ a permis de dessiner sept groupes de personnes (tableau 1) qui diffèrent selon leur exposition aux violences et leur état de santé. De la description de ces groupes, il ressort que les relations entre violences subies et problèmes de santé dépendent fortement des contextes biographiques personnels.

ENCADRÉ 2

Le choix de questionnaires standardisés de santé pour une enquête statistique en population générale

Les questionnaires standardisés utilisés dans EVS sont : le SF-12v2 (version réduite du *Short form-36*, SF-36) pour la santé perçue et la qualité de vie ; le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) en matière de santé mentale ; le test Dépendance Entourage Trop Alcool (DETA) pour mesurer la dépendance à l'alcool et les conséquences psychosociales de celle-ci, auto-évaluées par le buveur ; le test *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) permettant de repérer une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool.

Plus précisément, le SF-12v2 (comme le SF-36) permet notamment de calculer deux scores agrégés de santé perçue : mentale et physique. Lorsqu'il est question ici de « santé physique (ou mentale) défavorablement perçue » ou de « mauvais état de santé physique (ou mentale) perçu », cela signifie que le score atteint est inférieur au score moyen des 18-75 ans que représentent les enquêtés d'EVS. C'est cette optique qui est développée dans le présent texte, mais il est possible d'en adopter d'autres (voir par exemple : Blanpain, 2008).

Pour ce qui est du MINI, plusieurs pans de la version appuée sur le DSM-IV ont été choisis pour le questionnaire d'EVS, en collaboration avec les concepteurs français de ce questionnaire. Le MINI est un outil psychométrique défini comme « un entretien diagnostique structuré » qui « peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens doivent recevoir une formation plus intensive » (Leclurber Y. *et al.*, août 1998). Son avantage est de cerner précisément la pathologie, grâce à la prise en compte des symptômes retenus par le DSM-IV. Autrement dit, alors que l'utilisation d'un questionnaire standardisé d'humeur dépressive (ex. : l'échelle CES-D, voir auto-questionnaire de l'en-

quête décennale de santé 2003) conduirait nécessairement à comptabiliser de nombreux « faux positifs » (personnes « dépressives » selon les critères du questionnaire, mais dont l'état est en réalité éloigné d'un diagnostic de la maladie concernée), le MINI permet d'approcher avec plus de discernement des situations proches de ce que, en termes diagnostiques, l'on pourrait qualifier d'état pathologique.

Pour l'épisode dépressif majeur (actuel ou récurrent) ainsi que pour le trouble anxieux généralisé, les modules entiers du MINI ont été posés, permettant de « coder » en « positif » ou « négatif » les enquêtés, selon les symptômes du DSM-IV. Pour les autres troubles (agoraphobie, phobie sociale, troubles paniques), seules les questions-filtres des modules concernés dans le MINI sont posées, avec par conséquent une identification moins exigeante des personnes potentiellement « malades » (taux plus certainement supérieurs à ceux que l'on obtiendrait pour une prévalence diagnostiquée).

Tels qu'ils sont questionnés par le MINI, les troubles paniques s'entendent au sens de crises ou attaques au cours desquelles se produit une montée subite de l'anxiété, y compris dans des situations où la plupart des personnes n'éprouveraient pas ces difficultés. L'agoraphobie recouvre l'anxiété générée par des situations où dans des endroits dont une personne ressent qu'il lui serait difficile de s'échapper, dans lesquels elle pourrait difficilement obtenir de l'aide en cas de panique. Enfin, souffrir de phobie sociale consiste à redouter d'être le centre de l'attention ou à avoir peur d'être humilié(e), par exemple à l'occasion d'une prise de parole, d'un repas pris avec d'autres, en public, ou lorsque l'on écrit sous les yeux d'un tiers.

3. Raisonnement conduit en contrôlant le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation par rapport au travail, le nombre de maladies chroniques présentes, le niveau de vie, le nombre d'atteintes verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques subies dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête et le nombre d'atteintes physiques ou sexuelles subies dans la période antérieure.

4. Sept situations différentes, correspondant à sept catégories différentes de violences psychologiques, sont identifiées dans le questionnaire d'EVS : être soumis(e) à des critiques injustes, des dénigrements, être empêché(e) de parler à des proches ou de les rencontrer, se voir imposer des façons de s'habiller, se coiffer ou se comporter en général, devoir rendre compte des lieux et des personnes que l'on fréquente, se heurter à un total refus de discussion, recevoir des appels téléphoniques ou des courriers malveillants, subir des menaces pesant sur des proches ou être menacé(e) de séparation d'avec eux.

