

Projet européen sur les suicides forcés (SF_Eur)
REC-RDAP-GBV-AG-2020/101005043

Délivrable D3.1
Estimation du nombre de suicides forcés en Europe

(Psytel/MEFH/v211120)

Suicides Forcés en Europe



Forced Suicides in Europe

Plan du livrable D3.1

1-Les suicides et TS* de femmes en France	page 2
2-Les suicides et TS de femmes en Belgique	page 7
3-Les suicides de femmes en Europe et dans le monde	page 9
4-Les études sur le lien entre TS et violences au sein du couple	page 13
5-Les résultats chiffrés et leurs conséquences	page 18
6-Les limites de l'estimation et les perspectives d'amélioration	page 23
Annexe : Des études sur le lien entre violences au sein du couple et suicide	page 24

**TS : tentative de suicide*

Ce livrable a été coordonné et en grande partie rédigé par Marc Nectoux (équipe Psytel). Il a reçu les contributions de Donatienne Portugaels, Claire Stappaerts et Chiara Scaillet (équipe MEFH).

1-Les suicides et TS de femmes en France

Les suicides en France :

- Avec environ 8 500 décès par suicide par an, la France présente un taux de suicide plus élevé que la moyenne européenne. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique dont l'impact en termes humains et économiques est important. A ce chiffre, il faut ajouter environ 100 000 tentatives de suicide donnant lieu à un contact avec le système de soins par an. La France fait donc bien partie des pays européens les plus touchés par ce fléau.

- Les chiffres sur les suicides sont fournis en France par le CépiDc de l'Inserm (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). Les données de mortalité sont issues de la déclaration et de la codification des causes de décès. Elles sont collectées de manière officielle et régulière en France depuis 1968. Elles constituent une information essentielle pour décrire un phénomène sanitaire. La très grande majorité des problématiques de santé connues est évaluée à travers le nombre de décès observés, prédits ou estimés (vague de chaleur, alcool, tabac, grippe, Ebola, etc.), et le déploiement de la certification électronique (possibilité pour un médecin de certifier un décès via un site web) renforce la possibilité de donner une réponse pertinente et rapide sur un sujet. Cependant, les chiffres de mortalité les plus récents accessibles au public sur le site du CépiDc-Inserm concernent l'année 2016, soit un décalage de 4 années pleines entre la collecte et la publication des chiffres consolidés officiels.

- Nous présentons ci-dessous les tableaux des effectifs des décès par suicides du CépiDc de 2010 à 2016, suivant l'âge et le sexe :

Effectif des décès par suicide en France

Code CIM :

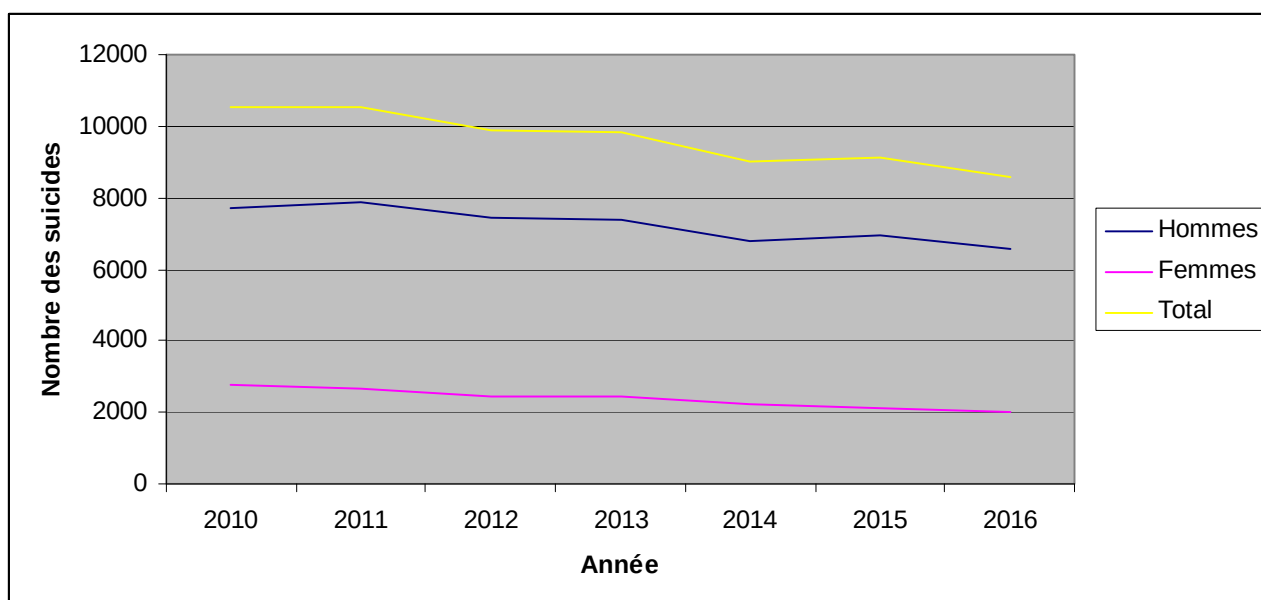
X60-X84	Suicides
---------	----------

Zone : France
entière

Sexe	Total	<1 an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
2016													
H	6566	0	0	14	272	638	973	1443	1184	755	759	489	39
F	2014	0	0	13	102	151	239	429	401	282	239	146	12
T	8580	0	0	27	374	789	1212	1872	1585	1037	998	635	51
2015													
H	6974	0	0	16	294	651	1141	1528	1211	809	817	486	21
F	2135	0	0	15	77	131	291	501	409	309	245	146	11
T	9109	0	0	31	371	782	1432	2029	1620	1118	1062	632	32
2014													
H	6780	0	0	17	290	699	1129	1446	1146	716	860	461	16
F	2253	0	0	13	97	176	307	485	446	303	270	147	9
T	9033	0	0	30	387	875	1436	1931	1592	1019	1130	608	25
2013													
H	7393	0	0	20	334	724	1255	1655	1277	772	845	482	29
F	2426	0	0	11	124	169	337	527	465	365	265	149	14
T	9819	0	0	31	458	893	1592	2182	1742	1137	1110	631	43
2012													
H	7438	0	0	23	379	709	1296	1644	1198	767	911	485	26
F	2446	0	0	12	109	190	343	557	491	285	297	145	17
T	9884	0	0	35	488	899	1639	2201	1689	1052	1208	630	43
2011													
H	7887	0	0	27	378	802	1446	1728	1276	796	917	493	24
F	2637	0	0	14	130	173	407	615	569	278	290	148	13
T	10524	0	0	41	508	975	1853	2343	1845	1074	1207	641	37
2010													
H	7735	0	0	26	397	821	1442	1720	1236	739	880	455	19
F	2774	0	0	18	124	179	445	641	564	333	318	136	16
T	10509	0	0	44	521	1000	1887	2361	1800	1072	1198	591	35

Source : CépiDc-Inserm

- Voici le graphe de l'évolution de ces effectifs durant cette période :



Remarques :

- Globalement, même s'il reste élevé, le nombre des suicides connaît une baisse tendancielle en France : entre 2010 et 2016, le nombre de décès par suicide a diminué de 18,4%.
- Le nombre de suicides d'hommes est beaucoup plus important que celui de femmes. En 2016, les hommes décédés par suite d'un suicide représentent 76,5% des décès par suicide, les femmes 23,5%, soit plus de 3 fois moins.
- Le taux de décès par suicide est de l'ordre de 14 pour 100 000 personnes en 2014 ; selon le sexe avec 6 780 suicides d'hommes, il est de 21/100 000 et avec 2 253 suicides de femmes, il est de 7/100 000.
- Les suicides constituent environ 2 % de l'ensemble des décès, mais ce pourcentage diffère selon les tranches d'âge.
- La sous estimation de ce type de décès est évaluée par les épidémiologistes à environ 10 %.

Les tentatives de suicides (TS) en France :

- Une publication thématique de 2019 du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) publié par Santé publique France rapporte que : « près de 5% des 18-75 ans de la population générale déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois et plus de 7% déclarent avoir fait une TS au cours de sa vie. Les femmes étaient plus touchées que les hommes. Plusieurs facteurs associés aux comportements suicidaires y sont identifiés : avoir eu un épisode dépressif, avoir à faire face à des situations financières difficiles, le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf, l'inactivité professionnelle, **l'exposition aux violences**, ainsi que les événements traumatisants dans l'enfance ».
- L'exploitation des données du PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique) permet de suivre les nombres et taux

d'hospitalisation pour TS. L'analyse de ces données est circonscrite aux tentatives de suicide hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, incluant les séjours en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services des urgences. Toutefois, elle ne prend pas en compte les patients passés aux urgences après une tentative de suicide mais non hospitalisés, ni ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie, directement ou après leur passage aux urgences, sans hospitalisation préalable dans un service de médecine. En effet, les hospitalisations en établissement psychiatrique après une tentative de suicide sont mal renseignées dans le système d'informations hospitalier.

- Le nombre de séjours hospitaliers pour TS dans les établissements de courte durée était de plus de 100 000 par an entre 2008 et 2011. À partir de cette date, ce nombre a diminué progressivement, atteignant un peu moins de 89 000 hospitalisations en 2016 et 2017.

- La part relative des femmes hospitalisées pour TS est passée de 63,5% en 2008 à 61,1% en 2017, réduisant ainsi un peu l'écart entre les deux sexes. Mais le nombre des TS reste beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes, à l'inverse du nombre des suicides.

Tableau

Nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, nombre de patients hospitalisés et pourcentage de femmes, France, 2008-2017

	Année									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de séjours	100 530	103 309	105 062	102 760	96 361	90 094	91 745	89 319	88 819	88 762
Nombre de patients	87 525	89 783	91 203	89 473	84 487	78 980	79 868	78 128	77 091	77 066
Ratio séjour/patient	1,15	1,15	1,15	1,15	1,14	1,14	1,15	1,14	1,15	1,15
% de femmes	63,5	62,2	62,1	61,9	61,8	61,4	61,6	61,4	61,5	61,1

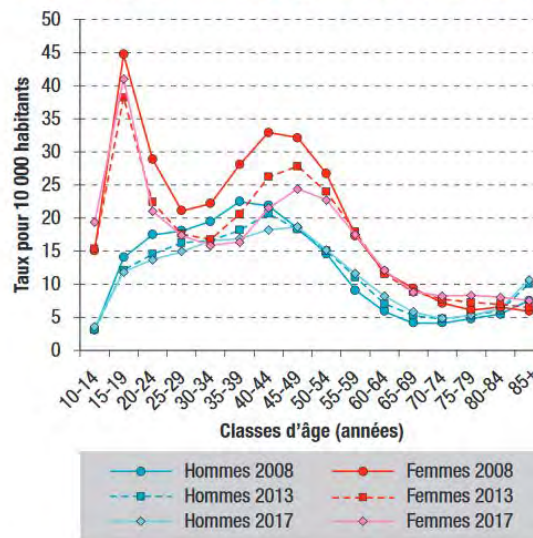
Source : ATIH, Santé publique France

- Si l'on examine maintenant le taux d'hospitalisation pour TS selon l'âge et le sexe (schéma suivant) on constate que quelle que soit l'année étudiée, les taux d'hospitalisation pour TS par âge sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf au-delà de 85 ans.

- Cette analyse confirme la situation préoccupante pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. C'est dans cette population que le taux le plus élevé est systématiquement observé quelle que soit l'année.

Figure 2

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et la classe d'âge, France, 2008, 2013 et 2017



Lecture : D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes de 15-19 ans était de 45 pour 10 000.

Source : ATIH ; analyses Santé publique France.

- Les Baromètres santé sont des enquêtes périodiques, menées depuis 1992, qui visent à mieux cerner les connaissances, les attitudes, les croyances et les comportements des Français en matière de santé. D'après le Baromètre santé de 2017, 7,2% (n=1 742) des 18-75 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (9,9% des femmes vs 4,4% des hommes) et 0,39% (n=75) au cours des 12 derniers mois (0,29% des hommes vs 0,48% des femmes).

- Les principales raisons déclarées par les personnes pour expliquer leur geste étaient : « familiales » (49,2% ; 37,7% des hommes vs 54,1% des femmes), « sentimentales » (40,8% ; 46,5% vs 38,4%), « professionnelles » (10,3% ; 15,6% vs 8,1%) et liées à leur état de « santé » (10,3% ; sans différence significative selon le sexe). Ces « raisons familiales » ou « sentimentales » peuvent bien entendu recouvrir assez fréquemment sans doute, et d'une façon assez pudique, un contexte de conflit au sein du couple.

- Par ailleurs, cette étude montre que les événements de vie traumatisants, les problèmes intrafamiliaux et les violences sexuelles sont fortement associés aux TS au cours de la vie. Ainsi, selon l'ordre d'importance, les violences sexuelles subies au cours de la vie multiplient par 3,5 chez les femmes le risque de TS, les climats familiaux violents par 2,2 pour les deux sexes.

- Si l'on examine les comorbidités associées à ces TS dans les données du PMSI-MCO, les pathologies le plus fréquemment notées sont la dépression (32% des séjours - 34% chez les femmes, 29% chez les hommes), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (23% des séjours - 18% chez les femmes, 32% chez les hommes) et les troubles anxieux (10% des séjours - 11% chez les femmes, 9% chez les hommes). Il est à noter que d'autres troubles psychiatriques sont plus rarement notés : troubles psychotiques (3%), troubles bipolaires (2%), troubles de l'alimentation (0,7%). On peut donc noter que les troubles que l'on retrouve le plus fréquemment chez les femmes ayant fait une TS (anxiété, dépression, comportements liés à l'alcool) sont aussi ceux que l'on retrouve comme conséquences des violences subies par les femmes en sein de leur couple.

Retour sur le lien de causalité :

- Catherine Le Magueresse, juriste, chercheuse associée à l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne et ancienne présidente de l'Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT), estime dans un article de Slate que : « les violences conduisant au suicide ou à une TS doivent être reconnues comme des féminicides et punies spécifiquement ».

- « Dans ce contexte, le suicide a pour auteur non pas la victime, mais l'agresseur, avance la spécialiste. Il faut remettre le focus sur le responsable, qui est l'homme violent. Ce n'est plus un suicide, car il est provoqué. Il y a un lien de causalité: s'il n'y avait pas eu ce comportement-là, elle ne serait pas morte.». À ses yeux, c'est ce lien de causalité qu'il est essentiel de reconnaître, au même titre que d'autres déjà pris en compte dans la loi. « Si je pousse quelqu'un dans la rue, que la personne tombe, se prend le bord du trottoir et en meurt, cela va être poursuivi et pénalisable sous l'infraction "violence ayant causé la mort sans intention de la donner". Pourquoi, quand une femme se tue à cause de violences psychologiques, voire physiques et sexuelles, qu'elle a subies, ce lien de causalité n'est-il pas pris en compte ? », interroge-t-elle.

- L'article de Slate précise que pour la juriste, la solution retenue par le Grenelle des violences conjugales serait la plus efficace pour incriminer le suicide de la conjointe ou du conjoint : « L'avantage de la circonstance aggravante, c'est que l'on n'a pas à prouver l'intentionnalité du conjoint de conduire l'autre au suicide, contrairement au délit existant de "provocation au suicide" - puni de trois ans d'emprisonnement et de 45.000 euros d'amende. Là, si le suicide dans un contexte de harcèlement est constaté, la circonstance aggravante est appliquée. ».

- « La question du harcèlement moral au travail est aussi assez récente. Il a fallu combien de suicides pour que ce soit reconnu ? Et puis c'était quasi exclusivement des hommes. Quand un homme se suicide, c'est une vraie violence, alors que quand c'est une femme, on met ça sur le compte de sa fragilité », dénonce la juriste.

2-Les suicides et TS de femmes en Belgique

Les chiffres des suicides en Belgique

- On recense environ **2 000** suicides par an en Belgique. Le suicide représente la 7^{ème} cause de mortalité de la population belge totale, toutes causes confondues. En se rapportant aux causes « externes » de décès, ce phénomène représente la première cause de mortalité¹. Il est important de préciser que la plupart des statistiques ne concernent que les **suicides aboutis**. Il n'existe, en effet, aucun relevé officiel des tentatives de suicides qui sont estimées être 10 à 20 fois plus nombreuses².

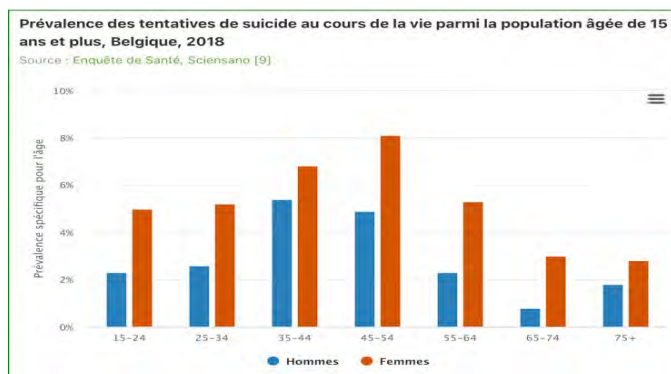
- Il est, toutefois, nécessaire d'être prudent·e·s à l'égard de ces chiffres en raison de l'existence d'une **sous-estimation** dans le nombre de décès causés par les suicides. Les raisons sont l'absence de critères précis pour déclarer les suicides et **le manque d'autopsies** qui auraient permis une identification de la cause du décès. La propension à déclarer un suicide peut varier en fonction, notamment, du médecin en charge de la certification, de critères d'ordre culturel ou religieux de la personne décédée ou de son entourage. Il en est de même concernant les déclarations de tentatives de suicides qui sont bien inférieures à la réalité³.

Certains groupes plus touchés ?

A. Critère du genre

- Le critère du genre a un fort impact dans les phénomènes de suicides et de tentatives de suicides. Les suicides **aboutis** concernent, pour une grande partie, les hommes. Les hommes se suicident, environ, **trois fois** plus que les femmes⁴.

Concernant les **tentatives** de suicides, la tendance est renversée : ce sont les femmes qui sont nettement plus touchées. En effet, la proportion de tentatives de suicide s'élève de 1 à 3 chez les hommes et **de 1 à 14** s'agissant des femmes⁵.



Parallèlement, selon un sondage réalisé en 2017, davantage de femmes ont déclaré avoir eu des **pensées suicidaires** durant leur vie par rapport aux hommes (16% contre 12%)⁶.

