



**HAL**  
open science

# Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature

Mathilde Vicard

► **To cite this version:**

Mathilde Vicard. Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences conjugales consultant en soins primaires. Une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01812561

**HAL Id: dumas-01812561**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01812561>**

Submitted on 9 Jul 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTE DE MEDECINE

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

PAR

Mathilde VICARD  
née le 22 décembre 1988 à Lyon 2ème

-----  
Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2017  
-----

**Signes cliniques présentés par les femmes victimes de violences  
conjugales consultant en soins primaires.  
Une revue de la littérature.**

-----  
Président : Monsieur Bernard JACQUETIN, Professeur, Clermont-Ferrand  
-----

Membres du jury :

Monsieur Marc RUIVARD, Professeur, Clermont-Ferrand  
Monsieur Philippe VORILHON, Professeur, Clermont-Ferrand, Lempdes-sur-Allagnon  
Monsieur Gilles LAZIMI, Maître de Conférences, Docteur, Paris VI, Romainville  
Madame Cécile MORVANT, Docteur, Vals les Bains

## UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: <b>JOYON</b> Louis : <b>DOLY</b> Michel : <b>TURPIN</b> Dominique : <b>VEYRE</b> Annie : <b>DULBECCO</b> Philippe : <b>ESCHALIER</b> Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: <b>CABANES</b> Pierre : <b>FONTAINE</b> Jacques : <b>BOUTIN</b> Christian : <b>MONTEIL</b> Jean-Marc : <b>ODOUART</b> Albert : <b>LAVIGNOTTE</b> Nadine : <b>BERNARD</b> Mathias
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE	
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: <b>BERNARD</b> Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: <b>DEQUIEDT</b> Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: <b>GUINALDO</b> Olivier
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: <b>HENRARD</b> Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: <b>PEYRARD</b> Françoise
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES	: <b>ESQUIROL</b> Myriam

## FACULTE DE MEDECINE

DOYEN HONORAIRE	: <b>DETEIX</b> Patrice
DOYEN	: <b>CHAZAL</b> Jean
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: <b>ROBERT</b> Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - RIBAL Jean-Pierre - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SIROT Jacques - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - TURCHINI Jean-Pascal - VANNEUVILLE Guy - VENRIES DE LA GUILLAUMIE Bernard - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

## PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - CASSAGNES Jean - DAUPLAT Jacques  
- DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTMUM Bernard - JACQUETIN Bernard - LESOURD Bruno  
- MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - SOUTEYRAND Pierre

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

### PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. BOITEUX Jean-Paul	Urologie
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neuro-Chirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CHAMOUX Alain	Médecine du Travail et des Risques Professionnels
M. LUSSON Jean-René	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
M. KEMENY Jean-Louis	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie

**PROFESSEURS DE  
1ère CLASSE**

M. SCHOEFFLER Pierre	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
Mlle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie

**PROFESSEURS DE  
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
----------------------------	-------------------

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### *MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE*

M. JANNY Laurent	Biologie et Médecine du Développement Et de la Reproduction
Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie

### *MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE*

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
M. SAKKA Laurent	Neurochirurgie
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE  
2ème CLASSE**

Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES**

M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

*Je dédicace mon travail*

*A mon père, soutenant et fier, Herr J-F Vicard,  
« Sicher ! »*

*A son grand-père, le Docteur Clément Marion  
Praticien novateur, entouré des montagnes*

*A mon confrère, Sophal Jonathan Tep*

## **A NOTRE PRESIDENT DU JURY**

**Monsieur le Professeur Bernard JACQUETIN**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse avec toute l'expertise que vous avez sur cette problématique.

Soyez assuré, Monsieur le Président, de ma gratitude et de mon respect.

## **A NOTRE JURY DE THESE**

### **Monsieur le Professeur Marc Ruivard**

Je suis très honorée et très heureuse de vous compter parmi les membres du jury de ma thèse.

Merci pour votre médecine clinique réfléchie et votre enseignement.

Votre confiance à mon égard depuis le début de mon internat a été et est décisive et motrice.

Je vous en suis profondément reconnaissante.

### **Monsieur le Professeur Philippe Vorilhon**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter de juger mon travail.

Votre engagement pour le soin, l'enseignement et la recherche en médecine générale est une chance pour notre spécialité.

Merci beaucoup de m'inviter à participer à cet engagement ; je suis très fière d'y répondre.

### **A mon directeur de thèse : Monsieur le Docteur Gilles Lazimi**

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce sujet et de diriger ma thèse. Votre expertise, votre disponibilité et vos relectures attentives m'ont guidée dans ce travail.

Je vous en remercie sincèrement.

### **Madame le Docteur Cécile Morvant**

Je vous remercie de venir siéger au jury de ma thèse. J'ai beaucoup apprécié notre rencontre qui m'a permis d'avancer au moment des balbutiements de ce travail. Merci de votre juste orientation vers le Docteur Gilles Lazimi.

## **A CEUX QUI ONT PARTICIPE A CE TRAVAIL**

**Monsieur Alexandre BOUTET, documentaliste**

**Madame Manuela ASSUNCAO DE CARVALHO, documentaliste**

Je vous remercie tout particulièrement pour votre disponibilité et votre gentillesse.

## **Table des matières**

RESUME .....	13
ABSTRACT .....	14
LISTE des ABREVIATIONS .....	15
INTRODUCTION .....	16
METHODES .....	18
RESULTATS.....	20
Présentation des études et prévalence des violences conjugales .....	20
Symptômes psychiatriques .....	25
Symptômes urinaires, gynécologiques et obstétricaux .....	36
Symptômes somatiques .....	45
Demandes de soins .....	51
Analyses multivariées.....	55
DISCUSSION .....	57
Principaux résultats.....	57
Hypothèses physiopathologiques .....	60
Forces et limites .....	62
CONCLUSION .....	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	69
ANNEXES.....	75
Annexe 1 : Equations de recherche sur les bases de données.....	75
Annexe 2 : Tableaux descriptifs des études retenues.....	77
Annexe 3 : Pistes pour agir.....	127
SERMENT d'HIPPOCRATE .....	129

## **Liste des tableaux**

Tableau 1 : Puissance des études et prévalence des violences conjugales .....	22
Tableau 2 : Prévalence des violences conjugales en fonction des outils de mesure utilisés et de la période considérée .....	24
Tableau 3 : Symptômes psychiatriques.....	32
Tableau 4 : Symptômes urinaires, gynécologiques et obstétricaux.....	41
Tableau 5 : Symptômes somatiques .....	48
Tableau 6 : Demandes de soins.....	53
Tableau 7 : Association entre violences conjugales et problèmes de santé.....	59

## **Liste des figures**

Figure 1 : Flow Chart .....	19
-----------------------------	----

## RESUME :

**Introduction :** Les violences conjugales constituent, de par leur fréquence et leurs conséquences sur la santé physique et psychique à court, moyen et long terme, un problème majeur de santé publique. Elles sont peu repérées. Le médecin généraliste est un interlocuteur pertinent pour les victimes.

L'objectif de cette étude était d'identifier les signes cliniques présentés par les femmes subissant des violences conjugales qui consultent en médecine générale.

**Méthodes :** Une revue de la littérature a été menée sur les publications parues entre 1945 et mars 2017 dans les bases de données CENTRAL, MEDLINE et EMBASE, dans la littérature grise et par recherche manuelle. Les études devaient porter sur des femmes de plus de 15 ans, consultant en soins primaires ambulatoires en Europe, en Amérique du Nord, ou en Australie, et interrogées sur leur statut de victimes de violences conjugales et sur leurs problèmes de santé.

**Résultats :** Quarante-neuf études ont été retenues, près de la moitié avaient des échantillons de plus de 900 femmes. Des associations statistiquement significatives ont été retrouvées entre les violences conjugales et la dépression (dans 16 études sur 17, Odds Ratio (OR) de 2.1 à 5 et jusqu'à 8 pour les violences conjugales sévères), l'anxiété (dans 6 études sur 7, OR de 2.74 à 3.5), la consommation de drogues (dans 5 études sur 6, OR de 2 à 4.4 et jusqu'à 12.5 pour les violences sexuelles), les infections gynécologiques et/ou sexuellement transmissibles (dans 5 études sur 5, OR de 2.5 à 4.6) et un nombre élevé de symptômes (dans 6 études sur 6, OR de 2.32 à 4.7). D'autres signes cliniques étaient associés de façon statistiquement significative aux violences conjugales : risque suicidaire, alcoolisme et tabagisme, consommation de psychotropes, troubles psychosomatiques et troubles du sommeil, syndrome de stress post-traumatique, pertes vaginales, douleurs pelviennes, troubles sexuels, diarrhée, douleurs thoraciques, douleurs chroniques, céphalées et migraine, asthénie et anorexie...

**Conclusion :** Différents tableaux cliniques peuvent masquer la situation des femmes victimes de violences conjugales. Devant ces signes, après avoir éliminé les autres étiologies, questionner les patientes sur d'éventuelles violences conjugales permet de libérer leur parole et de les accompagner dans le soin.

## ABSTRACT

**Introduction :** Because of its frequency and consequences on physical and mental health in short, medium and long term, intimate partner violence (IPV) is a major public health problem. IPV is sparsely detected. The general practitioner is a relevant person to speak to for victims.

The objective of this study was to identify clinical symptoms in IPV female victims seeking primary health care.

**Methods :** A systematic review was conducted on papers published between 1945 and March 2017 in CENTRAL, MEDLINE and EMBASE databases, in the grey literature and by manual search. Selected studies included female patients aged 15 years and above, seeking ambulatory primary health care in Europe, North America and Australia, and asked about their IPV status and health problems.

**Results :** Forty-nine studies were included ; almost half included more than 900 patients. Statistically significant associations were found between IPV and depression (in 16 out of 17 studies, OR between 2.1 and 5 and up to 8 for severe abuse), anxiety (in 6 out of 7 studies, OR between 2.74 and 3.5), drug use (in 5 out of 6 studies, OR between 2 and 4.4 and up to 12.5 for sexual IPV), gynaecological infections and/or sexually transmitted disease (in 5 out of 5 studies, OR between 2.5 and 4.6) and a high number of symptoms (in 6 out of 6 studies, OR between 2.32 and 4.7). Other clinical signs were significantly associated with IPV : suicidal risk, smoking and drinking, psychotropic drug use, psychosomatic disorders and sleeping disorders, post-traumatic stress disorder, vaginal discharge, sexual disorders, pelvic pain, diarrhea, chest pain, chronic pain, headache and migraine, tiredness and loss of appetite...

**Conclusion :** Different clinical presentations can hide the condition of IPV female victims. In front of these symptoms, once other etiologies are excluded, asking female patients about potential IPV allows those patients to feel free to speak and to support them in care.

## LISTE des ABREVIATIONS :

A : Dans l'année

V : Dans la vie

G : Pendant la grossesse

S : Dans la semaine

M : Dans le mois

3M : Dans les 3 mois

6M : Dans les 6 mois

12M : Dans les 12 mois

P : Prévalence

T : Témoins

IPV+ : Victimes de violences conjugales

IPV- : Non-victimes de violences conjugales

IPVpsy : Violences conjugales psychologiques

IPVphy : Violences conjugales physiques

IPVsex : Violences conjugales sexuelles

OR : Odds Ratio

RR : Risque Relatif

IC : Intervalle de Confiance à 95%

NS : Non significatif

MG : Médecin Généraliste

SPA : Soins primaires ambulatoires

### Exemples :

P (IPV+A/AnxiétéA) : prévalence des violences conjugales dans l'année chez les femmes anxieuses dans l'année.

P (AnxiétéA/IPV+V vs IPV-) : prévalence de l'anxiété dans l'année chez les femmes victimes de violences conjugales dans leur vie versus chez les femmes non-victimes.

## **INTRODUCTION :**

Les violences conjugales ou violences envers le partenaire intime (IPV) sont fréquentes : en France, en 2000, près d'une femme sur 10 vivant en couple est victime de violences conjugales (50) ; mais elles sont peu repérées (51). Elles peuvent être physiques, sexuelles, psychologiques,...

De même que les violences subies dans l'enfance ont des répercussions sur la santé à l'âge adulte (52,53), les violences entre partenaires intimes ont des conséquences sur la santé physique et psychique à court, moyen et long terme (54–58).

Quand elles ne peuvent révéler les violences qu'elles subissent, les femmes victimes présentent au premier plan des tableaux cliniques masquant leur situation (59).

Le médecin généraliste est un interlocuteur pertinent pour les victimes de violences conjugales : les patientes sont dans une recherche de soins lorsqu'elles le consultent, il a des capacités d'aide et d'accompagnement des victimes, c'est un professionnel garant du secret médical et facile d'accès (59–61). L'enquête ENVEFF, réalisée en France en 2000, rapporte que 24% des femmes victimes en ont parlé en premier à leur médecin généraliste (50).

Cependant, le repérage réalisé par les médecins généralistes (MG) est encore insuffisant (61,62) : selon Hegarty et al, parmi les victimes de violences conjugales, 34% en ont déjà parlé à leur médecin et seulement 20% ont été dépistées (5). Malgré la connaissance de la fréquence des IPV, beaucoup de médecins expriment des réticences vis-à-vis d'un dépistage systématique (63).

La reconnaissance de certains tableaux cliniques évocateurs pourrait permettre aux médecins généralistes d'identifier leurs patientes victimes de violences conjugales et ainsi de mieux les soigner.

**Objectif :**

L'objectif de ce travail était d'identifier les signes cliniques présentés par les femmes subissant des violences conjugales qui consultent leur médecin généraliste.

## **METHODES :**

Une revue narrative de la littérature a été menée, sur les publications parues entre 1945 et mars 2017. Les bases de données MEDLINE (via l'interface Pubmed), CENTRAL (via l'interface The Cochrane Library) et EMBASE ont été interrogées.

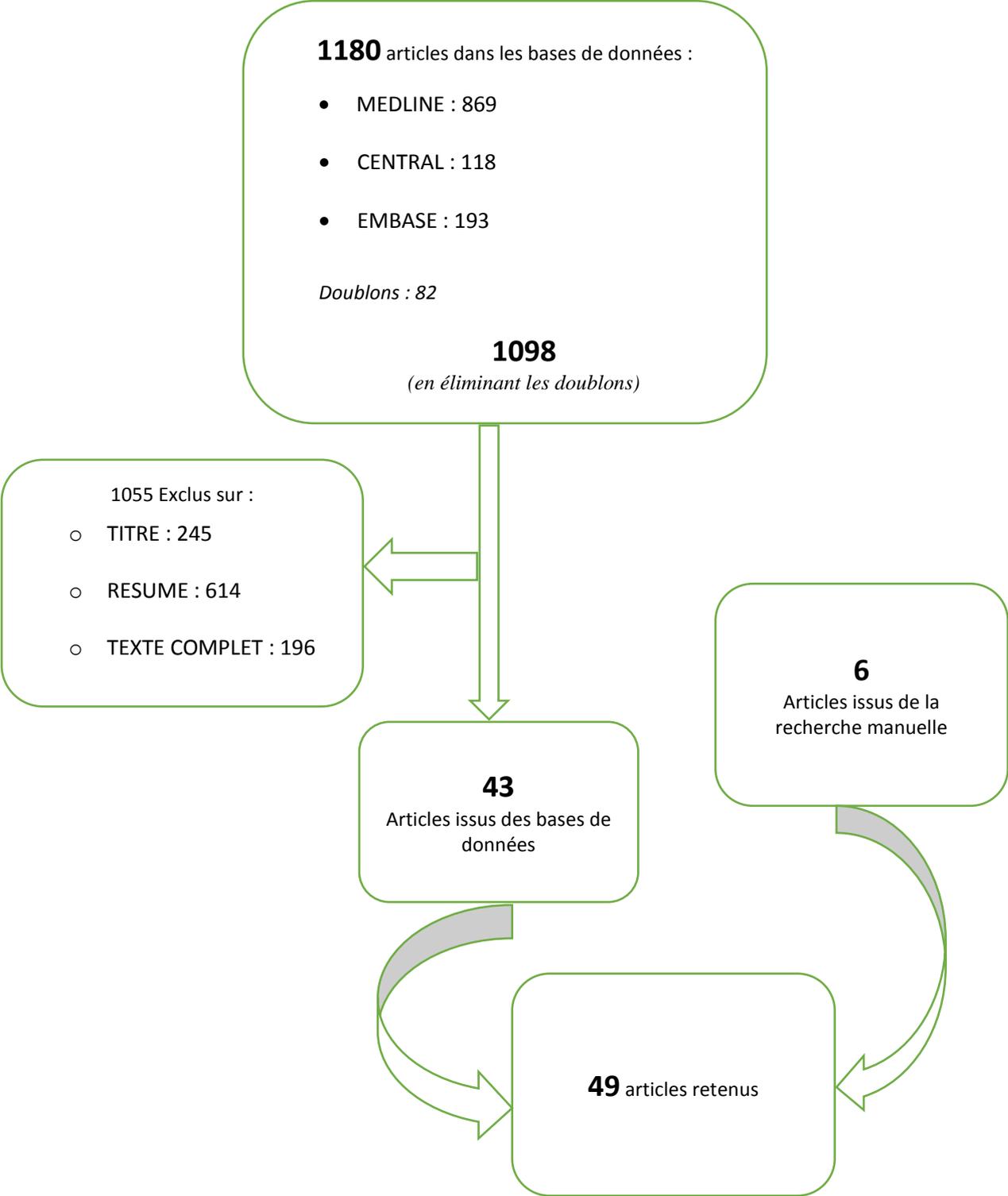
Les équations de recherche, mises en place avec l'aide d'une documentaliste de la Bibliothèque Universitaire de Santé Clermont Universités, ont associé d'une part, les différents termes désignant la médecine générale avec d'autre part, les différentes formulations qualifiant les violences conjugales (Annexe 1). Une recherche manuelle a également été effectuée à partir des bibliographies des articles obtenus et des revues de la littérature existantes. La littérature grise a été consultée via « Open Grey » et « The Grey Litterature Report ».

Les articles devaient porter sur des femmes de plus de 15 ans, consultant en soins primaires ambulatoires, interrogées sur leur statut de victime de violences conjugales et sur leurs problèmes de santé. Il devait s'agir d'études originales, en langue anglaise ou française, se déroulant en Europe, en Amérique du Nord, en Australie ou au Japon. Afin que les résultats soient applicables à la pratique de la médecine générale en France, les études se déroulant dans des pays de contextes socio-économiques différents (Afrique, Amérique du Sud, Asie du Sud-Est, Moyen-Orient) ainsi que celles incluant uniquement des femmes de minorités ethniques peu présentes en France (afro et latino-américaines) ont été exclues. Les études qualitatives et les études de cas ont également été exclues.

Les publications ont été sélectionnées sur la pertinence de leur titre, puis de leur résumé et enfin de leur texte intégral. Pour chaque étude retenue, les éléments suivants ont été relevés : objectif(s), patients (caractéristiques, modalités de recrutement, critères d'exclusion, type de

soins primaires ambulatoires), méthode de recueil des résultats et méthode de mesure des violences conjugales, nombre de patients, prévalence des violences conjugales dans la population étudiée, résultats principaux, critères de qualité de l'étude.

Figure 1 : Flow Chart



## **RESULTATS :**

Sur les 1098 articles issus des bases de données MEDLINE, CENTRAL et EMBASE (après élimination des 82 doublons), 245 ont été éliminés sur le titre, 614 sur le résumé et 196 après lecture du texte intégral. Les articles ont été exclus pour différentes raisons : soit ils ne répondaient pas à l'objectif (études portant sur l'intérêt du dépistage, la validité des tests de dépistage, sur la prise en charge des violences conjugales, sur la formation des médecins sur le sujet, sur des violences autres que conjugales...), soit la population étudiée n'était pas des femmes consultant en soins primaires ambulatoires dans des pays occidentaux (patientes recrutées en population générale, hébergées dans des foyers de victimes de violences conjugales, consultant dans des services hospitaliers, ...), soit le type d'étude ne permettait pas d'extraire de résultats pertinents (études de cas, études qualitatives).

43 articles obtenus à partir des 3 bases de données ont été inclus, auxquels 6 articles identifiés grâce à la recherche manuelle ont été ajoutés (Figure 1 : Flow Chart). Les caractéristiques de chaque étude sont décrites dans l'annexe 2 (tableaux descriptifs des études retenues).

### ***Présentation des études et prévalence des violences conjugales***

Parmi les 49 études retenues, 28 se sont déroulées aux Etats-Unis, 16 en Europe et 5 en Australie.

5 articles portaient sur moins de 100 femmes (dont 3 études cas témoins avec moins de 100 cas) ; 20 études interrogeaient entre 100 et 900 femmes ; 19 études recensaient entre 900 et 2000 femmes ; 5 articles portaient sur plus de 4000 femmes (et 3 sur plus de 8000).

Certaines études se sont intéressées au même échantillon de femmes consultant en soins primaires ambulatoires. On relève un échantillon national en Espagne de plus de 10000 femmes recrutées entre 2006 et 2007 ayant donné lieu à 5 des 49 études retenues. On relève aussi un

échantillon de plus de 1100 femmes recrutées en Caroline du Sud (USA) entre 1997 et 1999, à l'origine de 7 publications retenues dans ce travail (Tableau 1).

La prévalence des violences conjugales variait de 5.5 % à 66 % en fonction de la méthode de mesure utilisée et du caractère actuel ou passé des violences (Tableau 2).

De 5.5 à 47% des femmes interrogées ont subi des violences conjugales dans l'année écoulée.

De 9.6 à 66% des femmes consultant en soins primaires ambulatoires (SPA) ont été victimes de violences conjugales au cours de leur vie.

La prévalence des violences conjugales au cours de la grossesse a été mesurée dans 1 des 49 études retenues à 14.7%.

Différents outils ont été utilisés pour évaluer la prévalence des violences conjugales. La question unique : « Have you ever been afraid of your partner or ex-partner ? » (« Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? ») évalue les IPV physiques et/ou sexuelles avec une bonne validité à l'instar des IPV uniquement psychologiques (64). Plusieurs échelles validées ont été utilisées seules, de façon combinée, avec des versions modifiées, ou associées à d'autres questions : The Composite Abuse Scale (CAS) (65), The Conflict Tactics Scale (CTS) (66), The Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2) (67), The Hurt Insult Threat Screen Tool (HITS) (31), Questionnaire du Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) (68), The Humiliation-Afraid-Rape-Kick (HARK) screening instrument (69), The Index of Spouse Abuse (version espagnole) (ISA) (70), The Index of Spouse Abuse : Physical (ISA-P) (20), The Women's Experience with Battering (WEB) Scale (20), The Abuse Assessment Screen (AAS) (71,72), A Domestic Violence Exposure Questionnaire (73), The Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) (74), The Women Abuse Screening Tool short version (WAST-Short) (31).

**Tableau 1 : Puissance des études et prévalence des violences conjugales**

	<b>Etudes retenues</b>	<b>Puissance (nombre de femmes)</b>	<b>Prévalence des IPV</b>
<b>1</b>	Hegarty et al. 2012 (1)	5664	12.9% dans l'année (A) - 27.1% dans leur vie (V)
<b>2</b>	Hegarty et al. 2012 (2)	272 issues du même échantillon que (1)	Cas témoins
<b>3</b>	Gilchrist et al. 2010 (3)	4991	20.8% V
<b>4</b>	Hegarty et al. 2008 (4)	942	17.3% A
<b>5</b>	Hegarty et al. 2004 (5)	1210 issues du même échantillon que (4)	37.3% V
<b>6</b>	Prosman et al. 2011 (6)	214	30.4% V
<b>7</b>	Loeffen et al. 2016 (7)	245	8.7% A
<b>8</b>	Prosman et al. 2012 (8)	50 x 2 issues du même échantillon que (6)	Cas témoins
<b>9</b>	Lo Fo Wong et al. 2007 (9)	92 cas 21000 témoins	Cas Témoins
<b>10</b>	Mark et al. 2008 (10)	730	28.3% V
<b>11</b>	Romito et al. 2004 (11)	426	9.2% A – 9.6% V
<b>12</b>	Romito et al. 2005 (12)	426 issues du même échantillon que (11)	9.2% A – 9.6% V
<b>13</b>	Karakula-Juchnowicz 2016 (13)	200	51% V
<b>14</b>	Selic et al. 2014 (14)	288	15.9% A (psy)
<b>15</b>	Coker et al. 2002 (15)	1152	53.9% V
<b>16</b>	Coker et al. 2000 (16)	1152 issues du même échantillon que (15)	53.7% V
<b>17</b>	Coker et al. 2000 (17)	1152 issues du même échantillon que (15)	53.6% V
<b>18</b>	Coker et al 2005 (18)	1152 issues du même échantillon que (15)	54% V
<b>19</b>	Coker et al. 2004 (19)	755 (ayant été enceintes) issues du même échantillon que (15)	14.7% G (pendant la grossesse)
<b>20</b>	Coker et al. 2001 (20)	1152 issues du même échantillon que (15)	17.9% actuellement
<b>21</b>	Coker et al. 2004 (21)	285 (assurées Medicaid) issues du même échantillon que (15)	25.6% actuellement
<b>22</b>	Vives-Cases et al. 2011 (22)	8974	17% A
<b>23</b>	Montero et al. 2011 (23)	10815 issues du même échantillon que (22)	22.7% V
<b>24</b>	Montero et al. 2013 (24)	1676 (> 55 ans) issues du même échantillon que (22)	29.4% V
<b>25</b>	Martin-Baena et al. 2015 (25)	1076 (< 25 ans) issues du même échantillon que (22)	27.6% V
<b>26</b>	Escribà-Agüir et al. 2010 (26)	10322 issues du même échantillon que (22)	16.6% A
<b>27</b>	Ruiz-Pérez et al. 2007 (27)	1402	32% V

	<b>Etudes retenues</b>	<b>Puissance (nombre de femmes)</b>	<b>Prévalence des IPV</b>
<b>28</b>	Ruiz-Pérez et al. 2005 (28)	1402 issues du même échantillon que (27)	32% V
<b>29</b>	Porcerelli et al. 2006 (29)	47 x 2	Cas témoins
<b>30</b>	Wu et al. 2003 (30)	1590 (prédominance latino et afro-américaines pauvres)	13% 6M (dans les 6 mois)
<b>31</b>	Gandhi et al. 2010 (31)	382 (prédominance latino et afro-américaines)	16.5% actuellement
<b>32</b>	Sansone et al. 2007 (32)	52	43.8% V
<b>33</b>	Mcnutt et al. 2002 (33)	557	47% A
<b>34</b>	Carlson et al. 2003 (34)	557 issues du même échantillon que (33)	47% A
<b>35</b>	Freund et al. 1996 (35)	495	11.6% V
<b>36</b>	Saunders et al. 1993 (36)	374	25.1% A – 38.8% V
<b>37</b>	Wagner et al. 1995 (37)	407	66% V
<b>38</b>	Zink et al. 2005 (38)	995 (> 55 ans)	31.7 % A (psy)
<b>39</b>	Peralta et al. 2003 (39)	399 (< 36 ans)	44.3% 3M (dans les 3 mois)
<b>40</b>	Miller et al. 2010 (40)	1278 (< 29 ans)	53.4% V
<b>41</b>	Bauer et al. 2000 (41)	734	15% A – 51% V
<b>42</b>	Chang et al. 2015 (42)	71 (46-64 ans)	32.4% V
<b>43</b>	Gee et al. 2009 (43)	1354	21% V
<b>44</b>	Wasson et al. 2000 (44)	1526	13% M (dans le mois)
<b>45</b>	Davies et al. 2016 (45)	1264	44% V
<b>46</b>	Perry et al. 2014 (46)	1258 issues du même échantillon que (45)	13% A – 31% V
<b>47</b>	Nicolaidis et al. 2009 (47)	380	35% V
<b>48</b>	Nicolaidis et al. 2004 (48)	174	61% V
<b>49</b>	McCauley et al. 1995 (49)	1952	5.5% A – 21.4% V

Tableau 2 : Prévalence des violences conjugales en fonction des outils de mesure utilisés et de la période considérée

	Dans leur vie (V)	Dans l'année (A)	Actuellement	Dans les 6 mois (6M)	Dans les 3 mois (3M)	Dans le mois (M)	Pendant la grossesse (G)
<b>Question unique : « Have you ever been afraid of your partner or ex-partner ? » (« Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? »)</b>	20.8-27.1%	12.9 %					
<b>CAS</b>	30.4-37.3%	8.7-17.3%					
<b>CTS-2</b>	53.4%						
<b>CTS</b>	28.3-38.8%	25.1%					
<b>HITS</b>	32.4%						
<b>BRFSS</b>	21%						
<b>HARK</b>	44%	13%					
<b>ISA (version espagnole)</b>		17%					
<b>Composite (plusieurs questionnaires ou 1 questionnaire et d'autres questions)</b>	54-61%	15.9 (IPVpsy uniquement)-47%	16.5-17.9%		44.3%		
<b>Questions autres (issues de questionnaires ou non)</b>	9.6-66%	5.5-45.2%	25.6%	13%		13%	14.7%

### ***Symptômes psychiatriques : (tableau 3)***

- Dépression, antidépresseurs et suicide :

Sur les 49 études retenues, 22 traitaient de l'association entre dépression, consommation d'antidépresseurs et/ou risque suicidaire et les IPV chez les femmes consultant en soins primaires ambulatoires (SPA).

**La prévalence de la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales (IPV+) variait de 14.3 à 69.9 %** en fonction des études et des outils de mesure de la dépression.