5. Symptômes repérés de la manière suivante : épisode dépressif majeur au cours des deux semaines précédant l'enquête, trouble anxieux généralisé au cours des six mois précédant l'enquête, troubles paniques au cours de la vie entière, agoraphobie sans période de référence (implicitement : la personne répond « en général » au présent), phobie sociale au cours du mois tout juste écoulé.

6. Les effets de la violence sur la santé apparaissent de façon moins linéaire dans EVS que ce n'était le cas pour certaines caractéristiques de l'état de santé des femmes interrogées dans l'ENVEFF (Jaspard M. *et al.*, 2003).

7. Les groupes constitués dans le cadre de cette analyse sont structurés sur la base des similitudes et différences de réponses des enquêtés aux questions portant sur les violences qu'ils rapportent avoir subies dans les vingt-quatre mois précédant EVS (1^{er} groupe de variables actives du tableau 1), ainsi que sur leur état de santé considéré à partir des scores agrégés de santé physique et mentale du SF-12v2 et de la morbidité chronique présente et passée qu'ils déclarent (2^e groupe de variables actives du tableau 1).

■ TABLEAU 1

Sept groupes de population, sept configurations différentes des liens entre violences subies, état de santé et contexte biographique

	Ensemble des 18-75 ans	Groupe						
		1	2	3	4	5	6	7
	100 %	37 %	31 %	26 %	2,5 %	1 %	1,5 %	1 %
VARIABLES ACTIVES								
Violences								
Être victime d'au moins un des cinq types de violences avant les deux dernières années et pendant celles-ci	28 %	3 %	0 %	91 %	71 %	95 %	48 %	100 %
Être victime au cours des deux dernières années								
... d'atteintes aux biens	22 %	15 %	11 %	43 %	36 %	55 %	33 %	41 %
... de violences verbales	18 %	6 %	5 %	42 %	69 %	86 %	35 %	58 %
... de violences physiques	3 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %
... d'exhibitionnisme, de contacts physiques forcés, d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives)	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %	100 %
... de violences psychologiques	27 %	7 %	8 %	74 %	63 %	81 %	43 %	80 %
Être victime de violences physiques avant les deux dernières années	18 %	10 %	12 %	33 %	46 %	65 %	24 %	64 %
Être victime d'attouchements, de rapports sexuels forcés (ou tentatives) avant les deux dernières années	7 %	4 %	6 %	12 %	14 %	15 %	0 %	55 %
Santé								
État de santé physique négativement perçu	37 %	9 %	72 %	38 %	30 %	32 %	31 %	38 %
État de santé mentale négativement perçu	42 %	19 %	60 %	53 %	49 %	55 %	48 %	69 %
Avoir au moins deux maladies chroniques présentes	50 %	15 %	86 %	58 %	51 %	57 %	54 %	62 %
Avoir eu au moins une maladie chronique passée	28 %	15 %	38 %	34 %	25 %	39 %	30 %	55 %
VARIABLES ILLUSTRATIVES								
Caractéristiques sociodémographiques								
Homme	49 %	53 %	43 %	49 %	55 %	65 %	34 %	41 %
18-29 ans	21 %	25 %	7 %	26 %	53 %	64 %	43 %	49 %
Nombre de conjoints au cours de la vie								
0	13 %	15 %	7 %	15 %	27 %	31 %	27 %	34 %
1	67 %	68 %	77 %	60 %	46 %	40 %	57 %	33 %
2	15 %	13 %	13 %	18 %	17 %	11 %	13 %	24 %
3 et plus	5 %	3 %	3 %	8 %	9 %	18 %	3 %	9 %
Événements difficiles vécus au cours de l'existence entière								
Au moins une tentative de suicide de l'enquêté(e) lui (elle)-même	5 %	2 %	5 %	8 %	13 %	9 %	8 %	16 %
Graves tensions ou climat de violence entre les parents	18 %	12 %	20 %	25 %	34 %	29 %	28 %	32 %
Privations matérielles graves	16 %	10 %	20 %	22 %	19 %	36 %	14 %	34 %
Conflit très grave entre l'enquêté(e) et ses parents	12 %	7 %	10 %	19 %	22 %	41 %	21 %	35 %
Souffrances ressenties du fait d'un grave manque d'affection	21 %	11 %	20 %	34 %	31 %	45 %	30 %	54 %
Usage de drogues illicites ou alcoolisme dans la famille	18 %	14 %	16 %	27 %	22 %	43 %	27 %	39 %
Consommation d'alcool								
Test DETA positif (conséquences psychosociales de l'usage d'alcool perçues par le buveur)	13 %	11 %	13 %	17 %	24 %	20 %	15 %	22 %
Test FACE indiquant une consommation excessive d'alcool probable ou une probable alcoolodépendance	26 %	24 %	22 %	31 %	40 %	50 %	33 %	45 %
Consommation de tabac								
Fumer tous les jours dans sa vie pendant au moins six mois consécutifs	52 %	51 %	47 %	58 %	60 %	84 %	53 %	63 %
Consommation de drogues illicites au cours de la vie								
Cannabis ou au moins une autre substance	25 %	23 %	13 %	35 %	51 %	73 %	48 %	47 %
Caractéristiques de santé mentale								
Présenter un épisode dépressif majeur	7 %	1 %	9 %	11 %	12 %	16 %	8 %	17 %
Présenter des troubles d'anxiété généralisée	6 %	1 %	8 %	9 %	13 %	14 %	4 %	10 %
Avoir présenté à plusieurs reprises des troubles panique	16 %	6 %	20 %	24 %	28 %	34 %	15 %	51 %
Présenter des troubles d'agoraphobie	19 %	11 %	23 %	24 %	24 %	29 %	19 %	35 %
Avoir présenté des troubles de phobie sociale au cours du mois écoulé	11 %	6 %	12 %	16 %	16 %	21 %	16 %	23 %
Présenter au moins deux des cinq troubles du sommeil explorés dans EVS	63 %	48 %	73 %	72 %	70 %	94 %	70 %	81 %