¹ Centre de prévention du suicide, « Chiffres », disponible sur <https://www.preventionsuicide.be/fr/je-cherche-des-infos/chiffres-belgique.html>, 2016.

² Centre de prévention du suicide, *ibidem*.

³ Santé Wallonie, « Tableau de bord de la santé en Wallonie », disponible sur http://sante.wallonie.be/sites/default/files/TBW_complet.pdf, 2009, pp. 112 et 115.

⁴ Centre de prévention du suicide, *op. cit.* et Santé Wallonie, *op. cit.*, p. 112.

⁵ Centre de prévention du suicide, *ibidem* et Santé Wallonie, *ibidem*, p. 115.

⁶ Belgium.be, *op. cit.*

- Les femmes envisagent et tentent donc plus de mettre fin à leurs jours alors qu'il y a davantage d'hommes qui y parviennent. Les chiffres étayent cette réalité : 1243 suicides ont été recensés chez la gente masculine contre 500 chez les femmes⁷.

- Les raisons expliquant ces taux de suicide plus élevés chez les hommes semblent être essentiellement sociétales. Les hommes auraient davantage de comportements impulsifs par rapport aux femmes. Ils auraient aussi plus recours à des moyens violents pour mettre fin à leurs jours tels que les armes à feu, la pendaison ou encore les explosifs alors que les femmes privilégieraient plus l'ingestion médicamenteuse⁸. En outre, les femmes seraient plus à l'abri de l'isolement affectif et social en raison du fait qu'elles s'impliquent, toujours à l'heure actuelle, davantage au sein de la sphère familiale⁹. Enfin, il apparaît que les hommes ont plus de difficulté à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin et utilisent également moins les services médicaux et les services d'aide¹⁰.

B. Critère de l'âge

- Les personnes les plus touchées par les comportements suicidaires sont les adolescents et les personnes âgées. On recense, en effet, un nombre important de tentatives de suicide à l'adolescence et de suicides aboutis chez les personnes âgées¹¹. Ainsi, chez les jeunes de moins de 25 ans, on relève 100 à 200 tentatives de suicides. Concernant les personnes âgées de plus de 65 ans, les suicides concernent 1 personne sur 2 ou 3¹².

C. Critère du niveau de diplôme

- Les comportements suicidaires sont également liés au niveau d'instruction des personnes concernées. Les personnes les moins formées ont 1,5 fois plus de risque de penser au suicide au cours de leur vie que les personnes ayant reçu le niveau d'instruction le plus élevé¹³. D'après une enquête réalisée en 2008, il y a davantage de tentatives de suicide au sein des personnes les moins scolarisées. On en recense ainsi 6,7% au sein du groupe de personnes ayant reçu le moins de formation contre 4,1% des diplômé-e-s de l'enseignement supérieur¹⁴.

Évolution des effectifs

- Le taux de mortalité lié au suicide est stable chez les hommes et a tendance à diminuer chez les femmes, en tout cas, en Wallonie. On relève ainsi un taux équivalent à 0,33 chez les hommes et un taux qui est descendu de 0,14 en 1989 à 0,10 en 2004 chez les femmes¹⁵.

Tableau 12 : Evolution du nombre de décès par suicide et des taux bruts de mortalité pour 1 000 habitants en Région wallonne de 1989 à 2004

Sources : SPMA (1989 à 1999) ; Communauté française (2004)

	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux/1000	Nombre	Taux/1000
1989	520	0,33	242	0,14
1994	611	0,38	203	0,12
1998	535	0,33	196	0,11
2004	545	0,33	174	0,10

⁷ Belgium.be, *ibidem*.

⁸ Santé Wallonie, « Suicides et tentatives de suicide », disponible sur <http://sante.wallonie.be>, 2008, p. 5.

⁹ Santé Wallonie, *ibidem*.

¹⁰ Santé Wallonie, *ibidem*.

¹¹ Centre de prévention du suicide, *op. cit.*

¹² Santé Wallonie, « Suicides et tentatives de suicide », p. 3.

¹³ Belgium.be, *op. cit.*

¹⁴ Santé Wallonie, « Suicides et tentatives de suicide », *op. cit.*, p. 3.

¹⁵ Santé Wallonie, « Tableau de bord de la santé en Wallonie », *op. cit.*

3-Les suicides de femmes en Europe et dans le monde

Les suicides dans le monde :

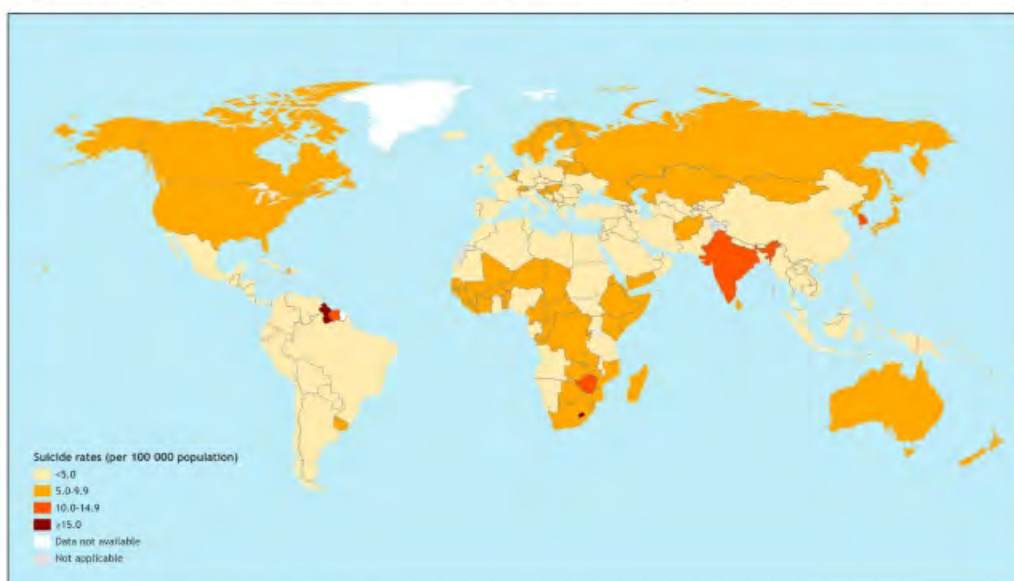
- Ce sont plus de 700 000 suicides qui sont comptabilisés à travers le monde en 2019, selon les derniers chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit un mort toutes les quarante secondes. Le suicide est un phénomène mondial, mais en fait, 77 % des suicides se sont produits dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2019. Le suicide représentait 1,3 % de tous les décès dans le monde, ce qui en fait la 17e cause de décès en 2019. Il était la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans dans le monde en 2019. Il faut encore remarquer que le nombre des TS est généralement 20 fois plus élevé que le nombre des suicides.

- Les raisons évoquées de ces décès sont diverses, suivant les pays, de l'accès libre aux armes à feu aux États-Unis à l'excès d'alcool en Russie. Mais, il ne faut surtout pas oublier, rappelle l'OMS, que le taux de suicide est bien plus fort au sein des pays à revenu faible. Il faut aussi évoquer la situation spécifique des femmes qui dans de nombreux pays sont enfermées dans un système patriarcal pesant qui peut s'avérer mortel pour elles.

- Ainsi, si le suicide touche les hommes près de trois fois plus que les femmes en France, c'est loin d'être le cas dans des pays comme le Bangladesh, le Lésoto (en Afrique du Sud) ou Myanmar (l'ex-Birmanie), où les femmes se suicident davantage que les hommes. Enfin, le pays où le nombre de suicides de femmes est le plus considérable est l'Inde avec 72 935 décès de femmes en 2019, soit un taux de 11,1 pour 100 000 femmes. Les quelques pays qui ont un taux standardisé sur l'âge plus élevé concernant la mortalité par suicide pour les femmes sont le Lésoto (34,6), la Guyane (17,0) et le Surinam (11,8).

- Ci-dessous, nous fournissons la carte mondiale publiée par l'OMS fondée sur le taux standardisé sur l'âge de la mortalité par suicide des femmes en 2019 :

Figure 2. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), females, 2019



- Un article du *The Lancet public health* publié en 2020, établi que 37% des femmes qui se suicident dans le monde vivent en Inde. Les punitions abusives, les mariages forcés, les agressions systémiques, les viols, les crimes d'honneur et tous les types de violences faites aux femmes ne manquent pas pour rendre compte de l'oppression que subissent les femmes indiennes.

- Plus proche de nous, au Maroc, les inégalités entre femmes et hommes sont criantes quand on les examine sous l'angle des suicides. Sur 1 013 cas de suicides enregistrés en 2016, 613 concernant des femmes. Un pourcentage très élevé, mais pas si étonnant, lorsque certains faits divers témoignent de la façon dont les droits des femmes sont peu respectés au Maroc : fréquence élevée des violences conjugales, harcèlement sexuel dans les rues et sur les plages ou encore interdiction de l'avortement qui induit des formes de répression auto-infligées.

- Le rapport de l'OMS sur les suicides dans le monde (2019) indique que : « Alors que le lien entre le suicide et les troubles mentaux (en particulier, la dépression et les troubles liés à la consommation d'alcool) est bien établi dans les pays à revenu élevé, de nombreux suicides surviennent de manière impulsive en période de crise avec une perte de capacité à faire face aux stress de la vie, tels que les problèmes, rupture relationnelle ou douleur et maladie chroniques. De plus, vivre un conflit, une catastrophe, de la violence, des abus ou une perte et un sentiment d'isolement sont fortement associés au comportement suicidaire. Les taux de suicide sont également élevés parmi les groupes vulnérables victimes de discrimination, tels que les réfugiés et les migrants, les populations indigènes, les personnes gays, lesbiennes, bisexuelles, transgenres, intersexes (LGBTI), et les prisonniers ».

- Ce qu'il faut retenir de ces chiffres, c'est que les phénomènes du suicide et des TS sont des faits sociétaux mondiaux majeurs, mais avec des caractéristiques différentes. Ainsi, le pourcentage de TS attribuable, comme cause principale, aux violences au sein du couple va être différent entre les grandes régions culturelles et géographiques. Le taux que nous allons déterminer dans le chapitre suivant pour la région Europe est sans doute un taux bas par rapport, par exemple, à la région de l'Asie du Sud-Est (au sens de l'OMS) d'après les données de mortalité en notre possession et les contextes culturels que nous percevons encore plus défavorables aux droits des femmes.

Les suicides en Europe :

- Pour terminer ce chapitre, nous fournissons le taux standardisé de mortalité par suicide chez les femmes en 2016 par ordre décroissant dans les États membres (EM) EU27 :

Données 2016	Taux de suicide chez les femmes
Belgium	9,51
Hungary	8,21
Lithuania	7,84
Croatia	7,22
Sweden	7,14
Netherlands	7,12
Slovenia	7,12
Latvia	6,62
Austria	6,36
Finland	6,06
France	5,86
Germany	5,37
Estonia	5,10
Denmark	4,96
Luxembourg	4,75
Czechia	4,73
Bulgaria	4,00
Portugal	3,82
Ireland	3,65
Spain	3,65
Romania	3,06
Poland	3,02
Italy	2,39
Slovakia	2,15
Malta	1,69
Greece	1,41
Cyprus	1,12
Moyenne	4,96

Source : Eurostat - Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence

Remarques :

- La Belgique est l'EM le plus touché par le phénomène des suicides chez les femmes avec un taux standardisé de 9,51 pour 100 000. La France avec un taux 5,86 se situe légèrement au-dessus de la moyenne (4,96).
- La variabilité de ce taux est importante entre les différents EM, puisque la Belgique a un taux plus de 8 fois supérieur au taux de Chypre.

4-Les études sur le lien entre TS et violences au sein du couple

- Les études portant sur le lien entre violences au sein du couple (VSC) et suicides ou tentatives de suicide (TS) ou pensées suicidaires sont très rares et donc *a fortiori* le chiffre des suicides forcés de femmes victimes de VSC qui est de fait inexistant. Nous appuierons l'estimation faite dans ce livrable sur les quelques études existantes.

Quelques études antérieures :

- Selon diverses études (les références complètes des études se trouvent dans le document en annexe) provenant d'Europe et du reste du monde, **l'impact sur la santé physique et psychologique des violences entre partenaires intimes** est non négligeable. La santé mentale des victimes est lourdement fragilisée, avec des risques plus importants de développer :

- De l'anxiété (Coker et al., 2004 ; Pico-Alfonso et al., 2006 ; Hirigoyen, 2009 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Chang et al., 2018) ;
- Des troubles du sommeil (Hirigoyen, 2009) ;
- Des troubles alimentaires (Chang et al., 2018) ;
- Des troubles psychosomatiques (céphalées, douleurs chroniques, difficultés à respirer, etc.) (Hirigoyen, 2009) ;
- Une addiction (Chauvin, 2002 ; Coker et al., 2004 ; Hirigoyen, 2009) ;
- Un état de Stress Post-Traumatique (Coker et al., 2004 ; Pico-Alfonso et al., 2006 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Chang et al., 2018) (plus qu'en cas de violence sexuelle subie dans l'enfance) (Chauvin, 2002) ;
- Une dépression (Coker et al., 2004 ; Pico-Alfonso et al., 2006 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Devries et al., 2013 ; Chang et al., 2018) (plus qu'en cas de violence sexuelle subie dans l'enfance) (Chauvin, 2002) (plus de la moitié des femmes victimes) (Hirigoyen, 2009).

- Le **risque de suicide** est également prédit par les violences entre partenaires intimes selon plusieurs études longitudinales (Devries et al., 2013). En effet, il existe une forte corrélation entre violence entre partenaires et idéation suicidaire (Pico-Alfonso et al., 2006 ; Chan et al., 2008), par l'entremise de la dépression (Chan et al., 2008). 76% des victimes de l'enquête de Citoyenne féministe (2019) avaient des idées suicidaires, cela serait plus de 7 fois le taux retrouvé chez les non-victimes (Afifi, et al., 2009, cités par Cavanaugh et al., 2011). Selon les études (Chan et al., 2008 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Citoyenne féministe, 2019), de 20% à 29% des victimes de violences entre partenaires intimes avaient tenté de se suicider au moins une fois. Le taux serait de 5 à 8 fois supérieur au taux de la population générale (Chauvin, 2002 ; Hirigoyen, 2009).

- Le **risque de comportements suicidaires varierait** en fonction :

- De la présence chez la victime d'une maladie chronique ou invalidante, les multipliant par 2,4, et éventuellement du fait d'un isolement social et d'un contrôle de la part du conjoint plus importants (Cavanaugh et al., 2011) ;
- De l'âge, les plus jeunes étant plus à risque (Cavanaugh et al., 2011) ;
- De l'ethnicité, puisque les afro-américaines avaient un risque de 40% plus faible que les latino-américaines (Cavanaugh et al., 2011) ;
- Des comportements suicidaires du conjoint (Cavanaugh et al., 2011) ;
- De la sévérité (Coker, et al., 2002; Sato-DiLorenzo & Sharps, 2007, cités par Cavanaugh et al., 2011) , entre autres la létalité potentielle (Sato-DiLorenzo & Sharps, 2007, cités par Cavanaugh et al., 2011), de la violence subie. Cependant, selon Pico-Alfonso *et al.* (2006),

l'impact de la violence serait identique qu'elle soit uniquement psychologique ou à la fois psychologique et physique.

- Le **support social** reçu lorsque la victime parle de la violence subie est **facteur de protection** contre les idées et les comportements suicidaires (Coker et al., 2004)
- L'espoir pourrait à la fois être facteur de protection, comme facteur de risque. Ce dernier cas parce que trop d'espoir pourrait amener plus de vulnérabilité à l'accumulation d'événements de vie stressants (Chang et al., 2018).
- Ces constats s'expliquent : en raison du fait qu'en cas de crainte pour leur vie, les victimes peuvent envisager le suicide comme seul moyen d'exercer un contrôle sur une situation devenue intenable (Cavanaugh et al., 2011 ; Citoyenne féministe, 2019) ; la sensation que le suicide est la seule solution afin de mettre fin à la douleur ressentie ; la volonté de trouver la « paix » ; la volonté de se conformer aux attentes de l'agresseur ; la sensation d'être incapable de vivre sans l'auteur des violences ; ou encore la multiplication des contraintes (Citoyenne féministe, 2019).
- Selon Wolfort-Clevenger et Smith (2017), le **contrôle coercitif** présent dans certaines situations de violences entre partenaires intimes est **fortement associé aux comportements suicidaires**, lien expliqué par la théorie de la vulnérabilité fluide (détaillée en annexe).
- Dans l'étude de Sylvia Walby (Université de Leeds - UK) de 2004 « The cost of domestic violence », il est fait état du fait qu'il existe des preuves d'une forte association entre la violence domestique et tentative de suicide. Au Royaume-Uni, 1 497 décès de femmes par suicide ont été enregistrés en 2000, et après enquête 188 sont imputables directement au VSC, **soit 12,5 %**.
- L'étude de Psytel (France) de 2008 menée dans le cadre d'un projet européen DAPHNE « Estimation de la mortalité par violences conjugales en Europe » prend en compte, pour la France, les données issues de l'enquête ENVEFF renseignant le taux de tentatives de suicide chez les femmes ayant subi des violences graves et chez celles ayant subi des violences très graves. L'étude conclut à un taux de **13 % de suicide en lien direct avec les VSC**.
- L'étude spécifique la plus récente sur le sujet est celle de l'Université du Kentucky (USA). Cette étude du département d'épidémiologie (Sabrina Brown et Jacqueline Seals), publiée dans *Journal Injury and Violence* de janvier 2019 avait pour but de déterminer le pourcentage des suicides dans le Kentucky entre 2005 à 2015 où des problèmes avec le partenaire intime, y compris des violences, ont été identifiés. Les données de l'État du Kentucky issues du Système national d'enregistrement des morts violentes (NVDRS) ont été utilisées à cette fin. Le NVDRS enregistre les informations des certificats de décès et les rapports d'enquête des médecins légistes, des forces de l'ordre, de toxicologie et les rapports médico-légaux. Les chercheuses ont repris les dossiers de tous les suicides de la période, soit un total de 7 008 suicides. Elles ont ainsi identifié 1 327 cas (26 % des cas documentés) de suicides où étaient évoqués « des problèmes au sein du couple » (séparation, divorce, méfiance, jalousie, discorde) et/ou des violences au sein du couple. L'étude distingue en effet « problèmes au sein du couple » et « violences au sein du couple », le second étant l'une des catégories possibles du premier. 575 cas de problèmes au sein du couple sur 1 327 (soit 43 %) comportaient aussi au moins un élément de violence au sein du couple (physique, sexuelle, psychologique). Cependant, les résultats fournis dans l'article ne sont pas suffisamment genrés pour différencier ces résultats suivant le sexe du défunt. Le résultat global, utile pour notre

estimation est donc le suivant : dans **11 % des suicides étudiés** (43 % des 26 %), la violence du partenaire intime a contribué au suicide.