Trois études (Hegarty et al. 2012 (1) (plus de 5600 femmes), Hegarty et al. 2004 (5) (1200 femmes), et Prosman et al. 2011 (6) (200 femmes)) ont mesuré la prévalence des IPV parmi les patientes dépressives : **24.6 et 33.6 % des patientes dépressives ont été victimes de violences conjugales dans l'année (1,5) ; 65 et 78.6 % des patientes dépressives ont subi des violences conjugales dans leur vie (5,6).**

17 études ont mesuré l'association entre dépression et IPV : Hegarty et al. 2012 (1,2) (plus de 5600 femmes et étude cas témoins de 272 femmes issues du même échantillon), Gilchrist et al. 2010 (3) (5000 femmes), Hegarty et al. 2008 et 2004 (4) (près de 1000 et 1200 femmes issues du même échantillon), Prosman et al. 2011 (6) (200 femmes), Coker et al. 2002 (15) (plus de 1100 femmes), Carlson et al. 2003 (34) (550 femmes), Freund et al. 1996 (35) (500 femmes), Saunders et al. 1993 (36) (370 femmes), Wagner et al. 1995 (37) (400 femmes), Peralta et al. 2003 (39) (400 femmes), Bauer et al. 2000 (41) (730 femmes), Chang et al. 2015 (42) (70 femmes), Nicolaidis et al. 2009 (47) (380 femmes), Nicolaidis et al. 2004 (48) (170 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes).

**16 études sur 17 (94.1%) ont retrouvé une association statistiquement significative entre dépression et IPV avec des Odds Ratio (OR) compris entre 2.1 et 5.** L'association était d'autant plus forte pour les victimes de violences conjugales sévères selon Hegarty et al. (5) (annexe 2 p.81) : OR à 8 IC95 [4.8-13]. La seule n'ayant pas dégagé de significativité statistique est l'étude cas-témoins d'Hegarty et al. (2), dans laquelle les témoins ont répondu positivement à la question "Have you ever been afraid of your partner or ex-partner" (« Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? ») et pourraient être considérées comme victimes.

4 études se sont penchées sur l'association entre consommation d'antidépresseurs et IPV : Hegarty et al. 2012 (2), Prosman et al. 2012 (8) (étude cas-témoins avec 50 cas), Ruiz-Perez et al. 2005 (28) (1400 femmes), Nicolaidis et al. 2009 (47). 20.6% à 50% des IPV+ prenaient des antidépresseurs. Seuls Prosman et al. et Ruiz-Perez et al. ont montré une association statistiquement significative avec des OR à 1.75 et 4.1.

5 à 36.8 % des IPV+ ont eu des pensées suicidaires selon Hegarty et al. 2008 (4) et Coker et al. 2002 (15) ; 18.6 à 21.5% des IPV+ ont déjà fait une tentative de suicide (Coker et al. (15) et McCauley et al. (49)). **Ces 3 études ont retrouvé un lien statistiquement significatif entre IPV et risque suicidaire (OR de 4.3 à 7.94 et Risques Relatifs (RR) calculés pour des sous-groupes d'IPV de 1.9 à 4.8).**

- Anxiété

11 études traitaient de l'association entre anxiété et/ou prise d'anxiolytiques et IPV chez les femmes consultant en SPA. 5 études ont estimé **la prévalence de l'anxiété chez les IPV+** (Hegarty et al. 2012 (2) (étude cas-témoins (déjà IPV+) de 272 femmes), Hegarty et al. 2008 (4) (près de 1000 femmes), Karakula-Juchnowicz et al. 2016 (13) (200 femmes), Coker et al. 2002 (15) (plus de 1100 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes)) ; celle-ci variait de **16.3 à 68 %** en fonction des études et des outils de mesure. Selon Hegarty et al. 2012 (1) (plus de 5600 femmes), **26.4% des femmes anxieuses ont été victimes de violences conjugales dans l'année.**

7 études ont mesuré l'association entre anxiété et IPV (Hegarty et al. 2012 (1,2), Hegarty et al. 2008 (4), Coker et al. 2002 (15), Carlson et al. 2003 (34) (550 femmes), Saunders et al. 1993 (36) (370 femmes) et McCauley et al. 1995 (49)) ; **6 études sur 7 (87.5%) ont retrouvé une association statistiquement significative avec des OR significatifs variant de 2.74 à 3.5.** Saunders et al. (36) n'a pas retrouvé de lien statistiquement significatif en analyse multivariée sans expliciter les résultats bruts.

Prosman et al. 2012 (8) (étude cas témoins avec 50 cas) et Ruiz-Perez et al. 2005 (28) (1400 femmes) se sont penchés sur l'association entre prise d'anxiolytiques et IPV ; seule Ruiz-Perez et al. a montré une association statistiquement significative avec un OR 2.61 IC95 [1.94-3.53].

- Addictions

14 études se sont intéressées à l'association entre addictions et IPV.

#### TABAC

Hegarty et al. 2012 (1) (plus de 5600 femmes) a mesuré **la prévalence des violences conjugales parmi les femmes souhaitant arrêter de fumer à 21.6% OR 1,7 IC95 [1,3-2,1]**.

5 études ont estimé **la prévalence de la consommation de tabac chez les IPV+** (Hegarty et al. 2012 (2) (étude cas-témoins (déjà IPV+) de 272 femmes), Coker et al. 2002 (15) (plus de 1100 femmes), Gandhi et al. 2010 (31) (380 femmes en majorité issues des minorités ethniques), McNutt et al. 2002 (33) (550 femmes) et Wasson et al. 2000 (44) (1500 femmes)) ; celle-ci variait de **23.5 à 55 %**.

**4 études sur 6** (Wasson et al. (44), McNutt et al. (33), Hegarty et al. (1) et Coker et al. (15) (en limite de significativité en fonction des sous-types d'IPV)) ont retrouvé une **association statistiquement significative entre tabac et IPV**.

#### ALCOOL

Hegarty et al. 2012 (1) (plus de 5600 femmes) a mesuré **la prévalence des violences conjugales parmi les femmes souhaitant arrêter de boire à 24.9 % OR 2,1 IC95 [1,5-3]**.

8 études ont estimé la **prévalence de la consommation d'alcool chez les IPV+** (Hegarty et al. 2012 (2) (étude cas-témoins (déjà IPV+) de 272 femmes), Coker et al. 2002 (15) (plus de 1100 femmes), Ruiz-Perez et al. 2005 (28) (1400 femmes), McNutt et al. 2002 (33) (550 femmes), Freund et al. 1996 (35) (500 femmes), Peralta et al. 2003 (39) (400 femmes), Wasson et al. 2000 (44) (1500 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes)) ; celle-ci variait de **9.3**

à **43.7 %**. Il faut noter que la notion de consommation excessive d'alcool était définie différemment selon les études.

**6 études sur 11** (Hegarty et al. 2012 (1), Coker et al. 2002 (15) (non significatif pour les IPVpsy), McNutt et al. 2002 (33), Freund et al. 1996 (35), Wasson et al. 2000 (44) et McCauley et al. 1995 (49)) ont retrouvé une **association statistiquement significative entre alcool et IPV ; les OR significatifs variaient de 2.1 à 3.1.**

#### *DROGUES*

Hegarty et al. 2012 (1) (plus de 5600 femmes) a mesuré **la prévalence des violences conjugales parmi les femmes souhaitant arrêter leur consommation de drogues à 25.1 % OR 2 IC95 [1,4-2,7].**

5 études ont estimé la **prévalence de la consommation de drogues chez les IPV+** (Coker et al. 2002 (15) (plus de 1100 femmes), Ruiz-Perez et al. 2005 (28) (1400 femmes), Gandhi et al. 2010 (31) (380 femmes en majorité issues des minorités ethniques), Perry et al. 2014 (46) (plus de 1200 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes)) ; celle-ci variait de **3.7 à 38.9 %**.

**5 études sur 6 ont montré une association statistiquement significative entre consommation de drogues et IPV** (seule Gandhi et al. (31) n'a pas dégagé de significativité statistique ; à noter que les résultats de Coker et al. (15) n'étaient pas statistiquement significatifs dans les sous-groupes IPV psy et phy).

**L'association était particulièrement forte dans le sous-groupe des femmes victimes de violences conjugales sexuelles : RR 5.6 IC95 [2.9 12.5] et OR 12.5 IC95[2.2-66.9]** (Coker et al. (15) et Ruiz-Perez et al. (28)).

- Troubles du sommeil et hypnotiques

5 études ont estimé la **prévalence de la prise d'hypnotiques et/ou des troubles du sommeil chez les IPV+** (Hegarty et al. 2012 (2) (étude cas-témoins (déjà IPV+) de 272 femmes), Hegarty et al. 2008 (4) (près de 1000 femmes), Freund et al. 1996 (35) (500 femmes), Wagner et al. 1995 (37) (400 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes)) ; celle-ci variait de **10 à 52.5 %**.

Hegarty et al. 2012 et 2008 (2,4), Wagner et al. 1995 (37) et McCauley et al. 1995 (49) ont retrouvé une **association statistiquement significative entre troubles du sommeil et IPV (4 études sur 5)**.

- Autres tableaux psychiatriques

**4 études sur 5 ont montré une association statistiquement significative entre IPV et consommation de psychotropes avec des OR variant de 2.04 à 4.5** : Romito et al. 2005 (12) (plus de 400 femmes), Vives-Cases et al. 2011 (22) (9000 femmes), Montero et al. 2013 (24) (plus de 1600 femmes de plus de 55 ans), Escribà-Agüir et al. 2010 (26)(plus de 10000 femmes). Il faut noter que 3 de ces 4 études portaient sur le même échantillon.

Sansone et al. 2007 (32) (50 femmes) a retrouvé **une association statistiquement significative entre trouble de personnalité borderline et IPV** avec une prévalence de ce trouble de personnalité à 64 % chez les IPV + contre 11.1 % chez les IPV- ( $p < 0.001$ ).

Selic et al. 2014 (14) (près de 300 femmes, mesure des IPVpsy) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes) ont montré une **association statistiquement significative entre les troubles psychosomatiques et les IPV avec une prévalence de ces troubles chez les IPV+ allant de 54.4 à**

**91.3 %** (IPVpsy) et des **OR significatifs à 3.8 et 4.1** (IPVpsy). Néanmoins, Saunders et al. 1993 (36) (370 femmes) n'a pas dégagé d'association statistiquement significative en analyse multivariée entre plainte psychosomatique et IPV (résultats bruts non disponibles).

6 études ont mesuré la détresse psychologique à l'aide du GHQ12. Il s'agit d'une échelle de dépistage des troubles psychiques mineurs : dépression, anxiété, somatisation, désadaptation sociale et insomnie.

Toutes ces études (Romito et al. 2005 (12) (plus de 400 femmes), Vives-Cases et al. 2011 (22) (9000 femmes), Montero et al. 2013 (24) (plus de 1600 femmes de plus de 55 ans), Martin-Baena et al. 2015 (25) (plus de 1000 femmes de 18 à 25 ans), Escribà-Agüir et al. 2010 (26) (plus de 10000 femmes), Ruiz-Perez et al. 2005 (28) (1400 femmes)) ont retrouvé une **association statistiquement significative entre détresse psychologique et IPV avec des OR variant de 2.23 à 5.29**. Il faut noter que sur ces 6 études, 4 portaient sur le même échantillon.

Hegarty et al. 2012 (2) (étude cas-témoins (déjà IPV+) de 272 femmes), Selic et al. 2014 (14) (près de 300 femmes, mesure des IPVpsy) et Coker et al. 2002 (15) (plus de 1100 femmes) ont mesuré **la prévalence du syndrome de stress post-traumatique parmi les femmes IPV+ : elle variait de 16.4 à 77.9%**. L'association était statistiquement significative selon Selic et al. et Hegarty et al. (**OR 2.63 (IPVpsy) et 5.5**) ; selon Coker et al. l'association n'était statistiquement significative que dans le sous-groupe des IPV sexuelles (RR 2.5).

**Tableau 3 : Symptômes psychiatriques**

	NOMBRE de PATIENTS	DEPRESSION	ANXIETE	ADDICTIONS	AUTRES
1	5664	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+A/DepA): 33,6 % OR 3,4§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+A/AnxA): 26,4 % OR 3,3§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+A/veut arrêter TaA): 21,6% OR 1,7§</li> <li>• P(IPV+A/veut arrêter OH A): 24,9% OR 2,1§</li> <li>• P(IPV+A/veut arrêter DrA): 25,1% OR 2§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+A/compulsion alimentaireA): 21,8% OR 2§</li> </ul>
2	272	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dep/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévèreA): 15,2 vs 14,3% OR 0,8NS vs 20,3% OR 1,2NS vs 29,5% OR 1,9NS</li> <li>• P(AnDep/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévèreA): 33,3 vs 21,4% OR 0,5NS vs 27,5% OR 0,7NS vs 45,8% OR 1,3NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Anx/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévèreA): 36,4 vs 42,9 % OR 1,2NS vs 50,7% OR 1,6NS vs 67,1% OR 3§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Ta/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévèreA): 27,3 vs 25,4% OR 0,8NS vs 23,5% OR 0,7NS vs 47,7% OR 2,1NS</li> <li>• P(OH/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévèreA): 19,4 vs 20,9% OR 0,9NS vs 19,4% OR 0,9NS vs 24,4% OR 1,1NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(SSPT/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévèreA): 30,3 vs 52,9% OR 2,1NS vs 50% OR 2NS vs 77,9% OR 5,5§</li> <li>• P(hypnotiques/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévèreA): 10 vs 13,9% OR 1,3NS vs 12,1% OR 1,2NS vs 34,6% OR 4,2§</li> </ul>
3	4991	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Score moyen (DepS/IPV+V vs IPV-): 16,19 vs 9,44 §</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• OH NS</li> </ul>	
4	942	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(DepS/IPV+A vs IPV-): 32,7 vs 9,6% OR 4,56§</li> <li>• P(PS/IPV+A vs IPV-): 5 vs 0,7% OR 7,94§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnxM/IPV+A vs IPV-): 36,1 vs 17,1% OR 2,74§</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(insomnie M/IPV+A vs IPV-): 52,5 vs 40,2% OR 1,65§</li> </ul>
5	1210	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+V/Dep+ vs Dep- S): 65 vs 31,6% OR 4§</li> <li>• P(IPVsévèreA/Dep+ vs Dep- S): 24,6 vs 5,4% OR 8§</li> </ul>			
6	214	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dep/IPV+V vs IPV-): 50,8 vs 6,1% §</li> <li>• P(IPV+V/Dep): 78,6% §</li> </ul>			
8	50 x 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnDep/IPV+A vs T): 36 vs 12% OR 4,1§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnAnx/IPV+A vs T): 36 vs 30% OR 1,3NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(motif consultation abus de substances/IPV+A vs T): 16 vs 4% OR 4,6NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(motif cs santé mentale/IPV+A vs T): 44 vs 30% OR 1,8NS</li> </ul>
9	92 cas, 21000 T				<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (AnAnx et AnDep A&lt;45ans/IPV+V vs T): 2,1 vs 0,7 NS</li> <li>• nombre moyen (AnAnx et AnDep A&gt;45ans/IPV+V vs T): 3,5 vs 1,8 NS</li> </ul>
12	426				<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(GHQ M/IPV+A vs IPV-): 44,4 vs 11,5% OR 5,98§</li> <li>• P(AnDep ou AnAnx ou somnifère M/IPV+A vs IPV-): 44,7 vs 22,9% OR 3,9§</li> </ul>
13	200	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dep/IPV+V): 56%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Anx/IPV+V): 68%</li> </ul>		

	NOMBRE de PATIENTS	DEPRESSION	ANXIETE	ADDICTIONS	AUTRES
14	288	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dep ou Anx généralisé A/IPVpsyA vs IPV-): 91,3 vs 66,1% OR 5,38§</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(trouble personnalité A/IPVpsyA vs IPV-): 10,9 vs 5,4% OR 2,15NS</li> <li>• P(Somm ou trouble alimentaire A/IPVpsyA vs IPV-): 52,2 vs 38,4% OR 1,75NS</li> <li>• P(phobies, attaques de panique A/IPVpsyA vs IPV-): 56,5 vs 34,7% OR 2,45§</li> <li>• P(SSPT A/IPVpsyA vs IPV-): 58,7 vs 35,1% OR 2,63§</li> <li>• P(PsySoA/IPVpsyA vs IPV-): 91,3 vs 71,9% OR 4,10§</li> </ul>
15	1152	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dep 2S/IPV+V vs IPV-): 34% vs 14,9% RR IPVsex/phy/psy: 2,5§/1,8§/2§</li> <li>• P(PS V/IPV+V vs IPV-): 36,8 vs 13% RR IPVsex/phy/psy: 3,3§/2,5§/1,9§</li> <li>• P(TS V/IPV+V vs IPV-): 18,6 vs 4% RR IPVsex/phy/psy: 4,8§/3,6§/2,1§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Anx/IPV+V vs IPV-): 16,3 vs 3,2% RR IPVsex/phy/psy: 4,5§/2,8§/2,8§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Ta/IPV+V vs IPV-): 33,3 vs 20,1% RR IPVsex/phy/psy: 1,4§/1,5§/1,5NS</li> <li>• P(OH/IPV+V vs IPV-): 9,3 vs 4,9% RR IPVsex/phy/psy: 2,2§/2§/1,4NS</li> <li>• P(Dr/IPV+V vs IPV-): 7,6 vs 1,3% RR IPVsex/phy/psy: 5,6§/2,3NS/0,7NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(SSPT/IPV+V vs IPV-): 16,4 vs donnée non-calculable RR IPVsex/phy/psy: 2,5§/1,7NS/1,3NS</li> </ul>
18	1152				<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(maladie psy/IPV+ actuelle et IPV+passée): 9,7§ et 3,1§</li> </ul>
22	8974				<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(GHQ/IPV+modérée A et IPV+élevée A): 4,3§ et 8,3§</li> <li>• OR(AnAnx ou AnDep A)/IPV+modérée A et IPV+élevée A): 3,2§ et 5,3§</li> </ul>
24	1676 >55 ans				<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(GHQ/IPV+V): 2,98§</li> <li>• OR(AnAnx ou AnDep/IPV+V): 2,27§</li> </ul>
25	1076 <25 ans				<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(GHQ/IPV+V vs IPV-): 58,4 vs 28,5% OR 2,23§</li> </ul>
26	10322				<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(GHQ/IPVphyA vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA): 1,62§ vs 3,83§ vs 5,29§</li> <li>• OR(GHQ/IPVphy&lt;A vs IPVpsy&lt;A vs IPVphy+psy&lt;A): 1,63§ vs 2,35§ vs 3,47§</li> <li>• OR(psychotropesA/IPVphyA vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA): 1,31NS vs 2,15§ vs 4,5§</li> <li>• OR(psychotropesA/IPVphy&lt;A vs IPVpsy&lt;A vs IPVphy+psy&lt;A): 2,04§ vs 3,17§ vs 3,47§</li> </ul>
28	1402	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnDep 3M/IPV+V vs IPV-): 20,6 vs 13% OR 1,75§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnAnx 3M/IPV+V vs IPV-): 31,2 vs 14% OR 2,61§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(OH 3M/IPV+V vs IPV-): 16,6 vs 13% OR 1,35NS</li> <li>• P(Dr 3M/IPV+V vs IPV-): 5,1 vs 1,7% OR 4,1§</li> <li>- Sous-groupe IPVpsy+sex 8,6% OR 12,5§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(GHQ/IPV+V vs IPV-): 55,8 vs 32,1% OR 2,45§</li> </ul>

	NOMBRE de PATIENTS	DEPRESSION	ANXIETE	ADDICTIONS	AUTRES
29	94 (47 x 2)			• score moyen (OH/IPVpsyA vs T): 0,42 vs 0,34 NS	• nombre moyen (symptômes psy/IPVpsyA vs T): 4,66 vs 2,57 §
31	382			• P(Ta/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 55 vs 48,4 vs 43% NS • P(DrA/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 38,5 vs 24,3 vs 22,3% NS	
32	52				• P(borderline/IPV+V vs IPV-): 64 vs 11,1% §
33	557			• P(Ta/IPVélevéeV vs IPVmodéréeV vs IPV-): 42,1 vs 29,8 vs 26,2% § • P(OH/IPVélevéeV vs IPVmodéréeV vs IPV-): 16,8 vs 12,1 vs 5,5% §	
34	557	• Dep § pas de données brutes	• Anx § pas de données brutes		
35	495	• P(Dep/IPVphyV vs IPV-): 31 vs 9% §		• P(OH/IPVphyV vs IPV-): 14 vs 5% §	• P(Somm/IPVphyV vs IPV-): 21 vs 17% NS
36	374	• OR(Dep/IPV+A): 3,62§*	• OR (Anx/IPV+A): pas de résultats bruts, NS en multivarié		• OR (PsySo/IPV+A): pas de résultats bruts, NS en multivarié
37	407	• P(Dep/IPV+V vs IPV-): 57,2 vs 23,2% §			• P(Somm/IPV+V vs IPV-): 49,4 vs 37,7% §
38	995 >55 ans	• P(Dep ou Anx/IPV+>55ans vs IPV-): 49,1 vs 30,4% §	• P(Dep ou Anx/IPV+>55ans vs IPV-): 49,1 vs 30,4% §		
39	399 <36 ans	• P(Dep 3M/IPV+3M vs IPV-): 53,9 vs 46,1% § OR 3,14*		• P(OH/IPV+3M vs IPV-): 43,7 vs 56,3% NS	
41	734	• P(DepM/IPV+A vs IPV<A vs IPV-): 51% OR 3,47§ vs 40% OR 2,1§ vs 22%			
42	71 46-64 ans	• association (Dep/IPV+V): §			
44	1526			• P(Ta/IPV+M vs IPV-): 24 vs 15% § • P(OH/IPV+M vs IPV-): 12 vs 7% §	
46	1258			• P(Dr/IPV+A vs IPV+V vs IPV-): 9 vs 4 vs 2% § OR 3,1*	
47	380	• P(Dep/IPV+V vs IPV-): 53 vs 29% OR 2,14§ • score moyen (Dep/IPV+V vs IPV-): 1,3 vs 0,8 § • P (AnDep/IPV+V vs IPV-): 50 vs 41% NS			• P(consulter régulièrement psychothérapeute/IPV+V vs IPV-): 17 vs 19% NS • P(psychose/IPV+V vs IPV-): 6 vs 4% NS
48	174	• P(Dep/IPV+V vs IPV-): 68 vs 40% OR 3§			

	NOMBRE de PATIENTS	DEPRESSION	ANXIETE	ADDICTIONS	AUTRES
49	1952	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dep/IPV+A vs IPV-): 69,9 vs 31,9% OR 5,5§*</li> <li>• P(TS V/IPV+A vs IPV-): 21,5 vs 5% OR 4,3§*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Anx/IPV+A vs IPV-): 54,4 vs 27,3% OR 3,5§*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(Dr actuelle/IPV+A vs IPV-): 3,7 vs 0,7% OR 4,4§</li> <li>• P(Dr passée/IPV+A vs IPV-): 38,9 vs 11,4% OR 4,2§</li> <li>• P(OH/IPV+A vs IPV-): 14,8 vs 4,8% OR 3,1§</li> <li>• P(OH ou Dr/IPV+A vs IPV-): 46,3 vs 15,3% OR 4,2§*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(PsySo/IPV+A vs IPV-): 54,4 vs 27,5% OR 3,8§</li> <li>• P(dépréciation/IPV+A vs IPV-): 56,3 vs 21,8% OR 6,6§</li> <li>• P(hospitalisation psychiatrie/IPV+A vs IPV-): 5,6 vs 3,6% OR 1,5NS</li> <li>• P(cauchemards/IPV+A vs IPV-): 22,4 vs 7,5% OR 3,2§</li> <li>• P(boulimie/IPV+A vs IPV-): 15,1 vs 5,2% OR 2,9§</li> <li>• P(insomnie/IPV+A vs IPV-): 51,4 vs 38,2% OR 1,7§</li> </ul>

Abréviations :

(\*) ressort en analyse multivariée  
 (§) statistiquement significatif  $p < 0.05$   
 (NS) Non significatif  
 (OR) Odds Ratio  
 (RR) Risque Relatif  
 (P) Prévalence  
 (3M) Dans les 3 mois  
 (A) Dans l'année  
 (V) Dans la vie  
 (M) Dans le mois

(S) Dans la semaine  
 (IPV-) non-victimes de violences conjugales  
 (IPV+) victimes de violences conjugales  
 (IPVphy) violences conjugales physiques  
 (IPVpsy) violences conjugales psychologiques  
 (IPVsex) violences conjugales sexuelles  
 (T) Témoins  
 (AnAnx) Anxiolytiques  
 (AnDep) Antidépresseurs  
 (Anx) Anxiété

(Dep) Dépression  
 (Dr) Drogues  
 (GHQ) Détresse Psychologique  
 (OH) Alcool  
 (PS) Pensées Suicidaires  
 (PsySo) Plainte psychosomatique  
 (Somm) Troubles du Sommeil  
 (SSPT) Syndrome de Stress Post-Traumatique  
 (Ta) Tabac  
 (TS) Tentative de Suicide

Exemples :

P (IPV+A/AnxiétéA) : prévalence des violences conjugales dans l'année chez les femmes anxieuses dans l'année

P (AnxiétéA/IPV+A) : prévalence de l'anxiété dans l'année chez les femmes victimes de violences conjugales dans l'année

P (AnxiétéA/IPV+V vs IPV-) : prévalence de l'anxiété dans l'année chez les femmes victimes de violences conjugales dans leur vie versus chez les femmes non-victimes

## ***Symptômes urinaires, gynécologiques et obstétricaux : (tableau 4)***

- *Troubles urinaires*

### *Infections urinaires :*

2 études (Mark et al. 2008 (10) et Coker et al. 2000 (17)) se sont intéressées aux infections urinaires ; selon Mark et al. (730 femmes), **45,5 % des patientes consultant pour une infection urinaire ont été victimes de violences conjugales dans leur vie ( $p < 0.05$ )** ; Coker et al. (plus de 1100 femmes) a retrouvé une association statistiquement significative seulement chez les femmes victimes de violences physiques et non chez les femmes victimes de violences psychologiques.

### *Incontinence et dysurie :*

Loeffen et al. 2016 (7) (plus de 200 femmes) n'a pas dégagé d'association statistiquement significative entre incontinence urinaire et IPV. McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes) a montré une association statistiquement significative entre dysurie et IPV.

- *Infections sexuellement transmissibles (IST) et infections gynécologiques*

5 études se sont penchées sur l'association entre infections gynécologiques ou IST et IPV.

Mark et al. 2008 (10) (730 femmes) a obtenu **une prévalence des IPV à 32.5 % parmi les femmes ayant une infection vaginale et à 53.3 % parmi les femmes ayant une salpingite** (associations statistiquement significatives).

4 études se sont intéressées aux IST : Loeffen et al. 2016 (7) (plus de 200 femmes), Coker et al. 2000 et 2004 (17,19) (plus de 1100 femmes et plus de 750 femmes ayant eu des grossesses,

issues du même échantillon) et Wu et al. 2003 (30) (près de 1600 femmes en majorité issues de minorités ethniques avec forte prévalence de SIDA); **la prévalence des IST chez les IPV+ a été estimée entre 27 et 30.3%. Toutes ont retrouvé une association statistiquement significative entre IST et IPV avec des OR compris entre 2.5 et 4.6.**

- Maîtrise de la procréation

6 études se sont intéressées à ce sujet.

3 études ont mesuré l'association entre IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) et IPV (7,19,43). Coker et al. 2004 (19) (plus de 750 femmes ayant été enceintes) n'a pas dégagé de lien statistiquement significatif entre IVG et violences conjugales pendant la grossesse ; Loeffen et al. 2016 (7) (plus de 200 femmes) a retrouvé une association à la limite de la significativité ; et selon Gee et al. 2009 (43) (plus de 1300 femmes) l'association entre IVG et IPV était statistiquement significative pour un IVG mais perdait sa significativité pour 2 IVG ou plus.

Miller et al. 2010 (40) (près de 1300 femmes de 16 à 29 ans) a montré un lien statistiquement significatif entre grossesses non désirées et IPV. Coker et al. 2004 (19) a retrouvé une association à la limite de la significativité entre le nombre de grossesse et les IPV.

Gee et al. 2009 (43) n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre le type de contraception et les IPV.

Coker et al. 2000 (17) (plus de 1100 femmes) n'a pas trouvé d'association statistiquement significative entre infertilité et IPV.

- Grossesse et complications obstétricales

5 études se sont intéressées à l'association entre grossesse ou complications obstétricales et IPV.

Dans les 2 études l'ayant mesurée (11,19), **la grossesse est apparue comme un facteur de risque d'IPV**. Romito et al. 2004 (11) (plus de 400 femmes) a retrouvé une association entre le fait d'être enceinte ou d'avoir un enfant en bas âge et les IPV avec un OR à 2.51 en limite de significativité statistique. Coker et al. 2004 (19) (plus de 750 femmes ayant été enceintes) a mis en évidence un risque d'augmentation de la fréquence des violences conjugales durant la grossesse.

Sur les 3 études qui se sont intéressées à l'association entre fausse-couche et IPV (7,19,49), seule Loeffen et al. 2016 (7) (plus de 200 femmes) a mis en évidence une association statistiquement significative, OR 2.5 IC95[1.1-5.8].

Sur les 2 études qui se sont penchées sur les associations entre accouchement prématuré et IPV ainsi qu'entre petit poids de naissance (<2500g) et IPV (7,19); seule Coker et al. 2004 (19) a retrouvé des associations statistiquement significatives estimées par des RR respectifs à 1.7 IC95 [1.1-2.6] et 2 IC95 [1.4-3.1].