Lecture • 6 % des personnes rassemblées dans le groupe 1 rapportent avoir subi, au cours des 24 mois précédant l'enquête, des violences verbales, alors que c'est le cas de 18 % de l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire (population de référence d'EVS). Le groupe 1 se compose à 53 % d'hommes (et donc à 47 % de femmes).

Note • Les tests DETA et FACE ont été passés dans le cadre d'un questionnaire auto-administré par ordinateur. La présentation des résultats est ici très synthétique, mais il faut notamment comprendre que la consommation excessive ou l'alcoolodépendance probables détectées par FACE s'appuient sur une mesure différenciée, par sexe, de la consommation d'alcool, comme cela est la règle pour l'analyse de ce test. Hommes et femmes sont simplement agrégés pour une lecture globale du résultat dans ce tableau. En outre, EVS permet de différencier les personnes ayant bu ou non de l'alcool pendant les douze derniers mois, parmi celles qui présentent un test DETA positif : ces deux catégories de personnes sont également agrégées ici.

Champ • Les personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • DREES, enquête « Événements de vie et santé », 2005-2006.

Parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire, 68 % sont relativement protégées : peu de victimes de violences, un état de santé plutôt bon, voire très bon ou, lorsqu'il ne l'est pas, c'est pour des raisons autres que des violences subies. Elles se répartissent en deux groupes : 37 % (premier groupe) sont protégées en termes de violences, de santé et d'événements difficiles ; 31 % (deuxième groupe), tout en étant également peu exposées aux violences, ont un état de santé moins satisfaisant, principale-

ment parce qu'il s'agit de femmes et de personnes âgées (forte proportion de personnes âgées de 55 à 75 ans)⁸, et peut-être aussi parce qu'elles ont vécu dans un environnement plus difficile que le premier groupe, même si ces conditions sont, de loin, plus favorables que celles observées dans les autres groupes fortement soumis aux violences.

Associant violences subies, problèmes de santé et difficultés de la vie, cinq autres groupes (32 % des 18-75 ans) se caractérisent par le fait que les

plus jeunes y sont surreprésentés. Ce trait est cohérent avec la surexposition des jeunes à la plupart des violences (Cavalin C., 2007).