Utilisation des résultats de l'enquête Virage :

- Nous allons maintenant exposer les déductions que nous pouvons faire sur cette question en utilisant les résultats de l'enquête Virage. La publication récente des premiers résultats concernant les violences psychologiques issus de l'enquête *Violences et rapports de genre : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et les hommes* - enquête dite Virage, apporte en effet un nouvel éclairage. Cette enquête est une enquête de grande envergure réalisée en France auprès de 27 268 femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans avec l'objectif de mesurer l'ampleur des violences subies tant par les femmes que par les hommes et d'objectiver leur prévalence à l'aide d'autres informations sur les contextes et les conséquences des violences. La collecte des données a été menée en 2015.

- Au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, les violences dans la sphère conjugale sont recueillies par 32 questions (24 portant sur les insultes et les faits d'ordre psychologiques, 6 sur les violences d'ordre physique et 2 sur les violences sexuelles). Le rapport spécifique établi pour ce groupe de travail par l'équipe Virage (*Elizabeth Brown, Magali Maruy et l'équipe Virage - document du 15 octobre 2019*) indique que « sur 1000 femmes en couple ou l'ayant été dans l'année, 179 déclarent des violences psychologiques (insultes, dénigrement, ambiance menaçante, chantage économique, menace sur les enfants), 13 des violences physiques et 3 des violences sexuelles, sachant que ces faits peuvent se combiner, les violences physiques et sexuelles étant toujours associées à de la violence psychologique ».

- Les violences psychologiques sont fréquentes, multiples et répétées pour les femmes indique l'équipe : **17,9 % des femmes interrogées en couple ou récemment séparées** (ayant eu une relation de couple qui a duré au moins 4 mois pendant les 12 derniers mois) déclare donc au moins un fait de violence psychologique dans les 12 derniers mois. **Parmi elles**, 30 % ont déclaré au moins trois faits de violences psychologiques et **31 % au moins un fait fréquent** (« souvent », « presque toutes les semaines », « tous les jours ou presque »). L'équipe ajoute que : « les déclarations de violences physiques ou sexuelles s'accompagnent presque toujours de déclarations de faits de violence psychologique, notamment jalousie et contrôle, insultes et dénigrement, ambiance menaçante ».

- Quant aux idées noires et aux tentatives de suicide dans les 12 derniers mois, les résultats issus de Virage sont les suivants : « Parmi les femmes qui ont déclaré avoir subi des faits de violence psychologique dans les 12 derniers mois, 22,3 % ont aussi répondu avoir eu à plusieurs reprises *des idées noires, pensé qu'il vaudrait mieux être morte, ou pensé à se faire du mal, au cours des deux dernières semaines* (versus 14,5 % de celles qui n'ont pas déclaré de violences psychologiques). **Plus d'une femme sur 200 (0,6 %) ayant rapporté des faits de violence psychologique déclare avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois** soit quatre fois plus que les femmes ne déclarant pas de violence (0,15 %) ».

- Le rapport contient bien d'autres données utiles, mais on retiendra deux constatations essentielles : **17,9% des femmes en couple ou récemment séparées déclarent avoir subi au moins un fait de violence psychologique dans les 12 derniers mois. Ces faits peuvent être multiples (dans 30 % des cas) et fréquents (dans 31 % des cas). Par ailleurs, les déclarations de violences physiques et sexuelles sont toujours associées aux déclarations de violence psychologique.**

- C'est à partir de ces éléments que nous allons pouvoir mener notre calcul. Nous savons donc que :

- sur 1000 femmes (de 20 à 69 ans) en couple ou l'ayant été dans l'année, 179 déclarent des violences psychologiques = 17,9% ;

- 0,6 % des femmes ayant rapporté des faits de violence psychologique déclarent avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois ;

- les données françaises du recensement 2017 publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) permettent de connaître le nombre de femmes de 20 à 69 ans vivant en couple.

Age	Effectif des femmes vivant en couple
20-24 ans	505 054
25-39 ans	4 165 475
40-54 ans	4 549 776
55-64 ans	2 818 135
65-69 ans	916 288
TOTAL	12 954 728

Source : INSEE - recensement 2017

- La caractéristique principale des violences conduisant au suicide forcé, c'est d'être des violences psychologiques répétées. Nous savons que parmi les femmes victimes de violences psychologiques (17,9%), 31 % au moins le sont de façon fréquente. Nous pouvons donc en déduire le nombre de femmes de 20 à 69 ans vivant en couple et victimes de violences psychologies répétées :

$$12\,954\,728 * 0,179 * 0,31 = 718\,858.$$

Parmi elles, 0,6% déclare une TS dans les 12 derniers mois, soit $718\,858 * 0,006 = 4\,313$.

- Par ailleurs, nous pouvons connaître le nombre total des TS chez les femmes de cette tranche d'âge en nous appuyant sur le taux d'hospitalisation de femmes pour TS par tranche d'âge :

Age	Taux d'hosp. pour TS chez les femmes pour 10 000	Effectif	Nb de F ayant fait une TS
20-24 ans	21,0	1 847 931	3 881
25-29 ans	17,5	1 959 657	3 429
30-34 ans	15,5	2 083 199	3 229
35-39 ans	16,0	2 107 354	3 372
40-44 ans	21,5	2 173 191	4 672
45-49 ans	24,5	2 277 584	5 580
50-54 ans	23,0	2 278 806	5 241
55-59 ans	17,5	2 204 281	3 857
60-64 ans	12,0	2 129 322	2 555
65-69 ans	9,0	2 054 263	1 849
		21 115 588	37 666

Source : ATIH, Santé publique France

- Nous pouvons donc calculer le % de TS attribuable aux violences psychologiques fréquentes au sein du couple parmi l'ensemble des TS pour les femmes de 20 à 69 ans : $4\,313 / 37\,666 = 11,5 \%$
- Constatons en définitive que, bien qu'il y ait peu de données chiffrées sur le sujet, les résultats de ces études convergent vers un ordre de grandeur commun entre 11% et 13 % de TS imputables principalement aux violences au sein du couple. C'est cette borne inférieure de 11 % que nous allons utiliser pour la suite de nos calculs.

5-Les résultats chiffrés et leurs conséquences

La méthode utilisée :

- Nous ne pouvons pas, bien entendu, avoir un accès direct ex post aux raisons qui ont conduit un être humain à se suicider. Il est malheureusement trop tard pour avoir son témoignage. Les « autopsies psychologiques » qui sont par définition « une procédure post-mortem d'investigation visant à établir et évaluer les facteurs de risques de suicide présents au moment du décès, dans le but de déterminer avec le plus haut degré de certitude le mécanisme ayant conduit à la mort » sont encore trop rares pour être utilisées dans une approche quantitativiste. Par contre, nous pouvons mieux connaître, bien que toujours imparfaitement, les raisons qui ont conduit des femmes à faire une TS, c'est ce que nous avons vu dans le chapitre précédent. On sait bien que les raisons d'un suicide sont multifactorielles, cependant, les études épidémiologiques nous apprennent que le facteur prédictif le plus fort d'un suicide est le fait d'avoir déjà fait une TS. Il y a donc un lien très puissant entre suicide et TS, les mêmes causes produisant les mêmes effets en plus extrême. C'est ainsi que, faute d'une autre méthode scientifiquement plus assurée, nous sommes conduits à formuler l'hypothèse d'une même distribution des causes de TS dans les causes des suicides.

- Les témoignages recueillis dans de nombreux cas de suicide forcé avéré, dont nous avons fourni quelques exemples dans le livrable précédent « État des lieux de la notion de suicide forcé en Europe », nous confortent dans cette hypothèse que les violences psychologiques au sein du couple peuvent être la cause principale d'un passage à l'acte. Les comorbidités généralement associées à ces actes (dépression, troubles anxieux, etc.) peuvent aussi s'interpréter comme des conséquences de ces violences.

- Cette raison « faute de mieux » scientifiquement, associée aux études épidémiologiques sur les causes de TS et aux constations faites dans les observations de cas conduites par les expert.e.s en matière de violence au sein du couple, nous conduit à valider l'hypothèse d'un pourcentage de suicides attribuable aux violences au sein du couple **a minima autour de 11%**. Ce chiffre ne vaut que pour les pays des régions Europe et Amérique (au sens de l'OMS) du fait des quelques études sur lesquelles il s'appuie (États-Unis, Royaume-Uni, France).

Estimation du nombre des SF en Europe :

- Nous partons donc de l'examen du nombre de suicides de femmes par classes d'âge pour les EM de l'UE27 fourni par Eurostat pour 2017 qui est l'année la plus récente avec des chiffres complets de mortalité publiés (Causes of death - deaths by country of residence and occurrence) pour ces pays. Les données brutes sont les suivantes concernant les suicides de femmes :

Nombre de suicides de femmes par tranche d'âge et EM en 2017

AGE	From 15 to 24 years	From 25 to 29 years	From 30 to 34 years	From 35 to 39 years	From 40 to 44 years	From 45 to 49 years	From 50 to 54 years	From 55 to 59 years	From 60 to 64 years	From 65 to 69 years	From 70 to 74 years	From 75 to 79 years	From 80 to 84 years	Total
Belgium	25	16	28	35	25	46	65	60	50	44	27	26	24	471
Bulgaria	5	3	2	11	8	15	11	9	18	21	13	19	14	149
Czechia	22	13	14	17	21	20	35	32	27	26	25	12	14	278
Denmark	11	10	3	7	10	14	12	21	14	15	15	12	10	154
Germany	122	57	105	92	99	161	293	231	197	160	155	231	152	2 055
Estonia	5	2	2	1	1	7	2	4	9	3	3	3	2	44
Ireland	13	7	6	8	6	5	11	4	3	5	3	1	0	72
Greece	5	6	3	9	12	8	10	6	10	9	7	5	7	97
Spain	33	36	31	67	98	76	117	108	81	68	79	59	55	908
France	97	73	87	104	153	202	248	203	185	187	129	111	117	1 896
Croatia	6	3	5	11	11	11	16	20	11	18	6	19	18	155
Italy	34	24	39	50	80	97	86	70	67	71	63	80	39	800
Cyprus	2	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	6
Latvia	2	3	4	3	4	3	4	7	4	8	3	7	7	59
Lithuania	6	9	4	3	10	15	11	22	10	11	14	10	12	137
Luxembourg	1	2	1	1	2	2	1	3	1	0	0	0	1	14
Hungary	14	8	6	22	27	29	40	37	53	30	35	35	26	362
Malta	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
Netherlands	54	26	30	34	44	66	65	82	70	50	41	20	24	606
Austria	16	12	13	11	13	26	16	30	28	17	21	16	18	237
Poland	50	35	27	37	45	39	56	81	73	52	34	18	28	575
Portugal	11	8	7	9	24	28	36	23	25	31	21	14	16	253
Romania	14	11	15	18	22	41	28	34	33	34	22	25	25	322
Slovenia	4	2	2	0	4	5	11	11	12	5	5	9	6	76
Slovakia	0	2	3	4	8	4	10	8	12	5	7	0	0	63
Finland	29	15	16	17	13	15	18	20	16	15	16	10	7	207
Sweden	38	32	28	18	23	27	30	28	35	23	19	10	13	324
Total	620	416	481	589	764	962	1 233	1 155	1 045	908	764	752	635	10 324

Source : Eurostat - Causes of death - Intentional self-harm - Females - Annual 2017

- En appliquant uniformément notre pourcentage de 11% de SF à l'ensemble des suicides de femmes dans les EM, nous obtenons le tableau ci-dessous :

Etat membre	Nombre de suicides de femmes	Estimation du nombre de SF
Belgium	471	52
Bulgaria	149	16
Czechia	278	31
Denmark	154	17
Germany	2055	226
Estonia	44	5
Ireland	72	8
Greece	97	11
Spain	908	100
France	1896	209
Croatia	155	17
Italy	800	88
Cyprus	6	1
Latvia	59	6
Lithuania	137	15
Luxembourg	14	2
Hungary	362	40
Malta	4	0
Netherlands	606	67
Austria	237	26
Poland	575	63
Portugal	253	28
Romania	322	35
Slovenia	76	8
Slovakia	63	7
Finland	207	23
Sweden	324	36
Total	10 324	1 136

Source : Estimation Psytel à partir des données de mortalité Eurostat - 2017

On observe donc que :

- le nombre de suicides forcés en France en 2017 est estimé à 209 ;
- le nombre de suicides forcés en Belgique en 2017 est estimé à 52 ;
- le nombre total de suicides forcés dans les EM EU27 en 2017 est estimé à 1 136.

Les conséquences sur le nombre des féminicides en France en 2017 :

- Les chiffres produits chaque année depuis 2006 par la Délégation aux victimes (DAV) des directions générales de la police nationale et de la gendarmerie nationale sur les morts violentes

au sein du couple sont essentiels à la détermination du nombre des victimes. Ainsi, pour 2017, nous avons les chiffres suivants concernant les morts violentes :

Femmes victimes au sein du couple (féminicides) : 130

Hommes victimes au sein du couple : 21

Enfants victimes : 25

Victimes collatérales : 12

- Ces données restent incomplètes du fait qu'il nous manquait un chiffrage des suicides de femmes dont la cause principale est les violences qu'elles subissent au sein du couple, les « suicides forcés », comme conséquences ultimes des violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles subies. En ajoutant à ces données notre estimation du nombre de SF pour la France en 2017, nous obtenons :

Femmes victimes au sein du couple (féminicides) : 130

Femmes victimes d'un suicide forcé : 209

soit un total de 339 décès de femmes victimes de VSC pour 2017. Nous avons volontairement exclu de ce total les suicides des auteurs des homicides pour ne pas regrouper dans un même total les victimes et les auteurs des crimes, ni les enfants et victimes collatérales pour nous en tenir au seul nombre de femmes victimes. Cependant, il est vrai que nous additionnons ensemble des chiffres constatés (ceux de la DAV) et des chiffres estimés (ceux des suicides forcés), mais nous sommes ainsi assurément plus proches de la réalité qu'avec les seuls chiffres constatés.

- C'est donc près d'une femme victime par jour que font les violences au sein du couple en France en 2017 et non une tous les 3 jours, comme il est rapporté habituellement si l'on considère restrictivement les seules féminicides.

Les conséquences sur le nombre des féminicides en Belgique en 2017 :

- En Belgique, on dénombre en moyenne une quarantaine de féminicides par an, mais il n'y a pas encore de relevés officiels des pouvoirs publics. Il s'agit d'un recensement de la presse qui est réalisé par les associations via le blog « Stop Féminicide » : <http://stopfeminicide.blogspot.com/> . Le blog Stop Féminicide a été créé et est mis à jour par la Plateforme Féministe contre les Violences Faites aux Femmes. Cette plateforme regroupe des organisations indépendantes des gouvernements et des partis politiques qui souhaitent réfléchir et agir contre les violences envers les femmes en Belgique, à travers une lecture et une approche féministes. Ce blog répertorie les crimes, met des visages sur les chiffres et ce afin de faire pression sur les pouvoirs publics. Ainsi, pour 2017, nous avons les chiffres suivants concernant les morts violentes :

Femmes victimes au sein du couple (féminicides) : 43

Enfants victimes : 4

- Ces données restent incomplètes du fait qu'il nous manquait un chiffrage des suicides de femmes dont la cause principale est les violences qu'elles subissent au sein du couple, les « suicides forcés », comme conséquences ultimes des violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles subies. En ajoutant à ces données notre estimation du nombre de SF pour la Belgique en 2017, nous obtenons :

Femmes victimes au sein du couple (féminicides) : 43

soit un total de 95 décès de femmes victimes de VSC pour 2017. Nous avons volontairement exclu de ce total les enfants victimes pour nous en tenir au seul nombre de femmes victimes. Cependant, il est vrai que nous additionnons ensemble des chiffres constatés (ceux non officiels recensés dans la presse par les associations) et des chiffres estimés (ceux des suicides forcés), mais nous sommes ainsi assurément plus proches de la réalité qu'avec les seuls chiffres constatés.

- C'est donc près d'une femme victime tous les 4 jours que font les violences au sein du couple en Belgique en 2017 et non une tous les 10 jours, comme il est rapporté habituellement si l'on considère restrictivement les seules féminicides.

- En Europe EU27, c'est plus de 1 000 décès de femmes par suicide forcé que l'on doit ajouter au nombre des victimes de féminicides.

- Nous appelons donc les autorités politiques, les médias et les associations à se référer à ce chiffre qui est bien plus élevé, et hélas plus proche de la réalité, que les chiffres, déjà insupportables habituellement cités.

6-Les limites de l'estimation et les perspectives d'amélioration

Les limites de l'estimation :

- En suivant les étapes de notre raisonnement pour arriver à notre estimation du nombre des SF, nous avons successivement :
 - effectué la synthèse des trop peu nombreuses études concernant les causes possibles des tentatives de suicides chez les femmes ;
 - déterminé un pourcentage de TS imputable principalement aux VSC ;
 - émis l'hypothèse que l'on pouvait appliquer ce pourcentage de cause de TS aux causes des suicides aboutis eux-mêmes ;
 - appliqué ce même pourcentage à l'ensemble des EM en Europe EU27.
- Nous avons par ailleurs appliqué une règle prudentielle en choisissant la borne inférieure du pourcentage de cause de TS attribuable aux VSC, en étant conscient que le nombre des suicides relevé dans les mécanismes officiels de déclaration des causes de mortalité est systématiquement sous-estimé, en explicitant clairement notre procédure de calcul et ses faiblesses possibles.
- Nous sommes conscients que ce mécanisme de chiffrage n'est pas scientifiquement assuré, mais qu'il conduit à un « ordre de grandeur raisonné ». Il nous semble que nous sommes plus proches de la vérité concernant l'ampleur du nombre de décès de femmes victimes de VSC en incluant ce chiffrage qu'en l'excluant !