Coker et al. 2004 (19) a montré une relation statistiquement significative entre la mortalité périnatale et les IPV estimée par un RR à 2.1 IC95 [1.3-3.4].

- Troubles sexuels et dyspareunie

Loeffen et al. 2016 (7) (plus de 200 femmes), Freund et al. 1996 (35) (500 femmes) et Wagner et al. 1995 (37) (400 femmes) se sont intéressées aux troubles sexuels ou à la dyspareunie. **Ces 3 études ont retrouvé une association statistiquement significative entre ces symptômes et les**

**IPV ; le seul OR disponible était à 3.3 IC95 [1.2-9.3] (7). La prévalence des troubles sexuels chez les IPV + variait de 13 à 23%.**

- Cancer du col et dépistage

La seule étude (Coker et al. 2000 (16), plus de 1100 femmes) qui a mesuré les dysplasies et cancers du col de l'utérus, a retrouvé une association statistiquement significative avec les IPV : **66.4 % des patientes ayant une dysplasie du col et 85.7 % des patientes ayant un cancer du col ont subi des violences conjugales dans leur vie** avec des RR respectifs à **1.6 IC95 [1.18-2.15]** et **4.47 IC95 [1.07-19.07]**. A noter que le critère de jugement n'était pas basé sur la cytologie mais sur déclaration des patientes et vérification dans le dossier.

Gandhi et al. 2010 (31) (380 femmes) n'a pas mis en évidence de relation statistiquement significative entre le fait d'être à jour des dépistages organisés et les IPV.

- Douleurs pelviennes

4 études se sont intéressées à l'association entre douleurs pelviennes et IPV : Loeffen et al. 2016 (7) (plus de 200 femmes), Mark et al. 2008 (10) (plus de 700 femmes), Coker et al. 2000 (17) (plus de 1100 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes). Seule Loeffen et al. n'a pas mis en évidence d'association statistiquement significative entre douleurs pelviennes et IPV ; les résultats de Coker et al. étaient à la limite de la significativité. Selon Mark et al., **40.4 % des femmes se plaignant de douleurs pelviennes ont été victimes de violences conjugales dans leur vie** ( $p < 0.05$ ).

- Pertes vaginales

Sur les 3 études ayant mesuré les pertes vaginales (4,7,49), Hegarty et al. 2008 (4) (près de 1000 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes) ont mis en évidence une **association statistiquement significative avec les IPV (OR à 1.84 et 2.9)**. McCauley et al. 1995 (49) a fait apparaître les pertes vaginales comme un facteur indépendamment associé aux IPV.

- Symptômes en rapport avec les cycles menstruels

Parmi les 3 études qui se sont intéressées aux dysménorrhées (Mark et al. 2008 (10) (730 femmes), Porcerelli et al. 2006 (29) (47 cas et 47 témoins) et Freund et al. 1996 (35) (500 femmes)), seul Porcerelli et al. a retrouvé une association statistiquement significative entre dysménorrhées et IPV.

Freund et al. (35) a montré une association statistiquement significative entre symptômes prémenstruels et IPV.

2 études ont traité de l'association entre irrégularité des cycles et IPV (10,35) ; une seule (Mark et al. (10)) était statistiquement significative.

**Tableau 4 : Symptômes urinaires, gynécologiques et obstétricaux**

	NOMBRE de PATIENTS	Symptômes URINAIRES	Infections Sexuellement transmissibles (IST)	MAÎTRISE de la PROCRÉATION	Symptômes OBSTÉTRICAUX
7	245	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(incontinenceU/IPV+V vs IPV-): 20 vs 17% OR 1,2NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IST/IPV+V vs IPV-): 27 vs 7% OR 4,6§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IVG/IPV+V vs IPV-): 28 vs 12% OR 2,7§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(FC/IPV+V vs IPV-): 56 vs 34% OR 2,5§</li> <li>• P(Préma/IPV+V vs IPV-): 17 vs 13% OR 1,4NS</li> <li>• P(PPdsNais/IPV+V vs IPV-): 21 vs 11% OR 2,1NS</li> </ul>
8	50 x 2			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(motif consultation procréation/IPV+A vs T): 56 vs 30% OR 3NS</li> </ul>	
10	730	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+V/infectionsU fréquentes): 45,5% §</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+/infectionsVa fréquentes): 32,5% §</li> <li>• P(IPV+V/salpingite fréquente): 53,3% §</li> </ul>		
11	426				<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+A/G ou plus jeune enfant &lt;3 ans): 19,2% OR 2,51NS</li> </ul>
14	288				<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(complications G ou FC A/IPVpsyA vs IPV-): 28,3 vs 22,7% OR 1,34NS</li> </ul>
17	1152	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(infection U V/IPV+V vs IPV-): 17,6 vs 9,4% RR IPVphy/IPVpsy 1,73§/1,21NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IST V/IPV+V vs IPV-): 30,3 vs 10,4% RR IPVphy/IPVpsy 3,13§/1,82§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(infertilité V/IPV+V vs IPV-): 11,6 vs 11,7% RR IPVphy/IPVpsy 0,85NS/1,11NS</li> </ul>	
19	755		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+G/IST G): 21,2% RR 2,1§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RR(nombre G/IPV+G): 1,13§</li> <li>• RR(IPV+G/IVG): 0,7NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolution de la fréquence IPV pendant G chez les IPV+G: augmentation: 49%/stable: 26%/diminution: 25%</li> <li>• P(IPV+G/Ta G): 23,3% RR 2,5§</li> <li>• P(IPV+G/Mort périnatale): 29,1% RR 2,1§</li> <li>• P(IPV+G/Préma): 22,6% RR 1,7§</li> <li>• P(IPV+G/PPdsNais): 27,1% RR 2§</li> <li>• P(IPV+G/A terme + PPdsNais): 24,4% RR 1,9NS</li> <li>• P(IPV+G/Préma et PdsNais normal): 12,8% RR 1,1NS</li> <li>• P(IPV+G/FC): RR 1,2NS</li> <li>• P(IPV+G/césarienne): RR 1,2NS</li> </ul>

	NOMBRE de PATIENTS	Symptômes URINAIRES	Infections Sexuellement transmissibles (IST)	MAÎTRISE de la PROCRÉATION	Symptômes OBSTÉTRICAUX
30	1590		<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(&gt;1 partenaire A/IPV+V): 2,9§</li> <li>• OR(IST V/IPV+V): 2,5§</li> <li>• OR(utilisation préservatif &gt;50% du temps/IPV+V): 2NS/50% du temps: 2,2NS/&lt;50% du temps 3,6§/jamais 2,1§</li> </ul>		
37	407	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(tb U/IPV+V vs IPV-): 16,4 vs 8,7% §</li> </ul>			
40	1278 <29 ans			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(contrôle procréation/IPV+V vs IPV-): 34 vs 15% OR 1,29§*</li> <li>• P(G non désirées/IPV+V vs IPV-): 45,7 vs 35,3% OR 1,54§</li> </ul>	
43	1354			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(1 IVG/IPV+V vs IPV-): 26,5 vs 22,5% §</li> <li>• P(2 IVG/IPV+V vs IPV-): 10,3 vs 11% NS</li> <li>• P(≥3 IVG/IPV+V vs IPV-): 10,7 vs 6,7% NS</li> <li>• P(contraception déjà utilisée/IPV+V vs IPV-): 96,2 vs 93,4% NS</li> <li>• P(utilisation de préservatif/IPV+V vs IPV-): 49,1 vs 46,1% NS</li> <li>• P(méthode de contraception utilisée récemment/IPV+V vs IPV-): pilule: 21,1 vs 25,9% NS/préservatif 35 vs 32,9% NS/patch 7,6 vs 6,5% NS/implant ou DIU 1,4 vs 1,7% NS/naturelle 10 vs 8,3% NS/contraception d'urgence: 6,6 vs 4,2% NS/pas de contraception: 18,3 vs 20,5% NS</li> <li>• P(relation sexuelle sans contraception 4M/IPV+V vs IPV-): 70,9 vs 64,5% §</li> </ul>	
49	1952	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(dysurie/IPV+A vs IPV-): 13,2 vs 6% OR 2,2§</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(FC/IPV+A vs IPV-): 30,8 vs 22,5% OR 1,5NS</li> </ul>

	NOMBRE de PATIENTS	SEXUALITE	NÉOPLASIES et DÉPISTAGES	DOULEURS PELVIENNES	AUTRES
4	942				<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(pertes Va M/IPV+A vs IPV-): 15,8 vs 9,3% OR 1,84§</li> </ul>
7	245	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(TbSex ≥1 fois M/IPV+V vs IPV-): 23 vs 8% OR 3,3§</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(DP ≥1 fois M/IPV+V vs IPV-): 35 vs 25% OR 1,6NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(pertes Va ≥1 fois M/IPV+V vs IPV-): 19 vs 24% OR 0,8NS</li> <li>• P(prurit ou douleurs Va ≥1 fois M/IPV+V vs IPV-): 8 vs 11% OR 0,7NS</li> <li>• P(tb menstruel/IPV+V vs IPV-): 33 vs 12% OR 3,7§</li> </ul>
10	730			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+V/DP fréquentes): 40,4% §</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+V/dysménorrhées): 29,9% NS</li> <li>• P(IPV+V/irrégularités menstruelles): 35,9% §</li> </ul>
14	288				<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(tb gynéco A/IPVpsyA vs IPV-): 73,9 vs 56,6% OR 2,17§</li> </ul>
16	1152		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IPV+V/dysplasie col utérus): 66,4% RR 1,6§</li> <li>• P(IPV+V/Cancer col utérus): 85,7% RR 4,47§, si IPV phy+sex RR 7,18§</li> </ul>		
17	1152			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(DP chronique V/IPV+V vs IPV-): 17,3 vs 9,4% RR IPVphy/IPVpsy 1,51§/1,62§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(hystérectomie/IPV+V vs IPV-): 25,1 vs 18,3% RR IPVphy/IPVpsy 1,63§/1,1NS</li> </ul>
29	94 (47 x 2)				<ul style="list-style-type: none"> <li>• dysménorrhées § mais données brutes non disponible</li> </ul>
31	382		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(frottis &lt;3 ans si &lt;40 ans/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 92,3% OR 6,21NS vs 66,7% OR 1,11NS vs 58,2%</li> <li>• P(frottis &lt;3 ans si &gt;40 ans/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 36,4% OR 0,6NS vs 76,9% OR 3,8NS vs 47,7%</li> <li>• P(mammographie &lt;1 an si &gt;40 ans/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 15,4% OR 0,35NS vs 53,8% OR 2,74NS vs 34,5%</li> </ul>		
35	495	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(dyspareunies/IPVphyV vs IPV-): 22 vs 11% §</li> <li>• P(TbSex/IPVphyV vs IPV-): 22 vs 13% §</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(dysménorrhées/IPVphyV vs IPV-): 45 vs 49% NS</li> <li>• P(tb prémenstruels/IPVphyV vs IPV-): 52 vs 34% §</li> <li>• P(cycles irréguliers/IPVphyV vs IPV-): 38 vs 30% NS</li> </ul>

	NOMBRE de PATIENTS	SEXUALITE	NÉOPLASIES et DÉPISTAGES	DOULEURS PELVIENNES	AUTRES
37	407	• P(TbSex/IPV+V vs IPV-): 13 vs 5,1% §			
49	1952			• P(DP/IPV+A vs IPV-): 31,1 vs 14,5% OR 2,5§	• P(pertes Va/IPV+A vs IPV-): 44,9 vs 20,6% OR 2,9§* • P(douleurs mammaires/IPV+A vs IPV-): 35,5 vs 19,3% OR 2,2§

Abréviations :

(*)	ressort en analyse multivariée	(M)	Dans le mois	(DP)	Douleurs Pelviennes
(§)	statistiquement significatif $p < 0.05$	(G)	pendant la Grossesse	(FC)	Fausse-Couches
(NS)	Non significatif	(V)	Dans la vie	(PPdsNais)	Petit Poids de Naissance <2500g
(OR)	Odds Ratio	(IPV-)	non-victimes de violences conjugales	(Préma)	Accouchement Prématuré <37SA
(RR)	Risque Relatif	(IPV+)	victimes de violences conjugales	(Ta)	Tabac
(P)	Prévalence	(IPVphy)	violences conjugales physiques	(TbSex)	Troubles Sexuels
(S)	Dans la semaine	(IPVpsy)	violences conjugales psychologiques	(U)	Urinaires
(3M)	Dans les 3 mois	(IPVsex)	violences conjugales sexuelles	(Va)	Vaginales
(A)	Dans l'année	(T)	Témoins	(Tb)	Troubles

## ***Symptômes somatiques : (tableau 5)***

- *Symptômes et facteurs de risque cardio-vasculaires*

10 études se sont penchées sur l'association entre symptômes cardiovasculaires et IPV.

**4 études sur 4 (4,17,29,49)** ont retrouvé une **association statistiquement significative entre angor ou douleurs thoraciques et IPV**. Dans l'article d'Hegarty et al. 2008 (4) (près de 1000 femmes), les douleurs thoraciques sont apparues comme un symptôme indépendamment associé aux IPV. Néanmoins, Coker et al. 2000 (17) (plus de 1100 femmes) a montré un lien statistiquement significatif seulement pour les IPV physiques et Porcerelli et al. 2006 (29) (47 cas et 47 témoins) a fait ressortir les douleurs thoraciques et palpitations associées de façon statistiquement significative aux IPVpsy sans préciser les données brutes.

Aucune étude sur les 5 (4,17,27,36,38) ayant mesuré l'HTA n'a mis en évidence de relation statistiquement significative avec les IPV.

Concernant le diabète, aucune étude (sur 3) (17,27,38) n'a mis en évidence de lien statistiquement significatif entre diabète et IPV.

2 études ont mesuré l'obésité et les IPV (31,45). Seule Davies et al. 2016 (45) a retrouvé une association statistiquement significative entre obésité et IPV avec un OR à 1.67 IC95 [1.2-2.33], à noter que 6% des femmes ont été recrutées dans un foyer pour victimes d'IPV (plus de 1200 femmes au total).

- Symptômes digestifs

8 articles ont étudié l'association entre symptômes digestifs et IPV.

Hegarty et al. 2008 (4) et McCauley et al. 1995 (49) (environ 1000 et 2000 femmes respectivement) ont mis en évidence une **association statistiquement significative entre diarrhée et IPV avec des OR compris entre 1.8 et 2.6**. La diarrhée est ressortie dans ces 2 études comme un facteur indépendamment associé aux IPV.

Une seule (McCauley et al. 1995 (49)) de ces 2 études a mis en évidence une association statistiquement significative entre douleurs abdominales et IPV avec un OR à 2.4 IC [1.7-3.5].

Coker et al. 2000 (17) (plus de 1100 femmes) a retrouvé une **association entre le syndrome du côlon irritable et les IPV** avec un RR statistiquement significatif entre **3.62 et 3.74** (estimé dans des sous-groupes).

La constipation a été étudiée une fois (McCauley et al. 1995 (49)) et n'était pas associée aux IPV de façon statistiquement significative.

Le reflux gastro-œsophagien et les ulcères gastroduodénaux sont apparus associés aux IPV selon Coker et al. 2000 (17) (en limite de significativité statistique).

- Douleurs

12 études se sont intéressées à l'association entre douleurs ou consommation d'antalgiques et les IPV.

5 études (2,8,9,24,28) ont questionné sur la **prescription ou la consommation d'antalgiques** ; Hegarty et al. 2012 (2) (étude cas témoins avec 272 femmes), Lo Fo Wong et al. 2007 (9) (étude cas témoins avec 92 cas) et Montero et al. 2013 (24) (plus de 1600 femmes de plus de 55 ans)

ont retrouvé une **association statistiquement significative avec les IPV, les OR variaient de 1.78 à 4.5.**

4 études se sont penchées sur les lombalgies (4,36,37,49); aucune n'a montré d'association statistiquement significative avec les IPV.

6 études se sont intéressées aux **céphalées et migraine** (4,17,35–37,49) ; Hegarty et al. 2008 (4) (environ 1000 femmes), Coker et al. 2000 (17) (plus de 1100 femmes), Freund et al. 1996 (35) (500 femmes) et McCauley et al. 1995 (49) (environ 2000 femmes) (**4 études sur 6**) ont mis en évidence une **association statistiquement significative avec les IPV** (les résultats de Coker et al. étaient en limite de significativité).

Wagner et al. 1995 (37) (400 femmes) et Zink et al. 2005 (38) (1000 femmes de plus de 55 ans) ont mesuré les **douleurs chroniques** ; les 2 (100%) ont retrouvé une **association statistiquement significative avec les IPV.**

- Signes généraux

3 études ont mesuré l'asthénie (4,37,49) ; Hegarty et al. 2008 (4) (près de 1000 femmes) et Wagner et al. 1995 (37) (400 femmes) ont mis en évidence une **association statistiquement significative entre asthénie et IPV**. L'asthénie est ressortie en analyse multivariée dans l'article d'Hegarty et al. (4).

Hegarty et al. 2008 (4) a retrouvé une **association statistiquement significative entre fièvre et IPV.**

Wagner et al. 1995 (37) et McCauley et al. 1995 (49) (environ 2000 femmes) ont montré un **lien statistiquement significatif entre anorexie et IPV.**

**Tableau 5 : Symptômes somatiques**

	NOMBRE de PATIENTS	symptômes CARDIO-VASCULAIRES	symptômes DIGESTIFS	DOULEURS	AUTRES
2	272			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnD/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPV sévèreA): 21,9 vs 23,4% OR 1,4 NS vs 20,9% OR 1,3NS vs 50,6% OR 4,5§</li> </ul>	
4	942	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(DT M/IPV+A vs IPV-): 10,8 vs 3,5% OR 3,3§*</li> <li>• P(HTA M/IPV+A vs IPV-): 3,2 vs 5,1% OR 0,6NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(diarrhée M/IPV+A vs IPV-): 20,3 vs 12,4% OR 1,8§*</li> <li>• P(D abdo chro M/IPV+A vs IPV-): 11,4 vs 6,9% OR 1,73NS</li> <li>• P(medicaments digestifs/IPV+A vs T): 38 vs 42% OR 0,9NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(céphalées chro M/IPV+A vs IPV-): 24,7 vs 14,7% OR 1,9§</li> <li>• P(D dos M/IPV+A vs IPV-): 34,8 vs 25,3% OR 1,58NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(fièvreM/IPV+A vs IPV-): 13,3 vs 5,9% OR 2,46§</li> <li>• P(asthénieM/IPV+A vs IPV-): 77,2 vs 63,8% OR 1,93§*</li> </ul>
8	50 x 2			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnD/IPV+A vs T): 66 vs 64% OR 1,1NS</li> </ul>	
9	92 cas 21000 T			<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (AnD A &lt;45 ans/IPV+V vs T): 2,01 vs 0,3 §</li> <li>• nombre moyen (AnD A &gt; 45 ans /IPV+V vs T): 2,04 vs 0,6 §</li> </ul>	
17	1152	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(HTA V/IPV+V vs IPV-): 32 vs 28,1% RR IPVphy/IPVpsy 1,03NS/1,15NS</li> <li>• P(angor V/IPV+V vs IPV-): 9,2 vs 4,6% RR IPVphy/IPVpsy 2,04§/0,76NS</li> <li>• P(autres tb cardio V/IPV+V vs IPV-): 13,3 vs 8,5% RR IPVphy/IPVpsy 1,47§/1,22NS</li> <li>• P(diab V/IPV+V vs IPV-): 11,4 vs 11,8% RR IPVphy/IPVpsy 0,86NS/1,02NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(ulcère gastrique V/IPV+V vs IPV-): 15,5 vs 7,6% RR IPVphy/IPVpsy 2,03§/1,72§</li> <li>• P(reflux gastrique V/IPV+V vs IPV-): 33,4 vs 23,3% RR IPVphy/IPVpsy 1,37§/1,22NS</li> <li>• P(côlon irritable V/IPV+V vs IPV-): 7,1 vs 2,6% RR IPVphy/IPVpsy 3,74§/3,62§</li> <li>• P(indigestion, constipation ou diarrhée fréquentes V/IPV+V vs IPV-): 45 vs 28,5% RR IPVphy/IPVpsy 1,6§/1,3§</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(D cou ou dos V/IPV+V vs IPV-): 38 vs 22,2% RR IPVphy/IPVpsy 1,49§/1,91§</li> <li>• P(arthrite V/IPV+V vs IPV-): 31,4 vs 20,3% RR IPVphy/IPVpsy 1,54§/1,67§</li> <li>• P(migraine V/IPV+V vs IPV-): 37,1 vs 23,8% RR IPVphy/IPVpsy 1,4§/1,54§</li> <li>• P(céphalées fréquentes V/IPV+V vs IPV-): 29,2 vs 22,2% RR IPVphy/IPVpsy 1,16NS/1,41§</li> </ul>	
18	1152	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(maladie cardio, néo, rein/IPV+ actuelle et IPV+passée): 2,5§ et 1,5NS</li> </ul>			
24	1676 >55 ans			<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(AnD/IPV+V): 1,78§</li> </ul>	
27	1402	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(HTA/IPV+V vs IPV-): 13,5 vs 12,4% OR 1,03NS</li> <li>• P(diab/IPV+V vs IPV-): 4,5 vs 3,6% OR 0,89NS</li> </ul>			
28	1402			<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AnD 3M/IPV+V vs IPV-): 33,7 vs 38,5% OR 0,84NS</li> </ul>	
29	94 (47 x 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• palpitations et douleurs thoraciques § mais données brutes non disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inconfort abdominal § mais données brutes non disponibles</li> </ul>		

	NOMBRE de PATIENTS	symptômes CARDIO-VASCULAIRES	symptômes DIGESTIFS	DOULEURS	AUTRES
31	382	• P(obésité/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 62,5 vs 38,2 vs 56,3% NS			
35	495		• P(tb gastro/IPVphyV vs IPV-): 2 vs 13% §	• P(céphalées/IPVphyV vs IPV-): 47 vs 24% § • P(D musculosquel/IPVphyV vs IPV-): 7 vs 6% NS	
36	374	• OR (HTA/IPV+A): pas de résultats bruts, NS en multivarié		• OR(lombalgies/IPV+A): pas de résultats bruts, NS en multivarié • OR(migraine/IPV+A): pas de résultats bruts, NS en multivarié	
37	407		• P(tb dig/IPV+V vs IPV-): 38,3 vs 25,4%§ • P(nausées/IPV+V vs IPV-): 50,9 vs 45,6% NS • P(météorisme abdo/IPV+V vs IPV-): 41,6 vs 29% §	• P(céphalées/IPV+V vs IPV-): 72,1 vs 73,2% NS • P(D chro/IPV+V vs IPV-): 33,5 vs 23,9% § • P(lombalgies/IPV+V vs IPV-): 52,4 vs 43,5% NS • P(cervicalgies/IPV+V vs IPV-): 50,4 vs 36,8% §	• P(amaigrissement/IPV+V vs IPV-): 26,4 vs 13,1% § • P(asthénie/IPV+V vs IPV-): 80,1 vs 63% § • P(vertiges/IPV+V vs IPV-): 39,4 vs 25,4% § • P(anorexie/IPV+V vs IPV-): 32,6 vs 18,8% § • P(fièvre ou allergies/IPV+V vs IPV-): 50,2 vs 37,7% §
38	995 >55 ans	• P(HTA, tb cardio/IPV+>55ans vs IPV-): 59,6 vs 74,4% NS • P(diab, dysthyr/IPV+>55ans vs IPV-): 37,3 vs 37,4% NS • P(AVC, maladie neuro/IPV+>55ans vs IPV-): 17 vs 12,7% NS	• P(tb dig/IPV+>55ans vs IPV-): 34 vs 31% NS	• P(D chro/IPV+>55ans vs IPV-): 50,9 vs 36,8% §	
45	1264	• P(obésité/IPVphyV vs IPVpsyV vs IPV-): 30 vs 27 vs 20% § OR 1,67*			
49	1952	• P(DT/IPV+A vs IPV-): 40,2 vs 25% OR 1,9§	• P(diarrhée/IPV+A vs IPV-): 50,5 vs 26,9% OR 2,6§* • P(D abdo/IPV+A vs IPV-): 55,1 vs 32,4% OR 2,4§ • P(constipation/IPV+A vs IPV-): 38,7 vs 28,8% OR 1,5NS	• P(céphalées/IPV+A vs IPV-): 59,4 vs 38,8% OR 2,2§ • P(lombalgie/IPV+A vs IPV-): 62,3 vs 54,3% OR 1,4 NS • P(D face/IPV+A vs IPV-): 13,2 vs 11,6% OR 1,1 NS	• P(anorexie/IPV+A vs IPV-): 28,6 vs 9,2% OR 3,5§ • P(malaises/IPV+A vs IPV-): 13,2 vs 5,4% OR 2,4§ • P(asthénie/IPV+A vs IPV-): 53,3 vs 46,5% OR 1,3 NS

Abréviations :

(\*) *ressort en analyse multivariée*  
(§) *statistiquement significatif  $p < 0.05$*   
(NS) *Non significatif*  
(OR) *Odds Ratio*  
(RR) *Risque Relatif*  
(P) *Prévalence*  
(V) *Dans la vie*  
(M) *Dans le mois*

(S) *Dans la semaine*  
(3M) *Dans les 3 mois*  
(A) *Dans l'année*  
(IPV-) *non-victimes de violences conjugales*  
(IPV+) *victimes de violences conjugales*  
(IPVphy) *violences conjugales physiques*  
(IPVpsy) *violences conjugales psychologiques*  
(IPVsex) *violences conjugales sexuelles*

(T) *Témoins*  
(AnD) *Antalgiques*  
(AnDig) *Médicaments à visée digestive*  
(Chro) *Chronique*  
(D) *Douleurs*  
(Diab) *Diabète*  
(DT) *Douleurs Thoraciques*

## ***Demandes de soins : (tableau 6)***

- *Nombre de symptômes*

6 études ont mesuré l'association entre le nombre de symptômes rapportés et les IPV (4,29,33,47-49); **les 6 (100 %) ont montré que cette association était statistiquement significative.** Par exemple, selon McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes), 68.2 % des patientes victimes de violences conjugales rapportaient au moins 6 symptômes contre 34.8 % des non-victimes, OR 4.7 IC95[2.6-8.3].

- *Utilisation du système de soins*

12 études ont évalué l'association entre le nombre de consultations médicales et les IPV (2,8,9,14,17,20,21,23,24,31,37,44). Prosman et al. 2012 (8) (études cas témoins avec 50 cas), Lo Fo Wong et al. 2007 (9) (étude cas témoins avec 92 cas), Coker et al. 2000 et 2004 (17,21) (plus de 1100 femmes et près de 300 femmes assurées Medicaid, issues du même échantillon), Montero et al. 2011 et 2013 (23,24) (plus de 10000 femmes et 1600 femmes de plus de 55 ans issues du même échantillon), Gandhi et al. 2010 (31) (380 femmes) et Wasson et al. 2000 (44) (1500 femmes) ont retrouvé un lien statistiquement significatif entre un nombre élevé de consultations médicales et les IPV (8 études sur 12).

- *Arrêts de travail*

6 articles ont étudié la relation entre l'incapacité à travailler et les IPV (2,14,17,18,27,44) ; Coker et al. 2000 et 2005 (17,18) (plus de 1100 femmes issues du même échantillon) et Wasson et al. 2000 (44) (1500 femmes) ont montré que cette relation était statistiquement significative (à

noter un résultat isolé statistiquement significatif dans l'étude cas-témoins d'Hegarty et al. 2012  
(2) pour les IPVphy+psy et un arrêt de travail pour raisons psychiques).