Le plus important de ces cinq groupes (groupe 3) se compose d'hommes et de femmes dans les mêmes proportions que la moyenne. Les quatre autres groupes sont, pour deux d'entre eux à dominante masculine, et pour les deux autres à dominante féminine (tableau 2), faisant ainsi apparaître que les liens entre violences et santé, dans un contexte biographique difficile, se

8. Statistiquement, être une femme ou avancer en âge accroît généralement la probabilité de déclarer un état de santé moins bon que les autres. Voir par exemple, à ce sujet : Lanoë J.-L. et Makdessi-Raynaud Y., 2005 et, pour une analyse faisant la part entre effet d'âge et morbidité, dans une comparaison internationale, Camirand et al., 2009.

■ TABLEAU 2

Grandes caractéristiques des individus composant les sept groupes de la typologie « violences et santé »

Caractérisation rapide		Groupe	Part de la population concernée	Caractérisation détaillée
Population « protégée » des violences et événements biographiques difficiles : 68 % de la population des 18-75 ans		Groupe 1	37 %	La « population générale », protégée en termes de violences, de santé et d'événements difficiles rencontrés au fil de la vie.
		Groupe 2	31 %	Population peu exposée aux violences mais dans un état de santé déclaré défavorable, liée principalement à la surreprésentation des femmes et des 55-75 ans. Ce groupe a aussi connu un parcours de vie plus difficile que le groupe 1 (plus de tensions entre les parents, de souffrances ressenties du fait d'un manque d'affection par exemple, mais ces difficultés sont moins marquées que celles rencontrées dans les groupes suivants - 3 à 7).
Population confrontée aux violences de divers types, dans un contexte biographique difficile, avec un état de santé mental dégradé : 32 % de la population	Violences psychologiques récentes	Groupe 3	26 %	Hommes et femmes, exposés récemment (deux dernières années) à des violences essentiellement psychologiques (pas de violences physiques ni sexuelles dans les vingt-quatre derniers mois, mais surexposition à ces violences par le passé), présentant un état de santé mentale dégradé et des maladies chroniques, dans un parcours biographique émaillé d'événements difficiles (par exemple, souffrances ressenties du fait d'un grave manque d'affection, graves tensions ou climat de violences entre les parents, des privations matérielles sévères).
	Violences physiques	Groupe 4	2,5 %	Surreprésentation d'hommes et de jeunes, tous exposés aux violences physiques, caractérisés par des problèmes de santé mentale plus que physique, dans un contexte biographique difficile (comme le groupe 3), où apparaît notamment un nombre de conjoints élevé en moyenne (conjugalité heurtée et violences conjugales ?).
	Violences physiques et sexuelles	Groupe 5	1 %	Groupe le plus masculin et le plus jeune, qui présente les caractéristiques du groupe 4, exacerbées aussi bien en termes de violences subies, de santé, et de difficultés rencontrées au cours de la vie, et auxquelles s'ajoute une exposition généralisée aux atteintes à caractère sexuel dans les vingt-quatre derniers mois.
	Violences sexuelles	Groupe 6	1,5 %	Groupe le plus féminin, avec une proportion élevée de jeunes et de personnes âgées. Toutes les personnes de ce groupe ont subi des violences à caractère sexuel récemment (deux dernières années), et aucune n'a subi de violences physiques récemment. Elles sont surexposées aux atteintes verbales et psychologiques, mais de façon nettement moins prononcée que dans les autres groupes confrontés aux violences. Contexte socio-économique et socioculturel <i>a priori</i> plus favorable et conjugalité plus stable. État de santé assez proche de la moyenne de la population.
		Groupe 7	1 %	Groupe également très féminin. Toutes les personnes de ce groupe ont subi des violences sexuelles récemment (deux dernières années) et souvent également par le passé. Aucune n'a subi de violences physiques récemment, mais elles y ont été fortement confrontées par le passé. Forte surexposition également aux violences psychologiques et verbales. Cumul marqué de difficultés au cours de la vie et état de santé (mentale, surtout) très dégradé. Ce groupe présente, avec le très masculin groupe 5, la plus forte fréquence des événements difficiles rencontrés au cours de la vie et le plus de troubles panique ou d'agoraphobie.
		Ensemble des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire	100 %	

Lecture • 37 % des 18-75 ans résidant en ménage ordinaire constituent les personnes rassemblées ici dans le groupe 1.

Champ • Les personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en France en ménage ordinaire.