Les moyens de l'améliorer :

Il existe plusieurs pistes pour améliorer la robustesse de notre méthodologie :

Proposition 1 : Mener des études approfondies et spécifiques en France et d'en d'autres EM sur le lien existant entre VSC d'une part et tentatives de suicide d'autre part pour mieux éclairer, comprendre, chiffrer et prévenir les suicides forcés. Le présent projet y participe.

Proposition 2 : Relever systématiquement les données concernant les VSC possibles dans les enquêtes de police ou de gendarmerie post suicide, tout en « genrant » bien entendu les données recueillies. Cela revient à systématiser les procédures d'autopsie psychologique pour mieux approfondir les causes des suicides.

Proposition 3 : Sensibiliser et former les personnels de première ligne (policiers, gendarmes, pompiers, personnels des urgences) à l'existence et à la détection des tentatives de suicides en lien avec les violences au sein du couple.

Annexe : Des études sur le lien entre violences au sein du couple et suicide ou TS

Il est indispensable de considérer la violence au sein du couple comme un **problème de santé publique**. En effet, selon les chiffres de l'OMS, les femmes victimes de violences entre partenaires intimes perdent une à quatre années de vie en bonne santé. En outre, ces violences multiplient par deux les dépenses relatives aux soins de santé pour ces femmes¹⁶. Il est également important de préciser que les coûts des violences conjugales s'élèveraient au chiffre impressionnant de 16 milliards d'euros en Europe¹⁷.

Plusieurs études se sont données pour objectif d'analyser les **conséquences** des violences entre partenaires intimes sur la **santé mentale** des femmes, certaines ayant mis en évidence les corrélations entre ces violences et les tentatives de suicides faites par les femmes victimes. Une présentation de ces articles est dressée dans les lignes qui suivent.

Note : Nous supposons logiquement que les chiffres renseignés dans les articles concernent la vie jusqu'alors lorsqu'aucune autre durée n'est mentionnée.

- **Article n°1** : Morvant, C., Lebas, J., & Chauvin, P. (2002). *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/PierreChauvin/publication/10900409_Consequences_of_domestic_violence_on_women%27s_health_and_their_management_in_primary_health_care/links/5c8fc216299bf14e7e844d97/Consequences-of-domestic-violence-on-womens-health-and-their-management-in-primary-health-care.pdf [France]

Une étude menée en 2002 s'attellant à analyser les **conséquences** des violences conjugales sur la **santé des femmes** a dégagé certaines conclusions.

Tout d'abord, il est important de noter que la **moitié** des femmes qui font l'objet d'une **hospitalisation en psychiatrie** souffre de violences de la part leur partenaire¹⁸.

En outre, le risque de **syndrome post-traumatique** et de **dépression** paraît être plus important dans des contextes de violences conjugales que de violences sexuelles subies dans l'enfance¹⁹.

Il en est de même en ce qui concerne la **consommation de psychotropes**, laquelle est très élevée chez ces femmes victimes. Elle est, en effet, 4 à 5 fois plus importante comparativement à la population générale²⁰.

Enfin et plus fondamentalement, en conséquence des précédents éléments, elles feraient **5 fois plus de tentatives de suicide** comparé à la population générale²¹.

¹⁶P. Chauvin, « Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care », disponible sur https://www.researchgate.net/profile/PierreChauvin/publication/10900409_Consequences_of_domestic_violence_on_women%27s_health_and_their_management_in_primary_health_care/links/5c8fc216299bf14e7e844d97/Consequences-of-domestic-violence-on-womens-health-and-their-management-in-primary-health-care.pdf, février 2002.

¹⁷Société Civile Psytel, « Estimation du coût des violences conjugales en Europe », disponible sur https://docplayer.fr/188892125-Programme-daphne-ii-annee-estimation-du-cout-des-violences-conjugales-en-europe-ipv-eu_cost-projet-n-jls-dap-06-1-073-wy.html, 2007-2009, p. 47.

¹⁸P. Chauvin, *op.cit.*, p. 3.

¹⁹P. Chauvin, *ibidem*, p. 3.

²⁰P. Chauvin, *ibidem*, p. 3.

²¹P. Chauvin, *ibidem*, p. 3.

- **Article n°2** : Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Del-Colle, M., O'Sullivan, C., & Campbell, J.C. (2011). *Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior among Adult Female Victims of Intimate Partner Violence*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152586/pdf/nihms282593.pdf> [USA]

Cette étude avait pour objectif de mettre en avant la prévalence et les corrélats des menaces de suicide et de tentatives de suicides chez 662 femmes victimes de violence entre partenaires intimes²².

Selon l'Institut national de la santé, les femmes victimes de violence entre partenaires intimes ont plus de risque d'avoir des pensées et/ou conduites suicidaires. En effet, une étude révèle que les femmes victimes ont **7 fois plus de risque** de présenter **des pensées suicidaires** par rapport aux femmes qui ne sont pas confrontées à ce type de violences. Par ailleurs, **une victime sur cinq** a menacé ou tenté de se suicider au cours de sa vie²³.

L'article adopte une **perspective intersectionnelle** intéressante.

Ainsi, les femmes souffrant de maladie chronique ou invalidante présentaient 2,4 fois plus de risques d'avoir menacé ou tenté de se suicider que les autres²⁴. Ces données peuvent s'expliquer en raison du fait que ces personnes peuvent être davantage isolées socialement et contrôlées par leur conjoint et peuvent donc voir le suicide comme étant la seule porte de sortie envisageable²⁵. Les femmes plus jeunes sont significativement plus touchées²⁶.

L'ethnicité constitue également une variable importante puisque les victimes afro-américaines sont 40% moins susceptibles d'avoir menacé ou tenté de se suicider que les latino-américaines²⁷.

De plus, **certaines circonstances** peuvent aggraver le risque que les victimes de violences menacent ou tentent de se suicider.

Pour commencer, les victimes présentant un risque plus important de subir des **agressions** potentiellement **mortelles** de la part de leur partenaire intime encourent une probabilité sensiblement plus élevée d'avoir menacé ou tenté de se suicider²⁸.

En outre, les **sérvices graves** infligées par le conjoint ainsi que la **dangerosité** de celui-ci ont également un impact²⁹.

Ces constats s'expliquent en raison du fait qu'en cas de crainte pour leur vie, les victimes peuvent envisager le suicide comme seul moyen d'exercer un contrôle sur une situation devenue intenable. Le danger considérable encouru dans le cadre d'une relation violente impacte la **santé mentale** des femmes qui en sont victimes qui ont plus de risque de subir un syndrome de stress post-traumatique, de l'anxiété et de la dépression. Ces conséquences attachées à la violence grave sur la santé mentale des femmes aggravent, à leur tour, la probabilité que les victimes aient des pensées suicidaires³⁰.

Finalement, il est apparu que les femmes victimes dont le **conjoint avait menacé ou tenté de se suicider** présentaient un risque plus élevé d'avoir elles-mêmes menacé ou tenté de se suicider³¹.

²² National Institutes of health, « Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence », disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152586/pdf/nihms282593.pdf>, août 2011, p. 1.

²³ National Institutes of health, *ibidem*, p. 1.

²⁴ National Institutes of health, *ibidem*, pp. 5 et 6.

²⁵ National Institutes of health, *ibidem*, p. 7.

²⁶ National Institutes of health, *ibidem*, pp. 5 et 6.

²⁷ National Institutes of health, *ibidem*, pp. 5 et 6.

²⁸ National Institutes of health, *ibidem*, p. 6.

²⁹ National Institutes of health, *ibidem*, p. 6.

³⁰ National Institutes of health, *ibidem*, p. 6.

³¹ National Institutes of health, *ibidem*, p. 7.

- **Article n°3** : Devriers, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). *Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/pdf/pmed.1001439.pdf> [USA, Australie, Inde, Suède, Nicaragua, Afrique du Sud].

La présente revue systématique et méta-analyse, incluant des études longitudinales publiées avant février 2013, vise à étudier les liens existant entre la violence entre partenaires intimes et la dépression ainsi que les tentatives de suicide, et inversement³².

Certaines études ont, d'une part, révélé que les contextes de violence conjugale étaient fortement et systématiquement associés aux **troubles dépressifs et aux suicides**³³. Une enquête a mis en évidence que la violence entre partenaires intimes **doublait** le risque de souffrir de symptômes dépressifs³⁴.

Il existe, d'autre part, des associations dans le sens inverse. Une analyse a montré que les symptômes dépressifs doubleraient le risque que les femmes soient **victimes de violences conjugales**³⁵.

La présente étude confirme cette direction bidirectionnelle : les femmes souffrant de dépression sont plus susceptibles d'être dans une relation abusive mais le fait d'être dans une relation abusive prédit un trouble dépressif et augmente, de la sorte, le risque de tentative de suicide³⁶.

- **Article n°4** : Citoyenne Féministe. (2019). *Violences conjugales : dépression et envie suicidaire*. Retrieved from <https://static.mediapart.fr/files/2019/10/02/enquete-cf-violences-conjugales-et-envie-suicidaire.pdf> [France].

Le mouvement « Citoyenne Féministe » avait pour objectif, dans la présente enquête, de mettre en avant le phénomène des **suicides forcés**³⁷. 584 victimes ont répondu à un questionnaire en ligne.

Il ressort de son étude que 76% des victimes ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires, que **29%** d'entre-elles ont fait des **tentatives de suicides** et que 13% ont été hospitalisées en psychiatrie³⁸.

Ces chiffres s'expliquent au regard de plusieurs raisons : la sensation que le suicide est la **seule solution** afin de mettre fin à la douleur ressentie ; la volonté de trouver la « **paix** » ; l'envie de reprendre le **contrôle** par le biais du suicide ; la volonté de se conformer aux **attentes** de l'agresseur ; la sensation d'être **incapable de vivre** sans l'auteur des violences ou encore la **multiplication des contraintes**³⁹.

³² K. Devriers *et al.*, "Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts : a systematic review of longitudinal studies", disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/pdf/pmed.1001439.pdf>, 2013, p. 1.

³³ K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 1.

³⁴ K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 11.

³⁵ K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 11.

³⁶ K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 8.

³⁷ Citoyenne Féministe, « Violences conjugales : dépression et envie suicidaire », disponible sur <https://static.mediapart.fr/files/2019/10/02/enquete-cf-violences-conjugales-et-envie-suicidaire.pdf>, 2018-2019, p. 1.

³⁸ Citoyenne Féministe, *ibidem*, p. 3.

³⁹ Citoyenne Féministe, *ibidem*, pp. 3 à 5.

- **Article n°5** : Hirigoyen, M.-F. (2009). *De la peur à la soumission*. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-1-page-24.htm> [France]

Le présent article vise à mettre en lumière les **effets dévastateurs** de la violence conjugale sur la **santé des femmes** qui la subissent⁴⁰.

La violence entre partenaires intimes peut, tout d'abord, provoquer des **troubles psychiques** tels que l'anxiété, des troubles du sommeil, des difficultés pour se concentrer, etc. Ces difficultés entraînent, pour beaucoup de ces femmes, des consommations importantes d'alcool, de toxiques ou encore de médicaments psychotropes⁴¹.

Un certain nombre de **troubles psychosomatiques** peuvent également se présenter. Certaines femmes victimes peuvent ainsi souffrir de douleurs chroniques, de céphalées, de difficultés respiratoires, etc.⁴²

Il est important de mettre en lumière que la dépression touche plus de la moitié des femmes victimes de violences de la part de leur conjoint. Elles feraient également **5 à 8 fois plus de tentatives de suicide** par rapport à la population générale⁴³.

- **Article n°6** : Chan, K. L., Straus, M. A., Brownridge, D. A., Tiwari, A., & Leung, W. C. (2008). *Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide*. Retrieved from <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/60541/1/Content.pdf> [21 pays]

Il s'agit d'une enquête visant à mesurer la proportion, au sein d'un large échantillon **d'étudiant·e·s**, des personnes ayant perpétré de la violence physique et/ou sexuelle à l'encontre de leur partenaire intime. Il était également question de faire le lien entre les violences conjugales et les **idées suicidaires**⁴⁴.

Il ressort de l'étude qu'il existe une forte **corrélation** entre la **violence entre partenaires intimes** et les **idées suicidaires** et ce, tant du côté des auteurs que celui des victimes. C'est la **dépression** qui explique la relation entre la violence dans les fréquentations et les idées suicidaires⁴⁵.

Le sondage a également mis en avant le fait que les femmes exposées à de la violence entre partenaires intimes sont plus susceptibles que les autres d'avoir fait une **tentative de suicide**. Les taux des tentatives de suicide chez les femmes victimes s'élèvent de **20 à 26%**⁴⁶.

⁴⁰M. F. Hirigoyen, « De la peur à la soumission », *Empan*, 2009, p. 24.

⁴¹M. F. Hirigoyen, *ibidem*, p. 29.

⁴²M. F. Hirigoyen, *ibidem*, p. 29.

⁴³M. F. Hirigoyen, *ibidem*, p. 30.

⁴⁴K. Ling Chan *et al.*, « Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide », disponible sur <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/60541/1/Content.pdf>, s.d., p. 1.

⁴⁵K. Ling Chan *et al.*, *ibidem*, p. 1.

⁴⁶K. Ling Chan *et al.*, *ibidem*, p. 2.

- **Article n°7** : Chang, E. C., Yu, E. A., Kahle, E. R., Du, Y., Chang, O. D., Jilani, Z., Yu, T., & Hirsch, J. K. (2018). *The Relationship Between Domestic Partner Violence and Suicidal Behaviors in an Adult Community Sample: Examining Hope Agency and Pathways as Protective Factors*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/320289498_The_Relationship_Between_Domestic_Partner_Violence_and_Suicidal_Behaviors_in_an_Adult_Community_Sample_Examining_Hope_Agency_and_Pathways_as_Protective_Factors/link/5c34bca8299bf12be3b798d3/download [USA]

98 personnes de 18 à 64 ans ont participé à cette étude visant à déterminer les liens entre espoir, violences conjugales et idéations suicidaires.

La violence conjugale impacte lourdement la **santé mentale** des femmes qui la subissent. Elles sont, en effet, plus susceptibles de souffrir, entre-autres, de dépression, d'anxiété, de troubles alimentaires et de stress post-traumatique⁴⁷.

Des études ont mis en avant que **20 %** des femmes victimes de violences entre partenaires intimes avaient menacé ou avaient tenté de se suicider au cours de leur vie. Bien qu'on sache que les violences entre partenaires intimes peuvent aggraver les comportements suicidaires, peu d'études ont été menées afin de déterminer les potentiels **facteurs de protection** qui pourraient réduire le risque qu'elles adoptent ces dits comportements⁴⁸. C'est pourquoi le présent article vise à déterminer dans quelle mesure l'espoir pourrait avoir une influence à la fois sur les violences conjugales et sur le risque qu'elles entraînent des comportements suicidaires⁴⁹.

Les résultats de l'étude qui a été menée vont dans deux sens opposés : l'espoir peut effectivement atténuer la relation entre violence conjugale et comportements suicidaires mais il peut également **l'exacerber**. Une explication permettant de comprendre le deuxième effet est la suivante : le fait, pour une personne, d'avoir un niveau d'espoir élevé peut la rendre plus vulnérable quand elle est confrontée à une accumulation d'événements de vie stressants, comme c'est le cas lors d'expériences de violence conjugale. Il est toutefois, nécessaire de poursuivre les études afin de comprendre dans quelle mesure l'espoir peut être plus ou moins bénéfique pour les victimes de violence entre partenaires intimes⁵⁰.

- **Article n°8** : Wolford-Clevenger, C., & Smith, P. N. (2017). *The Conditional Indirect Effects of Suicide Attempt History and Psychiatric Symptoms on the Association Between Intimate Partner Violence and Suicide Ideation*. Retrieved from <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5647881&blobtype=pdf> [USA]

La présente enquête avait pour but l'approfondissement de la compréhension du lien entre la violence entre partenaires intimes et les comportements suicidaires, plus précisément dans la situation de femmes **cherchant un abri** auprès des professionnels *ad hoc*. L'étude visait à interroger

⁴⁷E. Chang, « The relationship between domestic partner violence and suicidal behaviors in an adult community sample: examining hope agency and pathways as protective factors », disponible sur https://www.researchgate.net/publication/320289498_The_Relationship_Between_Domestic_Partner_Violence_and_Suicidal_Behaviors_in_an_Adult_Community_Sample_Examining_Hope_Agency_and_Pathways_as_Protective_Factors/link/5c34bca8299bf12be3b798d3/download, 2018, p. 1400.

⁴⁸E. Chang, *ibidem*, p. 1400.

⁴⁹E. Chang, *ibidem*, p. 1402.

⁵⁰E. Chang, *ibidem*, pp. 1407 et 1408.

l'impact du **contrôle coercitif** sur les pensées suicidaires⁵¹. 134 femmes ont participé à cette étude transversale.

L'enquête met en évidence le fait que les victimes cherchant un abri présentent un risque accru d'avoir eu des pensées suicidaires et de faire des tentatives de suicide (34%) comparativement tant aux autres victimes qui ne demandent pas une telle aide (6,6%) qu'aux femmes au sein de la population générale (4,2%)⁵². Ces résultats peuvent, entre-autres, être justifiés en raison du fait que ces femmes sont soumises à un **contrôle coercitif** de la part de leur conjoint⁵³.

Le concept de contrôle coercitif renvoie à : « des stratégies répétitives, certaines étant violentes et d'autres non, dont les **effets cumulatifs** doivent être analysés dans leur contexte plus large de **domination** »⁵⁴.

Il se déploie à travers **deux mécanismes**.

D'une part, l'auteur peut avoir recours à de la coercition. Cette dernière vise toute stratégie adoptée par l'auteur des violences dans le but **d'avoir ce qu'il désire dans l'immédiat**. Le recours à la **force** ou la **menace de l'utiliser** constituent des méthodes qui peuvent être employées à cet égard⁵⁵.

D'autre part, l'agresseur peut utiliser la stratégie du contrôle. Le contrôle prend la forme d'une série de **stratégies** qui peuvent avoir lieu à différents moments au cours de la relation. Elles peuvent se concrétiser par des **privations de droits et de ressources et l'imposition de micro-régulations**. Ces dernières renvoient à des règles dictées par le bourreau qui peuvent prendre des formes multiples et qui visent à maintenir le contrôle et la domination de l'auteur sur sa victime⁵⁶.