**Tableau 6 : Demandes de soins**

	NOMBRE de PATIENTS	NOMBRE de SYMPTÔMES	UTILISATION du SYSTÈME de SOINS	ARRÊTS de TRAVAIL
2	272		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(&gt;5 cs MG A/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévéreA): 45,5 vs 41,4 vs 51,4 vs 53,5% OR tous NS</li> <li>• P(≥1 cs urg A/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévéreA): 21,2 vs 31 vs 25,7 vs 32,2% OR tous NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(AW &gt;3j pour raisons phy/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévéreA): 25 vs 30,2% OR 1,1NS vs 26,7% OR 1NS vs 42,1% OR 2,2NS</li> <li>• P(AW &gt;3j pour raisons psy/T vs IPVpsyA vs IPV phy+psyA vs IPVsévéreA): 8,3 vs 17% OR 1,8NS vs 42,2% OR 7,2§ vs 31,6% OR 5NS</li> </ul>
4	942	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(≥3 sp M (sauf Dep et Anx)/IPV+A vs IPV-): 46,8 vs 35,3% OR 2,32§</li> <li>• P(≥6 sp M (sauf Dep et Anx)/IPV+A vs IPV-): 22,8 vs 11,5% OR 3,48§</li> </ul>		
8	50 x 2		<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (cs A/IPV+A vs T): 6,7 vs 4,7 §</li> </ul>	
9	92 cas 21000 T		<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (cs A/IPV+V vs T): 7,47 vs 4,2 §</li> </ul>	
14	288		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(≥1 H A/IPVpsyA vs IPV-): 13 vs 5,4% NS</li> <li>• P(≥16 cs MG A/IPVpsyA vs IPV-): 8,7 vs 11,6% NS</li> <li>• P(≥5 cs spé A/IPVpsyA vs IPV-): 10,9 vs 8,7% NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(≥3 AW A/IPVpsyA vs IPV-): 8,7 vs 12,4% NS</li> <li>• P(≥46j AW A/IPVpsyA vs IPV-): 8,7 vs 9,5% NS</li> </ul>
17	1152		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(&gt;1 H A/IPV+V vs IPV-): 19,5 vs 15% RR</li> <li>IPVphy/IPVpsy 1,06NS/1,2NS</li> <li>• P(&gt;5 cs A/IPV+V vs IPV-): 48 vs 37,6% RR</li> <li>IPVphy/IPVpsy 1,18§/1,17NS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(IncapW V/IPV+V vs IPV-): 27,7 vs 15,5% RR IPVphy/IPVpsy 1,56§/1,49§</li> </ul>
18	1152			<ul style="list-style-type: none"> <li>• OR(IncapW/IPV+ actuelle et IPV+passée): 3,2 § et 1,9§</li> </ul>
20	1152		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(≥10 cs A/IPV+actuelle vs IPV-): 42 vs 25%</li> <li>• P(&gt;1 H A/IPV+actuelle vs IPV-): 7 vs 4%</li> </ul>	
21	285		<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (cs/IPV+élevée actuelle vs IPV+faible actuelle vs IPV-): 24 vs 11,9 vs 12 §</li> <li>• nombre moyen (H/IPV+élevée actuelle vs IPV+faible actuelle vs IPV-): 8,5 vs 6,1 vs 6,1 §</li> </ul>	
23	10815		<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(≥3 cs MG 6M/IPV+V vs IPV-): 42,5 vs 25,2% OR 1,92§</li> <li>• P(≥2 cs spé 6M/IPV+V vs IPV-): 28,6 vs 19,8% OR 1,45§</li> <li>• P(≥1 cs urg 6M/IPV+V vs IPV-): 37,7 vs 23,9% OR 1,73§</li> <li>• P(≥1 H 6M/IPV+V vs IPV-): 12,7 vs 8,4% OR 1,56§</li> </ul>	

	NOMBRE de PATIENTS	NOMBRE de SYMPTÔMES	UTILISATION du SYSTÈME de SOINS	ARRÊTS de TRAVAIL
24	1676 >55 ans		<ul style="list-style-type: none"> <li>• cs MG 6M: §</li> <li>• cs spé 6M: NS</li> <li>• cs urg 6M: NS</li> <li>• H 6M: NS</li> </ul>	
27	1402			• moyenne (nombre jours AW 3M/IPV+V vs IPV-: 1,7j vs 1,07j NS)
29	47 x 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (sp phy/IPVpsyA vs T): 5,47 vs 3,13 §</li> <li>• nombre moyen (sp psy/IPVpsyA vs T): 4,66 vs 2,57 §</li> </ul>		
31	382		• P(>5 csA/IPVphy actuelle vs IPVpsy actuelle vs IPV-): 46,2 vs 29,7 vs 20,2%§	
33	557	≥3 sp phy M/IPV+V vs IPV-: * (pas de données brutes disponibles)		
37	407		<ul style="list-style-type: none"> <li>• nombre moyen (cs sur 5 ans/IPVsexV vs IPVphyV vs IPVpsyV vs IPV-): 14,9 vs 11,5 vs 11,6 vs 10,4 NS</li> <li>• P(≥4 cs 6M/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 57 vs 45 vs 40%§</li> <li>• P(difficultés accès soins/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 28 vs 12 vs 8%§</li> </ul>	• P(AW ≥1j 3M/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 57 vs 40 vs 32%§
44	1526			
47	380	• nombre moyen (sp phy/IPV+V vs IPV-): 13,4 vs 9,2 §		
48	174	• P(≥6 sp chro sur 16 régulièrement 3M/IPV+V vs IPV-): 65 vs 31% OR 3,9§*		
49	1952	• P(≥6 sp/IPV+A vs IPV-): 68,2 vs 34,8% OR 4,7§	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P(≥1 cs urg 6M/IPV+A vs IPV-): 34,9 vs 23% OR 1,7§</li> <li>• P(H psychiatrie/IPV+A vs IPV-): 5,6 vs 3,6% OR 1,5NS</li> </ul>	

**Abréviations :**

(*)	ressort en analyse multivariée	(3M)	Dans les 3 mois	(Chro)	Chronique
(§)	statistiquement significatif p<0.05	(A)	Dans l'année	(Cs)	Consultations
(NS)	Non significatif	(IPV-)	non-victimes de violences conjugales	(H)	Hospitalisation
(OR)	Odds Ratio	(IPV+)	victimes de violences conjugales	(IncapW)	Incapacité de travail
(RR)	Risque Relatif	(IPVphy)	violences conjugales physiques	(Sp)	Symptômes
(P)	Prévalence	(IPVpsy)	violences conjugales psychologiques	(Urg)	Urgences
(M)	Dans le mois	(IPVsex)	violences conjugales sexuelles	(Dep)	Dépression
(S)	Dans la semaine	(T)	Témoins	(Anx)	Anxiété
(V)	Dans la vie	(AW)	Arrêt de travail	(sp)	Symptômes

## ***Analyses multivariées***

Certaines études ont fait ressortir des signes particuliers en analyse multivariée.

Selon McCauley et al. 1995 (49) (près de 2000 femmes), les facteurs indépendamment associés aux violences conjugales étaient : un âge inférieur à 35 ans, statut divorcé ou séparé, couverture sociale témoignant de bas revenus, dépression/anxiété/mauvaise estime de soi ou somatisation, addiction aux drogues ou à l'alcool, tentative de suicide, blessure type fracture ou plaie, diarrhée et pertes vaginales. Plus ces facteurs étaient associés, plus le risque de violences conjugales augmentait ; par exemple, lorsque 6 de ces facteurs étaient retrouvés, la prévalence des violences conjugales était de 70 %.

Hegarty et al. 2008 (4) (près de 1000 femmes) a fait ressortir la diarrhée, l'asthénie et les douleurs thoraciques comme des facteurs indépendamment associés aux IPV en analyse multivariée, les symptômes psychiatriques étaient exclus de cette analyse.

Saunders et al. 1993 (36) et Peralta et al. 2003 (39) (370 et 400 femmes respectivement) ont dégagé la dépression comme facteur indépendamment relié aux IPV en analyse multivariée.

Selon Davies et al. 2016 (45) (plus de 1200 femmes), l'obésité était indépendamment associée aux IPV en analyse multivariée.

Perry et al. 2014 (46) (plus de 1200 femmes) a fait ressortir la consommation actuelle de drogue comme résultat indépendamment associé aux IPV en analyse multivariée.

Nicolaidis et al. 2004 (48) (170 femmes) et Mcnutt et al. 2002 (33) (550 femmes) ont mis en évidence l'association entre un nombre élevé de symptômes et IPV en analyse multivariée.

Miller et al. 2010 (40) (plus de 1200 femmes) a dégagé le contrôle de la procréation comme facteur indépendamment associé aux IPV en analyse multivariée.

Aucun signe clinique n'est ressorti dans l'analyse multivariée de Selic et al. (14).

## DISCUSSION :

### *Principaux résultats (tableau 7)*

La très grande majorité des études (16 sur 17) ayant exploré l'association entre IPV et dépression a retrouvé que celle-ci était statistiquement significative avec des OR compris entre 2.1 et 5 (et jusqu'à 8 pour les IPV sévères). Cette association a également été signalée à 3 reprises en analyse multivariée.

De même, quasiment toutes les études (6 sur 7) ayant mesuré les IPV et l'anxiété ont mis en évidence un lien statistiquement significatif avec des OR allant de 2.74 à 3.5.

La plupart des études (5 sur 6) qui se sont intéressées à la consommation de drogues chez les femmes victimes de violences conjugales a dégagé une association statistiquement significative ; d'autant plus forte dans le sous-groupe des femmes victimes de violences conjugales sexuelles : RR 5.6 IC95 [2.9 12.5] et OR 12.5 IC95[2.2-66.9] (Coker et al. (15) et Ruiz-Perez et al. (28)).

Toutes les études ayant mesuré les IPV et les infections gynécologiques et/ou sexuellement transmissibles (5 sur 5) ont retrouvé une association statistiquement significative (OR de 2.5 à 4.6 pour les IST).

L'ensemble des 6 études ayant exploré les IPV et un nombre élevé de symptômes rapportés par les patientes a mis en évidence une association statistiquement significative (OR allant de 2.32 à 4.7). Cette association est ressortie à 2 reprises en analyse multivariée.

D'autres signes cliniques se sont dégagés dans un nombre d'études moins important parmi les 49 retenues.

En terme de signes psychiques, le risque suicidaire (3 études sur 3), le tabagisme (4 études sur 6), l'alcoolisme (6 études sur 11), les troubles du sommeil (4 études sur 5), la consommation de médicaments psychotropes (4 études sur 5), les personnalités borderline (1 étude), les symptômes psychosomatiques (2 études sur 3), la détresse psychologique (mesurant plusieurs troubles psychiques mineurs ; 6 études sur 6, dont 4 portaient sur la même population) et le syndrome de stress post-traumatique (3 études sur 3) ont été reliés de façon statistiquement significative aux IPV.

Parmi les symptômes gynéco-obstétricaux, les troubles sexuels ou dyspareunie (3 études sur 3), la grossesse (1 étude sur 2, la deuxième étant en limite de significativité statistique), les dysplasies ou cancer du col de l'utérus (1 étude), les douleurs pelviennes (3 études sur 4) et les pertes vaginales (2 études sur 3, dont une ayant fait ressortir les pertes vaginales en analyse multivariée) ont été associés de façon statistiquement significative aux IPV.

Les autres plaintes somatiques suivantes ont été reliées de façon statistiquement significative aux IPV : les douleurs thoraciques ou angor (4 études sur 4, dont une fois en analyse multivariée), la diarrhée (2 études sur 2, est ressortie en analyse multivariée dans ces 2 études), les douleurs abdominales (1 étude sur 2), le syndrome du côlon irritable (1 étude), les douleurs chroniques (2 études sur 2), la consommation d'antalgiques (3 études sur 5), les céphalées et migraine (4 études sur 6), l'asthénie (2 études sur 3, dont une fois en analyse multivariée) et l'anorexie (2 études sur 2).

Un nombre élevé de consultations médicales a également été associé de façon statistiquement significative aux IPV dans 8 études sur 12.

**Tableau 7 : Association entre violences conjugales et problèmes de santé**

Problèmes de santé	Rapport d'études § <sup>1</sup>	Etendue des OR §	Etendue des RR §
Dépression	16/17	2,1-5 (8 pour IPV sévère)	1,8 (IPVphy)-2,5 (IPVsex)
Antidépresseurs	2/4	1,75-4,1	
Idées suicidaires	2/2	7,94	1,9 (IPVpsy)-3,3 (IPVsex)
Tentatives de suicide	2/2	4,3	2,1 (IPVpsy)-4,8 (IPVsex)
Anxiété	6/7	2,74-3,5	2,8 (IPVphy, IPVpsy)-4,5 (IPVsex)
Anxiolytiques	1/2	2,61	
Tabac	4/6 (1 en limite de significativité pour IPVpsy)	1,7	1,4 (IPVsex)-1,5 (IPVphy)
Alcool	6/11 (1 NS pour les IPVpsy)	2,1-3,1	2 (IPVphy)-2,2 (IPVsex)
Drogue	5/6 (1 seulement IPVsex)	2-4,4 (12,5 pour IPVsex)	5,6 (IPVsex)
Troubles du sommeil	4/5	1,65-4,2	
Psychotropes	4/5	2,04-4,5	
Personnalité Borderline	1/1		
Troubles psychosomatiques	2/3	3,8-4,1 (IPVpsy)	
Détresse psychologique	6/6	2,23-5,29	
Syndrome de Stress Post-Traumatique	3/3 (1 seulement IPVsex)	2.63 (IPVpsy)-5.5	2,5 (IPVsex)
Infections urinaires	2/2 (1 seulement IPVphy)		1,73 (IPVphy)
IST et infections gynécologiques	5/5	2,5-4,6	1,82 (IPVpsy)-3,13 (IPVphy)
IVG	2/3 (1 seulement pour 1 IVG)	2,7	
Grossesses non désirées	1/1	1,54	
Grossesse	1/2 (la 2 <sup>e</sup> en limite de significativité)	2,51 (en limite de significativité)	
Fausse-couche	1/3	2,5	
Accouchement prématuré	1/2		1,7
Petit poids de naissance	1/2		2
Troubles sexuels	3/3	3,3	
Dysplasies et cancer du col de l'utérus	1/1		1,6-4,47
Douleurs pelviennes	3/4	2,5	1.51 (IPVphy)-1.62 (IPVpsy)
Pertes vaginales	2/3	1,84-2,9	
Douleurs thoraciques	4/4 (1 seulement IPVphy)	1,9-3,3	2.04 (IPVphy)
Obésité	1/2	1,67	
Diarrhée	2/2	1,8-2,6	
Douleurs abdominales	1/2	2,4	
Colopathie fonctionnelle	1/1		3,62 (IPVpsy)-3,74 (IPVphy)
Antalgiques	3/5	1,78-4,5	
Lombalgies	0/4		
Céphalées et migraine	4/6	OR 1,9-2,2	1,4 (IPVphy)-1.54 (IPV psy)
Douleurs chroniques	2/2		
Asthénie	2/3	1,93	
Fièvre	1/1	2,46	
Anorexie	2/2	OR 3,5	
Nombre élevé de symptômes	6/6	OR 2,32-4,7	
Nombre élevé de consultations médicales (hors urgences)	8/12 (1 seulement IPVphy)	OR 1,45-1,92	RR 1,18 (IPVphy)
Arrêts de travail	3/6	OR 1,9-3,2	RR 1,5

§ : statistiquement significatif

<sup>1</sup> : Nombre d'études où l'association entre IPV et le problème de santé est statistiquement significative/Nombre d'études mesurant l'association entre IPV et le problème de santé

## ***Hypothèses physiopathologiques***

Plusieurs modèles physiopathologiques ont été avancés pour expliquer les conséquences sur la santé des violences conjugales.

On peut facilement penser que les traumatismes physiques répétés augmentent directement les douleurs chroniques, les céphalées, la consommation d'antalgiques,... (75)

De nombreuses données de la littérature ont montré que les femmes victimes de violences conjugales présentent très souvent différents signes de souffrance psychique (dépression, risque suicidaire, anxiété, syndrome de stress post-traumatique, addictions,...) (54,56,58,75–77). Il est suggéré que les addictions (tabac, alcool, drogue, médicaments, alimentation,...) peuvent être utilisées comme anxiolytiques et antidépresseurs (notamment dans le cadre du syndrome de stress post-traumatique) (52) ; ces addictions sont également des facteurs de risque d'autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires,...).

La connaissance des troubles psychotraumatiques permet d'appréhender les mécanismes d'emprise subis par les victimes et l'intensité des difficultés psychiques auxquelles elles font face (78). Les violences conjugales confrontent les victimes à un état de stress majeur présentant un risque neurologique et cardio-vasculaire. Pour y échapper, une disjonction des émotions et de la mémoire se produit et fait apparaître deux phénomènes :

- une dissociation traumatique : La victime est déconnectée de la réalité et de ses émotions ; elle ne peut donc pas agir et est très vulnérable à l'emprise de son agresseur.
- une mémoire traumatique : Il s'agit d'une mémoire que la victime ne peut ni analyser ni contrôler, elle apparaît quand la dissociation a cessé, en l'absence de l'agresseur, sous la forme de reviviscences extrêmement violentes. Elle envahit l'espace psychique de la victime lorsqu'elle est a priori en sécurité. Pour éviter ces flash-backs, les victimes

mettent en place des stratégies d'évitement puis cherchent à reproduire la disjonction (addictions, conduites à risque, conduites suicidaires,...), ce qui les amènent à d'autant plus de culpabilité.

Le stress chronique est connu pour altérer les défenses immunitaires (79,80). Aussi, cela peut intervenir dans l'augmentation de fréquence de différentes infections, d'épisodes de fièvre, de néoplasies (du col de l'utérus)... que l'on retrouve chez les victimes de violences conjugales.

Il est aussi suggéré que le stress chronique crée une inflammation chronique ; cela influencerait la survenue de douleurs chroniques, d'atteintes cardio-vasculaires et/ou auto-immunes parmi les femmes IPV+ (52).

L'augmentation des problèmes gynéco-obstétricaux parmi les femmes victimes de violences conjugales doit évidemment être mise en lien avec les violences sexuelles (rapports forcés, refus de contraception et du préservatif, partenaire non monogame avec des conduites à risque,..) (55,56).

La grossesse est une période à risque d'aggravation ou d'initiation des violences conjugales: cet état fait naître chez l'auteur des violences une jalousie de la vie qui est dans le corps de la femme, de sa plénitude, de sa capacité à concevoir (81).

Il est intéressant de souligner que les victimes entraînent souvent des réactions de rejet (y compris de la part des professionnels de santé) et essaient de reproduire le scénario des violences dans leurs relations (81–83). Ce sont des patientes qui mettent en difficulté le soignant, voire qui l'énervent (60). L'association entre les violences conjugales et un nombre élevé de symptômes peut être analysée sous cet éclairage : une longue liste de symptômes complexifie la consultation pour le praticien.

## ***Forces et limites***

### *Critères d'inclusion*

Il s'agit d'une revue de la littérature originale ciblant le contexte des soins primaires ambulatoires.

La recherche bibliographique au travers des bases de données CENTRAL, MEDLINE et EMBASE a été très large (1180 articles) ; la sélection des articles mesurant les problèmes de santé des femmes victimes de violences conjugales a été faite manuellement car les moteurs de recherche étaient à l'origine d'exclusions excessives. Cela a permis de balayer de nombreux motifs de consultation en médecine générale.

Les études portant sur les symptômes des enfants de femmes IPV+ n'ont pas été retenues. Les conséquences des violences conjugales sur les enfants exposés sont majeures, notamment physiques, comportementales, psychiques, sur le développement psychomoteur,... (84). L'intrication des conséquences sur la femme et sur les enfants concerne cependant particulièrement le médecin de famille.

Notre recherche n'a porté que sur les femmes victimes de violences conjugales, bien que les hommes puissent aussi être victimes, situation particulièrement difficile à révéler (81).

### *Biais de sélection*

A des fins d'applicabilité à la pratique de la médecine générale en France, la revue de littérature a porté sur des études réalisées en soins primaires ambulatoires dans des pays de contexte socioéconomique comparable (Europe, Etats-Unis, Australie). Les publications nord-américaines incluant exclusivement des minorités ethniques peu présentes en France ont été exclues (latino

et afro-américaines) ; cependant lorsque la population recrutée était majoritairement issue de ces minorités ethniques sans toutefois avoir été sélectionnée sur ce critère, les articles ont été retenus. Le qualificatif de « soins primaires ambulatoires » peut recouvrir différents contextes de soins (comme par exemple la médecine de famille et la médecine interne générale aux Etats-Unis). Deux études (40,43) ayant eu lieu dans des centres de planification familiale ont été incluses mais la recherche bibliographique n'avait pas ciblé ce cadre de soins ; aussi la revue n'est pas exhaustive concernant cette pratique. Une partie de la population étudiée a été recrutée en gynécologie de ville dans 2 autres études (10,41). Deux études ont ajouté des femmes recrutées dans un foyer pour victimes de violences conjugales (6%) à leur échantillon de femmes consultant en médecine générale (MG) (45,46). Par ailleurs, les publications dont la population était issue de ces foyers avaient été exclues de la revue de littérature car l'objectif était d'examiner les problèmes de santé des femmes IPV+, consultant en MG, pas nécessairement identifiées comme victimes.

30 études (sur les 49 retenues) ont précisé un taux de participation supérieur ou égal à 70%.

12 articles ont exclu les femmes accompagnées par leur partenaire intime ; cela a pu sous-estimer les résultats.

L'étude cas-témoins d'Hegarty et al. 2012 (2) a considéré comme témoins les femmes ayant répondu positivement à la question « de sécurité » : « Have you ever been afraid of your partner or ex-partner ? » (« Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? »), mais indemnes de violences conjugales selon l'échelle CAS (Composite Abuse Scale) ; les résultats ont donc été sous-estimés car ces femmes témoins ont pu être considérées ailleurs comme IPV+. Pour notre revue, les résultats de cette étude ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque les résultats présentés pour les IPV sévères l'étaient.

### *Biais de mesure*

Les violences conjugales ont été mesurées différemment dans les 49 études retenues : les outils de mesure diffèrent (CAS, IAS, AAS, Question unique de sécurité, CTS, HARK, BRFSS, SVAWS,...), ainsi que la période de temps interrogée (dans les 3 mois, dans les 6 mois, dans l'année, dans toute la vie, pendant la grossesse...). Cela explique l'étendue et la grande hétérogénéité des chiffres de prévalence des IPV (allant de 5.5 à 66%). En comparant deux outils de mesure (WEB et ISA-P) des violences conjugales, Coker et al (20) a montré que l'association des IPV avec certains symptômes dépendait de l'outil utilisé pour mesurer les violences conjugales.

Dans certaines études, les violences conjugales ont été différenciées en fonction de leur intensité ; ces mesures sont précisées dans l'annexe 2. Dans d'autres publications, les IPV ont été classées en plusieurs catégories (physiques, psychiques, sexuelles). Dans notre revue, autant que possible, ce sont les résultats concernant l'ensemble des IPV qui sont présentés. Le cas échéant, la catégorie d'IPV mesurée est précisée.

Dans la plupart des articles, les problèmes de santé ont été mesurés sur déclaration des femmes interrogées (à noter que la dépression et l'anxiété ont en majorité été mesurées avec des échelles validées). Ce potentiel biais déclaratif est cependant intéressant car les critères de jugement étaient les plaintes directement exprimées par les femmes, ce qui est cliniquement pertinent en MG.

Dans un nombre restreint de publications, certains signes cliniques ont été mesurés uniquement en association avec d'autres (par exemple : douleurs du dos ou du cou). Pour notre revue, ces résultats concernant plusieurs symptômes à la fois n'ont pas été comptabilisés dans le texte (ils apparaissent dans les tableaux).

### *Puissance*

La puissance des études retenues est globalement satisfaisante. Seulement 5 études ont porté sur moins de 100 femmes et près de la moitié (24/49) ont inclus des échantillons de plus de 900 femmes.

### *Facteurs de confusion*

Différents éléments, notamment démographiques, peuvent interférer dans les relations entre les violences conjugales et les problèmes de santé. La grande majorité des études retenues a pris en compte ces facteurs de confusion (seules Selic et al. 2014 (14), Gandhi et al. 2010 (31) et Freund et al. 1996 (35) n'ont pas fait d'ajustement sur les facteurs de confusion). 10 articles ont présenté des résultats d'analyse multivariée.

### *Comparaison avec la littérature existante en population générale et dans d'autres contextes de soins*

L'association entre signes psychiques (dépression, risque suicidaire, anxiété, consommation de psychotropes, syndrome de stress post-traumatique, addictions,...) et violences conjugales retrouvée ici a été également démontrée à de nombreuses reprises en population générale et dans d'autres contextes de soins,...(54,56,58,75–77)

Les liens entre IPV et santé sexuelle (55) et IPV et grossesse (85–89) sont également bien établis. En France, C. Sarafis a montré que sur 100 femmes se présentant pour une IVG en planning familial, 23 étaient victimes de violences conjugales (90) ; 4.1 % (2.6-5.6%) des femmes ont subi des IPV dans l'année qui suit une naissance d'après Saurel-Cubizolles et al. (89). Dans le monde,

les revues de littérature de Coker et al. (55) et Sharps et al. (88) ont retrouvé respectivement : une association statistiquement significative entre IPV et IVG dans 6 études sur 8 (un OR à 2.6) et une prévalence des IPV pendant la grossesse entre 3 et 19%. Or, dans notre revue de littérature, la grossesse et les IVG n'apparaissent pas aussi fortement associées aux IPV. Cela peut s'expliquer par le recrutement exclusif en médecine générale et le faible nombre d'études mesurant la grossesse et les symptômes gynéco-obstétricaux. En effet, notre recherche n'a notamment pas été exhaustive dans des contextes de planification familiale pouvant pourtant s'intégrer dans le champ de la médecine générale.

L'association entre douleurs chroniques et IPV retrouvée ici est également bien connue (76). Dans notre revue, la diarrhée apparaît très fortement liée aux IPV dans les 2 études qui la mesurent. Drossman et al. a montré un lien statistiquement significatif entre colopathie fonctionnelle et violences sexuelles ou physiques chez des femmes consultant en gastro-entérologie (91).

A l'instar du rapport Henrion réalisé en France en 2001 (61), les publications retenues ici ne font pas état de la potentielle implication des IPV dans l'aggravation et/ou la décompensation de maladies chroniques. Le partenaire violent peut perturber le suivi et l'observance thérapeutique directement, mais aussi par la fatigue et la honte induites.

Un nombre élevé de symptômes rapportés et l'utilisation importante du système de soins ont également été décrits comme fréquents parmi les victimes de violences conjugales (76,92).

## CONCLUSION :

Cette revue de littérature comprend 49 études originales réalisées en soins primaires ambulatoires.

Les femmes victimes de violences conjugales se présentent plus souvent en médecine générale avec : un nombre élevé de symptômes, des infections gynécologiques ou IST, des signes dépressifs, des signes anxieux et une consommation de drogue.

D'autres symptômes sont également associés aux violences conjugales en médecine générale : risque suicidaire, alcoolisme et tabagisme, consommation de psychotropes, troubles psychosomatiques et troubles du sommeil, syndrome de stress post-traumatique, pertes vaginales, douleurs pelviennes, troubles sexuels, diarrhée, douleurs thoraciques, douleurs chroniques, céphalées et migraine, asthénie et anorexie...

Devant ces signes cliniques, après avoir éliminé les autres étiologies, il serait pertinent de questionner nos patientes sur d'éventuelles violences conjugales.

Identifier les violences conjugales permettrait de prendre en charge plus efficacement le ou les symptômes pour lesquels ces femmes consultent.

Le questionnement du médecin permet à la victime de parler, d'être écoutée, de retrouver de l'estime pour elle-même et de la confiance dans l'autre. La libération de cette parole permet au praticien de déculpabiliser sa patiente, de lui expliquer ses symptômes, leur lien avec les violences subies. Ce questionnement attentif, qui permet à la victime de se dévoiler, est le premier temps thérapeutique essentiel. Le soignant peut alors accompagner sa patiente pour comprendre l'emprise qu'elle subit et pour retrouver son autonomie. Il peut alors aussi prévenir la survenue d'autres conséquences sur la santé. (93)

Le médecin, informé de ces violences et formé à l'accompagnement des victimes, peut devenir un recours essentiel pour aider sa patiente.

En effet, les médecins qui réalisent le repérage des violences conjugales et accompagnent leurs patientes victimes améliorent notablement leur état de santé, leur prescrivent moins de médicaments, créent une meilleure relation médecin-patient permettant le soin,... (59,94,95)

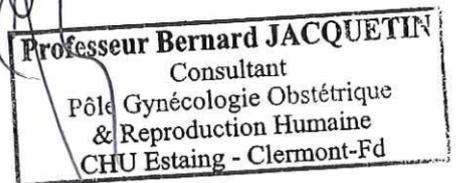
D'autres études sont à réaliser pour mettre en lumière l'intérêt du repérage des violences conjugales et pour expliciter l'implication des violences dans les pathologies médicales quotidiennes vues en médecine générale. Du fait de leur rôle reconnu comme important en premier recours (61), les médecins généralistes devraient être plus formés au questionnement sur les violences conjugales mais aussi à l'accompagnement à apporter à leurs patientes.

Clermont-Ferrand, le  
Le Doyen



Jean CHAZAL

Clermont-Ferrand, le 12/06/2017  
Le Président du Jury



**Professeur Bernard JACQUETIN**  
Consultant  
Pôle Gynécologie Obstétrique  
& Reproduction Humaine  
CHU Estaing - Clermont-Fd

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. Hegarty KL, O'Doherty LO, Astbury J, Gunn J. Identifying intimate partner violence when screening for health and lifestyle issues among women attending general practice. *Aust J Prim Health*. 2012;18(4):327-31.
2. Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J, et al. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *J Interpers Violence*. janv 2013;28(2):273-94.
3. Gilchrist G, Hegarty K, Chondros P, Herrman H, Gunn J. The association between intimate partner violence, alcohol and depression in family practice. *BMC Fam Pract*. 2010;11:72.
4. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):484-7.
5. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*. 2004;328(7440):621-624.
6. Prosman G-J, Jansen SJC, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Fam Pract*. 2011;28(3):267-71.
7. Loeffen MJW, Lo Fo Wong SH, Wester FPJF, Laurant MGH, Lagro-Janssen ALM. Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence? *Fam Pract*. 2016;33(4):354-9.
8. Prosman G-J, Lo Fo Wong SH, Bulte E, Lagro-Janssen ALM. Healthcare utilization by abused women: a case control study. *Eur J Gen Pract*. juin 2012;18(2):107-13.
9. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römken R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *Br J Gen Pract*. mai 2007;57(538):396-400.
10. Mark H, Bitzker K, Klapp BF, Rauchfuss M. Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. sept 2008;29(3):164-72.
11. Romito P, de Marchi M, Turan JM, Bottaretto RC, Tavi M. Identifying violence among women patients attending family practices: the role of research in community change. *J Community Appl Soc Psychol*. juillet 2004;14(4):250-65.
12. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med*. avril 2005;60(8):1717-27.
13. Karakula-Juchnowicz H, Lukasik P, Morylowska-Topolska J, Juchnowicz D, Krukow P, Flis M. Risk factors of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence in Poland. *Eur Psychiatry*. mars 2016;33, Supplement:S623.
14. Selic P, Svab I, Gucek NK. A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most. *BMC Public Health*. 2014;14:223.
15. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gend Based Med*. juin 2002;11(5):465-76.
16. Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. *J Womens Health Gend Based Med*. nov 2000;9(9):1015-23.

17. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*. mai 2000;9(5):451-7.
18. Coker AL, Smith PH, Fadden MK. Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *J Womens Health* 2002. nov 2005;14(9):829-38.
19. Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. juill 2004;18(4):260-9.
20. Coker AL, Pope BO, Smith PH, Sanderson M, Hussey JR. Assessment of clinical partner violence screening tools. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 2001;56(1):19-23.
21. Coker AL, Reeder CE, Fadden MK, Smith PH. Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. *Public Health Rep Wash DC* 1974. déc 2004;119(6):557-67.
22. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Gil-González D. Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence. *Ann Epidemiol*. déc 2011;21(12):907-13.
23. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. oct 2011;21(5):400-6.
24. Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, Talavera M. Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *J Women Aging*. 2013;25(4):358-71.
25. Martín-Baena D, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Fam Pract*. août 2015;32(4):381-6.
26. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D, et al. Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosom Med*. mai 2010;72(4):383-9.
27. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health*. oct 2007;17(5):437-43.
28. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med*. oct 2005;67(5):791-7.
29. Porcerelli JH, West PA, Binienda J, Cogan R. Physical and psychological symptoms in emotionally abused and non-abused women. *J Am Board Fam Med JABFM*. avr 2006;19(2):201-4.
30. Wu E, El-Bassel N, Witte SS, Gilbert L, Chang M. Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings. *AIDS Behav*. sept 2003;7(3):291-301.
31. Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen P-H. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *J Am Board Fam Med JABFM*. juin 2010;23(3):343-53.
32. Sansone RA, Reddington A, Sky K, Wiederman MW. Borderline personality symptomatology and history of domestic violence among women in an internal medicine setting. *Violence Vict*. 2007;22(1):120-6.
33. McNutt L-A, Carlson BE, Persaud M, Postmus J. Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Ann Epidemiol*. févr 2002;12(2):123-30.
34. Carlson BE, McNutt L-A, Choi DY. Childhood and adult abuse among women in primary health care: effects on mental health. *J Interpers Violence*. août 2003;18(8):924-41.
35. Freund KM, Bak SM, Blackhall L. Identifying domestic violence in primary care practice. *J Gen Intern Med*. janv 1996;11(1):44-6.

36. Saunders DG, Hamberger LK, Hovey M. Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center. *Arch Fam Med.* mai 1993;2(5):537-43.
37. Wagner PJ, Mongan P, Hamrick D, Hendrick LK. Experience of abuse in primary care patients. Racial and rural differences. *Arch Fam Med.* nov 1995;4(11):956-62.
38. Zink T, Fisher BS, Regan S, Pabst S. The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *J Gen Intern Med.* oct 2005;20(10):884-8.
39. Peralta RL, Fleming MF. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of « feeling safe at home » and prevalence results. *J Am Board Fam Pract.* déc 2003;16(6):525-32.
40. 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.
41. Bauer HM, Rodríguez MA, Pérez-Stable EJ. Prevalence and determinants of intimate partner abuse among public hospital primary care patients. *J Gen Intern Med.* nov 2000;15(11):811-7.
42. Chang EC, Kahle ER, Hirsch JK. Understanding how domestic abuse is associated with greater depressive symptoms in a community sample of female primary care patients: does loss of belongingness matter? *Violence Women.* juin 2015;21(6):700-11.
43. 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.
44. Wasson JH, Jette AM, Anderson J, Johnson DJ, Nelson EC, Kilo CM. Routine, single-item screening to identify abusive relationships in women. *J Fam Pract.* nov 2000;49(11):1017-22.
45. Davies R, Lehman E, Perry A, McCall-Hosenfeld JS. Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity. *Women Health.* juill 2016;56(5):561-75.
46. Perry A, McCall-Hosenfeld J, Lehman E, Beyers L. Association between time since intimate partner violence (IPV) exposure and illegal or prescription drug abuse in a clinical population. In: *Journal of womens health.* Mary Ann Liebert; 2014. p. 22–23.
47. Nicolaidis C, McFarland B, Curry M, Gerrity M. Differences in physical and mental health symptoms and mental health utilization associated with intimate-partner violence versus childhood abuse. *Psychosomatics.* août 2009;50(4):340-6.
48. Nicolaidis C, Curry M, McFarland B, Gerrity M. Violence, Mental Health, and Physical Symptoms in an Academic Internal Medicine Practice. *J Gen Intern Med.* août 2004;19(8):819-27.
49. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Intern Med.* 15 nov 1995;123(10):737-46.
50. Jaspard M, Saurel-Cubizolles M-J, ENVEFF. Violences envers les femmes et effets sur la santé : présentation de l’enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF). In: *Les facteurs sociaux et économique de la santé des femmes = Social and economic patterning of health among women.* Paris: CICRED; 2003. p. 224-66.
51. Guillam M, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(22-23):385-9.
52. Felitti VJ. Adverse Childhood Experiences and Adult Health. *Acad Pediatr.* mai 2009;9(3):131-2.
53. Felitti MD, Vincent J, Anda MD, Robert F, Nordenberg MD, Williamson MS, David F, Spitz MS, Alison M, Edwards BA, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* mai 1998;14(4):245-58.

54. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence*. juin 1999;14(2):99-132.
55. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. avr 2007;8(2):149-77.
56. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. avril 2002;359(9314):1331-6.
57. Campbell J, Jones A, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. mai 2002;162(10):1157-63.
59. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. 1 juin 1997;20(2):353-74.
59. Lazimi G, Piet E, Casalis M. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. *Cahiers de santé publique et de protection sociale*. sept 2011;9-18.
60. Lebas J, Morvant C, Chauvin P, Binet J-L, Tubiana M, Rethore M-O, et al. Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours. Discussion : Les violences familiales. *Bull Académie Natl Médecine*. 2002;186(6):949-61.
61. Henrion R, France. Ministère des affaires sociales. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris, France: la Documentation française; 2001. 81 p.
62. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*. 2 févr 2002;324(7332):271.
63. Barroso-Debel M, Lazimi G, Lazimi N, Soares A, Beco AD, Chastaing J, et al. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale. Une étude qualitative en Île-de-France. *Médecine*. 10 déc 2014;10(9):423-8.
64. Hegarty K, Fracgp null, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence Vict*. oct 2005;20(5):529-47.
65. Hegarty K, Valpied J. Composite abuse scale manual [Internet]. Melbourne: Department of General Practice, University of Melbourne; 2007 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/profile/Kelsey\\_Hegarty/publication/266041480\\_Composite\\_Abuse\\_Scale\\_Manual/links/555daf2c08ae8c0cab2ade11.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Kelsey_Hegarty/publication/266041480_Composite_Abuse_Scale_Manual/links/555daf2c08ae8c0cab2ade11.pdf)
66. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam*. 1979;75-88.
67. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*. 1996;17(3):283-316.
68. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) Questionnaires [Internet]. CDC. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/>
69. Sohal H, Eldridge S, Feder G. The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Fam Pract*. 2007;8:49.
70. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *J Womens Health* 2002. avr 2009;18(4):499-506.
71. Soeken KL, McFarlane J, Parker B, Lominack MC. The abuse assessment screen: a clinical instrument to measure frequency, severity, and perpetrator of abuse against women. *Sage Ser Violence Women*. 1998;10:195-203.

72. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 17 juin 1992;267(23):3176-8.
73. Kopcavac Gucek N, Svab I, Selic P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). *Croat Med J*. 15 déc 2011;52(6):728-34.
74. Marshall LL. Development of the severity of violence against women scales. *J Fam Violence*. 1992;7(2):103–121.
75. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. nov 2002;23(4):260-8.
76. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *J Interpers Violence*. nov 2004;19(11):1296-323.
77. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*. juin 2006;30(6):458-66.
78. Coutanceau R, Salmona M, Hirigoyen M-F. *Violences conjugales et famille*. Malakoff, France: Dunod, ; 2016.
79. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 1988;7(3):269-97.
80. Kiecolt-Glaser JK. Norman Cousins Memorial Lecture 1998. Stress, personal relationships, and immune function: health implications. *Brain Behav Immun*. mars 1999;13(1):61-72.
81. Daligand L. *Les violences conjugales*. Paris, France: Presses universitaires de France; 2016. 127 p.
82. Lazimi G. *Prise en charge des violences faites aux femmes*. Intervention orale présenté à: 8è congrès de la Médecine Générale; 2014; Paris.
83. Lopez G. *La victimologie*. 2e éd. Paris: Dalloz; 2014.
84. Lazimi G. Enfants exposés aux violences dans le couple. *Rev Prat Médecine Générale*. 2010;(851):852–853.
85. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol*. juillet 2006;195(1):140-8.
86. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. nov 2010;18(36):158-70.
87. Joudrier H. *Violences conjugales, grossesse et médecine générale: enquête au sein de l'association SOS Femmes 93* [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.
88. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse*. avr 2007;8(2):105-16.
89. Saurel-Cubizolles M-J, Blondel B, Lelong N, Romito P. Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex*. 1997;25(2):159-64.
90. Sarafis C, Piet E. *L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales* [Mémoire DU de victimologie.]. Université Paris 5; 2009.
91. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med*. 1 déc 1990;113(11):828-33.

92. Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse*. avr 2007;8(2):226-39.
93. Lazimi G. [The general practitioner's role in identifying and supporting female victims of violence]. *Rev Infirm*. nov 2014;205:25-7.
94. Lazimi G. Violences faites aux femmes. *Revue du Praticien Médecine générale*. 2005;19(706-707):1180.
95. Lazimi G. Permettre de parler. *Pratiques*. oct 2016;(75):36-8.
96. Hegarty K, Gunn J, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Feder G, et al. Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (weave). *BMC Public Health*. 2010;10:2.
97. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006;56(525):249–257.

## ANNEXES :

### *Annexe 1 : Equations de recherche sur les bases de données :*

- MEDLINE (via Pubmed)

("general practice"[MH] OR "general practice"[TW] OR "practice, general"[TW] OR "family doctor "[TW] OR "primary care practitioner "[TW] OR "primary care physician"[TW] OR "family medicine"[TW] OR "GP/FM"[TW] OR "general practitioner"[TW] OR "family practice"[MH] OR "family practice"[TW] OR "practices, family"[TW] OR "family practices"[TW] OR "practices, general"[TW] OR "general practices"[TW] OR "practice, family"[TW] OR "Family practice (qualifier value)"[TW] OR "general practitioners"[MH] OR "general practitioners"[TW] OR "practitioner, general"[TW] OR "practitioners, general"[TW] OR "practice physicians, general"[TW] OR "general practice physicians"[TW] OR "general practice physician"[TW] OR "physicians, general practice"[TW] OR "physician, general practice"[TW] OR "physicians, family"[MH] OR "physicians, family"[TW] OR "family physician"[TW] OR "physician, family"[TW] OR "family physicians"[TW] OR "physicians, primary care"[MH] OR "physicians, primary care"[TW] OR "primary care physicians"[TW] OR "physician, primary care"[TW] OR "primary health care"[MH] OR "primary health care"[TW] OR "healthcare, primary"[TW] OR "care, primary"[TW] OR "primary care"[TW] OR "primary healthcare"[TW] OR "care, primary health"[TW] OR "health care, primary"[TW] OR "primary care setting"[TW])

AND

("domestic violence"[MH] OR "domestic violence"[TW] OR "family violence"[TW] OR "violence, domestic"[TW] OR "violence, family"[TW] OR "Domestic violence (event)"[TW] OR "Domestic violence (finding)"[TW] OR "spouse abuse"[MH] OR "spouse abuse"[TW] OR "wife abuse"[TW] OR "partner abuse"[TW] OR "spousal abuse"[TW] OR "abuse, wife"[TW] OR "abuse, spousal"[TW] OR "abuse, spouse"[TW] OR "abuse, partner"[TW] OR "Intimate partner violence"[TW] OR "Intimate Partner Violence"[MH] OR "Violence, Intimate Partner"[TW] OR "Partner Abuse, Intimate"[TW] OR "Intimate Partner Abuse"[TW] OR "Abuse, Intimate Partner"[TW] OR "Partner Violence, Intimate"[TW] OR "Abuse of partner (event)"[TW] OR "Abuse of partner (finding)"[TW] OR "Abuse of partner"[TW] OR "Actual Negative Spousal Abuse"[TW] OR "battered women"[MH] OR "battered women"[TW] OR "women, battered"[TW] OR "women, abused"[TW] OR "woman, battered"[TW] OR "abused woman"[TW] OR "abused women"[TW] OR "woman, abused"[TW] OR "battered woman"[TW])

NOT

("Child Abuse"[MeSH Terms] OR "Elder Abuse"[MeSH Terms])

- CENTRAL (via The Cochrane Library)

("general practice" OR "practice, general" OR "family doctor " OR "primary care practitioner " OR "primary care physician" OR "family medicine" OR "GP/FM" OR "general practitioner" OR "family practice" OR "practices, family" OR "family practices" OR "practices, general" OR "general practices" OR "practice, family" OR "Family practice (qualifier value)" OR "general practitioners" OR "practitioner, general" OR "practitioners, general" OR "practice physicians, general" OR "general practice physicians" OR "general practice physician" OR "physicians, general practice" OR "physician, general practice" OR "physicians, family" OR "family physician" OR "physician, family" OR "family physicians" OR "physicians, primary care" OR "primary care physicians" OR "physician, primary care" OR "primary health care" OR "healthcare, primary" OR "care, primary" OR "primary care" OR "primary healthcare" OR "care, primary health" OR "health care, primary" OR "primary care setting")

AND

("domestic violence" OR "family violence" OR "violence, domestic" OR "violence, family" OR "Domestic violence (event)" OR "Domestic violence (finding)" OR "spouse abuse" OR "wife abuse" OR "partner abuse" OR "spousal abuse" OR "abuse, wife" OR "abuse, spousal" OR "abuse, spouse" OR "abuse, partner" OR "Intimate partner violence" OR "Violence, Intimate Partner" OR "Partner Abuse, Intimate" OR "Intimate Partner Abuse" OR "Abuse, Intimate Partner" OR "Partner Violence, Intimate" OR "Abuse of partner (event)" OR "Abuse of partner (finding)" OR "Abuse of partner" OR "Actual Negative Spousal Abuse" OR "battered women" OR "women, battered" OR "women, abused" OR "woman, battered" OR "abused woman" OR "abused women" OR "woman, abused" OR "battered woman")

NOT

"Child Abuse" OR "Elder Abuse"

- EMBASE :

('general practice'/exp OR 'general practitioner'/exp OR 'primary health care'/exp)

AND

('domestic violence'/exp OR 'partner violence'/exp OR 'battered woman'/exp)

NOT

('child abuse'/exp OR 'elder abuse'/exp)

## Annexe 2 : Tableaux descriptifs des études retenues

[1] « **Identifying intimate partner violence when screening for health and lifestyle issues among women attending general practice** », K. L. Hegarty, L. O. O’Doherty, J. Astbury, et J. Gunn

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Australie, Victoria	transversale ancillaire de WEAVE (96)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ explorer l'association entre les violences conjugales et les problèmes de santé ou habitudes de vie</li> <li>2/ explorer la propension des femmes interrogées à en parler et à chercher de l'aide auprès de leur médecin généraliste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 16 à 50 ans ayant consulté leur médecin généraliste (MG) dans les 12 derniers mois (55 MG sélectionnés)</li> <li>entre juin 2008 et mai 2010</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>des MG : travaillant moins de 4 fois par semaine, non-informatisés, plus de 30% de patients ne parlant pas anglais</li> <li>des femmes : par leur MG si difficultés à répondre à cause de problèmes de santé, de troubles cognitifs, de langue anglaise non parlée</li> </ul>

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire envoyé par la poste	Question unique : « have you ever been afraid of your partner or ex-partner » (« vous est-il déjà arrivé d’avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? »)	<ul style="list-style-type: none"> <li>55/1004 MG ont accepté de participer</li> <li>taux de participation des femmes 28,9%</li> <li>MG randomisés en fonction du lieu d'exercice</li> <li>biais d'inclusion : différences statistiquement significatives entre participantes et la population générale. Ajustement sur les facteurs de confusion</li> </ul>	5664 (et 55 MG)	12,9% dans l'année (A) et 27,1% dans leur vie (V)

### CRITERES PRINCIPAUX

Outil de mesure : Case-finding Assessment Tool questionnaire (CHAT)

- P (IPV+A/AnxiétéA): 26,4% OR 3,3 (IC 2,8-4,1)
- P (IPV+A/DépressionA): 33,6% OR 3,4 (IC 2,6-4,3)
- P (IPV+A/besoin de plus d'activité physiqueA): 16,1% OR 1,5 (IC 1,2-1,8)
- P (IPV+A/veut arrêter le tabacA): 21,6% OR 1,7 (IC 1,3-2,1)
- P (IPV+A/veut arrêter l'alcool): 24,9% OR 2,1 (IC 1,5-3)
- P (IPV+A/veut arrêter les droguesA): 25,1% OR 2 (IC 1,4-2,7)
- P (IPV+A/compulsion alimentaireA): 21,8% OR 2 (IC 1,6-2,4)
- P (IPV+A/état de santé perçu (Short Form-12) comme mauvais ou passable): 24% OR 1,9 (IC 1,6-2,4)

[2] « Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners », Hegarty K.L., O'Doherty L.J., Chondros P., Valpied J., Taft A.J., Astbury J., et al.

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Australie, Victoria	cas-témoins nichée dans une cohorte baseline de WEAVE (96)	<ul style="list-style-type: none"> <li>analyser les associations entre les différents types de violences conjugales (et leur sévérité) et l'état de santé, de bien-être, de sécurité, et l'utilisation des services de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 16 à 50 ans ayant consulté leur MG dans les 12 derniers mois (55 MG sélectionnés)</li> <li>entre juin 2008 et mai 2010</li> <li>femmes témoins : positives à la question « have you ever been afraid of your partner or ex-partner ? » (« vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? ») mais négatives sur CAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>des MG : travaillant moins de 4 fois par semaine, non-informatisés, plus de 30% de patients ne parlant pas anglais</li> <li>des femmes : par leur MG si difficultés à répondre à cause de problèmes de santé, de troubles cognitifs, de langue anglaise non parlée</li> </ul>

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS
questionnaire envoyé par la poste: si réponse positive à la question « have you ever been afraid of your partner or ex-partner », appelée par les enquêteurs, et envoi d'un questionnaire complet	Composite Abuse Scale (CAS) dans l'année <ul style="list-style-type: none"> <li>IPV sévère : 3/8 items questionnant sur des abus sexuels, des abus physiques sévères (subir des violences avec une arme à feu ou blanche, être frappée), et sur l'isolement physique consécutif à des abus psychologiques (être empêchée de recevoir des soins, être enfermée, ne pas disposer de son portefeuille, être empêchée de travailler à l'extérieur)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>55/1004 MG ont accepté de participer</li> <li>taux de participation 28,9% pour la réponse au questionnaire initial, et 37,2% ensuite</li> <li>MG randomisés en fonction du lieu d'exercice</li> <li>femmes témoins : positives à la question « have you ever been afraid of your partner or ex-partner ? » mais négatives sur CAS: donc témoins peuvent aussi être considérées comme IPV+, donc probable sous-évaluation des résultats</li> </ul>	272

CRITERES PRINCIPAUX

Outils de mesure : HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

- P (syndrome de stress post-traumatique/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 30,3% vs 52,9% OR 2.1 NS vs 50% OR 2 NS vs 77,9% OR 5.5 p<0.05
- P (anxiété (HADS)/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 36,4 % vs 42,9 % OR 1.2 NS vs 50,7% OR 1.6 NS vs 67,1% OR 3 p<0.05
- P (dépression (HADS)/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 15,2% vs 14,3% OR 0.8 NS vs 20,3% OR 1.2 NS vs 29,5% OR 1,9NS
- P (hypnotiques/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 10% vs 13,9% OR 1.3 NS vs 12,1% OR 1.2 NS vs 34,6% OR 4,2 p<0.05
- P (antalgiques/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 21,9% vs 23,4% OR 1.4 NS vs 20,9% OR 1.3 NS vs 50,6% OR 4,5 p<0.05
- P (antidépresseurs/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 33,3% vs 21,4% OR 0.5 NS vs 27,5% OR 0.7 NS vs 45,8% OR 1.3 NS
- P (tabac/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 27,3% vs 25,4% OR 0.8 NS vs 23,5% OR 0.7 NS vs 47,7% OR 2.1 NS
- P (alcool (AUDIT)/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 19,4% vs 20,9% OR 0.9 NS vs 19,4% OR 0.9 NS vs 24,4% OR 1.1 NS
- P (arrêt de travail >3j pour raisons physiques/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 25% vs 30,2% OR 1.1 NS vs 26,7% OR 1 NS vs 42,1% OR 2.2 NS
- P (arrêt de travail >3j pour raisons psychiques/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 8,3% vs 17% OR 1.8 NS vs 42,2% OR 7.2 SS vs 31,6% OR 5NS
- P (>5 consultations MG dans l'année/T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 45,5% vs 41,4% vs 51,4% vs 53,5% OR tous NS
- P (≥1 consultation aux urgences dans l'année /T vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA vs IPVsévereA): 21,2% vs 31% vs 25,7% vs 32,2% OR tous NS

[3] « **The association between intimate partner violence, alcohol and depression in family practice** », G. Gilchrist, K. Hegarty, P. Chondros, H. Herrman, et J. Gunn

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
<b>Australie, Victoria</b>	transversale baseline de DIAMOND (cohorte longitudinale de femmes avec des symptômes dépressifs recrutées en MG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>regarder si les symptômes dépressifs sont aussi fortement associés aux violences conjugales que la consommation excessive d'alcool</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>entre janvier et décembre 2005</li> <li>patients (hommes et femmes) ayant consulté leur MG dans l'année écoulée</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
<b>questionnaire envoyé par la poste</b>	Question unique : « have you ever been afraid of your partner or ex-partner » (« vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ou ex-partenaire ? »)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 43,1%</li> <li>30 MG randomisés</li> </ul>	4991 femmes	20,8% dans leur vie (V)

#### CRITERES PRINCIPAUX

- Score moyen (dépressionS/IPV+V vs IPV-): 16,19 vs 9,44 p<0.001 - 20-items Center for Epidemiological Studies Depression Scale CES-D, cut off ≥ 16
- abus d'alcool: pas d'association statistiquement significative

[4] « **Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study** », K. Hegarty, J. Gunn, P. Chondros, et A. Taft

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Australie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>explorer l'association entre des symptômes physiques et les violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 16 à 50 ans consultant leur MG pour elles ou un de leurs proches</li> <li>août à décembre 2000</li> </ul>	déficience mentale ou physique empêchant de remplir le questionnaire, incompréhension de l'anglais, accompagnées par leur partenaire intime, pas de relation intime dans les 12 derniers mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire proposé par enquêteur	CAS (dans l'année)	<ul style="list-style-type: none"> <li>MG randomisés : 10 de régions rurales et 20 de régions urbaines (taux de réponse 77%, plus de femmes, de travail partiel et de jeunes diplômés que sur la population générale des MG australiens)</li> <li>MG volontaires pour un programme pédagogique sur la santé des femmes</li> <li>taux de participation 74,9%</li> </ul>	942	17,3% A

#### CRITERES PRINCIPAUX

<ul style="list-style-type: none"> <li>P (dépressionS/IPV+A vs IPV-): 32,7% vs 9,6% OR 4,56 (IC 3,16-6,54) - Beck Depression Inventory (BDI) score <math>\geq 16</math> ou Edingburgh postnatale depression scale score <math>\geq 12</math></li> <li>P (pensées suicidaires/IPV+A vs IPV-): 5% vs 0,7% OR 7,94 (IC 2,58-24,4)</li> <li>Score moyen (santé physique perçue (Short-Form 36)/IPV+A vs IPV-): 49,2 vs 49,6 NS</li> <li>Score moyen (santé mentale perçue (Short-Form 36)/IPV+A vs IPV-): 36,4 vs 46 p&lt;0.05</li> <li>symptômes rapportés par les patientes dans le mois écoulé:               <ul style="list-style-type: none"> <li>P (<math>\geq 3</math> symptômes rapportés M (sauf dépression et anxiété)/IPV+A vs IPV-): 46,8% vs 35,3% OR 2,32 (IC 1,55-3,48)</li> <li>P (<math>\geq 6</math> symptômes rapportés M (sauf dépression et anxiété)/IPV+A vs IPV-): 22,8% vs 11,5% OR 3,48 (IC 2,21-5,47)</li> <li>P (dépressionM/IPV+A vs IPV-): 45,6% vs 18,8% OR 3,62 (IC 2,64-4,97)</li> <li>P (douleur thoraciqueM/IPV+A vs IPV-): 10,8% vs 3,5% OR 3,3 (IC 1,78-6,15), ressort en analyse multivariée</li> <li>P (anxiétéM/IPV+A vs IPV-): 36,1% vs 17,1% OR 2,74 (IC 1,88-3,98)</li> <li>P (fièvreM/IPV+A vs IPV-): 13,3% vs 5,9% OR 2,46 (IC 1,27-4,76)</li> <li>P (fractures, entorses, plaies sévères M/IPV+A vs IPV-): 4,4% vs 2,1% OR 2,18 NS</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P (asthénieM/IPV+A vs IPV-): 77,2% vs 63,8% OR 1,93 (IC 1,29-2,87), ressort en analyse multivariée</li> <li>P (céphalées chroniques M/IPV+A vs IPV-): 24,7% vs 14,7% OR 1,9 (IC 1,21-2,98)</li> <li>P (pertes vaginales M/IPV+A vs IPV-): 15,8% vs 9,3% OR 1,84 (IC 1,14-2,97)</li> <li>P (diarrhéeM/IPV+A vs IPV-): 20,3% vs 12,4% OR 1,8 (IC 1,18-2,74), ressort en analyse multivariée</li> <li>P (douleur abdominale chronique M/IPV+A vs IPV-): 11,4% vs 6,9% OR 1,73 (IC 1-3,01)</li> <li>P (problème à la gorge M/IPV+A vs IPV-): 24,7% vs 16% OR 1,72 (IC 1,17-2,51)</li> <li>P (congestion nasale ou éternuements M/IPV+A vs IPV-): 34,2% vs 23,3% OR 1,71 (IC 1,17-2,49)</li> <li>P (insomnieM/IPV+A vs IPV-): 52,5% vs 40,2% OR 1,65 (IC 1,15-2,36)</li> <li>P (problèmes de dos M/IPV+A vs IPV-): 34,8% vs 25,3% OR 1,58 (IC 1-2,5)</li> <li>P (vertigesM/IPV+A vs IPV-): 19,6% vs 13,6% OR 1,56 (IC 1,01-2,4)</li> <li>P (touxM/IPV+A vs IPV-): 28,5% vs 21,4% OR 1,46 NS</li> <li>P (éruptionM/IPV+A vs IPV-): 8,9% vs 6,6% OR 1,36 NS</li> <li>P (otalgieM/IPV+A vs IPV-): 7% vs 8% OR 0,87 NS</li> <li>P (HTA M/IPV+A vs IPV-): 3,2% vs 5,1% OR 0,6 NS</li> </ul>
---	--

[5] « Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey », K. Hegarty, J. Gunn, P. Chondros, et R. Small

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Australie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>explorer l'association entre la dépression et les différents types de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 16 à 50 ans consultant en MG pour elle ou un de leurs proches</li> <li>août à décembre 2000</li> </ul>	déficiência mentale ou physique empêchant de remplir le questionnaire, incompréhension de l'anglais, accompagnées par leur partenaire intime

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire proposé par enquêteur	CAS (dans l'année écoulée et dans leur vie) <ul style="list-style-type: none"> <li>IPV sévère : 3/8 items questionnant sur des abus sexuels, des abus physiques sévères (subir des violences avec une arme à feu ou blanche, être frappée), et sur l'isolement physique consécutif à des abus psychologiques (être empêchée de recevoir des soins, être enfermée, ne pas disposer de son portefeuille, être empêchée de travailler à l'extérieur)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MG randomisés: 10 de régions rurales et 20 de régions urbaines (taux de réponse 77%, plus de femmes, de travail partiel et de jeunes diplômés que sur la population générale des MG australiens)</li> <li>MG volontaires pour un programme pédagogique sur la santé des femmes</li> <li>taux de participation 96,3%</li> </ul>	1210	37,3% V

**CRITERES PRINCIPAUX**

- Outil de mesure : Beck Depression Inventory (BDI) score  $\geq 16$  ou Edingburgh postnatale depression scale score  $\geq 12$
- P (IPV+V/dépressives vs non-dépressivesS): 65% vs 31,6% OR 4 (IC 3-5,5)
  - P (IPVsévèreA/dépressives vs non-dépressivesS): 24,6% vs 5,4% OR 8 (IC 4,8-13)

[6] « **Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression** », G.-J. Prosman, S. J. C. Jansen, S. H. Lo Fo Wong, et A. L. M. Lagro-Janssen

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
<b>Pays-Bas, Rotterdam</b>	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la prévalence des violences conjugales (chez les migrantes et les autochtones) et si les violences conjugales sont associées à la dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>mars 2009</li> <li>MG volontaires pour un programme pédagogique sur les violences conjugales</li> </ul>	jamais de relation intime, accompagnées par leur partenaire, ne lisant ni le néerlandais ni l'anglais ni l'arabe ni le turc et ne parlant ni le néerlandais ni l'anglais	
INTERVENTION		MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par l'enquêteur ou le médecin		CAS ≥ 7 (dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 63%</li> <li>multicentrique: 15 MG</li> </ul>	214	30,4% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<p>Outil de mesure : BDI-IA &gt; 18</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>P (dépression/IPV+V vs IPV-): 50,8% vs 6,1% p 0,000</li> <li>P (IPV+V/dépressives): 78,6% des femmes dépressives sont IPV+ p 0.000</li> </ul>					

[7] « **Are gynaecological and pregnancy-associated conditions in family practice indicators of intimate partner violence?** », M. J.