Sources • DREES, enquête Événements de vie et santé, 2005-2006.

déclinent différemment au féminin et au masculin. Ces quatre groupes, de faible effectif (3,5 % de la population pour les groupes 4 et 5 à dominante masculine ; 2,5 % de la population pour les groupes 6 et 7 à dominante féminine) se distinguent nettement du groupe 3 (26 % de la population) par la nature des violences subies au cours de la période récente : aucune violence sexuelle ou physique au cours des deux dernières années pour le groupe 3, pour lequel prédominent les violences de nature psychologique, alors que les personnes des groupes les plus masculins (4 et 5) sont toutes victimes de violences physiques et celles des groupes les plus féminins (6 et 7) sont toutes victimes de violences à caractère sexuel, au cours des deux dernières années.

Violences subies et dégradation de l'état de santé vont de pair pour les personnes ayant vécu dans un contexte biographique difficile

Le troisième groupe (26 % de la population) se distingue par la fréquence très élevée des violences subies au cours de la vie (91 % des personnes sont exposées, pour un type de violences au moins, à des événements récents et plus anciens) et la fréquence des violences psychologiques subies récemment (74 % des personnes du groupe déclarent en avoir subi au cours des deux dernières années). Ces personnes endurent aussi actuellement plus souvent que la moyenne des violences verbales (42 %), des vols (ou tentatives), cambriolages ou dégradations de biens (43 %). Mais aucune n'a eu à souffrir de violences physiques ou sexuelles récemment, alors que ces violences ont été nettement plus fréquentes par le passé dans ce groupe que pour l'ensemble des personnes de 18-75 ans. Ceci suggère que dans ce groupe, la nature des violences subies a changé au cours de la vie : violences physiques ou sexuelles par le passé, violences psychologiques actuellement et dans une moindre mesure violences verbales et atteintes aux biens.

Ce groupe présente quelques traits d'une santé mentale dégradée, comme une perception négative de sa propre santé mentale, plus fréquente que pour

l'ensemble de la population, ou la réalisation de tentatives de suicide également plus fréquente. Les maladies chroniques présentes et passées y sont aussi un peu plus souvent déclarées, sans pour autant que la perception subjective de la santé physique se démarque sensiblement de celle qu'exprime la population d'ensemble.

Enfin, le contexte biographique recèle à plus d'un titre des difficultés : un tiers des personnes du groupe 3 déclarent avoir souffert d'un grave manque d'affection, un quart avoir connu, au sein de leur famille, des cas d'alcoolisme ou d'usage de drogues illicites ainsi que des situations de graves tensions ou de violence entre leurs parents, et un sur cinq rapporte des conflits très graves avec ceux-ci ou de sévères privations matérielles.

Des jeunes et des hommes très fortement exposés aux violences physiques actuellement et par le passé, avec une santé mentale dégradée : 3,5 % de la population

Les quatrième et cinquième groupes se composent plutôt d'hommes et de jeunes, dans des situations de difficultés cumulées. La violence physique subie est une caractéristique forte de ces deux groupes : ces individus ont en commun d'avoir tous été victimes de violences physiques dans la période récente (deux dernières années) et ils constituent à eux seuls la totalité de ceux qui rapportent dans l'enquête avoir enduré récemment des gifles, coups ou autres brutalités physiques. Il s'agit souvent de violences répétées : ces individus sont également très touchés par ces mêmes violences au cours de la période antérieure aux deux dernières années et, au cours de la période récente, très touchés non seulement par des violences physiques, mais aussi par des violences verbales, psychologiques ou encore des atteintes aux biens.

La fréquence élevée des violences physiques constatée est cohérente avec le fait de trouver ici plus d'hommes que dans l'ensemble de la population (Cavalin C., 2007)⁹ mais le niveau élevé des violences sexuelles au cours de la vie entière, davantage associé au fait d'être une femme, mérite analyse.

Les femmes et les hommes de ces groupes sont plus souvent victimes d'attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) que l'ensemble des femmes, d'une part, et des hommes, d'autre part. Mais, comme pour l'ensemble de la population, la proportion de victimes de ce type de violences, est plus forte chez les femmes (20 % dans le groupe 4 pour les femmes et 9 % pour les hommes).

Les individus de ces deux groupes, très exposés aux violences physiques, ont souvent vécu dans un contexte biographique difficile, avec de graves tensions entre leurs parents notamment.