☐ Ainsi, à l'inverse de la violence entre partenaires intimes qui se manifeste par des actes se déroulant selon une certaine gradation et de manière épisodique, la notion de contrôle coercitif renvoie aux **stratégies cumulatives et invisibles** que le conjoint met en place et dont certaines peuvent être vues comme étant de moindre gravité⁵⁷.

De nombreuses études ont, en effet, mis en avant que le contrôle coercitif était **fortement associé à des idées et des comportements suicidaires**⁵⁸.

C'est la **théorie de la vulnérabilité fluide** qui permettrait de comprendre les liens existant entre le contrôle coercitif, les symptômes psychiatriques et les comportements suicidaires. Selon cette théorie, « les **facteurs de stress** activent la **vulnérabilité aiguë au suicide** par le biais d'un « **mode suicidaire** », qui implique des réponses distinctes, favorisant le risque de suicide, de la part des

⁵¹ C. Welford-Clevenger *et al*, « The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation », disponible sur <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5647881&blobtype=pdf>, 2018, p. 7.

⁵² C. Welford-Clevenger *et al*, *ibidem*, pp. 1 et 2.

⁵³ C. Welford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 2.

⁵⁴ I. Côté et S. Lapierre, « Pour une intégration du contrôle coercitif dans les pratiques d'intervention en matière de violence conjugale au Québec », disponible sur https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2021/06/ri_153_2021.2_Cote_Lapierre.pdf, 2021, p. 117.

⁵⁵ I. Côté et S. Lapierre, *ibidem*, p. 117.

⁵⁶ I. Côté et S. Lapierre, *ibidem*, p. 117.

⁵⁷ I. Côté et S. Lapierre, *ibidem*, p. 117.

⁵⁸ C. Welford-Clevenger *et al*, *op. cit.*, p. 2.

systèmes cognitif, affectif, physiologique et comportemental/motivationnel »⁵⁹.

« Plus précisément, les réponses cognitives impliquent **une ou plusieurs croyances fondamentales négatives**, telles que l'inutilité et le désespoir. Le système affectif est caractérisé par la dysphorie, impliquant divers états d'humeur négatifs tels que la tristesse, la colère et l'anxiété. Les composantes physiologiques de ce mode impliquent une excitation accrue. Les aspects comportementaux et motivationnels du mode suicidaire impliquent un désir clair de mort ou l'intention de mettre fin à ses jours »⁶⁰.

Il est important de noter que **des précédentes tentatives de suicide** vont faire naître une **vulnérabilité durable** prédisposant ainsi les femmes victimes à l'activation du mode suicidaire. Ce dernier sera ainsi plus souvent activé par les victimes ayant fait plusieurs tentatives de suicide que celles n'en ayant fait qu'une seule ou n'en ayant pas fait en raison d'existence de cette vulnérabilité au mode suicidaire⁶¹.

Les femmes soumises à des relations de contrôle peuvent être vulnérables à des pensées négatives orientées vers elles-mêmes. Il apparaît, ainsi, que les victimes qui cherchent de l'aide souffrent de symptômes dépressifs, de syndrome de stress post-traumatique, de désespoir, etc. D'après la théorie de la vulnérabilité fluide, ces troubles augmentent le risque d'adopter des comportements suicidaires⁶².

- **Article n°9** : Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., & Bethea, L. (2004). *Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health*. Retrieved from https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1114&context=crvaw_facpub [USA]

La présente enquête a été menée auprès de 1 152 femmes victimes de violences entre partenaires intimes, dont l'âge variait entre 18 et 65 ans dans des cliniques de médecine familiale entre 1997 et 1999. L'objectif poursuivi était de déterminer quel était l'impact des violences sur la **santé mentale** des victimes et dans quelle mesure le **soutien social** pouvait réduire cet impact⁶³.

Les violences entre partenaires intimes ont des conséquences sur la **santé mentale et physique** des victimes. Ces dernières sont, en effet, plus susceptibles de souffrir de dépendance toxicomane, de symptômes de stress post-traumatique, de dépression, d'anxiété et de comportements suicidaires⁶⁴.

Il apparaît, à la suite de cette enquête, que, parmi les femmes ayant **témoigné** de la violence subie auprès d'autres personnes, celles qui ont reçu du **soutien** de la part de ces personnes présentaient un **risque réduit** d'avoir des **pensées** ou d'adopter des **gestes suicidaires**. Ces victimes étaient, en effet, moins susceptibles de présenter un mauvais état de santé mentale ou physique⁶⁵.

⁵⁹Traduction libre de C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, pp. 2 et 3.

⁶⁰Traduction libre de C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 3.

⁶¹C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 3.

⁶²C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 3.

⁶³A. Coker *et al.*, «Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health” , disponible sur https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1114&context=crvaw_facpub, 2004, p. 465.

⁶⁴A. Coker *et al.*, *ibidem*, p. 465.

⁶⁵A. Coker *et al.*, *ibidem*, p. 466.

- **Article n°10** : Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., & Martinez, M. (2006). *The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide*. Retrieved from <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2006.15.599> [Espagne]

Cette étude avait pour visée d'établir l'**impact** des violences entre partenaires intimes (physiques, psychologiques et sexuelles) sur la **santé mentale** des victimes⁶⁶. Pour ce faire, une comparaison entre 75 femmes physiquement et psychologiquement abusées ; 55 femmes psychologiquement abusées ; et 52 femmes non-abusées ; a été menée.

Il apparaît que les femmes victimes de violence (qu'elle soit physique et psychologique ou seulement psychologique) ont un risque plus élevé de présenter des symptômes dépressifs et anxieux, de stress post-traumatique et des pensées suicidaires⁶⁷.

Il faut préciser que, d'après cette étude, il n'existe aucune différence en termes d'impact sur la santé des victimes entre celles exposées à de la **violence physique et psychologique** et celles exposées uniquement à de la **violence psychologique**. Ces résultats paraissent importants dans la mesure où la violence morale est encore fortement considérée comme étant une violence de gravité moindre au sein de l'inconscient collectif⁶⁸.

- **Article n°11** : Mason, R., & O'Rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240863/pdf/GHA-7-24815.pdf> [Canada]

Cette revue de la littérature a dégagé 35 articles examinant le lien entre violence entre partenaires et santé mentale, publiés entre 2004 et 2014. L'objectif de ce travail était d'indiquer aux professionnels de la santé mentale de première ligne ce qu'il y avait à savoir pour procurer des soins adaptés aux femmes victimes de violences entre partenaires intimes.

Déclarée **épidémique** en 2002 par l'OMS⁶⁹, la violence entre partenaires qui s'abat majoritairement sur les femmes, prend aussi des formes et a des conséquences plus sévères pour les femmes.

Parmi ces conséquences figure le risque accru de développer un trouble de santé mentale, dont par exemple une addiction⁷⁰, une dépression, une dysthymie, la **suicidalité**, une phobie, le trouble d'anxiété généralisée ou un état de stress post-traumatique⁷¹.

En particulier, l'abus émotionnel ou psychologique a été associé à une faible estime de soi, de la

⁶⁶M. Pico-Alfonso, "The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide", disponible sur <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2006.15.599>, 2006, p. 599.

⁶⁷M. Pico-Alfonso, *ibidem*, p. 599.

⁶⁸M. Pico-Alfonso, *ibidem*, p. 608.

⁶⁹Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano (2002), cités par Mason & O'Rinn (2014).

⁷⁰Rees, Silove, Chey, Ivancic, Steel, Creamer et al. (2011), cités par Mason & O'Rinn (2014).

⁷¹Cleary, Keniston, Havranek, & Alpert (2008) ; Nicolaidis, Curry, McFarland, & Gerrity (2004) ; Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt et al. (2002) ; Lown & Vega (2001) ; Woods, Hall, Campbell, & Angott (2008) ; Golding (1999), cités par Mason & O'Rinn (2014).

dépression et l'état de stress post-traumatique⁷².

Le risque de féminicide a été associé à la présence à la fois d'une dépression et d'un état de stress post-traumatique. L'usage d'alcool par la victime par contre n'était pas associé au risque léta⁷³. En effet, dans une autre étude, les victimes qui subissaient les formes les plus sévères de violence avaient plus de chance de présenter des comorbidités⁷⁴.

Une explication possible des liens entre abus dans l'enfance, à l'âge adulte et la consommation de substances, consiste dans le fait que les abus subis dans l'enfance peuvent entraîner faible estime de soi, dépression, anxiété, culpabilité et autres problématiques psychologiques, qui à leur tour entraînent une vulnérabilité à la victimisation en tant qu'adulte et à l'auto-médication via les produits⁷⁵.

⁷²Calvete, Corral, & Estevez (2007) ; Bensley, Van Eenwyk, Wynkoop Simmons (2003), cités par Mason & O'Rinn (2014).

⁷³Sabri, Stockman, Bertrand, Campbell, Callwood, & Campbell (2013), cités par Mason & O'Rinn (2014).

⁷⁴Mason & O'Rinn (2014).

⁷⁵Gutierrez & Van puymbroeck (2006), cités par Mason & O'Rinn (2014).

European project on forced suicides (SF_Eur)
REC-RDAP-GBV-AG-2020/101005043

Deliverable D3.1
Estimated number of forced suicides in Europe
(Psytel/MEFH/v211120)

Suicides Forcés en Europe



Forced Suicides in Europe



Supported by the Rights, Equality
and Citizenship Programme of the
European Union (2020–2021)



Plan du livrable D3.1

1-Suicides and SA* of women in France	page 2
2-Suicides and SA of women in Belgium	page 7
3-Suicides and SA of women in Europe and worldwide	page 9
4-Studies on the link between SA and intimate partner violence	page 13
5-Figures and their consequences	page 18
6-Limitations of the estimation and prospects for improvement	page 23
Annex: Studies on the link between intimate partner violence and suicide	page 24

**SA : Suicide attempts*

This deliverable was coordinated and largely written by Marc Nectoux (Psytel team). It received contributions from Donatienne Portugaels, Claire Stappaerts, Chiara Scaillet and Aude Poncette (MEFH team).

1- Suicides and SA of women in France

Suicides in France:

- With approximately 8,500 deaths by suicide per year, France has a higher suicide rate than the European average. It is therefore a major public health problem with a significant human and economic impact. To this figure must be added approximately 100,000 suicide attempts resulting in contact with the health care system per year. France is therefore one of the European countries most affected by this scourge.

- Figures on suicides in France are provided by the Inserm CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès). Mortality data are derived from the declaration and coding of causes of death. They have been collected officially and regularly in France since 1968. They constitute essential information for describing a health phenomenon. The vast majority of known health problems are evaluated through the number of observed, predicted or estimated deaths (heat wave, alcohol, tobacco, influenza, Ebola, etc.), and the deployment of electronic certification (possibility for a doctor to certify a death via a website) reinforces the possibility of providing a relevant and rapid response on a subject. However, the most recent mortality figures available to the public on the CépiDc-Inserm website concern the year 2016, i.e. a gap of 4 full years between the collection and publication of official consolidated figures.

- We present below the tables of the numbers of deaths by suicide from the CépiDc from 2010 to 2016, according to age and sex:

Effectif des décès par suicide en France

Code CIM :

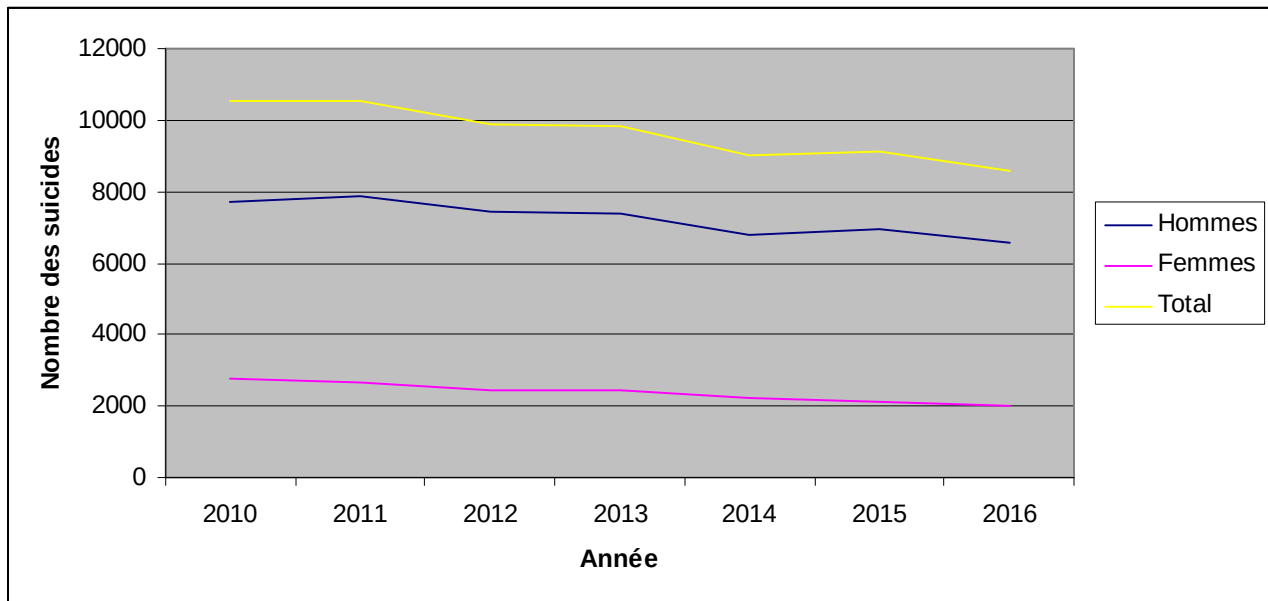
X60-X84	Suicides
---------	----------

Zone : France
entière

Sexe	Total	<1 an	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+
2016													
H	6566	0	0	14	272	638	973	1443	1184	755	759	489	39
F	2014	0	0	13	102	151	239	429	401	282	239	146	12
T	8580	0	0	27	374	789	1212	1872	1585	1037	998	635	51
2015													
H	6974	0	0	16	294	651	1141	1528	1211	809	817	486	21
F	2135	0	0	15	77	131	291	501	409	309	245	146	11
T	9109	0	0	31	371	782	1432	2029	1620	1118	1062	632	32
2014													
H	6780	0	0	17	290	699	1129	1446	1146	716	860	461	16
F	2253	0	0	13	97	176	307	485	446	303	270	147	9
T	9033	0	0	30	387	875	1436	1931	1592	1019	1130	608	25
2013													
H	7393	0	0	20	334	724	1255	1655	1277	772	845	482	29
F	2426	0	0	11	124	169	337	527	465	365	265	149	14
T	9819	0	0	31	458	893	1592	2182	1742	1137	1110	631	43
2012													
H	7438	0	0	23	379	709	1296	1644	1198	767	911	485	26
F	2446	0	0	12	109	190	343	557	491	285	297	145	17
T	9884	0	0	35	488	899	1639	2201	1689	1052	1208	630	43
2011													
H	7887	0	0	27	378	802	1446	1728	1276	796	917	493	24
F	2637	0	0	14	130	173	407	615	569	278	290	148	13
T	10524	0	0	41	508	975	1853	2343	1845	1074	1207	641	37
2010													
H	7735	0	0	26	397	821	1442	1720	1236	739	880	455	19
F	2774	0	0	18	124	179	445	641	564	333	318	136	16
T	10509	0	0	44	521	1000	1887	2361	1800	1072	1198	591	35

Source: CépIdc-Inserm

- Here is the graph of the evolution of these numbers during this period:



Notes:

- Overall, even if it remains high, the number of suicides is on a downward trend in France: between 2010 and 2016, the number of deaths by suicide fell by 18.4%.
- The number of male suicides is much higher than that of women. In 2016, men who died as a result of suicide accounted for 76.5% of suicide deaths, while women accounted for 23.5%, more than three times less.
- The suicide death rate is around 14 per 100,000 people in 2014; by gender with 6,780 male suicides it is 21/100,000 and with 2,253 female suicides it is 7/100,000.
- Suicides constitute about 2% of all deaths, but this percentage differs between age groups.
- The underestimation of this type of death is estimated by epidemiologists to be around 10%.

Suicide attempts (SA) in France :

- A 2019 thematic publication of the Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) published by Santé publique France reports that: "nearly 5% of 18-75 year-olds in the general population report having thought about suicide in the last 12 months and more than 7% report having committed suicide in their lifetime. Women were more affected than men. Several factors associated with suicidal behaviour were identified: having had a depressive episode, having to deal with difficult financial situations, being single, divorced or widowed, professional inactivity, **exposure to violence**, as well as traumatic events in childhood.
- Data from the PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique) are used to monitor the numbers and rates of hospitalisation for suicide attempts. The analysis of these data is limited to suicide attempts hospitalised in medical and surgical departments, including stays in short-term hospitalisation

units in emergency departments. However, it does not take into account patients who went to the emergency department after a suicide attempt but were not hospitalised, or those who were hospitalised in a psychiatric unit, directly or after going to the emergency department, without prior hospitalisation in a medical unit. In fact, hospitalisations in psychiatric institutions after a suicide attempt are poorly recorded in the hospital information system.

- The number of hospital stays for SA in short term facilities was over 100,000 per year between 2008 and 2011. From then on, this number gradually decreased, reaching just under 89,000 hospital admissions in 2016 and 2017.

- The relative share of women hospitalised for SA has fallen from 63.5% in 2008 to 61.1% in 2017, thus reducing the gap between the two sexes somewhat. However, the number of SA remains much higher among women than among men, contrary to the number of suicides.