W. Loeffen, S. H. Lo Fo Wong, F. P. J. F. Wester, M. G. H. Laurant, et A. L. M. Lagro-Janssen

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Pays-Bas, Est	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la prévalence des violences conjugales ; voir si la prévalence des problèmes gynéco-obstétricaux diffère entre les femmes victimes et non-victimes et si cette différence peut servir d'indicateur de risque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>janvier à juin 2012</li> <li>12 MG participant à l'étude MeMoSA à Nijmegen (étude interventionnelle avec des mères marraines (« mentor-mothers »)) en zones urbaine et rurale</li> </ul>	accompagnées par leur partenaire intime, jamais de relation intime

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
appel du secrétariat médical du MG pour demander aux femmes d'arriver 15 minutes avant leur rendez-vous, questionnaire proposé par un enquêteur.	CAS ≥ 7 (dans l'année)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 80%</li> <li>multicentrique</li> </ul>	245	8,7% A pour les femmes en couple A 17,6% V pour les femmes célibataires A

**CRITERES PRINCIPAUX**

- P (IST/IPV+V vs IPV-): 27% vs 7% OR 4,6 (IC 1,7-12,5)
- P (douleurs pelviennes ≥1 fois par mois/IPV+V vs IPV-): 35% vs 25% OR 1,6 NS
- P (pertes vaginales ≥1 fois par mois/IPV+V vs IPV-): 19% vs 24% OR 0,8 NS
- P (prurit ou douleur vaginale ≥1 fois par mois/IPV+V vs IPV-): 8% vs 11% OR 0,7 NS
- P (incontinence urinaire/IPV+V vs IPV-): 20% vs 17% OR 1,2 NS
- P (problèmes sexuels ≥1 fois par mois/IPV+V vs IPV-): 23% vs 8% OR 3,3 (IC 1,2-9,3)
- P (troubles menstruels/IPV+V vs IPV-): 33% vs 12% OR 3,7 (IC 1,2-11,2)
- P (fausse-couches/IPV+V vs IPV-): 56% vs 34% OR 2,5 (IC 1,1-5,8)
- P (accouchement prématuré <37 SA/IPV+V vs IPV-): 17% vs 13% OR 1,4 NS
- P (petit poids de naissance <2500g/IPV+V vs IPV-): 21% vs 11% OR 2,1 NS
- P (IVG/IPV+V vs IPV-): 28% vs 12% OR 2,7 (IC 1,028-7,3)

[8] « Healthcare utilization by abused women: a case control study », G.-J. Prosman, S. H. Lo Fo Wong, E. Bulte, et A. L. M. Lagro-Janssen

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Pays-Bas, Rotterdam	cas-témoins à partir d'une étude interventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>comparer l'utilisation du système de soins par les victimes et les non-victimes de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>mars 2009</li> <li>femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>MG volontaires pour suivre un programme pédagogique sur la détection des violences conjugales, exerçant dans un quartier défavorisé</li> <li>cas : CAS positif</li> <li>témoins appareillées sur MG, âge, nombre d'enfants, pays d'origine, niveau d'éducation</li> </ul>	jamais de relation intime, inscrites pendant moins de 1 an chez le MG entre mars 2004 et mars 2009

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS
questionnaire et étude de dossiers	CAS ≥ 7 (dans l'année)	<ul style="list-style-type: none"> <li>bon appareillage des témoins sur les caractéristiques sociodémographiques</li> <li>étude des dossiers par 2 enquêteurs indépendants, si doute: discussion dans le groupe de recherche</li> <li>taux de participation au questionnaire 63%</li> </ul>	50 cas et 50 témoins

#### CRITERES PRINCIPAUX

- nombre moyen (consultation par an/IPV+A vs T): 6,7 vs 4,7 p 0,02
- P (motifs de consultation non spécifiques/IPV+A vs T): 92% vs 86% OR 1,8 NS
- P (motifs de consultation neurologiques/IPV+A vs T): 44% vs 38% OR 1,3 NS
- P (motifs de consultation musculosquelettiques/IPV+A vs T): 64% vs 70% OR 0,8 NS
- P (motifs de consultation traumatiques/IPV+A vs T): 30% vs 22% OR 1,5 NS
- P (motifs de consultation procréation/IPV+A vs T): 56% vs 30% OR 3 (IC 0,3-6,8)
- P (motifs de consultation santé mentale/IPV+A vs T): 44% vs 30% OR 1,8 NS
- P (motifs de consultation abus de substances/IPV+A vs T): 16% vs 4% OR 4,6 (IC 0,9-22,7)
- P (motifs de consultation problèmes sociaux/IPV+A vs T): 36% vs 14% OR 3,5 (IC 1,2-10,5)
- P (prescription d'anxiolytiques/IPV+A vs T): 36% vs 30% OR 1,3 (IC 0,6-3)
- P (prescription d'antalgiques/IPV+A vs T): 66% vs 64% OR 1,1 (IC 0,5-2,5)
- P (prescription de médicaments à visée digestive/IPV+A vs T): 38% vs 42% OR 0,9 (IC 0,4-1,9)
- P (prescription d'antidépresseurs/IPV+A vs T): 36% vs 12% OR 4,1 (IC 1,5-11,6)

[9] « **Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice** »,

S. Lo Fo Wong, F. Wester, S. Mol, R. Römken, et T. Lagro-Janssen

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
<b>Pays-Bas, Rotterdam</b>	cas témoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>analyser comment les femmes victimes de violences conjugales diffèrent des non-victimes en terme d'utilisation du système de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cas : femmes IPV+ révélées lors d'une étude précédente (97) qui étudiait l'impact de la formation des MG sur la détection des IPV ; les MG concernés ont été recontactés en 2004: 32 sur 41 ont répondu, pour fournir le dossier médical anonyme des cas de janvier à juillet 2004.</li> <li>Témoins : 2è étude nationale néerlandaise en MG de 2001 = étude prospective avec 210071 patientes, grosse représentativité</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS
<b>Etude de dossiers et étude transversale nationale</b>	IPV dévoilée par la patiente ou diagnostiquée par le médecin qui a reçu soit aucune, soit une petite soit une formation intensive sur les violences conjugales	<ul style="list-style-type: none"> <li>32 MG sur 41 ont répondu en 2004, 92 dossiers sur 118 ont été obtenus</li> <li>violence conjugale diagnostiquée par le médecin (éventuellement suite à une formation), donc il s'agit de cas connus du MG</li> </ul>	92 cas, 21000 témoins

**CRITERES PRINCIPAUX**

- nombre moyen (consultation par an/IPV+V vs T): 7,47 vs 4,2 p<0,001
- nombre moyen (prescription d'antalgiques par an chez les moins de 45 ans/IPV+V vs T): 2,01 vs 0,3 p<0,001
- nombre moyen (prescription d'antalgiques par an chez les plus de 45 ans /IPV+V vs T): 2,04 vs 0,6 p 0,021
- nombre moyen (prescription d'anxiolytiques et antidépresseurs par an chez les moins de 45 ans/IPV+V vs T): 2,1 vs 0,7 p 0,058
- nombre moyen (prescription d'anxiolytiques et antidépresseurs par an chez les plus de 45 ans/IPV+V vs T): 3,5 vs 1,8 p 0,1

[10] « **Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence** », H. Mark, K. Bitzker, B. F. Klapp, et M. Rauchfuss

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Allemagne, Berlin	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la prévalence des violences conjugales et les symptômes qui y sont associés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 6 cabinets de gynécologie et 7 cabinets de MG</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire (pas plus de précisions)	Conflict Tactic Scale (CTS) modifié (dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>recrutement aussi dans des cabinets de gynécologie de ville (le taux de participation diffère: 37,6% en gynécologie vs 26,6% en MG, pas d'autre comparaison des 2 groupes)</li> <li>taux de participation 37,6%</li> <li>intervention non précisée</li> </ul>	730	28,3% V

CRITERES PRINCIPAUX
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (IPV+V/dysménorrhées fréquentes): 29,9% NS</li> <li>P (IPV+V/irrégularités menstruelles fréquentes): 35,9% p &lt;0,01</li> <li>P (IPV+V/infections urinaires fréquentes): 45,5% p&lt;0,001</li> <li>P (IPV+V/douleurs pelviennes fréquentes): 40,4% p&lt; 0,001</li> <li>P (IPV+V/infections vaginales fréquentes): 32,5% p&lt;0,001</li> <li>P (IPV+V/salpingites fréquentes): 53,3% p&lt;0,01</li> </ul>

[11] « **Identifying violence among women patients attending family practices: the role of research in community change** », P.

Romito, M. de Marchi, J. M. Turan, R. C. Bottaretto, et M. Tavi

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
Italie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>estimer la prévalence des violences conjugales et la faisabilité d'un questionnement systématique sur les violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toutes les femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>d'avril à juillet 2001</li> </ul>	trop malades, confusion, ne parlant pas italien	
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE		NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré sur place proposé par un enquêteur	Questionnaire pré-testé (IPV phy, psy, sex, économique, type d'agresseur et fréquence) (dans l'année et dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>multicentrique mais restriction à une zone géographique précise: tous les MG d'une petite ville d'Italie (Ponte nelle Alpi, Italie du Nord).</li> <li>Taux de participation 78,6%</li> </ul>		426	9,2% A 9,6% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (IPV+A/enceinte ou plus jeune enfant &lt;3 ans): 19,2% OR 2,51 (0,89-7,09)</li> </ul>					

[12] « The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health », P. Romito, J. Molzan Turan, et M. De Marchi

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Italie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>analyser la relation entre les violences interpersonnelles et 3 indicateurs de santé des femmes (détresse psychologique, perception de sa santé, consommation de psychotropes), en contrôlant des caractéristiques sociodémographiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toutes les femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>d'avril à juillet 2001</li> </ul>	trop malades, confusion, ne parlant pas italien
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré sur place proposé par enquêteur	Questionnaire pré-testé (IPV phy, psy, sex, économique, type d'agresseur et fréquence) (dans l'année et dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>multicentrique mais restriction à une zone géographique précise: tous les MG d'une petite ville d'Italie (Ponte nelle Alpi, Italie du Nord).</li> <li>Taux de participation 78,6%</li> </ul>	426	9,2% A 9,6% V
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (état de santé perçu (assez mauvais et mauvais) M/IPV+A vs IPV-): 30,8% vs 11,1% OR 6,18 (IC 2,59-14,76)</li> <li>P (détresse psychologique M/IPV+A vs IPV-): 44,4% vs 11,5% OR 5,98 (IC 2,7-13,24) - (12-item General Health Questionnaire: GHQ &gt;5)</li> <li>P (consommation de médicaments psychotropes (anxiolytiques, somnifères, antidépresseurs) M/IPV+A vs IPV-): 44,7% vs 22,9% OR 3,9 (IC 1,83-8,28)</li> </ul>				

[13] « Risk factors of anxiety and depressive symptoms in female patients experiencing intimate partner violence in Poland »,

H. Karakula-Juchnowicz, P. Lukasik, J. Morylowska-Topolska, D. Juchnowicz, P. Krukow, et M. Flis

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Pologne, Lublin	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• identifier les facteurs associés à l'anxiété et à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>• dans 6 centres de soins primaires</li> <li>• publié en 2017</li> </ul>	trop malades

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré rempli sur place ou à domicile	Questionnaire avec plusieurs items sur les types d'IPV (dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taux de participation 57%</li> <li>• sélection randomisée des centres de soins primaires</li> <li>• multicentrique</li> <li>• pas de résultats comparatifs : anxiété et dépression mesurées uniquement chez les IPV+</li> </ul>	200	51% V

**CRITERES PRINCIPAUX**

Outil de mesure : HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

- P (anxiété/IPV+V): 68%
- P (dépression/IPV+V): 56%

[14] « A cross-sectional study identifying the pattern of factors related to psychological intimate partner violence exposure in Slovenian family practice attendees: what hurt them the most », P. Selic, I. Svab, et N. K. Gucek

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Slovénie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>explorer les différences entre les victimes de <u>violences conjugales psychologiques</u> et les non-victimes, identifier les conséquences sur la santé de cette exposition et regarder s'il existe des différences en fonction du sexe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hommes et femmes de plus de 18 ans consultant leur MG</li> <li>en mars 2013</li> <li>MG ayant fait une formation sur les violences conjugales</li> </ul>	démence ou trouble cognitif, pas de relation intime dans les 5 dernières années, victimes de violences conjugales psychologiques dans leur vie mais pas dans l'année écoulée, victimes de violences conjugales autres que psychologiques

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien semi-structuré par le MG 15j après proposition du MG lors d'une consultation et étude de dossiers par le MG de mars 2012 à mars 2013	forme courte du "A Domestic Violence Exposure Questionnaire" et questions additionnelles pour identifier les violences psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>64 MG participant à une formation sur les violences conjugales</li> <li>randomisation des patients</li> <li>multicentrique</li> <li>taux de participation 93,5%</li> <li><u>exclusion si victimes d'IPVpsy dans leur vie mais pas dans l'année écoulée et si victimes d'IPV autres que psychologiques</u></li> <li>OR non ajustés, en analyse multi-variée : aucun des symptômes n'est statistiquement significatif</li> </ul>	288 femmes (470 hommes et femmes)	15,9% <u>IPVpsy uniquement A</u>

**CRITERES PRINCIPAUX**

- P (≥3 arrêts de travail A/IPVpsyA vs IPV-): 8.7% vs 12,4% NS
- P (≥46j d'arrêt de travail A/IPVpsyA vs IPV-): 8.7% vs 9,5% NS
- P (≥1 hospitalisation A/IPVpsyA vs IPV-): 13% vs 5,4% NS
- P (≥16 consultation MG A/IPVpsyA vs IPV-): 8.7% vs 11,6% NS
- P (≥5 orientation vers un spécialiste A/IPVpsyA vs IPV-): 10.9% vs 8,7% NS
- P (trouble personnalité A/IPVpsyA vs IPV-): 10.9% vs 5,4% OR 2,15 NS
- P (inflammation musculaire A/IPVpsyA vs IPV-): 60.9% vs 41,7% OR 2,17 (IC 1,14-4,14)
- P (troubles gynécologiques A/IPVpsyA vs IPV-): 73.9% vs 56,6% OR 2,17 (IC 1,07-4,4)
- P (complications pendant la grossesse ou fausse-couche A/IPVpsyA vs IPV-): 28.3% vs 22,7% OR 1,34 NS
- P (dépression ou trouble anxieux généralisé A/IPVpsyA vs IPV-): 91.3% vs 66,1% OR 5,38 (IC 1,87-15,53)
- P (trouble du sommeil ou trouble alimentaire A/IPVpsyA vs IPV-): 52.2% vs 38,4% OR 1,75 NS
- P (phobies et attaques de panique A/IPVpsyA vs IPV-): 56.5% vs 34,7% OR 2,45 (IC 1,29-4,64)
- P (faible estime de soi A/IPVpsyA vs IPV-): 71.7% vs 41,3% OR 3,61 (IC 1,81-7,19)
- P (syndrome de stress post-traumatique A/IPVpsyA vs IPV-): 58.7% vs 35,1% OR 2,63 (IC 1,38-5)
- P (trouble psychosomatique A/IPVpsyA vs IPV-): 91.3% vs 71,9% OR 4,10 (IC 1,42-11,88)

[15] « **Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health** », A. L. Coker, P. H. Smith, M. P. Thompson, R. E. McKeown, L. Bethea, et K. E. Davis

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Columbia, Caroline du Sud	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>faire le lien entre différents types d'IPV (physique, sexuelle, psychologique, émotionnelle) et l'état de santé mentale des femmes</li> <li>explorer le rôle des liens sociaux pour agir sur l'état de santé mentale des femmes victimes d'IPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretiens sur place et téléphonique par enquêteurs	IPV (dans leur vie) : <ul style="list-style-type: none"> <li>physique et sexuelle : version modifiée de « the Index of Spouse Abuse-Physical » (ISA-P) et version modifiée de « the Abuse Assessment Screen » (AAS)</li> <li>psychologique : Women's Experience with Battering Scale (WEB)(cut off à 20), et AAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>2 centres</li> </ul>	1152	53,9% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (mauvais état de santé mentale perçu/IPV+V vs IPV-): 22,4% vs 8,6% - RR IPVsex/phy/psy : 2,7 (IC 2-3,8)/1,9 (IC 1,3-2,9)/1,7 (IC 1-2,7)
- P (mauvais état de santé physique perçu/IPV+V vs IPV-): 28% vs 17,3% - RR IPVsex/phy/psy : 1,5 (IC 1,2-1,9)/1,3 (IC 1-1,6)/1,6 (IC 1,3-2,3)
- P (tabagisme actuel/IPV+V vs IPV-): 33,3% vs 20,1% - RR IPVsex/phy/psy : 1,4 (IC 1,1-1,8)/1,5 (IC 1,1-1,9)/1,5 (IC 0,9-2,1)
- P (alcoolisme/IPV+V vs IPV-): 9,3% vs 4,9% - RR IPVsex/phy/psy : 2,2 (IC 1,2-3,7)/2 (IC 1,1-3,6)/1,4 (IC 0,6-3,3) - Drug Abuse Screening Test: DAST
- P (consommation de drogues/IPV+V vs IPV-): 7,6% vs 1,3% - RR IPVsex/phy/psy : 5,6 (IC 2,9-12,5)/2,3 (IC 1-5,5)/0,7 (IC 0,1-4,3)
- P (stress post-traumatique/IPV+V vs IPV-): 16,4% vs donnée non-calculable - RR IPVsex/phy/psy : 2,5 (IC 1,4-4)/1,7 (IC 1-2,8)/1,3 (IC 0,5-3,3) - critères DSM IV >30
- P (anxiété/IPV+V vs IPV-): 16,3% vs 3,2% - RR IPVsex/phy/psy : 4,5 (IC 2,9-7,7)/2,8 (IC 1,6-5)/2,8 (IC 1,5-5,6) - Spielberger State-Trait Personality Inventory >26
- P (dépression 2S/IPV+V vs IPV-): 34% vs 14,9% - RR IPVsex/phy/psy : 2,5 (IC 2-3,3)/1,8 (IC 1,3-2,4)/2 (IC 1,4-2,8) - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale CES-D
- P (pensées suicidaires V/IPV+V vs IPV-): 36,8% vs 13% - RR IPVsex/phy/psy : 3,3 (IC 2,5-4,5)/2,5 (IC 1,9-3,3)/1,9 (IC 1,3-2,8)
- P (tentative de suicide V/IPV+V vs IPV-): 18,6% vs 4% - RR IPVsex/phy/psy : 4,8 (IC 3-7,7)/3,6 (IC 2,2-5,9)/2,1 (IC 1,1-4,2)

[16] « Intimate partner violence and cervical neoplasia », A. L. Coker, M. Sanderson, M. K. Fadden, et L. Pirisi

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Columbia, Caroline du Sud	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer l'association entre IPV (selon type, durée, et fréquence) et néoplasie du col de l'utérus</li> <li>explorer les facteurs pouvant intervenir dans cette association</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien sur place et téléphonique par enquêteurs et vérification sur dossiers (pas d'accès à la cytologie)	IPV (dans leur vie) : <ul style="list-style-type: none"> <li>physique et sexuelle : version modifiée de « the Index of Spouse Abuse-Physical » (ISA-P) et version modifiée de « the Abuse Assessment Screen » (AAS), précision de la fréquence et de la durée</li> <li>psychologique : Women's Experience with Battering Scale (WEB)(cut off à 20), et AAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 75%</li> <li>2 centres</li> <li>biais de mesure: pas d'accès à la cytologie (déclaratif et vérification sur dossiers)</li> <li>RR ajustés sur facteurs de risque de pathologies malignes du col de l'utérus.</li> </ul>	1152	53,7% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

Outils de mesure : femmes interrogées sur notion de cancer, de traitements, de résultats de frottis anormaux et vérification dans le dossier (mais pas d'accès à la cytologie)

- P (IPV+V/femmes indemnes de pathologies du col): 50,8%
- P (IPV+V/dysplasie du col de l'utérus): 66,4% RR 1,6 (IC 1,18-2,15)
- P (IPV+V/Cancer du col de l'utérus): 85,7% RR 4,47 (IC 1,07-19,07), si IPV phy+sex RR 7,18 (IC 1,51-31,54), effet dose-réponse: augmentation du risque de cancer cervical avec augmentation de la durée des IPV, augmentation du score de durée-fréquence IPV physique et sexuelle, augmentation des blessures liées aux IPV

[17] « Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence », A. L. Coker, P. H. Smith, L. Bethea, M. R. King, et R. E. McKeown

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Columbia, Caroline du Sud	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>décrire les effets sur la santé des violences conjugales selon leur type (y compris les violences psychologiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien sur place et téléphonique par enquêteurs	IPV (dans leur vie) : <ul style="list-style-type: none"> <li>physique et sexuelle : version modifiée de « the Index of Spouse Abuse-Physical » (ISA-P) et version modifiée de « the Abuse Assessment Screen » (AAS), précision de la fréquence et de la durée</li> <li>psychologique : Women's Experience with Battering Scale (WEB)(cut off à 20), et AAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>2 centres</li> </ul>	1152	53,6% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (mauvais état de santé mentale perçu/IPV+V vs IPV-): 28,1% vs 16,8% - RR IPVphy/IPVpsy 1,36 (IC 1,03-1,77)/1,69 (IC 1,2-2,29)
  - P (mauvais état de santé physique perçu/IPV+V vs IPV-): 22,7% vs 8,5 % - RR IPVphy/IPVpsy 2,28 (IC 1,63-3,12)/1,74 (IC 1,07-2,73)
  - P (>1 hospitalisation A/IPV+V vs IPV-): 19,5% vs 15% - RR IPVphy/IPVpsy 1,06 (IC 0,77-1,44)/1,2 (IC 0,79-1,76)
  - P (>5 consultations médicales A/IPV+V vs IPV-): 48% vs 37,6% - RR IPVphy/IPVpsy 1,18 (IC 1,01-1,37)/1,17 (IC 0,93-1,42)
- Outil de mesure : version modifiée du National Health Interview Survey:
- P (maladie empêchant de travailler V/IPV+V vs IPV-): 27,7% vs 15,5% - RR IPVphy/IPVpsy 1,56 (IC 1,15-2,07)/1,49 (IC 1,06-2,14)
  - P (cervicalgies ou lombalgies chroniques V/IPV+V vs IPV-): 38% vs 22,2% - RR IPVphy/IPVpsy 1,49 (IC 1,2-1,81)/1,91 (IC 1,49-2,36)
  - P (arthrite V/IPV+V vs IPV-): 31,4% vs 20,3% - RR IPVphy/IPVpsy 1,54 (IC 1,16-1,89)/1,67 (IC 1,2-2,22)
  - P (convulsions V/IPV+V vs IPV-): 4,3% vs 2,6% - RR IPVphy/IPVpsy 1,11 (IC 0,52-2,41)/0,68 (IC 0,18-2,41)
  - P (migraine V/IPV+V vs IPV-): 37,1% vs 23,8% - RR IPVphy/IPVpsy 1,4 (IC 1,14-1,69)/1,54 (IC 1,18-1,93)
  - P (autres céphalées fréquentes V/IPV+V vs IPV-): 29,2% vs 22,2% - RR IPVphy/IPVpsy 1,16 (IC 0,91-1,46)/1,41 (IC 1,05-1,82)
  - P (apparition bégaiement V/IPV+V vs IPV-): 6,6% vs 2,2% - RR IPVphy/IPVpsy 2,81 (IC 1,38-5,53)/2,31 (IC 0,89-5,72)
  - P (problème de vue malgré lunettes V/IPV+V vs IPV-): 14,4% vs 8,5% - RR IPVphy/IPVpsy 1,58 (IC 1,06-2,29)/1,61 (IC 0,96-2,61)
  - P (baisse d'audition V/IPV+V vs IPV-): 9,2% vs 4,8% - RR IPVphy/IPVpsy 2,04 (IC 1,24-3,28)/1,25 (IC 0,58-2,6)
  - P (HTA V/IPV+V vs IPV-): 32% vs 28,1% - RR IPVphy/IPVpsy 1,03 (IC 0,81-1,28)/1,15 (IC 0,84-1,52)
  - P (angor V/IPV+V vs IPV-): 9,2% vs 4,6% - RR IPVphy/IPVpsy 2,04 (IC 1,15-3,5)/0,76 (IC 0,24-2,14)
  - P (autres troubles cardiaques ou circulatoires V/IPV+V vs IPV-): 13,3% vs 8,5% - RR IPVphy/IPVpsy 1,47 (IC 1,01-2,18)/1,22 (IC 0,69-2,09)
  - P (diabète V/IPV+V vs IPV-): 11,4% vs 11,8% - RR IPVphy/IPVpsy 0,86 (IC 0,56-1,26)/1,02 (IC 0,58-1,71)
  - P (cystite ou pyélonéphrite V/IPV+V vs IPV-): 17,6% vs 9,4% - RR IPVphy/IPVpsy 1,73 (IC 1,21-2,4)/1,21 (IC 0,71-1,98)
  - P (infection urinaire autre V/IPV+V vs IPV-): 11,6% vs 8% - RR IPVphy/IPVpsy 1,37 (IC 0,92-2,02)/1 (IC 0,53-1,78)

- 
- P (IST V/IPV+V vs IPV-): 30,3% vs 10,4% - RR IPVphy/IPVpsy 3,13 (IC 2,42-3,94)/1,82 (IC 1,19-2,68)
  - P (hystérectomie V/IPV+V vs IPV-): 25,1% vs 18,3% - RR IPVphy/IPVpsy 1,63 (IC 1,22-2,11)/1,1 (IC 0,69-1,66)
  - P (infertilité V/IPV+V vs IPV-): 11,6% vs 11,7% - RR IPVphy/IPVpsy 0,85 (IC 0,56-1,26)/1,11 (IC 0,66-1,8)
  - P (douleurs pelviennes chroniques V/IPV+V vs IPV-): 17,3% vs 9,4% - RR IPVphy/IPVpsy 1,51 (IC 1,05-2,1)/1,62 (IC 1,03-2,48)
  - P (ulcère gastrique V/IPV+V vs IPV-): 15,5% vs 7,6% - RR IPVphy/IPVpsy 2,03 (IC 1,37-2,93)/1,72 (IC 1,01-2,84)
  - P (reflux gastrique V/IPV+V vs IPV-): 33,4% vs 23,3% - RR IPVphy/IPVpsy 1,37 (IC 1,1-1,68)/1,22 (IC 0,88-1,61)
  - P (côlon irritable V/IPV+V vs IPV-): 7,1% vs 2,6% - RR IPVphy/IPVpsy 3,74 (IC 1,88-7,07)/3,62 (IC 1,63-7,5)
  - P (indigestion, constipation ou diarrhée fréquentes V/IPV+V vs IPV-): 45% vs 28,5% - RR IPVphy/IPVpsy 1,6 (IC 1,36-1,85)/1,3 (IC 1,03-1,63)
-

[18] « Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics », A. L. Coker, P. H. Smith, et M. K. Fadden

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Columbia, Caroline du Sud	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>explorer l'association entre les violences conjugales et différents types de handicap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien sur place et téléphonique par enquêteurs	IPV (dans leur vie) : <ul style="list-style-type: none"> <li>physique et sexuelle : version modifiée de « the Index of Spouse Abuse-Physical » (ISA-P) et version modifiée de « the Abuse Assessment Screen » (AAS), précision de la fréquence et de la durée</li> <li>psychologique : Women's Experience with Battering Scale (WEB)(cut off à 20), et AAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>2 centres</li> </ul>	1152	54% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- OR (handicap empêchant de travailler ou de faire les tâches domestiques/IPV+ actuelle et IPV+passée): 3,2 (IC 2,2-4,9) et 1,9 (IC 1,3-2,7)
- handicap du à: (selon les mots des patientes, regroupés dans les items ci dessous)
  - OR (douleur chronique/IPV+ actuelle et IPV+passée): 2,5 (IC 1,3-5) et 2,8 (IC 1,6-4,9)
  - OR (troubles et lésions du système nerveux (dont symptômes d'allure neurologique et fibromyalgie)/IPV+ actuelle et IPV+passée): 5,4 (IC 1,2-27,2) et 2,2 (IC 0,5-9,4)
  - OR (convulsions, migraine/IPV+ actuelle et IPV+passée): 3,2 (IC 0,9-12,2) et 1,1 (IC 0,3-4,6)
  - OR (maladie respiratoire chronique/IPV+ actuelle et IPV+passée): 3,1 (IC 0,9-10,6) et 1,5 (IC 0,5-4,6)
  - OR (maladie psychique/IPV+ actuelle et IPV+passée): 9,7 (IC 3-35,5) et 3,1 (IC 1-9,8)
  - OR (maladie cardio-vasculaire, néoplasique, rénale/IPV+ actuelle et IPV+passée): 2,5 (IC 1,3-4,7) et 1,5 (IC 0,8-2,8)
  - OR (cécité ou glaucome/IPV+ actuelle et IPV+passée): 10,6 (IC 1,1-251,1) et 3,3 (IC 0,3-37)
  - OR (maladie auto-immune/IPV+ actuelle et IPV+passée): 1,3 (IC 0,3-4,9) et 1 (IC 0,4-3,1)