Les deux groupes se distinguent l'un de l'autre, malgré tout, par une sorte de « crescendo » de violences, le cinquième se singularisant aussi par une très forte exposition aux violences sexuelles à toutes les périodes de la vie, et surtout récemment (tous les individus de ce groupe y ont été confrontés au cours des deux années précédant l'enquête)¹⁰. Les personnes du groupe 5 présentent aussi un parcours de vie encore plus souvent difficile que celles du groupe 4, qui pourtant est déjà fortement touché par un climat de violence entre les parents. Dans le groupe 5, 45 % des personnes disent avoir souffert d'un grave manque d'affection et environ 41 % ont vécu des conflits très graves avec leurs parents, dans un contexte économique sans doute également difficile, puisque près de 40 % des individus déclarent avoir connu des privations matérielles graves. L'usage de drogues illicites ou la consommation d'alcool dans la famille s'ajoute aussi fréquemment à ce contexte déjà lourd (43 %).

Un plus grand nombre de conjoints et des problèmes d'alcool et de drogues plus fréquents

Il est à noter aussi, que, malgré leur jeunesse (plus de la moitié des personnes des groupes 4 et 5 ont entre 18 et 29 ans), respectivement 9 % des personnes au sein du groupe 4 et 18 % au sein du groupe 5 ont eu trois conjoints ou plus, contre 1 % parmi l'ensemble des 18-29 ans. Cette caractéristique n'est pas sans lien avec la fréquence élevée des violences. On constate en effet, toutes choses égales par ailleurs,

9. Toutes choses égales par ailleurs, probabilité accrue pour les hommes de subir des violences physiques, par rapport aux femmes, sur les deux dernières années comme sur la vie entière.

10. À une exposition récente aux violences physiques, qui touchent tous les membres des quatrième et cinquième groupes, s'ajoutent, pour ce dernier, des violences à caractère sexuel : dans les vingt-quatre mois précédant l'enquête, tous les individus du groupe 5 ont été confrontés à un exhibitionniste, ont subi des contacts physiques contraints (comme être embrassé(e) de force), des attouchements ou des rapports sexuels forcés (ou tentatives). Antérieurement, au cours de leur vie, ils ont été deux fois plus souvent exposés aux attouchements, rapports sexuels forcés (ou tentatives) (15 % que l'ensemble des 18-75 ans (7 %).

qu'avoir eu trois conjoints ou davantage surexpose à la survenue de presque toutes les violences interpersonnelles, que ce soit dans la période des vingt-quatre derniers mois ou antérieurement¹¹. Que les personnes de ces groupes déclarent – malgré leur jeunesse – avoir eu un nombre élevé de conjoints laisse penser qu'une partie au moins des violences déclarées ont à voir avec le caractère heurté de leur biographie conjugale. Et l'on ne peut exclure l'existence de relations de couple violentes pour ceux qui déclarent n'avoir eu aucun conjoint, surtout parmi les plus jeunes : il s'agirait alors de violences exercées par des partenaires avec lesquels il n'y a eu ni cohabitation (sinon de très courte durée) ni mariage, dans le cadre d'une entrée difficile dans la conjugalité.

Les risques de problèmes avec l'alcool sont aussi très fréquents, de même que la consommation de drogues illicites : 24 % des personnes composant le groupe 4 et 20 % dans le groupe 5 sont positifs au test DETA¹² (contre 13 % des 18-75 ans), 40 % et 50 % respectivement présentent une consommation excessive ou une dépendance probable à l'alcool, selon le test FACE, et respectivement 51 % et 73 % ont consommé du cannabis et éventuellement au moins une autre drogue au cours de leur vie (contre 25 % de l'ensemble des personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire) (tableau 1).

Malgré le contexte de vie et les violences subies, les personnes de ces groupes ne perçoivent pas négativement leur santé physique (70 % expriment une perception favorable en ce domaine) et déclarent souffrir ou avoir souffert de maladies chroniques selon une fréquence proche de la moyenne pour le groupe 4, et un peu plus élevée pour le groupe 5.

Mais, en matière de santé mentale, elles sont une majorité à apprécier négativement leur santé (55 % pour le groupe 5), elles souffrent plus fréquemment que l'ensemble de la population de troubles dépressifs ou anxieux, et, dans le groupe 5, la quasi-totalité (94 %) souffrent de troubles du sommeil¹³.

Violences subies, problèmes de santé et événements de vie difficiles déclinés au féminin : 2,5 % de la population

Les groupes 6 et 7, dans lesquels les femmes sont surreprésentées, conjuguent également problèmes de santé, forte exposition à des violences, surtout sexuelles, et événements de vie difficiles, avec une situation encore plus défavorable pour les personnes du groupe 7.