Tableau

Nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, nombre de patients hospitalisés et pourcentage de femmes, France, 2008-2017

	Année									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de séjours	100 530	103 309	105 062	102 760	96 361	90 094	91 745	89 319	88 819	88 762
Nombre de patients	87 525	89 783	91 203	89 473	84 487	78 980	79 868	78 128	77 091	77 066
Ratio séjour/patient	1,15	1,15	1,15	1,15	1,14	1,14	1,15	1,14	1,15	1,15
% de femmes	63,5	62,2	62,1	61,9	61,8	61,4	61,6	61,4	61,5	61,1

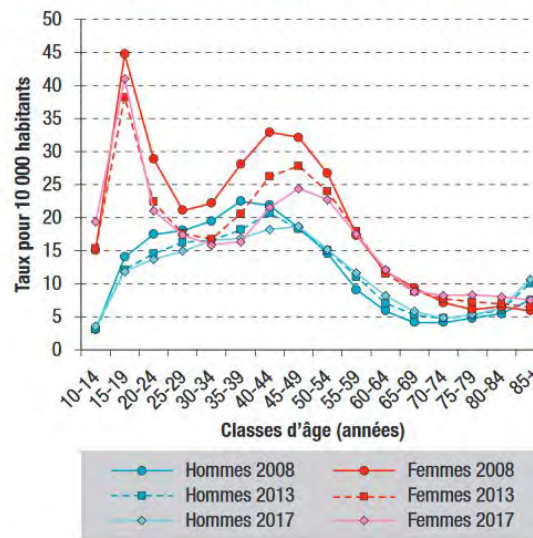
Source : ATIH, Santé publique France

- If we now look at the rate of hospitalisation for SA according to age and sex (following diagram), we can see that whatever the year studied, the rates of hospitalisation for SA by age are higher for women than for men, except over the age of 85.

- This analysis confirms the worrying situation for young girls aged 15 to 19. It is in this population that the highest rate is systematically observed whatever the year.

Figure 2

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et la classe d'âge, France, 2008, 2013 et 2017



Lecture : D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes de 15-19 ans était de 45 pour 10 000.
Source : ATIH ; analyses Santé publique France.

- The « Baromètres santé » (Health Barometers) are periodic surveys, conducted since 1992, which aim to better understand the knowledge, attitudes, beliefs and behaviours of the French in terms of health. According to the 2017 Health Barometer, 7.2% (n=1,742) of 18-75 year-olds reported having attempted suicide in their lifetime (9.9% of women vs. 4.4% of men) and 0.39% (n=75) in the last 12 months (0.29% of men vs. 0.48% of women).

- The main reasons declared by the individuals to explain their action were: "family" (49.2%; 37.7% of men vs. 54.1% of women), "sentimental" (40.8%; 46.5% vs. 38.4%), "professional" (10.3%; 15.6% vs. 8.1%) and related to their state of "health" (10.3%; with no significant difference according to sex). These 'family reasons' or 'sentimental reasons' may of course quite often cover, in a rather discreet way, a context of conflict within the couple.

- Furthermore, this study shows that traumatic life events, intra-family problems and sexual violence are strongly associated with SA in the course of life. Thus, in order of importance, sexual violence suffered during the course of life multiplies the risk of SA by 3.5 in women, and violent family climates by 2.2 for both sexes.

- If we examine the comorbidities associated with these SA in the PMSI-MCO data, the most frequently noted pathologies are depression (32% of stays - 34% in women, 29% in men), alcohol-related mental and behavioural disorders (23% of stays - 18% in women, 32% in men) and anxiety disorders (10% of stays - 11% in women, 9% in men). It should be noted that other psychiatric disorders are more rarely noted: psychotic disorders (3%), bipolar disorders (2%), eating disorders (0.7%). It can therefore be noted that the disorders most frequently found in women who have experienced SA (anxiety, depression, alcohol-related behaviour) are also those found as consequences of the violence suffered by women in their partner's relationship.

Retour sur le lien de causalité :

- Catherine Le Magueresse, a lawyer and researcher associated with the Institute of Legal and Philosophical Sciences at the Sorbonne and former president of the « Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail » (AVFT), argues in an article in Slate that "violence leading to suicide or SA should be recognised as femicide and punished specifically".

- In this context, the perpetrator of suicide is not the victim, but the aggressor," says the specialist. The focus must be put back on the perpetrator, who is the violent man. It is no longer a suicide, because it is provoked. There is a causal link: if there had not been this behaviour, she would not have died. In her view, it is this causal link that is essential to recognise, in the same way as others already taken into account in the law. "If I push someone in the street, the person falls, hits the kerb and dies, this will be prosecuted and penalised under the offence of 'violence causing unintentional death'. Why, when a woman kills herself because of psychological, or even physical and sexual, violence she has suffered, is this causal link not taken into account?

- The Slate article states that for the jurist, the solution adopted by the Grenelle on domestic violence would be the most effective for criminalising the suicide of the spouse: "The advantage of the aggravating circumstance is that one does not have to prove the partner's intention to lead the other to suicide, contrary to the existing offence of 'provocation to suicide' - punishable by three years' imprisonment and a 45,000 euro fine. Here, if suicide in a context of harassment is found, the aggravating circumstance is applied.

- "The issue of bullying at work is also fairly recent. How many suicides did it take for it to be recognised? And then it was almost exclusively men. When a man commits suicide, it's real violence, whereas when it's a woman, it's blamed on her fragility", the lawyer denounces.

2- Suicides and SA* of women in Belgium

Suicide figures in Belgium

- There are about 2,000 suicides per year in Belgium. Suicide is the 7th most common cause of death in the total Belgian population, all causes combined. In terms of 'external' causes of death, it is the leading cause of death¹. It is important to specify that most statistics only concern **completed suicides**. There is no official record of attempted suicides, which are estimated to be 10 to 20 times more numerous².

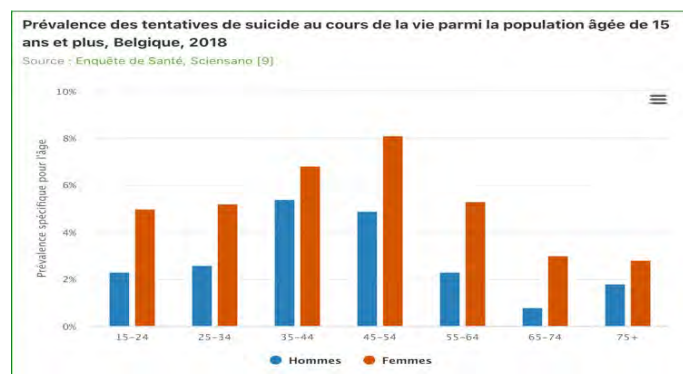
- It is, however, necessary to be cautious about these figures because of the existence of an **underestimation** in the number of deaths caused by suicides. The reasons for this are the lack of precise criteria for reporting suicides and **the lack of autopsies** that would have allowed the identification of the cause of death. The propensity to declare a suicide may vary according to, among other things, the doctor in charge of certification, cultural or religious criteria of the deceased person or his or her entourage. The same is true of the declarations of attempted suicides, which are much lower than the reality³.

Some groups more affected?

A. Gender criterion

- The gender criterion has a strong impact on the phenomenon of suicides and attempted suicides. A large proportion of **completed suicides** are committed by men. Men commit suicide about **three times** more than women⁴.

As regards **suicide attempts**, the trend is reversed: women are clearly more affected. In fact, the proportion of suicide attempts is 1 to 3 for men and **1 to 14** for women⁵.



At the same time, according to a 2017 survey, more women reported having had **suicidal thoughts** in their lifetime than men (16% versus 12%)⁶.

¹ Centre de prévention du suicide, « Chiffres », disponible sur <https://www.preventionsuicide.be/fr/je-cherche-des-infos/chiffres-belgique.html>, 2016.

² Centre de prévention du suicide, *ibidem*.

³ Santé Wallonie, « Tableau de bord de la santé en Wallonie », disponible sur http://sante.wallonie.be/sites/default/files/TBW_complet.pdf, 2009, pp. 112 et 115.

⁴ Centre de prévention du suicide, *op. cit.* et Santé Wallonie, *op. cit.*, p. 112.

⁵ Centre de prévention du suicide, *ibidem* et Santé Wallonie, *ibidem*, p. 115.

⁶ Belgium.be, *op. cit.*

- Women are therefore more likely to consider and attempt suicide, while more men succeed in doing so. The figures support this reality: 1243 suicides have been recorded among men compared to 500 among women⁷.

- The reasons for the higher suicide rates among men seem to be mainly societal. Men are more likely to behave impulsively than women. They also have more recourse to violent means to end their lives, such as fire arms, hanging or explosives, whereas women prefer to take medicines⁸. In addition, women would be safer from emotional and social isolation because they are still more involved in the family sphere⁹. Finally, it appears that men have more difficulty asking for help when they need it and also make less use of medical and support services¹⁰.

B. Age criterion

- The people most affected by suicidal behaviour are adolescents and the elderly. There are a large number of attempted suicides in adolescence and completed suicides among the elderly¹¹. Thus, among young people under the age of 25, there are 100 to 200 attempted suicides. For people over 65, one in two or three people commit suicide¹².

C. Diploma level criterion

- Suicidal behaviour is also related to the educational level of the people concerned. The least educated are 1.5 times more likely to consider suicide in their lifetime than those with the highest level of education¹³. According to a survey conducted in 2008, more suicide attempts are made by the least educated. 6.7% of the least educated group attempted suicide, compared with 4.1% of those with a higher education¹⁴.

Evolution of the numbers

- The suicide mortality rate is stable among men and is tending to decrease among women, at least in Wallonia. The rate is equivalent to 0.33 for men and has fallen from 0.14 in 1989 to 0.10 in 2004 for women¹⁵.

Tableau 12 : Evolution du nombre de décès par suicide et des taux bruts de mortalité pour 1 000 habitants en Région wallonne de 1989 à 2004
Sources : SPMA (1989 à 1999) ; Communauté française (2004)

	Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux/1000	Nombre	Taux/1000
1989	520	0,33	242	0,14
1994	611	0,38	203	0,12
1998	535	0,33	196	0,11
2004	545	0,33	174	0,10

3- Suicides and SA* of women in Europe and worldwide

⁷ Belgium.be, *ibidem*.

⁸ Santé Wallonie, « Suicides et tentatives de suicide », disponible sur <http://sante.wallonie.be>, 2008, p. 5.

⁹ Santé Wallonie, *ibidem*.

¹⁰ Santé Wallonie, *ibidem*.

¹¹ Centre de prévention du suicide, *op. cit.*

¹² Santé Wallonie, « Suicides et tentatives de suicide », p. 3.

¹³ Belgium.be, *op. cit.*

¹⁴ Santé Wallonie, « Suicides et tentatives de suicide », *op. cit.*, p. 3.

¹⁵ Santé Wallonie, « Tableau de bord de la santé en Wallonie », *op. cit.*

Suicides worldwide :

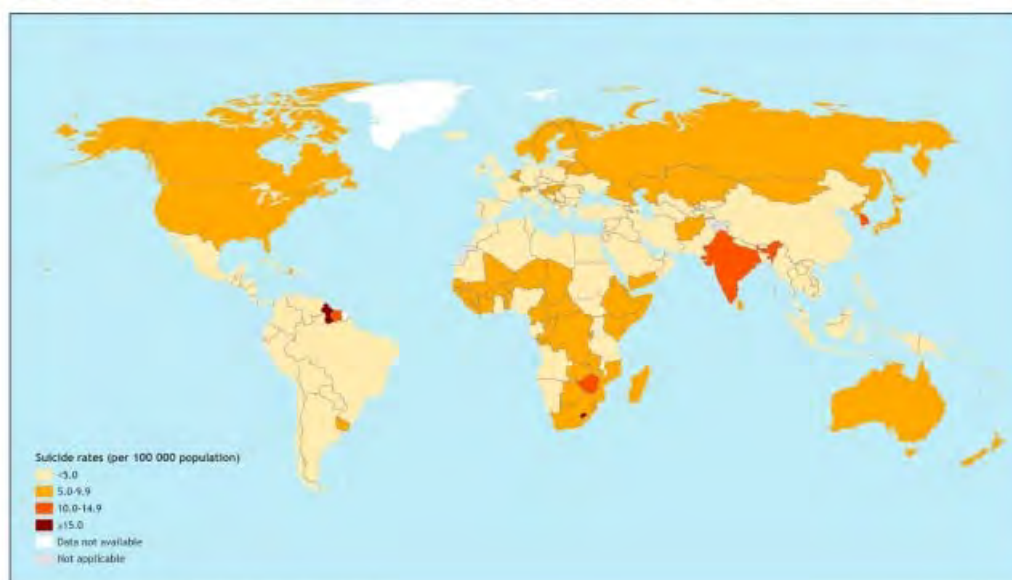
- More than 700,000 suicides were recorded worldwide in 2019, according to the latest figures from the World Health Organisation (WHO), which is one death every 40 seconds. Suicide is a global phenomenon, but in fact 77% of suicides occurred in low- and middle-income countries in 2019. Suicide accounted for 1.3% of all deaths worldwide, making it the 17th leading cause of death in 2019. It was the fourth leading cause of death among 15-29 year-olds worldwide in 2019. It should also be noted that the number of SA is generally 20 times higher than the number of suicides.

- The reasons given for these deaths vary from country to country, from free access to fire arms in the United States to excessive alcohol consumption in Russia. However, it should not be forgotten, the WHO reminds us, that the suicide rate is much higher in low-income countries. The specific situation of women, who in many countries are trapped in a heavy patriarchal system that can be fatal for them, must also be mentioned.

- Thus, while suicide affects men nearly three times more than women in France, this is far from being the case in countries such as Bangladesh, Lesotho (in South Africa) or Myanmar (the former Burma), where women commit suicide more than men. Finally, the country with the highest number of female suicides is India with 72,935 female deaths in 2019, a rate of 11.1 per 100,000 women. The few countries with a higher age-standardised rate of suicide deaths for women are Lesotho (34.6), Guyana (17.0) and Suriname (11.8).

- Below, we provide the global map published by WHO based on the age-standardised rate of female suicide deaths in 2019 :

Figure 2. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), females, 2019



Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

- An article in The Lancet public health published in 2020, found that 37% of women who commit suicide worldwide live in India. Abusive punishments, forced marriages, systemic assaults, rapes, honour killings and all types of violence against women are not lacking to account for the oppression that Indian women face.
- Closer to home, in Morocco, inequalities between women and men are glaring when examined from the perspective of suicides. Out of 1,013 cases of suicide recorded in 2016, 613 involved women. A very high percentage, but not so surprising, when certain facts testify to the way in which women's rights are little respected in Morocco: high frequency of domestic violence, sexual harassment in the streets and on the beaches, or even the ban on abortion which leads to forms of self-inflicted repression.
- The WHO World Suicide Report (2019) states that: "While the link between suicide and mental disorders (in particular, depression and alcohol use disorders) is well established in high-income countries, many suicides occur impulsively in times of crisis with a loss of ability to cope with life stresses, such as problems, relationship breakdown or chronic pain and illness. In addition, experiencing conflict, disaster, violence, abuse or loss and a sense of isolation are strongly associated with suicidal behaviour. Suicide rates are also high among vulnerable groups facing discrimination, such as refugees and migrants, indigenous peoples, gay, lesbian, bisexual, transgender, intersex (LGBTI) people, and prisoners.
- What we need to remember from these figures is that the phenomena of suicide and SA are major global societal facts, but with different characteristics. Thus, the percentage of SA attributable to domestic violence as the main cause will differ between the major cultural and geographical regions. The rate we will determine in the next chapter for the European region is probably a low rate compared to, for example, the South-East Asian region (as defined by the WHO) according to the mortality data in our possession and the cultural contexts that we perceive to be even more unfavourable to women's rights.

Suicides in Europe :

- To conclude this chapter, we provide the standardised suicide mortality rate for women in 2016 in descending order across EU27 Member States (MS) :

Données 2016	Taux de suicide chez les femmes
Belgium	9,51
Hungary	8,21
Lithuania	7,84
Croatia	7,22
Sweden	7,14
Netherlands	7,12
Slovenia	7,12
Latvia	6,62
Austria	6,36
Finland	6,06
France	5,86
Germany	5,37
Estonia	5,10
Denmark	4,96
Luxembourg	4,75
Czechia	4,73
Bulgaria	4,00
Portugal	3,82
Ireland	3,65
Spain	3,65
Romania	3,06
Poland	3,02
Italy	2,39
Slovakia	2,15
Malta	1,69
Greece	1,41
Cyprus	1,12
Moyenne	4,96

Source : Eurostat - Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence

Notes :

- Belgium is the MS most affected by the phenomenon of suicide among women with a standardised rate of 9.51 per 100,000. France with a rate of 5.86 is slightly above the average (4.96).
- The variability of this rate is important between the different MS, as Belgium has a rate more than 8 times higher than Cyprus.

4- Studies on the link between SA and intimate partner violence

- There are very few studies on the link between intimate partner violence (IPV) and suicide, suicide attempts (SA) or suicidal thoughts, and therefore no figures for forced suicides by women victims of domestic violence. We will base the estimate made in this report on the few existing studies.

Quelques études antérieures :

- According to various studies (the full references of the studies can be found in the attached document) from Europe and the rest of the world, **the impact of intimate partner violence on physical and psychological health is significant**. The mental health of victims is severely weakened, with greater risks of developing :

- Anxiety (Coker et al., 2004 ; Pico-Alfonso et al., 2006 ; Hirigoyen, 2009 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Chang et al., 2018) ;
- Sleep disorders (Hirigoyen, 2009) ;
- Eating disorders (Chang et al., 2018) ;
- Psychosomatic disorders (headaches, chronic pain, breathing difficulties, etc) (Hirigoyen, 2009) ;
- An addiction (Chauvin, 2002 ; Coker et al., 2004 ; Hirigoyen, 2009) ;
- A post-traumatic stress disorder (Coker et al., 2004 ; Pico-Alfonso et al., 2006 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Chang et al., 2018) (more than in cases of childhood sexual abuse) (chauvin, 2002) ;
- Depression (Coker et al., 2004 ; Pico-Alfonso et al., 2006 ; Cavanaugh et al., 2011 ; Devries et al., 2013 ; Chang et al., 2018) (more than in cases of childhood sexual abuse) (Chauvin, 2002) (more than half of female victims) (Hirigoyen, 2009).

- **Suicide risk** is also predicted by intimate partner violence according to several longitudinal studies (Devries et al., 2013). Indeed, there is a strong correlation between partner violence and suicidal ideation (Pico-Alfonso et al., 2006; Chan et al., 2008), via depression (Chan et al., 2008). 76% of victims in the survey by Citoyenne féministe (2019) had suicidal ideation, more than 7 times the rate found among non-victims (Afifi, et al., 2009, cited by Cavanaugh et al., 2011). According to studies (Chan et al., 2008; Cavanaugh et al., 2011; Feminist Citizen, 2019), between 20% and 29% of victims of intimate partner violence had attempted suicide at least once. The rate is estimated to be 5 to 8 times higher than the rate for the general population (Chauvin, 2002 ; Hirigoyen, 2009).