[19] « Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes », A. L. Coker, M. Sanderson, et B. Dong

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Columbia, Caroline du Sud	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer la fréquence des violences conjugales pendant les grossesses et le risque de complications obstétricales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien sur place et téléphonique par enquêteurs	une question sur violence physique ou psychique pendant la grossesse et sur la fréquence, ainsi que sur la fréquence comparée avec les violences conjugales en dehors de la grossesse (questions basées sur l'AAS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>2 centres</li> <li>1 seul RR non ajusté</li> </ul>	755 (1862 grossesses à terme ou arrêté tardif)	14,7% pendant la grossesse

#### CRITERES PRINCIPAUX

- Evolution de la fréquence des IPV pendant la grossesse chez les IPV+G: augmentation: 49%/stable: 26%/diminution: 25%
- RR (nombre de grossesses/IPV+G): RR 1,13 (IC 1,05-1,23) (seul RR non ajusté)
- P (IPV+G/IST G): 21,2% RR 2,1 (IC 1,2-3,8)
- P (IPV+G/tabagisme G): 23,3% RR 2,5 (IC 1,8-3,5)
- RR (IPV+G/1ers rapports sexuels précoces): 0,86 (IC 0,8-0,91)
- P (IPV+G/Mort périnatale (mort foetale >22 SA, mort-né, mort néonatale jusqu'à 28j de vie)): 29,1% RR 2,1 (IC 1,3-3,4)
- P (IPV+G/Accouchement prématuré (<37 SA)): 22,6% RR 1,7 (IC 1,1-2,6)
- P (IPV+G/Petit poids de naissance (<2500g)): 27,1% RR 2 (IC 1,4-3,1)
- P (IPV+G/Prématuré et petit poids de naissance): 29,1% RR 2,4 (IC 1,5-4)
- P (IPV+G/A terme et petit poids de naissance): 24,4% RR 1,9 (IC 1-3,4)
- P (IPV+G/Prématuré et poids de naissance normal): 12,8% RR 1,1 (IC 0,5-2,2)
- RR (IPV+G/IVG): 0,7 (IC 0,4-1,1)
- RR (IPV+G/Fausse-couche): 1,2 (IC 0,6-2,4)
- RR (IPV+G/césarienne): 1,2 (IC 0,6-2,4)

[20] « **Assessment of clinical partner violence screening tools** », A. L. Coker, B. O. Pope, P. H. Smith, M. Sanderson, et J. R. Hussey

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Columbia, Caroline du Sud	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>comparer 2 outils de dépistage des violences conjugales dans leur association aux problèmes de santé liés aux violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois
INTERVENTION		MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	PREVALENCE IPV
entretien sur place et téléphonique par enquêteurs		WEB et ISA-P (actuellement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>2 centres</li> </ul>	1152 17,9% actuellement (WEB ou ISA-P)
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (≥10 consultations médicales A/IPV+actuelle vs IPV-): 42% vs 25%</li> <li>P (&gt;1 hospitalisation A/IPV+actuelle vs IPV-): 7% vs 4%</li> </ul>				

[21] « **Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures** », A. L. Coker, C. E. Reeder, M. K. Fadden, et P. H. Smith

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>mettre en lien les différents types d'IPV avec l'état de santé, l'utilisation des services de santé, et les dépenses de santé (si les femmes relèvent du programme Medicaid (couverture de santé pour les américains à bas revenus))</li> <li>estimer les dépenses médicales si les femmes victimes relèvent du programme Medicaid en terme de consultations médicales, de médicaments, d'utilisation des services hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 65 ans consultant dans 2 cabinets de médecine familiale associées à une université ("university-associated family practice clinics")</li> <li>de février 1997 à janvier 1999</li> <li>uniquement les femmes bénéficiant du programme Medicaid pour avoir accès au remboursement des soins de santé</li> </ul>	jamais de relation intime avec un homme de plus de 3 mois, pas assurées par Medicaid	
INTERVENTION		MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien sur place et téléphonique par enquêteurs et étude de dossiers Medicaid de 1997 à 1998		IPV (actuellement) : version modifiée ISA-P <ul style="list-style-type: none"> <li>IPV élevée : scores ISA-P compris entre 11 et 84</li> <li>IPV faible : scores ISA-P compris entre 3 et 10</li> <li>IPV- : scores ISA-P compris entre 0 et 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sélection uniquement des patientes assurées par Medicaid donc à bas revenus</li> <li>taux de participation parmi les femmes assurées par Medicaid 78%</li> </ul>	285	25,6% actuellement
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>nombre moyen (consultations médicales remboursées/IPV+élevée actuelle vs IPV+faible actuelle vs IPV-): 24 vs 11.9 vs 12 p &lt;0,01</li> <li>nombre moyen (hospitalisations remboursées/IPV+élevée actuelle vs IPV+faible actuelle vs IPV-): 8.5 vs 6.1 vs 6,1 p &lt;0,05</li> </ul>					

[22] « **Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence** », C. Vives-Cases, J. Torrubiano-Domínguez, V. Escribà-Agüir, I. Ruiz-Pérez, M. I. Montero-Piñar, et D. Gil-González

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>analyser si le profil sociodémographique des femmes victimes varie en fonction de la sévérité des violences conjugales</li> <li>identifier les associations entre la violence conjugale (en prenant en compte sa sévérité) et différents problèmes de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 70 ans consultant dans des centres de soins primaires ("primary health care centers")</li> <li>de 2006 à 2007</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées par leur partenaire
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le médecin à la fin de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPV actuelle ou dans l'année passée, physique, sexuelle et/ou psychique : Index of Spouse Abuse (ISA) physique (cut-off 6) et psychique (cut-off 14)</li> <li>sévérité IPV : en fonction de: index ISA, durée IPV, IPV passée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 72,8%</li> <li>échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés dans tout le pays (province, centre de soins primaires, médecins, femmes)</li> <li>puissance très importante et multicentrique</li> </ul>	8974	17% A (13% peu sévère et 4% sévère)
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>OR (état de santé perçu (passable à très mauvais)/IPV+modérée A et IPV+élevée A): 2,1 (IC 1,7-2,6) et 6,5 (IC 3,9-10,8)</li> <li>OR (détresse psychologique/ IPV+modérée A et IPV+élevée A): 4,3 (IC 3,5-5,4) et 8,3 (IC 4,9-10,1) - version espagnole du GHQ 12-item</li> <li>OR (consommation de médicaments psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs A)/IPV+modérée A et IPV+élevée A): 3,2 (IC 2,5-3,9) et 5,3 (IC 3,5-7,9)</li> <li>OR (problèmes de santé physiques A (lombalgie, cervicalgie, céphalée, symptômes gynécologiques, infection/incontinence urinaire)/IPV+modérée A et IPV+élevée A): 1,5 (IC 0,9-2,3) et 2,8 (IC 0,9-5,6)</li> </ul>				

[23] « **Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain** », I. Montero, I. Ruiz-Perez, D. Martín-Baena, M. Talavera, V. Escribà-Agüir, et C. Vives-Cases

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ comparer les caractéristiques sociodémographiques et l'utilisation des services de santé chez les femmes victimes de violences et celles non-victimes</li> <li>2/ analyser les effets de la violence de différents agresseurs sur l'utilisation des services de santé</li> <li>3/explorer l'utilisation des services de santé par les femmes victimes de violence de plusieurs agresseurs : du partenaire intime et d'autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 70 ans consultant dans des centres de soins primaires ("primary health care centers")</li> <li>de 2006 à 2007</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées par leur partenaire

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
<b>questionnaire auto-administré proposé par le médecin à la fin de la consultation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPV actuelle ou dans l'année passée, physique, sexuelle et/ou psychique : Index of Spouse Abuse (ISA) physique (cut-off 6) et psychique (cut-off 14)</li> <li>IPV passée : 3 questions pré-testées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 65,87%</li> <li>échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés dans tout le pays (province, centre de soins primaires, médecins, femmes)</li> <li>puissance très importante et multicentrique</li> </ul>	10815	22,7% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (≥3 consultations en soins primaires 6M/IPV+V vs IPV-): 42,5% OR 1,92 (IC 1,69-2,18) vs 25,2%
- P (≥2 consultations auprès de spécialistes 6M/IPV+V vs IPV-): 28,6% OR 1,45 (IC 1,27-1,66) vs 19,8%
- P (≥1 consultation en service d'urgences 6M/IPV+V vs IPV-): 37,7% OR 1,73 (IC 1,53-1,96) vs 23,9%
- P (≥1 hospitalisation 6M/IPV+V vs IPV-): 12,7% OR 1,56 (IC 1,29-1,88) vs 8,4%

[24] « Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization », I. Montero, D. Martín-Baena, V. Escribà-Agüir, I. Ruiz-Pérez, C. Vives-Cases, et M. Talavera

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>estimer la prévalence des IPV chez les femmes âgées de 55 à 70 ans</li> <li>analyser l'effet des IPV sur la santé des femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes <i>de 55 à 70 ans</i> consultant dans des centres de soins primaires ("primary health care centers")</li> <li>de 2006 à 2007</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées par leur partenaire

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le médecin à la fin de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 questions pré-testées (IPV dans leur vie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés dans tout le pays (province, centre de soins primaires, médecins, femmes)</li> <li>multicentrique</li> </ul>	1676	29,4% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- OR (détresse psychologique/IPV+V): 2,98 (IC 2,27-3,91) – GHQ 12
- OR (plainte somatique/IPV+V): 2,03 (IC 1,21-3,41)
- OR (anxiolytiques ou antidépresseurs/IPV+V): 2,27 (IC 1,75-2,94)
- OR (antalgiques/IPV+V): 1,78 (IC 1,27-2,22)
- utilisation des services de soins primaires 6M: p<0.05
- consultation de spécialistes 6M: NS
- consultation aux urgences 6M: NS
- hospitalisation 6M: NS

[25] « **Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences** », D. Martín-Baena, I. Montero-Piñar, V. Escribà-Agüir, et C. Vives-Cases

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer la prévalence des violences et ses effets sur la santé chez les femmes jeunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes <i>de 18 à 25 ans</i> consultant dans des centres de soins primaires ("primary health care centers")</li> <li>de 2006 à 2007</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées par leur partenaire	
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE		NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le médecin à la fin de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 questions pré-testées (IPV dans leur vie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés dans tous le pays (province, centre de soins primaires, médecins, femmes)</li> <li>multicentrique</li> </ul>		1076	27,6% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (mauvais état de santé perçu/IPV+V vs IPV-): 41% vs 21.4% OR 1,68 (IC 1,08-2,61)</li> <li>P (détresse psychologique/IPV+V vs IPV-): 58,4% vs 28,5% OR 2,23 (IC 1,47-3,4) – GHQ 12</li> <li>P (plainte somatique/IPV+V vs IPV-): 54,1% vs 23.7% OR 2,33 (IC 1,53-3,55)</li> <li>P (usage de médicaments/IPV+V vs IPV-): 26,8% vs 8,3% OR 2,31 (IC 1,42-3,74)</li> </ul>					

[26] « Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support », V. Escribà-Agüir *et al.*

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ déterminer l'effet des différents types de violences conjugales actuelles ou passées sur le bien-être psychique des femmes</li> <li>2/ analyser l'effet de la durée des violences sur le bien-être psychologique</li> <li>3/ analyser les relations entre le bien-être psychologique et le support social</li> <li>4/ voir si le support social intervient sur la relation entre les violences conjugales et le bien-être psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 70 ans consultant dans des centres de soins primaires ("primary health care centers")</li> <li>de 2006 à 2007</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées par leur partenaire

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le médecin à la fin de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPV actuelle ou dans l'année passée, physique, sexuelle et/ou psychique : Index of Spouse Abuse (ISA) physique (cut-off 6) et psychique (cut-off 14)</li> <li>IPV passée : 3 questions pré-testées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 62,8%</li> <li>échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés dans tout le pays (province, centre de soins primaires, médecins, femmes)</li> <li>puissance très importante et multicentrique</li> </ul>	10322	16,6% A 15,4% <A

#### CRITERES PRINCIPAUX

- OR (détresse psychologique/IPVphyA vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA): 1,62 (IC 1,27-2,19) vs 3,83 (IC 3,11-4,71) vs 5,29 (IC 4,28-6,54) – GHQ 12
- OR (détresse psychologique/IPVphy<A vs IPVpsy<A vs IPVphy+psy<A): 1,63 (IC 1,16-2,29) vs 2,35 (IC 1,89-2,93) vs 3,47 (IC 2,9-4,15)
- OR (état de santé perçu (passable à très mauvais)/IPVphyA vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA): 1,22 (IC 0,89-1,76) vs 2,23 (IC 1,83-2,71) vs 2,89 (IC 2,38-3,51)
- OR (état de santé perçu (passable à très mauvais)/IPVphy<A vs IPVpsy<A vs IPVphy+psy<A): 1,63 (IC 1,16-2,29) vs 2,02 (IC 1,62-2,52) vs 2,42 (IC 2,04-2,87)
- OR (consommation de psychotropes A/IPVphyA vs IPVpsyA vs IPVphy+psyA): 1,31 (IC 0,95-1,82) vs 2,15 (IC 1,78-2,61) vs 4,5 (IC 3,74-5,4)
- OR (consommation de psychotropes A/IPVphy<A vs IPVpsy<A vs IPVphy+psy<A): 2,04 (IC 1,46-2,85) vs 3,17 (IC 2,55-3,94) vs 3,47 (IC 2,94-4,1)

[27] « Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women », I. Ruiz-Pérez, J. Plazaola-Castaño, et M. Del Río-Lozano

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ analyser l'association entre les différents types de violences conjugales et leurs conséquences sur la santé physique</li> <li>2/ regarder si l'impact des violences conjugales sur la santé physique des femmes varie en fonction de l'intensité, de la durée, du caractère présent ou passé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18-65 ans consultant 23 MG (2 patientes maximum par MG et par jour)</li> <li>mai à octobre 2003</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées par leur partenaire	
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE		NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le médecin	7 questions (abus physique, psychologique, sexuel, actuel ou passé et durée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 88,35%</li> <li>MG exerçant en zone urbaine avec patientèle de classe moyenne</li> <li>randomisation des femmes par chaque MG</li> <li>multicentrique</li> </ul>		1402	32% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (maladie physique/IPV+V vs IPV-): 36,2% vs 30,9% OR 1,16 (IC 0,87-1,55)</li> <li>P (HTA/IPV+V vs IPV-): 13,5% vs 12,4% OR 1,03 (IC 0,62-1,7)</li> <li>P (diabète/IPV+V vs IPV-): 4,5% vs 3,6% OR 0,89 (IC 0,37-2,17)</li> <li>P (asthme/IPV+V vs IPV-): 10,1% vs 7,5% OR 1,3 (IC 0,37-2,17)</li> <li>P (autre maladie/IPV+V vs IPV-): 25,1% vs 19,3% OR 1,3 (IC 0,92-1,83)</li> <li>moyenne du nombre de jours d'arrêt (au lit) 3M/IPV+V vs IPV-: 1,7j vs 1,07j NS</li> <li>moyenne du nombre d'opérations V/IPV+V vs IPV-: 1,21 opérations vs 1,17 opérations NS</li> </ul>					

[28] « Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain », I. Ruiz-Pérez et J. Plazaola-Castaño

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
Espagne	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ analyser l'association entre les différents types de violences conjugales et leurs conséquences sur la santé mentale</li> <li>2/ regarder si l'impact des violences conjugales sur la santé mentale des femmes varie en fonction de l'intensité et de la durée</li> <li>3/ déterminer si les conséquences des violences conjugales sur la santé mentale sont des conséquences à long terme (en fonction du caractère actuel ou passé des violences)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18-65 ans consultant 23 MG (2 patientes maximum par MG et par jour)</li> <li>mai à octobre 2003</li> </ul>	illettrées, ne comprenant pas l'espagnol, troubles cognitifs sévères, accompagnées de leur partenaire

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le médecin	7 questions (abus physique, psychologique, sexuel, actuel ou passé et durée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 88,35%</li> <li>MG exerçant en zone urbaine avec patientèle de classe moyenne.</li> <li>randomisation des femmes par chaque MG</li> <li>multicentrique</li> </ul>	1402	32% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (anxiolytiques 3M/IPV+V vs IPV-): 31,2% vs 14% OR 2,61 (IC 1,94-3,53)
- P (antidépresseurs 3M/IPV+V vs IPV-): 20,6% vs 13% OR 1,75 (IC 1,26-2,42)
- P (antalgiques 3M/IPV+V vs IPV-): 33,7% vs 38,5% OR 0,84 (IC 0,65-1,09)
- P (alcool 3M/IPV+V vs IPV-): 16,6% vs 13% OR 1,35 (IC 0,94-1,92) - Sous-groupes: IPVpsy+sex 20% OR 3,04 (IC 1,13-8,13) - IPVphy+Psy+Sex 21,3% OR 2,23 (IC 1,12-4,42)
- P (drogues 3M/IPV+V vs IPV-): 5,1% vs 1,7% OR 4,1 (IC 1,9-8,86) - Sous-groupe: IPVpsy+sex 8,6% OR 12,5 (IC 2,2-66,9)
- P (détresse psychologique/IPV+V vs IPV-): 55,8% vs 32,1% OR 2,45 (IC 1,91-3,15) - GHQ 12
- P (mauvais état de santé perçu/IPV+V vs IPV-): 27,1% vs 17,3% OR 1,62 (IC 1,21-2,16)

[29] « **Physical and psychological symptoms in emotionally abused and non-abused women** », J. H. Porcerelli, P. A. West, J. Binienda, et R. Cogan

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA Detroit	cas-témoins nichée dans une cohorte (sur la victimisation d'hommes et de femmes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>comparer les symptômes physiques et psychologiques, les problèmes d'alcool et les difficultés sociales de femmes victimes de <u>violences conjugales psychologiques uniquement</u> et de femmes non-victimes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 64 ans consultant dans 4 cabinets de médecine familiale ("family practice clinics")</li> <li>1999-2000, pendant 2 mois, 3 demi-journées par semaine dans chaque clinique</li> </ul>	victimes à la fois d'IPV psychologique et physique

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENC E IPV
autoquestionnaire proposé par un enquêteur	<u>IPV psychologique uniquement</u> A (1 question : vous êtes-vous sentie contrôlée, menacée ou effrayée par quelqu'un? Si oui, par qui?) et Brief Conflict Tactics Scale (CTS) avec précision de l'agresseur	<ul style="list-style-type: none"> <li>recrutement multicentrique</li> <li>713 femmes, 47 IPV psychologique appareillées sur l'âge, la race, l'éducation, l'emploi et le revenus à 47 femmes non victimes d'IPV</li> <li>exclusion si IPV aussi physique</li> </ul>	94 (47 x 2)	

#### CRITERES PRINCIPAUX

- nombre moyen (symptômes physiques/IPVpsyA vs T) : 5,47 vs 3,13 p 0,001. Les vertiges/malaises, palpitations/douleurs thoraciques, inconfort abdominal, troubles de la déglutition et les dysménorrhées ressortent (données non disponibles) - 17 items d'une version modifiée du Milcom Health History Update and Physical Examination Questionnaire
- nombre moyen (symptômes psychiques/IPVpsyA vs T): 4,66 vs 2,57 p 0,0001. Chaque symptôme psychique ressort sauf le risque suicidaire (données non disponibles) - 8 items d'une version modifiée du Milcom Health History Update and Physical Examination Questionnaire
- score moyen (problèmes d'alcool/IPVpsyA vs T): 0,42 vs 0,34 NS p 0,45 - 4 questions du CAGE et 1 question sur la quantité

[30] « **Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings** », E. Wu, N. El-Bassel, S. S. Witte, L. Gilbert, et M. Chang

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, New-York	Transversale (baseline d'une étude interventionnelle pour prévention IST et VIH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la relation entre les violences conjugales et des facteurs de risque de VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>population avec prédominance de femmes latino et afro-américaines pauvres</li> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans plusieurs centres de soins ambulatoires ("outpatient clinic") desservant des quartiers défavorisés avec forte proportion d'afro et latino-américains et forte prévalence de SIDA</li> </ul>	pas de relation intime dans les 3 derniers mois
INTERVENTIO N	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien par une enquêteurice	items modifiés du Revised Conflict Tactics Scale (CTS 2) dans les 6 derniers mois et avant les 6 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>biais de sélection : patientes recrutées dans des quartiers défavorisés dans lesquels forte proportion d'afro et latino-américains avec forte prévalence SIDA</li> <li>taux de participation non précisé</li> </ul>	1590	13% 6M 5,4% <6M
CRITERES PRINCIPAUX				
<p>Outil de mesure : Sexual Risk Behavior Questionnaire SRBQ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>OR (&gt;1 partenaire A/IPV+V): 2,9 (IC 2,2-3,8)</li> <li>OR (IST V/IPV+V): 2,5 (IC 1,9-3,3)</li> <li>OR (Utilisation préservatif &gt;50% du temps/IPV+V): 2 (IC 0,93-4,3)/la moitié du temps: 2,2 (IC 0,96-5,1)/&lt;50% du temps 3,6 (IC 1,7-7,6)/jamais 2,1 (IC 1,2-3,7)</li> </ul>				

[31] « Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women », S. Gandhi, S. Rovi, M. Vega, M. S. Johnson, J. Ferrante, et P.-H. Chen

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, New Jersey	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la relation entre les violences conjugales et les dépistages de cancer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans 4 centres de soins primaires urbains ("urban primary care settings")</li> <li>juillet 2004 à juin 2005</li> <li>population avec prédominance de minorités afro et latino-américaines (86%)</li> </ul>	femmes enceintes, antécédents de cancer, hystérectomie

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
non précisée et revue de dossiers	HITS (Hurt Insult Threat Screen Tool) et WAST (Women Abuse Screening Tool) Short	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 73%</li> <li>multicentrique</li> <li>prédominance de minorités ethniques</li> <li>beaucoup de facteurs de confusion non pris en compte (âge,...)</li> </ul>	382	16,5% actuellement

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (frottis <3 ans si <40 ans/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 92,3% OR 6,21 NS vs 66,7% OR 1,11 NS vs 58,2%
- P (frottis <3 ans si >40 ans/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 36,4% OR 0,6 NS vs 76,9% OR 3,8 NS vs 47,7%
- P (mammographie <1 an si > 40 ans/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 15,4% OR 0,35 NS vs 53,8% OR 2,74 NS vs 34,5%
- P (tabac/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 55% vs 48.4% vs 43% NS
- P (drogues A/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 38.5% vs 24.3% vs 22.3% NS
- P (>5 consultations médicales A/IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 46.2% vs 29.7% vs 20.2% p 0.02
- P (obésité (IMC≥30) /IPVphy actuelle vs IPV psy actuelle vs IPV-): 62.5% vs 38.2% vs 56.3% NS

[32] « **Borderline personality symptomatology and history of domestic violence among women in an internal medicine setting** », R. A. Sansone, A. Reddington, K. Sky, et M. W. Wiederman

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la relation entre les violences conjugales et les personnalités borderline et les troubles de personnalité borderline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans 1 centre ambulatoire de médecine interne ("outpatient internal medicine clinic") dans une ville de taille moyenne du MidWest</li> <li>publiée en 2007</li> </ul>	soins urgents, accompagnées, trouble cognitif, mental ou physique empêchant de remplir le questionnaire	
INTERVENTION	MESURE IPV		QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire proposé par enquêteur	version modifiée du Severity of Violence Against Women Scale SVAWS		<ul style="list-style-type: none"> <li>faible puissance</li> <li>taux de participation 91,2%</li> </ul>	52	43,8% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (personnalité borderline/IPV+V vs IPV-): 64% vs 11,1% p &lt;0,001 - Borderline Personality Disorder Scale of the Personality Diagnostic Questionnaire-4 PDQ-4 ≥5 et Self-Harm Inventory SHI ≥5</li> </ul>					

[33] « Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors », L.-A. McNutt, B. E. Carlson, M. Persaud, et J. Postmus

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA, New-York	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la relation entre les violences conjugales/dans l'enfance et les symptômes physiques/habitudes de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 44 ans consultant dans 2 centres de soins primaires d'un organisme de soins ("primary care sites of a health maintenance organization") dans des villes du Nord Est</li> <li>octobre 1998 à mai 1999</li> </ul>	ne parlant ni anglais ni espagnol, non joignables par téléphone	
INTERVENTION		MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien téléphonique après avoir accepté lors de leur consultation		CTS et questions sur les violences sexuelles et psychologiques (dans l'année écoulée et dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 60,4%</li> <li>2 centres</li> </ul>	557	47% A
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>≥3 symptômes physiques dans le mois/IPV+V vs IPV-: <math>p &lt; 0,05</math> dans l'analyse multivariée (pas de données brutes disponibles) - échelle de somatisation PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)</li> <li>P(tabac/IPVélevéeV vs IPVmodéréeV vs IPV-): 42,1% vs 29,8% vs 26,2% <math>p &lt; 0,017</math></li> <li>P(≥5 verres d'alcool par jour/IPVélevéeV vs IPVmodéréeV vs IPV-): 16,8% vs 12,1% vs 5,5% <math>p &lt; 0,014</math></li> </ul>					

[34] « **Childhood and adult abuse among women in primary health care: effects on mental health** », B. E. Carlson, L.-A. McNutt, et D. Y. Choi

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, New-York	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la relation entre les violences conjugales/dans l'enfance et la dépression/l'anxiété</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 44 ans consultant dans 2 centres de soins primaires d'une organisation de soins ("primary care sites of a health maintenance organization") dans des villes du Nord Est</li> <li>octobre 1998 à mai 1999</li> </ul>	ne parlant ni anglais ni espagnol, non joignables par téléphone
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien téléphonique après avoir accepté lors de leur consultation	CTS et questions sur les violences sexuelles et psychologiques (dans l'année écoulée et dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 60,4%</li> <li>2 centres</li> </ul>	557	47% IPV A
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>dépression et anxiété: <math>p &lt; 0.05</math> mais données brutes non disponibles - items du Primary Care Evaluation of Mental Disorders PRIME-MD</li> </ul>				

[35] « Identifying domestic violence in primary care practice », K. M. Freund, S. M. Bak, et L. Blackhall

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Boston	transversale	1/ déterminer l'utilité d'une question unique pour dépister les violences conjugales 2/ déterminer si des caractéristiques démographiques et cliniques permettent d'identifier les victimes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nouvelles patientes consultant dans un cabinet de médecine interne de soins primaires ("primary care internal medicine practice")</li> <li>• publiée en 1996</li> </ul>	

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré relu ensuite avec le soignant	Question unique sur la violence conjugale physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taux de participation 98%</li> <li>• unicentrique</li> <li>• pas d'ajustement</li> </ul>	495	11,6% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (céphalées/IPVphyV vs IPV-): 47% vs 24% p<0,05
- P (douleur musculosquelettique/IPVphyV vs IPV-): 7% vs 6% NS
- P (plainte gastrointestinale/IPVphyV vs IPV-): 2% vs 13% (protecteur)p<0.01
- P (fracture/IPVphyV vs IPV-): 17% vs 13% NS
- P (dysménorrhées/IPVphyV vs IPV-): 45% vs 49% NS
- P (symptômes prémenstruels/IPVphyV vs IPV-): 52% vs 34% p<0,001
- P (cycles irréguliers/IPVphyV vs IPV-): 38% vs 30% NS
- P (dyspareunies/IPVphyV vs IPV-): 22% vs 11% p<0,001
- P (dépression/IPVphyV vs IPV-): 31% vs 9% p<0,05
- P (trouble du sommeil/IPVphyV vs IPV-): 21% vs 17% NS
- P (alcoolisme/IPVphyV vs IPV-): 14% vs 5% p<0,001
- P (troubles sexuels/IPVphyV vs IPV-): 22% vs 13% p<0,001

[36] « Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center », D. G. Saunders, L. K. Hamberger, et M. Hovey

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier si des facteurs démographiques et cliniques sont des indicateurs de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans un centre de médecine familiale formant des résidents ("community-based family practice residency training center")</li> <li>1990</li> </ul>	démence, ne parlant pas anglais, ne pas avoir été dans une relation avec un homme pendant au moins 6 mois

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par un enquêteur et revues de dossiers	CTS et questions sur la fréquence (dans l'année et avant)	<ul style="list-style-type: none"> <li>unicentrique</li> <li>taux de participation 78,5%</li> </ul>	374	25,1% A 38,8% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- OR (dépression/IPV+A): 3,62  $p < 0,05$  - analyse multivariée (avec HTA, lombalgie, dépression, migraine, anxiété et plainte psychosomatique)
- OR (HTA/IPV+A): NS en analyse multivariée, résultats bruts non exploitables
- OR (lombalgie/IPV+A): NS en analyse multivariée, résultats bruts non exploitables
- OR (migraine/IPV+A): NS en analyse multivariée, résultats bruts non exploitables
- OR (plainte psychosomatique/IPV+A): NS en analyse multivariée, résultats bruts non exploitables
- OR (anxiété/IPV+A): NS en analyse multivariée, résultats bruts non exploitables