La totalité des personnes réunies dans les groupes 6 et 7 ont subi des violences sexuelles (exhibitionnisme, contacts physiques contraints, attouchements, rapports ou tentatives de rapports sexuels forcés) pendant les deux dernières années mais, contrairement au groupe 5 dont tous les membres étaient eux aussi victimes de ces violences, aucune des victimes n'a subi de violences physiques récemment. Elles en ont, en revanche, souvent subies par le passé, surtout dans le groupe 7 (64 % d'entre elles).

Les difficultés (violences, santé, événements vécus) sont exacerbées dans le groupe 7 par rapport au groupe 6. Les groupes 6 et 7 se distinguent, en quelque sorte, par la répétition des faits violents : tous ont été victimes de violences sexuelles récemment mais, dans le groupe 6, aucune violence sexuelle n'a été vécue par le passé (avant les deux dernières années), alors que plus de la moitié du groupe 7 en a connu ; et la proportion de victimes de violences autres que sexuelles est nettement plus élevée pour le groupe 7, à la fois au cours de la période récente et au cours de la vie entière.

Ces violences plus nombreuses, dans un contexte biographique plus difficile, s'accompagnent d'un état de santé mentale plus dégradé dans le groupe 7, avec notamment de très fréquents troubles paniques ou des symptômes d'agoraphobie. L'état de santé physique perçu semble en revanche moins affecté par les difficultés actuelles et passées (santé physique perçue négativement aussi souvent que la moyenne, voire moins souvent pour le groupe 6), même si la fréquence des maladies chroniques déclarées est élevée.

En matière de perception de sa santé et de caractérisation de la santé mentale (comme présenter un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux généralisé, par exemple), le sixième groupe présente une position intermédiaire entre la « bonne santé » du groupe 1 et la « mauvaise santé » du groupe 2. Ce résultat est particulièrement remarquable lorsque l'on se souvient que ce groupe est à dominante féminine, caractéristique pourtant associée à un état de santé (mentale, en particulier) en moyenne moins bon que celui des hommes. Cet état de santé relativement peu dégradé (au regard de la santé déclarée par les personnes qui sont encore plus nettement exposées aux violences) renforce l'attention à porter au contexte de vie : des parcours biographiques relativement moins heurtés peuvent probablement être compris ici à la fois comme moins propices à l'exercice de violences et protecteurs des conséquences de celles-ci sur la santé de ceux qui les subissent.

Parmi les personnes du septième groupe, l'état de santé – notamment mentale – se présente comme très peu satisfaisant. Pour presque tous les types de troubles, en effet, les symptômes sont ici les plus fréquents : taux le plus élevé de tentatives de suicide, parmi les sept groupes (16 %), deuxième fréquence la plus élevée de personnes présentant un test DETA positif et situations très fréquemment repérées comme « à problèmes » selon le test FACE. En accord avec ces troubles, la perception négative de la santé mentale est vérifiée pour sept personnes sur dix.

Les événements vécus dénotent un parcours biographique difficile, assez proche de celui déjà brossé pour le groupe 5, les personnes déclarant avoir eu deux conjoints ou plus au cours de leur vie étant ici encore plus nombreuses (33 % contre 29 % dans le groupe 5, et 20 % parmi les 18-75 ans).

Les différences entre les groupes 6 et 7 s'observent non seulement dans la fréquence des violences, l'état de santé perçu et la plupart des événements douloureux, mais aussi en termes de caractéristiques socio-démographiques des victimes : elles sont de tous âges dans le groupe 6

11. À âge, sexe, niveau de diplôme, lien avec la migration, situation par rapport au travail, type de composition du ménage, niveau de vie donnés.

12. La consommation d'alcool tout au long de la vie a, pour la première fois dans une enquête statistique française, fait l'objet de questions en mode auto-administré par ordinateur. Ce mode de collecte assure une totale confidentialité des réponses vis-à-vis de l'enquêteur. Le déroulement du questionnaire « alcool », qui inclut à la fois les tests AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) et DETA (*Dépendance Entourage Trop Alcool*, équivalent français du test américain CAGE), permet d'obtenir les résultats du test FACE (*Formule pour Apprécier la Consommation par Entretien*, test appuyé sur les deux précédents). Les objectifs méthodologiques d'un tel agencement de ce questionnaire – effet d'un protocole de collecte très confidentiel sur les taux obtenus, comparaison des populations identifiées par les trois tests – feront l'objet de publications ultérieures. Pour une présentation synthétique des caractéristiques et objectifs de ces tests standardisés, voir Beck F. et Legleye S., 2007.