- The risk of suicidal behaviour would vary according to :

- The presence of a chronic or disabling illness in the victim, increasing it by a factor of 2.4, possibly due to greater social isolation and spousal control (Cavanaugh et al., 2011);
- Age, with younger people at greater risk (Cavanaugh et al., 2011);
- Ethnicity, as African American women had a 40% lower risk than Latin American women (Cavanaugh et al., 2011) ;
- Suicidal behaviour of the spouse (Cavanaugh et al., 2011);
- Severity (Coker, et al., 2002; Sato-DiLorenzo & Sharps, 2007, quoted by Cavanaugh et al., 2011) , including potential lethality (Sato-DiLorenzo & Sharps, 2007, quoted by Cavanaugh

et al., 2011), of the violence suffered. However, according to Pico-Alfonso *et al.* (2006), the impact of violence is the same whether it is solely psychological or both psychological and physical.

- The **social support** received when the victim talks about the violence suffered is a protective factor against suicidal thoughts and behaviour (Coker et al., 2004)

- Hope could be both a protective factor and a risk factor. The latter because too much hope could lead to more vulnerability to the accumulation of stressful life events (Chang et al., 2018).

- These findings can be explained: by the fact that in fear of their lives, victims may consider suicide as the only way to exert control over a situation that has become untenable (Cavanaugh et al., 2011; Feminist Citizen, 2019); the feeling that suicide is the only solution in order to end the pain felt; the desire to find 'peace'; the desire to conform to the perpetrator's expectations; the feeling of not being able to live without the perpetrator ; or the multiplication of constraints (Citoyenne féministe, 2019).

- According to Wolford-Clevenger and Smith (2017), the **coercive control** present in some situations of intimate partner violence is **strongly associated with suicidal behaviour**, a link explained by fluid vulnerability theory (detailed in the Appendix).

- In the 2004 study by Sylvia Walby (University of Leeds - UK) "The cost of domestic violence", it is reported that there is evidence of a strong association between domestic violence and attempted suicide. In the UK, 1,497 deaths of women by suicide were recorded in 2000, and after investigation 188 were directly attributable to IPV, or **12.5%**.

- The 2008 study by Psytel (France) conducted as part of a European DAPHNE project "Estimation of Mortality due to Domestic Violence in Europe" takes into account, for France, data from the ENVEFF survey providing information on the rate of suicide attempts among women who have experienced serious violence and among those who have experienced very serious violence. The study concludes that **13% of suicides are directly linked to IPV**.

- The most recent specific study on the subject is from the University of Kentucky (USA). This study from the Department of Epidemiology (Sabrina Brown and Jacqueline Seals), published in the January 2019 Journal Injury and Violence aimed to determine the percentage of suicides in Kentucky between 2005 and 2015 where intimate partner problems, including violence, were identified. Kentucky state data from the National Violent Death Registration System (NVDRS) were used for this purpose. The NVDRS records information from death certificates and investigative reports from medical examiners, law enforcement, toxicology and medico-legal reports. The researchers reviewed the records of all suicides during the period, a total of 7,008 suicides. They identified 1,327 cases (26% of the documented cases) of suicide in which 'problems within the couple' (separation, divorce, mistrust, jealousy, discord) and/or violence within the couple were mentioned. The study distinguishes between 'relationship problems' and 'relationship violence', the latter being one of the possible categories of the former. 575 cases of relationship problems out of 1,327 (i.e. 43%) also included at least one element of relationship violence (physical, sexual, psychological). However, the results provided in the article are not sufficiently gendered to differentiate these results according to the gender of the deceased. The overall result, which is

useful for our estimation, is therefore as follows: in **11% of the suicides studied** (43% of the 26%), intimate partner violence contributed to the suicide.

Using the results of the Virage survey :

- We will now outline the inferences we can make on this issue using the results of the Virage survey. The recent publication of the first results concerning psychological violence from the survey Violence and gender relations: contexts and consequences of violence suffered by women and men - the so-called Virage survey - sheds new light on the subject. This survey is a large-scale survey carried out in France among 27,268 women and men aged between 20 and 69 with the aim of measuring the extent of violence suffered by both women and men and of objectifying its prevalence with other information on the contexts and consequences of violence. The data collection was conducted in 2015.

- During the last 12 months preceding the survey, violence in the conjugal sphere is collected by 32 questions (24 on insults and psychological acts, 6 on physical violence and 2 on sexual violence). The specific report drawn up for this working group by the Virage team (Elizabeth Brown, Magali Maruy and the Virage team - document dated 15 October 2019) indicates that 'out of 1000 women in a relationship or who had been in a relationship during the year, 179 declared psychological violence (insults, denigration, threatening atmosphere, economic blackmail, threat to children), 13 physical violence and 3 sexual violence, bearing in mind that these acts can be combined, physical and sexual violence always being associated with psychological violence'.

- Psychological violence is frequent, multiple and repeated for women, according to the team: **17.9% of the women surveyed** who were in a couple or had recently separated (having had a relationship lasting at least 4 months during the previous 12 months) declared at least one incident of psychological violence in the previous 12 months. **Of these**, 30% reported at least three incidents of psychological violence and **31% at least one frequent incident** ("often", "almost every week", "every day or almost"). The team adds that: "reports of physical or sexual violence are almost always accompanied by reports of psychological violence, in particular jealousy and control, insults and denigration, and a threatening atmosphere".

- As for dark thoughts and suicide attempts in the last 12 months, the results from Virage are as follows: "Among the women who reported psychological violence in the last 12 months, 22.3% also answered that they had repeatedly had dark thoughts, thought it would be better to be dead, or thought about hurting themselves in the last two weeks (versus 14.5% of those who did not report psychological violence). **More than one in 200 women (0.6%) who reported psychological violence said they had attempted suicide in the last 12 months**, four times more than women who did not report violence (0.15%).

- The report contains many other useful data, but two key findings stand out: **17.9% of women in couples or recently separated declare having experienced at least one incident of psychological violence in the last 12 months. These incidents can be multiple (in 30% of cases) and frequent (in 31% of cases). Moreover, declarations of physical and sexual violence are always associated with declarations of psychological violence.**

- From these elements we can carry out our calculation. So we know that :

- out of 1000 women (aged 20 to 69) who are or have been in a partner relationship during the year, 179 report psychological violence = 17.9%;
- 0.6% of women who reported psychological violence said they had attempted suicide in the last 12 months;
- The 2017 French census data published by the National Institute of Statistics and Economic Studies (INSEE) provides information on the number of women aged 20 to 69 living in partnerships.

Age	Effectif des femmes vivant en couple
20-24 ans	505 054
25-39 ans	4 165 475
40-54 ans	4 549 776
55-64 ans	2 818 135
65-69 ans	916 288
TOTAL	12 954 728

Source : INSEE - recensement 2017

- The main characteristic of violence leading to forced suicide is that it is repeated psychological violence. We know that of the women who are victims of psychological violence (17.9%), at least 31% do so frequently. We can therefore deduce the number of women aged between 20 and 69 living in a couple and victims of repeated psychological violence:

$$12\,954\,728 * 0,179 * 0,31 = 718\,858.$$

$$\text{Of these, } 0.6\% \text{ report SA in the last 12 months, i.e. } 718,858 * 0.006 = 4,313.$$

- On the other hand, we can know the total number of SA among women in this age group based on the rate of hospitalisation of women for SA by age group:

Age	Taux d'hosp. pour TS chez les femmes pour 10 000	Effectif	Nb de F ayant fait une TS
20-24 ans	21,0	1 847 931	3 881
25-29 ans	17,5	1 959 657	3 429
30-34 ans	15,5	2 083 199	3 229
35-39 ans	16,0	2 107 354	3 372
40-44 ans	21,5	2 173 191	4 672
45-49 ans	24,5	2 277 584	5 580
50-54 ans	23,0	2 278 806	5 241
55-59 ans	17,5	2 204 281	3 857
60-64 ans	12,0	2 129 322	2 555
65-69 ans	9,0	2 054 263	1 849
		21 115 588	37 666

Source : ATIH, Santé publique France

- We can therefore calculate the % of SA attributable to frequent psychological violence within the couple among all SA for women aged 20 to 69: $4,313 / 37,666 = \mathbf{11.5\%}$
- In the end, we note that, although there are few figures on the subject, the results of these studies converge towards a common order of magnitude of between 11% and 13% of domestic violence-related SA. We will use this lower limit of 11% for the rest of our calculations.

5- Figures and their consequences

Method used :

- We cannot, of course, have direct ex post access to the reasons that led a human being to commit suicide. Unfortunately, it is too late to have his or her testimony. « Psychological autopsies", which by definition are "a post-mortem investigative procedure to establish and evaluate the risk factors for suicide present at the time of death, with the aim of determining with the highest degree of certainty the mechanism that led to death", are still too rare to be used in a quantitative approach. On the other hand, we can better understand, although still imperfectly, the reasons that led women to commit suicide, as we saw in the previous chapter. It is well known that the reasons for suicide are multifactorial, but epidemiological studies tell us that the strongest predictive factor for suicide is the fact of having already committed a SA. There is therefore a very strong link between suicide and SA, the same causes producing the same effects in more extreme cases. Thus, in the absence of any other scientifically more reliable method, we are led to formulate the hypothesis of a similar distribution of the causes of SA in the causes of suicides.

- The testimonies of numerous cases of proven forced suicide, some examples of which were given in the previous deliverable "State of play of the concept of forced suicide in Europe", confirm our assumption that psychological violence within the couple can be the main cause of a passage to act. The co-morbidities generally associated with these acts (depression, anxiety disorders, etc.) can also be interpreted as consequences of this violence.

- This "for want of a better" reason scientifically", combined with epidemiological studies on the causes of intimate partner violence and the findings of case studies conducted by experts on domestic violence, leads us to validate the hypothesis that **at least 11% of suicides are attributable to intimate partner violence**. This figure only applies to countries in the European and American regions (as defined by the WHO) because of the few studies on which it is based (United States, United Kingdom, France).

Estimated number of FS in Europe :

- We therefore start from an examination of the number of female suicides by age group for the EU27 MS provided by Eurostat for 2017, which is the most recent year with full published mortality figures (Causes of death - deaths by country of residence and occurrence) for these countries. The raw data is as follows for female suicides:

Nombre de suicides de femmes par tranche d'âge et EM en 2017

AGE	From 15 to 24 years	From 25 to 29 years	From 30 to 34 years	From 35 to 39 years	From 40 to 44 years	From 45 to 49 years	From 50 to 54 years	From 55 to 59 years	From 60 to 64 years	From 65 to 69 years	From 70 to 74 years	From 75 to 79 years	From 80 to 84 years	Total
Belgium	25	16	28	35	25	46	65	60	50	44	27	26	24	471
Bulgaria	5	3	2	11	8	15	11	9	18	21	13	19	14	149
Czechia	22	13	14	17	21	20	35	32	27	26	25	12	14	278
Denmark	11	10	3	7	10	14	12	21	14	15	15	12	10	154
Germany	122	57	105	92	99	161	293	231	197	160	155	231	152	2 055
Estonia	5	2	2	1	1	7	2	4	9	3	3	3	2	44
Ireland	13	7	6	8	6	5	11	4	3	5	3	1	0	72
Greece	5	6	3	9	12	8	10	6	10	9	7	5	7	97
Spain	33	36	31	67	98	76	117	108	81	68	79	59	55	908
France	97	73	87	104	153	202	248	203	185	187	129	111	117	1 896
Croatia	6	3	5	11	11	11	16	20	11	18	6	19	18	155
Italy	34	24	39	50	80	97	86	70	67	71	63	80	39	800
Cyprus	2	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	6
Latvia	2	3	4	3	4	3	4	7	4	8	3	7	7	59
Lithuania	6	9	4	3	10	15	11	22	10	11	14	10	12	137
Luxembourg	1	2	:	1	2	2	1	3	1	0	0	0	1	14
Hungary	14	8	6	22	27	29	40	37	53	30	35	35	26	362
Malta	1	:	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
Netherlands	54	26	30	34	44	66	65	82	70	50	41	20	24	606
Austria	16	12	13	11	13	26	16	30	28	17	21	16	18	237
Poland	50	35	27	37	45	39	56	81	73	52	34	18	28	575
Portugal	11	8	7	9	24	28	36	23	25	31	21	14	16	253
Romania	14	11	15	18	22	41	28	34	33	34	22	25	25	322
Slovenia	4	2	2	0	4	5	11	11	12	5	5	9	6	76
Slovakia	0	2	3	4	8	4	10	8	12	5	7	0	0	63
Finland	29	15	16	17	13	15	18	20	16	15	16	10	7	207
Sweden	38	32	28	18	23	27	30	28	35	23	19	10	13	324
Total	620	416	481	589	764	962	1 233	1 155	1 045	908	764	752	635	10 324

Source : Eurostat - Causes of death - Intentional self-harm - Females - Annual 2017

- Applying our 11% FS percentage uniformly to all female suicides in the MS, we obtain the following table:

Etat membre	Nombre de suicides de femmes	Estimation du nombre de SF
Belgium	471	52
Bulgaria	149	16
Czechia	278	31
Denmark	154	17
Germany	2055	226
Estonia	44	5
Ireland	72	8
Greece	97	11
Spain	908	100
France	1896	209
Croatia	155	17
Italy	800	88
Cyprus	6	1
Latvia	59	6
Lithuania	137	15
Luxembourg	14	2
Hungary	362	40
Malta	4	0
Netherlands	606	67
Austria	237	26
Poland	575	63
Portugal	253	28
Romania	322	35
Slovenia	76	8
Slovakia	63	7
Finland	207	23
Sweden	324	36
Total	10 324	1 136

Source : Estimation Psytel à partir des données de mortalité Eurostat - 2017

It can be observed that :

- The number of forced suicides in France in 2017 is estimated at 209;
- The number of forced suicides in Belgium in 2017 is estimated at 52;
- the total number of forced suicides in the EU27 MS in 2017 is estimated at 1,136.

The impact on the number of feminicides in France in 2017:

- The figures produced each year since 2006 by the « Délégation aux victimes » (DAV) of the national police and national gendarmerie directorates on violent deaths within couples are essential in determining the number of victims. Thus, for 2017, we have the following figures for violent deaths:

Women victims within the couple (feminicides): 130

Male victims in a relationship: 21

Child victims: 25

Collateral victims: 12

- These data remain incomplete because we lacked a figure for suicides by women whose main cause is the violence they suffer within the couple, the "forced suicides", as the ultimate consequences of the psychological, physical and/or sexual violence they have suffered. By adding to these data our estimate of the number of FS for France in 2017, we obtain :

Women victims within the couple (feminicides): 130

Women victims of forced suicide: 209

i.e. a total of 339 deaths of female victims of IPV for 2017. We have deliberately excluded the suicides of the perpetrators of homicides from this total so as not to group together the victims and the perpetrators of the crimes, nor the children and collateral victims, in order to stick to the number of female victims alone. However, it is true that we are adding together recorded figures (those of the DAV) and estimated figures (those of forced suicides), but we are thus certainly closer to reality than with recorded figures alone.

- This means that there was almost one woman victim per day of domestic violence in France in 2017 and not one every three days, as is usually reported if only feminicides are considered restrictively.

The impact on the number of feminicides in Belgium in 2017:

- In Belgium, there are on average about forty feminicides per year, but there are no official records from the public authorities. This is a press census that is carried out by associations via the "Stop Féminicide" blog: <http://stopfeminicide.blogspot.com/> . The Stop Féminicide blog was created and is maintained by the Feminist Platform against Violence against Women. This platform brings together organisations that are independent of governments and political parties and that wish to reflect and act against violence against women in Belgium, through a feminist reading and approach. This blog lists the crimes, puts faces to the figures and does so in order to put pressure on the public authorities. Thus, for 2017, we have the following figures for violent deaths:

Women victims within a couple (feminicides): 43

Child victims: 4

- These data remain incomplete because we lacked a figure for suicides by women whose main cause is violence within the couple, 'forced suicides', as the ultimate consequences of the

psychological, physical and/or sexual violence suffered. By adding to these data our estimate of the number of FS for Belgium in 2017, we obtain :

Women victims within a couple (femicides): 43

Women victims of forced suicide: 52

i.e. a total of 95 deaths of women victims of IPV for 2017. We have deliberately excluded child victims from this total in order to keep to the number of women victims. However, it is true that we are adding together observed figures (those unofficially recorded in the press by associations) and estimated figures (those of forced suicides), but we are thus certainly closer to reality than with observed figures alone.

- In 2017, therefore, there was almost one woman victim of domestic violence every four days in Belgium, and not one every 10 days, as is usually reported if only femicides are considered restrictively.

- In the EU27, more than 1,000 women die by forced suicide, in addition to the number of victims of femicide.

- We therefore call on the political authorities, the media and associations to refer to this figure, which is much higher, and unfortunately closer to reality, than the already unbearable figures usually quoted.

6- Limitations of the estimation and prospects for improvement

The limitations of estimation :

- Following the steps of our reasoning to arrive at our estimate of the number of FS, we successively :
 - carried out a synthesis of the too few studies concerning the possible causes of suicide attempts in women ;
 - determined a percentage of SA attributable mainly to IPV;
 - hypothesised that we could apply this percentage of the cause of SA to the causes of the completed suicides themselves;
 - applied this same percentage to all MS in Europe EU27.
- We have also applied a prudent rule by choosing the lower limit of the percentage of SA causes attributable to IPV, being aware that the number of suicides recorded in the official mechanisms for declaring causes of mortality is systematically underestimated, and by clearly explaining our calculation procedure and its possible weaknesses.
- We are aware that this calculation mechanism is not scientifically assured, but that it leads to a "reasoned order of magnitude". It seems to us that we are closer to the truth about the magnitude of women's deaths from IPV by including this figure than by excluding it!

Ways to improve it :

There are several ways to improve the robustness of our methodology:

Proposal 1 : To carry out in-depth and specific studies in France and other MS on the link between IPV and suicide attempts in order to better inform, understand, quantify and prevent forced suicides. The present project is part of this.

Proposal 2 : Systematically record data on possible IPV in police or gendarmerie post-suicide investigations, while of course 'gendering' the data collected. This amounts to systematising psychological autopsy procedures to better investigate the causes of suicides.

Proposal 3 : Raise awareness and train frontline staff (police, gendarmes, firefighters, emergency personnel) on the existence and detection of attempted suicides in connection with domestic violence.