[37] « Experience of abuse in primary care patients. Racial and rural differences », P. J. Wagner, P. Mongan, D. Hamrick, et L. K. Hendrick

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier la prévalence des violences conjugales, et leur association avec les symptômes, l'état de santé, l'utilisation du système de soins et les mécanismes d'adaptation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans un centre de soins primaires rurale ("primary care clinic") et dans un centre de soins urbain rattaché à une université ("medical university setting")</li> <li>publiée en 2009</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien avec un enquêteur et étude de dossiers	questions sur les violences conjugales physiques, psychologiques, sexuelles, (dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 centres</li> <li>taux de participation 82,4%</li> </ul>	407	66% V

**CRITERES PRINCIPAUX**

<p>Outils de mesure : Wahler Physical Symptom Inventory, SF-36</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>P (céphalées/IPV+V vs IPV-): 72,1% vs 73,2% NS</li> <li>P (douleurs chroniques/IPV+V vs IPV-): 33,5% vs 23,9% p&lt;0,05</li> <li>P (troubles digestifs/IPV+V vs IPV-): 38,3% vs 25,4% p&lt;0,001</li> <li>P (troubles psychologiques/IPV+V vs IPV-): 30,9% vs 11,6% p&lt;0,001</li> <li>P (dépression/IPV+V vs IPV-): 57,2% vs 23,2% p&lt;0,001</li> <li>P (lombalgies/IPV+V vs IPV-): 52,4% vs 43,5% NS</li> <li>P (troubles du sommeil/IPV+V vs IPV-): 49,4% vs 37,7% p&lt;0,05</li> <li>P (inconfort général/IPV+V vs IPV-): 28,6% vs 15,2% p&lt;0,01</li> <li>P (troubles sexuels/IPV+V vs IPV-): 13% vs 5,1% p&lt;0,01</li> <li>P (nausées/IPV+V vs IPV-): 50,9% vs 45,6% NS</li> <li>P (difficultés auditives/IPV+V vs IPV-): 34,8% vs 21,2% p&lt;0,01</li> <li>P (cervicalgies/IPV+V vs IPV-): 50,4% vs 36,8% p&lt;0,01</li> <li>P (tremblements/IPV+V vs IPV-): 32,8% vs 14,5% p&lt;0,01</li> <li>P (oedèmes/IPV+V vs IPV-): 48,5% vs 30,1% p&lt;0,01</li> <li>P (amaigrissement/IPV+V vs IPV-): 26,4% vs 13,1% p&lt;0,01</li> <li>P (troubles urinaires/IPV+V vs IPV-): 16,4% vs 8,7% p&lt;0,05</li> <li>P (problèmes dentaires/IPV+V vs IPV-): 33,2% vs 21% p&lt;0,01</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>P (hypoesthésies/IPV+V vs IPV-): 32,3% vs 21,7% p&lt;0,05</li> <li>P (transpiration excessive/IPV+V vs IPV-): 27,9% vs 18,8% p&lt;0,05</li> <li>P (troubles visuels/IPV+V vs IPV-): 50,4% vs 33,1% p&lt;0,01</li> <li>P (paresthésies/IPV+V vs IPV-): 31,2% vs 15,2% p&lt;0,01</li> <li>P (problèmes de peau/IPV+V vs IPV-): 35% vs 19,6% p&lt;0,01</li> <li>P (asthénie/IPV+V vs IPV-): 80,1% vs 63% p&lt;0,01</li> <li>P (faiblesse musculaire/IPV+V vs IPV-): 30,7% vs 19% p&lt;0,01</li> <li>P (vertiges/IPV+V vs IPV-): 39,4% vs 25,4% p&lt;0,01</li> <li>P (tension musculaire/IPV+V vs IPV-): 42,5% vs 22,5% p&lt;0,01</li> <li>P (trouble du gout ou de l'olfaction/IPV+V vs IPV-): 14,2% vs 7,4% p&lt;0,05</li> <li>P (dyspnée/IPV+V vs IPV-): 36,1% vs 21% p&lt;0,01</li> <li>P (myoclonies/IPV+V vs IPV-): 21,2% vs 12,5% p&lt;0,05</li> <li>P (mauvaise santé perçue/IPV+V vs IPV-): 30,3% vs 13% p&lt;0,01</li> <li>P (météorisme abdominal/IPV+V vs IPV-): 41,6% vs 29% p&lt;0,01</li> <li>P (anorexie/IPV+V vs IPV-): 32,6% vs 18,8% p&lt;0,01</li> <li>P (fièvre ou allergies/IPV+V vs IPV-): 50,2% vs 37,7% p&lt;0,01</li> <li>nombre moyen (consultations médicales sur 5 ans/IPVsexV vs IPVphyV vs IPVpsyV): 14,9 vs 11,5 vs 11,6 vs 10,4 p 0,06</li> </ul>
--	---

[38] « **The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices** », T. Zink, B. S. Fisher, S. Regan, et S. Pabst

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ déterminer l'incidence et la prévalence des violences conjugales chez les femmes de plus de 55 ans</li> <li>2/ examiner les relations entre les violences conjugales et l'état de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes <i>de plus de 55 ans</i> ayant consulté au moins une fois dans l'année dans un centre de soins primaires (primary care offices affiliated with an academic center)</li> <li>entre mars et juin 2003</li> </ul>	démence, non joignables par téléphone

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien téléphonique	Plusieurs questions sur les violences conjugales et leur type <i>depuis l'âge de 55 ans</i> et dans l'année	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 27,4%</li> <li>unicentrique</li> </ul>	995	IPV psy : 45,2% depuis l'âge de 55 ans et 31,7% dans l'année IPV phy : 1,52% depuis l'âge de 55 ans et 0,41% A IPV sex : 2,14% depuis l'âge de 55 ans et 1,12% A

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (douleurs chroniques/IPV+>55ans vs IPV-): 50,9% vs 36,8% p 0,039
- P (dépression ou anxiété/IPV+>55ans vs IPV-): 49,1% vs 30,4% p 0,005
- P (problèmes digestifs/IPV+>55ans vs IPV-): 34% vs 31% NS
- P (HTA, problème cardiaque/IPV+>55ans vs IPV-): 59,6% vs 74,4% NS
- P (problème pulmonaire/IPV+>55ans vs IPV-): 23,1% vs 23,5% NS
- P (diabète, dysthyroïdie/IPV+>55ans vs IPV-): 37,3% vs 37,4% NS
- P (problème articulaire ou osseux/IPV+>55ans vs IPV-): 66% vs 63,5% NS
- P (AVC, maladie neurologique/IPV+>55ans vs IPV-): 17% vs 12,7% NS

[39] « **Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of “feeling safe at home” and prevalence results** », R. L. Peralta et M. F. Fleming

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>tester la validité de la question de la sécurité à la maison comparé au CTS pour dépister les violences conjugales, calculer la prévalence et identifier les facteurs prédictifs de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes <i>de 18 à 36 ans</i> consultant dans un cabinet de médecine familiale urbaine ("urban family medicine clinic")</li> <li>entre avril et juillet 2002</li> </ul>	ne parlant pas anglais
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par un enquêteur	Une question de sécurité : "dans les 3 derniers mois, vous êtes-vous sentie en sécurité chez vous?", et version modifiée du CTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>unicentrique</li> <li>taux de participation 88%</li> </ul>	399	44,3% 3M
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (dépression 3M/IPV+3M vs IPV-): 53,9% vs 46,1%, OR 3,14 (IC 1,4-7,05) dans l'analyse multivariée - CES-D</li> <li>P (&gt;4 prises d'alcool par semaine/IPV+3M vs IPV-): 43,7% vs 56,3%, ne ressort pas dans l'analyse multivariée</li> </ul>				

[40] « Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy », E. Miller *et al.*

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Californie	Transversale baseline d'une étude interventionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/ mesurer la prévalence du contrôle de la procréation (grossesses contraintes et sabotage de la contraception)</li> <li>• 2/ mesurer l'association entre les violences conjugales et le contrôle de la procréation</li> <li>• 3/ voir si le contrôle de la procréation est associé à des grossesses non désirées</li> <li>• 4/ voir si cette association est influencée par l'existence de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• femmes <i>de 16 à 29 ans</i> consultant dans 5 centres de planification familiale ("family planning clinics")</li> <li>• entre aout 2008 et mars 2009</li> </ul>	projet de déménagement dans les 3 mois à venir, jamais de relation sexuelle
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire informatique auto-administré	CTS-2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• taux de participation 86,4%</li> <li>• multicentrique</li> <li>• en planning familial, 3/4 de la population non blanche</li> </ul>	1278	53,4% V
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• P (contrôle de la procréation/IPV+V vs IPV-): 34% vs 15% OR 1,29 (IC 1,01-1,65) (analyse multivariée)</li> <li>• P (grossesses non désirées/IPV+V vs IPV-): 45,7% vs 35,3% OR 1,54 (IC 1,23-1,93)</li> </ul>				

[41] « Prevalence and determinants of intimate partner abuse among public hospital primary care patients », H. M. Bauer, M. A. Rodríguez, et E. J. Pérez-Stable

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA, Californie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>mesurer la prévalence des violences conjugales, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et les symptômes dépressifs associés aux violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 46 ans ayant consulté 6M dans 3 centres de soins ambulatoires : médecine interne générale (general internal medicine) (20%), médecine familiale (family medicine) (29%), gynécologie-obstétrique (28%), autre cabinet local (23%) (sources de soins primaires dans le service public)</li> <li>patientes avec bas revenus</li> <li>octobre 1997 à mars 1998</li> </ul>	asiatiques (car difficulté de communication), ne parlant ni anglais ni espagnol, trop malades pour répondre	
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE		NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien téléphonique par une enquêtrice après envoi d'une lettre informative	questions adaptées du AAS (Abuse Assessment Screen), (dans l'année et dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 74%</li> <li>multicentrique</li> <li>patientes aussi recrutées en gynéco-obstétrique ambulatoire</li> <li>biais de sélection : patientes avec bas revenus</li> </ul>		734	15% A 51% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (dépression M/IPV+A vs IPV&lt;A vs IPV-): 51% OR 3,47 (IC 2,18-5,52) vs 40% OR 2,1 (IC 1,46-3,01) vs 22%</li> <li>○ P (humeur triste M/IPV+A vs IPV&lt;A vs IPV-): 73% OR 4,12 (IC 2,51-6,76) vs 59% OR 1,82 (IC 1,3-2,54) vs 42%</li> <li>○ P (anhédonie M/IPV+A vs IPV&lt;A vs IPV-): 60% OR 3,33 (IC 2,08-5,33) vs 47% OR 1,75 (IC 1,24-2,49) vs 30%</li> </ul>					

[42] « Understanding how domestic abuse is associated with greater depressive symptoms in a community sample of female primary care patients: does loss of belongingness matter? », E. C. Chang, E. R. Kahle, et J. K. Hirsch

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>1/ examiner la relation entre les violences conjugales, l'attachement et les symptômes dépressifs</li> <li>2/ regarder si la perte d'attachement est un médiateur entre les violences conjugales et les symptômes dépressifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes <i>de 46 à 64 ans</i> consultant dans un centre de soins primaires ("community-based primary care clinic")</li> <li>publiée en 2015</li> </ul>	Non précisés	
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE		NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
Non précisée	HITS (Hurt, Insulted, Threatened with harm and Screamed at them scale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>unicentrique, puissance faible</li> <li>pas de détails du flow chart ni des critères d'exclusion ni de l'intervention</li> <li>pas de données brutes</li> </ul>		71	32.4%
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>association (symptômes dépressifs (CES-D)/IPV+V): <math>p &lt; 0,05</math>, médiée par l'attachement (BELONG: Belongingness Scale)</li> </ul>					

[43] « Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control », R. E. Gee, N. Mitra, F. Wan, D. E. Chavkin, et J. A. Long

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Pennsylvanie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>examiner l'association entre les violences conjugales, l'IVG, la parité et la contraception</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans 2 sites du centre de planification familiale de Pennsylvanie (1 centre d'IVG et 1 centre de gynécologie générale)</li> <li>entre juillet et décembre 2007</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par le personnel du centre de planification	module sur IPV du Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 70%</li> <li>Biais de sélection : 2 sites du centre de planification familiale de Pennsylvanie (1 clinique d'IVG et 1 clinique de gynécologie générale)</li> </ul>	1354	21% V

#### CRITERES PRINCIPAUX

- P (1 IVG/IPV+V vs IPV-): 26,5% vs 22,5% p 0,02
- P (2 IVG/IPV+V vs IPV-): 10,3% vs 11% NS
- P (≥3 IVG/IPV+V vs IPV-): 10,7% vs 6,7% NS
- P (contraception déjà utilisée/IPV+V vs IPV-): 96,2% vs 93,4% NS
- P (utilisation de préservatif/IPV+V vs IPV-): 49,1% vs 46,1% NS
- P (méthode de contraception utilisée récemment/IPV+V vs IPV-): pilule: 21,1% vs 25,9% NS/préservatif 35% vs 32,9% NS/patch 7,6% vs 6,5% NS/ implant ou DIU 1,4% vs 1,7% NS/ naturelle 10% vs 8,3% NS/contraception d'urgence: 6,6% vs 4,2% NS/pas de contraception: 18,3% vs 20,5% NS
- P (relation sexuelle sans contraception 4M/IPV+V vs IPV-): 70,9% vs 64,5% p 0,042

[44] « Routine, single-item screening to identify abusive relationships in women », J. H. Wasson, A. M. Jette, J. Anderson, D. J. Johnson, E. C. Nelson, et C. M. Kilo

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, New Hampshire	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>comparer les symptômes cliniques et fonctionnels chez des femmes victimes de violences conjugales et chez des non-victimes</li> <li>trouver une combinaison de facteurs permettant d'identifier les femmes victimes de violences conjugales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes (parmi hommes et femmes) de 19 à 69 ans consultant dans 31 cabinets médicaux ("office practices").</li> <li>Ces 31 cabinets médicaux participaient à un programme d'amélioration des pratiques sur une durée de 3 ans.</li> <li>en 1999 : 2 périodes de recueil à 6 mois d'intervalle</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré	Question unique sur la violence physique et psychologique accompagnée d'un dessin pour coter l'intensité: "The RelationShips Chart" <ul style="list-style-type: none"> <li>IPVmodérée : « parfois »</li> <li>IPV élevée : « la plupart du temps »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>objectifs non formulés explicitement</li> <li>peu de détails méthodologiques: méthode d'échantillonnage variait selon les cabinets et n'est pas détaillée, flow chart non détaillé</li> <li>taux de participation 96,3%</li> </ul>	1526 femmes	13% M

#### CRITERES PRINCIPAUX

Outil de mesure : « Patient Health Survey »

- P (tabac/IPV+M vs IPV-): 24% vs 15% p 0,002
- P (>6 verres d'alcool par semaine/IPV+M vs IPV-): 12% vs 7% p 0,001
- P (alitement ≥1j 3M/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 57% vs 40% vs 32% p 0,002
- P (≥4 visites médicales 6M/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 57% vs 45% vs 40% p 0,001
- P (difficultés d'accès aux soins/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 28% vs 12% vs 8% p 0,001
- P (à jour des actions de prévention/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 75% vs 75% vs 82% p 0,002
- nombre moyen (limitations fonctionnelles dans 6 domaines/IPVélevéeM vs IPVmodéréeM vs IPV-): 2,2 vs 1,4 vs 0,8 p<0,001

[45] « Association of intimate partner violence and health-care provider-identified obesity », R. Davies, E. Lehman, A. Perry, et J. S. McCall-Hosenfeld

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Pennsylvanie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier l'association entre les violences conjugales et l'obésité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 64 ans ayant consulté au moins une fois dans l'année dans 1 des 10 cabinets d'un réseau de médecine familiale ambulatoire ("outpatient family network")</li> <li>et femmes recrutées dans un foyer de victimes de violences conjugales</li> <li>publiée en 2014</li> </ul>	Non précisés

INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire envoyé par la poste	HARK (Humiliation Afraid Rape Kick)	<ul style="list-style-type: none"> <li>randomisation et stratification des patientes recrutées en médecine de famille</li> <li>taux de participation 48%</li> <li>biais de sélection : ajout de femmes recrutées dans un foyer de victimes de violences conjugales (6%), qui diffère des femmes recrutées en médecine de famille à la fois sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques</li> </ul>	1264	44% V

CRITERES PRINCIPAUX
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (obésité/IPVphyV vs IPVpsyV vs IPV-): 30% vs 27% vs 20% p&lt;0.05. Résultats également significatifs en analyse multivariée avec OR 1,67 (IC 1,2-2,33) - (diagnostic donné par un professionnel de santé à la patiente)</li> </ul>

[46] « Association between time since intimate partner violence (IPV) exposure and illegal or prescription drug abuse in a clinical population », A. Perry, J. McCall-Hosenfeld, E. Lehman, et L. Beyers

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA, Pennsylvanie	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>étudier l'association entre les violences conjugales et la consommation de drogues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 18 à 64 ans ayant consulté au moins une fois dans l'année dans 1 des 10 cabinets d'un réseau de médecine familiale ambulatoire ("outpatient family network")</li> <li><u>et femmes recrutées dans un foyer de victimes de violences conjugales</u></li> <li>publiée en 2014</li> </ul>	Non précisés	
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE		NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire envoyé par la poste	HARK (Humiliation Afraid Rape Kick)	<ul style="list-style-type: none"> <li>randomisation et stratification des patientes recrutées en médecine de famille</li> <li>taux de participation 48%</li> <li>biais de sélection : ajout de femmes recrutées dans un foyer de victimes de violences conjugales (6%), qui diffère des femmes recrutées en médecine de famille à la fois sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques</li> </ul>		1258	13% A 31% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (drogues/IPV+A vs IPV+V vs IPV-): 9% vs 4% vs 2% p&lt;0.05. Résultats également significatifs en analyse multivariée avec OR 3,1 (IC 1,3-7,7)</li> </ul>					

[47] « Differences in physical and mental health symptoms and mental health utilization associated with intimate-partner violence versus childhood abuse », C. Nicolaidis, B. McFarland, M. Curry, et M. Gerrity

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION	
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>examiner les associations entre les violences conjugales/violences dans l'enfance et les symptômes physiques/dépressifs/l'utilisation du système de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de plus de 18 ans consultant dans un cabinet de médecine interne générale ("general internal medicine clinic")</li> <li>publié en 2009</li> </ul>	ne parlant pas anglais, travaillant dans le centre médical, impossibilité mentale ou physique de remplir le questionnaire	
INTERVENTION		MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré proposé par un enquêteur		version adaptée de l'AAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>unicentrique</li> <li>taux de participation 59%</li> </ul>	380	35% V
CRITERES PRINCIPAUX					
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (dépression légère/IPV+V vs IPV-): 53% vs 29% OR 2,14 p&lt;0.05, ne ressort pas en analyse multivariée et score moyen (Depression scale of the Hopkins Symptom Checklist (HSCL-20))/IPV+V vs IPV-): 1,3 vs 0,8 p&lt;0.05</li> <li>Nombre moyen (symptômes physiques/IPV+V vs IPV-): 13,4 vs 9,2 p&lt;0.001 - Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)</li> <li>P (consulter régulièrement un psychothérapeute/IPV+V vs IPV-): 17% vs 19% NS</li> <li>P (antidépresseurs/IPV+V vs IPV-): 50% vs 41% NS</li> <li>P (psychose/IPV+V vs IPV-): 6% vs 4% NS</li> </ul>					

[48] « **Violence, Mental Health, and Physical Symptoms in an Academic Internal Medicine Practice** », C. Nicolaidis, M. Curry, B. McFarland, et M. Gerrity

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer le rapport entre les violences conjugales/les violences dans l'enfance/les violences dans la communauté et des problèmes de santé physique et mentale à long terme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 25 à 60 ans consultant dans 3 cabinets de médecine interne générale ("general internal medicine clinics")</li> <li>publiée en 2004</li> </ul>	ne parlant pas anglais, connues des investigateurs, impossibilité mentale ou physique de faire l'entretien
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
entretien téléphonique ou sur place par enquêteur	CTS et IAS (Index of Spouse Abuse), (dans leur vie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>multicentrique</li> <li>taux de participation 71%</li> </ul>	174	61 % V
CRITERES PRINCIPAUX				
<ul style="list-style-type: none"> <li>P (dépression/IPV+V vs IPV-): 68% vs 40% OR 3 p 0.003 - Hopkins Symptom Check List 20</li> <li>P (≥6 symptômes chroniques parmi 16 (fatigue, douleurs diffuses, pelviennes, céphalées, lombalgies, arthralgies, douleurs thoraciques, douleurs abdominales, douleurs rectales, ballonnements, diarrhée ou constipation, vertiges, malaises, palpitations, autres douleurs, sensibilité sévère aux produits chimiques) régulièrement 3M/IPV+V vs IPV-): 65% vs 31% OR 3,9 p 0.000, analyse multivariée OR 3,3 p 0.002</li> </ul>				

[49] « The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices », J. McCauley *et al.*

PAYS	TYPE d'ETUDE	OBJECTIFS	PATIENTS	CRITERES d'EXCLUSION
USA, Baltimore	transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>déterminer la prévalence des violences conjugales et identifier les caractéristiques cliniques associées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes consultant dans 4 cabinets de soins primaires de médecine interne ("primary care internal medicine practices")</li> <li>entre février et juillet 1993</li> </ul>	aveugles, oubli de lunettes, illettrées, ne parlant pas anglais, retard mental, accompagnées par un homme ou une femme refusant de quitter la salle
INTERVENTION	MESURE IPV	QUALITE de l'ETUDE	NOMBRE de PATIENTS	PREVALENCE IPV
questionnaire auto-administré	2 questions issues de l'AAS proposées par une infirmière	<ul style="list-style-type: none"> <li>taux de participation 81,6%</li> <li>multicentrique</li> </ul>	1952	5,5% A 21,4% V
CRITERES PRINCIPAUX				
<p>Outils de mesure : The Women's Health Questionnaire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>P (anxiété (élevée)/IPV+A vs IPV-): 54,4% vs 27,3% OR 3,5 (IC 2,1-5,7)</li> <li>P (dépression (élevée)/IPV+A vs IPV-): 69,9% vs 31,9% OR 5 (IC 2,9-8,4)</li> <li>P (somatisation (élevée)/IPV+A vs IPV-): 54,4% vs 27,5% OR 3,8 (IC 2,2-6,5)</li> <li>P (dépréciation (élevée)/IPV+A vs IPV-): 56,3% vs 21,8% OR 6,6 (IC 3,9-11,4)</li> <li>P (consommation actuelle de drogue/IPV+A vs IPV-): 3,7% vs 0,7% OR 4,4 (IC 1,9-10,4)</li> <li>P (consommation passée de drogue/IPV+A vs IPV-): 38,9% vs 11,4% OR 4,2 (IC 2,9-6,1)</li> <li>P (alcool (questionnaire CAGE ≥1)/IPV+A vs IPV-): 14,8% vs 4,8% OR 3,1 (IC 1,9-5)</li> <li>P (Abus de drogue ou d'alcool/IPV+A vs IPV-): 46,3% vs 15,3% OR 4,2 (IC 2,9-6)</li> <li>P (Antécédent de tentative de suicide/IPV+A vs IPV-): 21,5% vs 5% OR 4,3 (IC 2,8-6,5)</li> <li>P (≥1 consultation aux urgences 6M/IPV+A vs IPV-): 34,9% vs 23% OR 1,7 (IC 1,2-2,5)</li> <li>P (antécédent de fausse-couche/IPV+A vs IPV-): 30,8% vs 22,5% OR 1,5 (IC 1-2,2)</li> <li>P Nombre d'interventions chirurgicales/IPV+A vs IPV-: NS</li> <li>P (hospitalisation psychiatrique/IPV+A vs IPV-): 5,6% vs 3,6% OR 1,5 NS</li> <li>P (≥6 symptômes/IPV+A vs IPV-): 68,2% vs 34,8% OR 4,7 (IC 2,6-8,3)</li> <li>P (anorexie/IPV+A vs IPV-): 28,6% vs 9,2% OR 3,5 (IC 2,3-5,1)</li> <li>P (contusions fréquentes/IPV+A vs IPV-): 23,4% vs 7,3% OR 3,4 (IC 2,2-5,2)</li> <li>P (cauchemards/IPV+A vs IPV-): 22,4% vs 7,5% OR 3,2 (IC 2,1-4,8)</li> <li>P (pertes vaginales/IPV+A vs IPV-): 44,9% vs 20,6% OR 2,9 (IC 2-4,1)</li> <li>P (boulimie/IPV+A vs IPV-): 15,1% vs 5,2% OR 2,9 (IC 1,8-4,8)</li> <li>P (diarrhée/IPV+A vs IPV-): 50,5% vs 26,9% OR 2,6 (IC 1,8-3,7)</li> <li>P (fractures ou plaies/IPV+A vs IPV-): 13,2% vs 5,4% OR 2,5 (IC 1,5-4,2)</li> <li>P (douleurs pelviennes/IPV+A vs IPV-): 31,1% vs 14,5% OR 2,5 (IC 1,7-3,6)</li> <li>P (malaises/IPV+A vs IPV-): 13,2% vs 5,4% OR 2,4 (IC 1,4-4,1)</li> <li>P (douleurs abdominales/IPV+A vs IPV-): 55,1% vs 32,4% OR 2,4 (IC 1,7-3,5)</li> <li>P (douleurs mammaires/IPV+A vs IPV-): 35,5% vs 19,3% OR 2,2 (IC 1,5-3,2)</li> <li>P (céphalées/IPV+A vs IPV-): 59,4% vs 38,8% OR 2,2 (IC 1,5-3,2)</li> <li>P (dysurie/IPV+A vs IPV-): 13,2% vs 6% OR 2,2 (IC 1,3-3,8)</li> <li>P (douleurs thoraciques/IPV+A vs IPV-): 40,2% vs 25% OR 1,9 (IC 1,3-2,8)</li> <li>P (insomnie/IPV+A vs IPV-): 51,4% vs 38,2% OR 1,7 (IC 1,1-2,4)</li> <li>P (dyspnée/IPV+A vs IPV-): 45,8% vs 34,2% OR 1,6 (IC 1,1-2,3)</li> <li>P (constipation/IPV+A vs IPV-): 38,7% vs 28,8% OR 1,5 (IC 1,0-2,2)</li> <li>P (lombalgie/IPV+A vs IPV-): 62,3% vs 54,3% OR 1,4 NS</li> <li>P (asthénie/IPV+A vs IPV-): 53,3% vs 46,5% OR 1,3 NS</li> <li>P (douleur faciale/IPV+A vs IPV-): 13,2% vs 11,6% OR 1,1 NS</li> <li>P (sensation d'étouffement/IPV+A vs IPV-): 11,4% vs 10,9% OR 1,1 NS</li> <li>P (chutes/IPV+A vs IPV-): 5,8% vs 6,5% OR 0,9 NS</li> </ul> <p>facteurs indépendamment associés aux IPV dans l'analyse multivariée: âge &lt;36 ans, séparée/divorcée, faible couverture sociale, 1 symptôme psychique, abus de drogue ou d'alcool, antécédent de tentative de suicide, fracture/plaie, diarrhée, pertes vaginales. Si ≥6 de ces facteurs, la prévalence des IPV est de 70,4%</p>				

### ***Annexe 3 : Pistes pour agir***

#### **Exemples de questionnement :**

- « Parfois ces symptômes sont liés à des violences de la part du conjoint. Cela vous est-il déjà arrivé ? »
- « Comment votre conjoint se comporte t'il avec vous ? »
- « Comment se passent vos rapports intimes ? Est-ce toujours vous qui décidez ? »
- « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »
- « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »
- « Avez-vous été victime de violences verbales, physiques ou sexuelles ou cours de votre vie ? »
- « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »
- « Lorsque vous étiez enceinte, avez-vous été frappée, giflée, blessée par votre partenaire ? »

### Être prêt à entendre la réponse :

- Pouvoir écouter calmement et patiemment
- Réponses prudentes, ne pas chercher à convaincre
- Mettre en lumière sa non-culpabilité (« Rien ne justifie la violence », « Vous n'êtes pas responsable de ses actes »,...) et la culpabilité de l'auteur des violences (« ce qu'il a fait est interdit par la loi »)
- Proposer de rédiger un certificat médical
- Orienter pour être accompagnée sur le plan social, juridique, psychologique,... (dont associations globales spécialisées dans les violences conjugales).
- Site [www.decliviolence.fr](http://www.decliviolence.fr) (site d'aide à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale, avec recensement et coordonnées des services d'aide en Auvergne)
- Sites à indiquer : [www.sosfemmes.com](http://www.sosfemmes.com), [www.violences.fr](http://www.violences.fr), [www.solidaritefemmes.org](http://www.solidaritefemmes.org), [www.institutdevictimologie.fr](http://www.institutdevictimologie.fr), [www.stop-violences-femmes.gouv.fr](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr), ...
- Numéros à connaître :

**3919** (du lundi au samedi de 9h à 22h) : Soutien téléphonique anonyme et gratuit pour les femmes victimes de violences

**08 842 846 37** (7 jours sur 7 de 9h à 21h) : Numéro national d'aide aux victimes

**115** (7 jours sur 7 et 24h sur 24) : Hébergement d'urgence

**0800 05 95 95** : Viols femmes informations

- Être en mesure d'entendre qu'elle n'est pas prête à effectuer des démarches (« Je suis à votre disposition pour en reparler quand vous le désirerez », ...)

## **SERMENT d'HIPPOCRATE :**

### **(Conseil national de l'ordre des médecins)**

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, 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 je 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.