13. Présenter au moins deux des cinq troubles du sommeil explorés dans EVS : se réveiller très tôt et avoir des difficultés à se rendormir ; rester éveillé(e) une grande partie de la nuit ; mettre beaucoup de temps à s'endormir ; être empêché(e) de dormir à cause de ses soucis ; se sentir fatigué(e) au réveil.

(forte proportion de jeunes – près de la moitié ont entre 18 et 29 ans –, mais aussi 13 % de 55-75 ans, soit beaucoup plus que dans les autres groupes soumis aux violences) et elles ont vécu dans un contexte économique et conjugal *a priori* plus favorable (moins de privations matérielles graves par exemple, plus de personnes ayant un niveau de diplôme dépassant Bac+2, moins de chômeurs, souvent un seul conjoint).

En conclusion, par rapport aux personnes des groupes 1 et 2, protégées des atteintes violentes et de divers événements difficiles au cours de la vie, c'est en matière de santé mentale beaucoup plus que physique que se distinguent les personnes des groupes 3 à 7, fortement exposées aux violences et confrontées à un parcours de vie difficile. Faire partie d'une population confrontée à la fois à des violences et à des événements de vie difficiles va de pair avec un

état de santé mentale dégradé et une situation de probable consommation excessive d'alcool ou d'alcoolodépendance. La relative exception du groupe 6 à cette règle pourrait illustrer une configuration particulière : dans des conditions de vie relativement plus favorables que celles des groupes 3, 4, 5 et 7, subir des violences n'y est pas associé à un état de santé mentale aussi dégradé ni à des problèmes de consommation d'alcool aussi fréquents. ■

■ Pour en savoir plus

- Algava É., Bègue M., 2006, « Perception et vécu des comportements intolérants. Une analyse du module « Relations avec les autres » de l'enquête Histoire de vie », *Économie et Statistique*, n° 393-394, novembre, p. 115-150.
- Beck F., Legleye S., 2007, « Alcool : une baisse des niveaux de consommation », in : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre Santé 2005*, INPES, p. 113-154.
- Blanpain N., 2008, « Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ? », *DREES, Études et Résultats*, n° 668, octobre, 8 p.
- Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S., 2009, « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes », *IRDES, Questions d'économie de la santé*, n° 142, mai, 8 p.
- Cavalin C., 2007, « Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2) », *DREES, Études et Résultats*, septembre, n° 598, 8p.
- Hervé C., François I., 2002, « Place du médecin dans la victimologie : perspective historique, épistémologique et éthique », INSERM, consultable à l'adresse : <http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/db4c5f32bb68f29380256c8d00327abd>
- Jaspard M., Brown E., Condon S., Fougeyrollas-Schwebel D., Houel A., Lhomond B., Maillochon F., Saurel-Cubizolles M.-J., Schiltz M.-A., 2003, *Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale*, Paris, la Documentation française, 370 p.
- Krug E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A., Lozano-Ascensio R. (dir.), 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 376 p.
- Lanoë J.-L., Makdessi-Raynaud Y., 2005, « L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *DREES, Études et Résultats*, n° 436, octobre, 12 p.
- Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Amorim P., Bonora L.I., Lépine J.P. (France), Sheehan D., J. Janavs, Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M., 1998, M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview, French version 5.0.0, DSM-IV, version originale (sur demande auprès des auteurs), août, 26 p.
- Ogrodnik L., 2007, « La violence familiale au Canada : un profil statistique 2007 », *Statistique Canada*, n° 85-224 au catalogue, octobre, 36 p.
- Organisation mondiale de la santé, 2002, *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*, Genève, OMS, 44 p.
- Tisseron S., 2003, « "Résilience" ou la lutte pour la vie », *Le Monde diplomatique*, août, p.21.
- Tursz A., 2006, *Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national*, Paris, la Documentation française, 256 p.
- Young A., 2002, « L'auto-victimisation de l'agresseur : un éphémère paradigme de maladie mentale, *L'Évolution psychiatrique*, n° 4, vol.67, octobre-décembre, p.651-675.