Annex : Studies on the link between intimate partner violence and suicide

It is essential to consider domestic violence as a **public health problem**. According to WHO figures, women who are victims of intimate partner violence lose one to four years of healthy life. In addition, intimate partner violence doubles the health care costs for these women¹⁶. It is also important to note that the costs of domestic violence are estimated to be a staggering 16 billion euros in Europe¹⁷.

Several studies have set out to analyse the **consequences** of intimate partner violence on women's **mental health**, some of which have highlighted the correlation between such violence and suicide attempts by female victims. These articles are presented below.

Note: We logically assume that the figures given in the articles refer to life to date when no other time period is mentioned.

- Morvant, C., Lebas, J., & Chauvin, P. (2002). *Les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et leur prise en charge en médecine de premier recours*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/PierreChauvin/publication/10900409_Consequences_of_domestic_violence_on_women%27s_health_and_their_management_in_primary_health_care/links/5c8fc216299bf14e7e844d97/Consequences-of-domestic-violence-on-womens-health-and-their-management-in-primary-health-care.pdf [France]

A 2002 study analysing the **consequences** of domestic violence on **women's health** came to some conclusions.

First of all, it is important to note that **half of the women who are hospitalised in a psychiatric unit** suffer from violence at the hands of their partner¹⁸.

In addition, the risk of **post-traumatic stress disorder** and **depression** appears to be greater in the context of domestic violence than in the context of childhood sexual abuse¹⁹.

The same applies to the **consumption of psychotropic drugs**, which is very high among these women victims. It is, in fact, 4 to 5 times higher than in the general population²⁰.

Finally, and more fundamentally, as a consequence of the above, they are **five times more likely to attempt suicide** than the general population²¹.

¹⁶ P. Chauvin, « Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care », available on https://www.researchgate.net/profile/Pierre-Chauvin/publication/10900409_Consequences_of_domestic_violence_on_women%27s_health_and_their_management_in_primary_health_care/links/5c8fc216299bf14e7e844d97/Consequences-of-domestic-violence-on-womens-health-and-their-management-in-primary-health-care.pdf, février 2002.

¹⁷ Société Civile Psytel, « Estimation du coût des violences conjugales en Europe », available on <https://docplayer.fr/188892125-Programme-daphne-ii-annee-estimation-du-cout-des-violences-conjugales-en-europe-ipv-eu-cost-projet-n-jls-dap-06-1-073-wy.html>, 2007-2009, p. 47.

¹⁸ P. Chauvin, *op.cit.*, p. 3.

¹⁹ P. Chauvin, *ibidem*, p. 3.

²⁰ P. Chauvin, *ibidem*, p. 3.

²¹ P. Chauvin, *ibidem*, p. 3.

- Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Del-Colle, M., O'Sullivan, C., & Campbell, J.C. (2011). *Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior among Adult Female Victims of Intimate Partner Violence*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152586/pdf/nihms282593.pdf> [USA]

The aim of this study was to investigate the prevalence and correlates of suicide threats and suicide attempts among 662 female victims of intimate partner violence²².

According to the National Institute of Health, women who are victims of intimate partner violence are more likely to have suicidal thoughts and/or behaviour. Indeed, a study shows that women victims are **7 times more likely to have suicidal thoughts** than women who are not confronted with this type of violence. Furthermore, **one in five victims has threatened or attempted suicide** in her lifetime²³.

The article takes an interesting **intersectional perspective**.

For example, women with chronic or disabling illnesses were 2.4 times more likely to have threatened or attempted suicide than other women²⁴. This may be explained by the fact that these people may be more socially isolated and controlled by their spouse and may therefore see suicide as the only way out²⁵.

Younger women are significantly more affected²⁶.

Ethnicity is also an important variable as African American victims are 40% less likely to have threatened or attempted suicide than Latin Americans²⁷.

In addition, **certain circumstances** may increase the risk that victims of violence will threaten or attempt suicide.

To begin with, victims at greater risk of **life-threatening assaults** by their intimate partners are significantly more likely to have threatened or attempted suicide²⁸.

In addition, **severe abuse** by the spouse and the **dangerousness** of the spouse also have an impact²⁹.

The reason for these findings is that in fear of their lives, victims may consider suicide as the only way to gain control over a situation that has become untenable. The considerable danger involved in a violent relationship impacts on the **mental health** of the women who are victims, who are more likely to suffer from post-traumatic stress disorder, anxiety and depression. These consequences of

²²National Institutes of health, « Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence », available on <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3152586/pdf/nihms282593.pdf>, août 2011, p. 1.

²³National Institutes of health, *ibidem*, p. 1.

²⁴National Institutes of health, *ibidem*, pp. 5 et 6.

²⁵National Institutes of health, *ibidem*, p. 7.

²⁶National Institutes of health, *ibidem*, pp. 5 et 6.

²⁷National Institutes of health, *ibidem*, pp. 5 et 6.

²⁸National Institutes of health, *ibidem*, p. 6.

²⁹National Institutes of health, *ibidem*, p. 6.

severe violence on women's mental health in turn increase the likelihood that victims will have suicidal thoughts³⁰.

Finally, it appeared that female victims whose **partners had threatened or attempted suicide** were more likely to have threatened or attempted suicide themselves³¹.

- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). *Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/pdf/pmed.1001439.pdf> [USA, Australie, Inde, Suède, Nicaragua, Afrique du Sud].

This systematic review and meta-analysis, including longitudinal studies published before February 2013, aims to investigate the links between intimate partner violence and depression and suicide attempts, and vice versa³².

On the one hand, some studies have shown that contexts of domestic violence are strongly and systematically associated with **depressive disorders and suicides**³³. One survey found that intimate partner violence **doubled** the risk of suffering from depressive symptoms³⁴.

On the other hand, there are associations in the opposite direction. One analysis showed that depressive symptoms doubled the risk of women being **victims of domestic violence**³⁵.

The present study confirms this bidirectionality: women suffering from depression are more likely to be in an abusive relationship but being in an abusive relationship predicts depressive disorder and thus increases the risk of suicide attempts³⁶.

- Citoyenne Féministe. (2019). *Violences conjugales : dépression et envie suicidaire*. Retrieved from <https://static.mediapart.fr/files/2019/10/02/enquete-cf-violences-conjugales-et-envie-suicidaire.pdf> [France].

The aim of the 'Citoyenne Féministe' movement in this survey was to highlight the phenomenon of **forced suicides**³⁷. 584 victims responded to an online questionnaire.

The study found that 76% of the victims reported having suicidal thoughts, **29% had attempted suicide** and 13% had been hospitalised in a psychiatric unit.³⁸

These figures can be explained by several reasons: the feeling that suicide is the only solution **to end the pain felt**; the desire to find "**peace**"; the desire to regain **control** through suicide; the

³⁰National Institutes of health, *ibidem*, p. 6.

³¹National Institutes of health, *ibidem*, p. 7.

³²K. Devriers *et al.*, "Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts : a systematic review of longitudinal studies", available on <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/pdf/pmed.1001439.pdf>, 2013, p. 1.

³³K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 1.

³⁴K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 11.

³⁵K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 11.

³⁶K. Devriers *et al.*, *ibidem*, p. 8.

³⁷Citoyenne Féministe, « Violences conjugales : dépression et envie suicidaire », available on <https://static.mediapart.fr/files/2019/10/02/enquete-cf-violences-conjugales-et-envie-suicidaire.pdf>, 2018-2019, p. 1.

³⁸Citoyenne Féministe, *ibidem*, p. 3.

desire to **conform to the abuser's expectations**; the feeling of **not being able to** live without the abuser; or the **increase in constraints**³⁹.

- Hirigoyen, M.-F. (2009). *De la peur à la soumission*. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-1-page-24.htm> [France]

This article aims to highlight the **devastating effects** of domestic violence on the **health of women** who experience it⁴⁰.

Violence between intimate partners can, first of all, cause **psychological problems** such as anxiety, sleep disorders, difficulty in concentrating, etc. For many of these women, these difficulties lead to heavy consumption of alcohol, toxic substances or psychotropic drugs⁴¹.

A number of **psychosomatic disorders** may also occur. Some women victims may suffer from chronic pain, headaches, breathing difficulties,...⁴²

It is important to highlight that **depression** affects more than half of women who are victims of violence by their partner. They also **attempt suicide 5 to 8 times more often** than the general population⁴³.

- Chan, K. L., Straus, M. A., Brownridge, D. A., Tiwari, A., & Leung, W. C. (2008). *Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide*. Retrieved from <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/60541/1/Content.pdf> [21 pays]

The aim of the survey was to measure the proportion of a large sample of **students** who had perpetrated physical and/or sexual violence against their intimate partner. It also sought to establish the link between domestic violence and **suicidal ideation**⁴⁴.

The study shows that there is a strong **correlation** between **intimate partner violence** and **suicidal ideation**, both for the perpetrators and the victims. **Depression** explains the relationship between dating violence and suicidal ideation⁴⁵.

The survey also highlighted the fact that women exposed to intimate partner violence are more likely than others to have attempted suicide. **Suicide attempt** rates among female victims range from **20 to 26%**.⁴⁶

- Chang, E. C., Yu, E. A., Kahle, E. R., Du, Y., Chang, O. D., Jilani, Z., Yu, T., & Hirsch, J. K. (2018). *The Relationship Between Domestic Partner Violence and Suicidal Behaviors in an Adult Community Sample: Examining Hope Agency and Pathways as Protective Factors*. Retrieved from

³⁹Citoyenne Féministe, *ibidem*, pp. 3 à 5.

⁴⁰M. F. Hirigoyen, « De la peur à la soumission », *Empan*, 2009, p. 24.

⁴¹M. F. Hirigoyen, *ibidem*, p. 29.

⁴²M. F. Hirigoyen, *ibidem*, p. 29.

⁴³M. F. Hirigoyen, *ibidem*, p. 30

⁴⁴K. Ling Chan *et al.*, « Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide », available on <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/60541/1/Content.pdf>, *s.d.*, p. 1.

⁴⁵K. Ling Chan *et al.*, *ibidem*, p. 1.

⁴⁶K. Ling Chan *et al.*, *ibidem*, p. 2.

https://www.researchgate.net/publication/320289498_The_Relationship_Between_Domestic_Partner_Violence_and_Suicidal_Behaviors_in_an_Adult_Community_Sample_Examining_Hope_Agency_and_Pathways_as_Protective_Factors/link/5c34bca8299bf12be3b798d3/download [USA]

98 people between the ages of 18 and 64 participated in this study to determine the links between hope, domestic violence and suicidal ideation.

Domestic violence has a serious impact on the **mental health** of women who suffer from it. They are more likely to suffer from depression, anxiety, eating disorders and post-traumatic stress, among other things.⁴⁷.

Studies have shown that **20%** of women who experience intimate partner violence have **threatened or attempted suicide** in their lifetime. Although it is known that intimate partner violence can exacerbate suicidal behaviour, few studies have been conducted to identify potential **protective factors** that may reduce the risk of them engaging in such behaviour⁴⁸. This article therefore aims to investigate the extent to which **hope** might influence both domestic violence and the risk of it leading to suicidal behaviour⁴⁹.

The results of the study that was conducted point in two opposite directions: hope can indeed **mitigate** the relationship between domestic violence and suicidal behaviour, but it can also **exacerbate** it. One explanation for the second effect is that having a high level of hope can make a person more vulnerable when faced with an accumulation of stressful life events, as is the case with experiences of domestic violence. Further research is needed, however, to understand the extent to which hope may be more or less beneficial for victims of intimate partner violence⁵⁰.

- Wolford-Clevenger, C., & Smith, P. N. (2017). *The Conditional Indirect Effects of Suicide Attempt History and Psychiatric Symptoms on the Association Between Intimate Partner Violence and Suicide Ideation*. Retrieved from <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5647881&blobtype=pdf> [USA]

The aim of the present investigation was to gain a deeper understanding of the link between intimate partner violence and suicidal behaviour, specifically in the situation of women **seeking shelter** from professionals. The study aimed to interrogate the impact of **coercive control** on suicidal thoughts⁵¹. 134 women participated in this cross-sectional study.

The survey highlights the fact that victims seeking shelter have an increased risk of having had suicidal thoughts and making suicide attempts (34%) compared to both other victims who do not seek such help (6.6%) and women in the general population (4.2%)⁵². These results can, among

⁴⁷E. Chang, « The relationship between domestic partner violence and suicidal behaviors in an adult community sample: examining hope agency and pathways as protective factors », available on https://www.researchgate.net/publication/320289498_The_Relationship_Between_Domestic_Partner_Violence_and_Suicidal_Behaviors_in_an_Adult_Community_Sample_Examining_Hope_Agency_and_Pathways_as_Protective_Factors/link/5c34bca8299bf12be3b798d3/download, 2018, p. 1400.

⁴⁸E. Chang, *ibidem*, p. 1400.

⁴⁹E. Chang, *ibidem*, p. 1402.

⁵⁰E. Chang, *ibidem*, pp. 1407 et 1408.

⁵¹C. Wolford-Clevenger and *al*, « The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation », available on <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5647881&blobtype=pdf>, 2018, p. 7.

⁵²C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, pp. 1 et 2.

other things, be justified by the fact that these women are subject to **coercive control** by their spouse⁵³.

The concept of coercive control refers to : "**repetitive** strategies, some violent and some not, whose **cumulative effects** need to be analysed in their wider context of **domination**"⁵⁴.

It is deployed through **two mechanisms**.

On the one hand, the perpetrator may resort to coercion. The latter refers to any strategy adopted by the perpetrator in order to **get what he wants immediately**. The use of **force or the threat** to use force are methods that can be used in this regard⁵⁵.

On the other hand, the abuser may use the strategy of control. Control takes the form of a series of **strategies** that can take place at different times during the relationship. They can take the form of **deprivation of rights and resources and the imposition of micro-regulations**. The latter refer to **rules** dictated by the perpetrator which can take many forms and which aim to maintain the perpetrator's control and domination over the victim⁵⁶.

→ Thus, unlike intimate partner violence, which is manifested by acts that take place in a certain gradation and in an episodic manner, the notion of coercive control refers to the **cumulative and invisible strategies** that the spouse puts in place, some of which **can be seen as less serious**⁵⁷.

Indeed, numerous studies have shown that **coercive control is strongly associated with suicidal ideation and behaviour**⁵⁸.

It is the **fluid vulnerability theory** that would help to understand the links between coercive control, psychiatric symptoms and suicidal behaviour. According to this theory, "**stressors** activate **acute vulnerability to suicide** through a '**suicide mode**', which involves distinct suicide risk-promoting responses from the **cognitive, affective, physiological and behavioural/motivational systems**"⁵⁹.

"Specifically, the cognitive responses involve one or more negative core beliefs, such as **worthlessness and hopelessness**. The affective system is characterised by dysphoria, involving various negative mood states such as sadness, anger and anxiety. The physiological components of this mode involve increased arousal. The behavioural and motivational aspects of the suicidal mode involve a clear desire for death or the intention to end one's life.⁶⁰

It is important to note that **previous suicide attempts** will create a **lasting vulnerability**, thus predisposing female victims to the activation of the suicide mode. Suicide mode will thus be activated more often by victims who have made several suicide attempts than by those who have

⁵³C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 2.

⁵⁴I. Côté and S. Lapierre, « Pour une intégration du contrôle coercitif dans les pratiques d'intervention en matière de violence conjugale au Québec », available on https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2021/06/ri_153_2021.2_Cote_Lapierre.pdf, 2021, p. 117.

⁵⁵I. Côté et S. Lapierre, *ibidem*, p. 117.

⁵⁶I. Côté et S. Lapierre, *ibidem*, p. 117.

⁵⁷I. Côté et S. Lapierre, *ibidem*, p. 117.

⁵⁸C. Wolford-Clevenger *et al*, *op. cit.*, p. 2.

⁵⁹Traduction libre de C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, pp. 2 et 3.

⁶⁰Traduction libre de C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 3.

made only one attempt or who have not made any because of the existence of this vulnerability to suicide mode⁶¹.

Women in controlling relationships may be vulnerable to negative self-directed thoughts. It appears, for example, that victims who seek help suffer from depressive symptoms, post-traumatic stress disorder, hopelessness,... According to the fluid vulnerability theory, these disorders increase the risk of engaging in suicidal behaviour⁶².

- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., & Bethea, L. (2004). *Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health*. Retrieved from https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1114&context=crvaw_facpub [USA]

The present survey was conducted among 1152 female victims of intimate partner violence, ranging in age from 18 to 65 years, in family medicine clinics between 1997 and 1999. The aim was to determine the **impact** of violence on the **mental health** of the victims and the extent to which **social support** could reduce this impact⁶³.

Intimate partner violence has consequences for the **mental and physical health** of victims. Victims are more likely to suffer from drug addiction, post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and suicidal behaviour.⁶⁴

It appears from this survey that, among the women who **testified** about the violence they had suffered to other people, those who received **support** from these people had a **reduced risk** of having **suicidal thoughts or actions**. These victims were less likely to be in poor mental or physical health⁶⁵.

- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., & Martinez, M. (2006). *The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide*. Retrieved from <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2006.15.599> [Espagne]

The aim of this study was to establish the **impact** of intimate partner violence (physical, psychological and sexual) on the **mental health** of victims⁶⁶. For this purpose, a comparison between 75 physically and psychologically abused women; 55 psychologically abused women; and 52 non-abused women was conducted.

⁶¹C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 3.

⁶²C. Wolford-Clevenger *et al*, *ibidem*, p. 3.

⁶³A. Coker and *al.*, «Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health” , available on https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1114&context=crvaw_facpub, 2004, p. 465.

⁶⁴A. Coker *et al.*, *ibidem*, p. 465.

⁶⁵A. Coker *et al.*, *ibidem*, p. 466.

⁶⁶M. Pico-Alfonso, “The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide”, available on <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2006.15.599>, 2006, p. 599.

It appears that women victims of violence (whether physical and psychological or only psychological) have a higher risk of presenting depressive and anxiety symptoms, post-traumatic stress and suicidal thoughts⁶⁷.

It should be noted that, according to this study, there is **no difference** in terms of the impact on the health of victims between those exposed to **physical and psychological violence** and those exposed **only to psychological violence**. These results seem important insofar as moral violence is still strongly considered to be a less serious form of violence in the collective unconscious⁶⁸.

- Mason, R., & O'Rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4240863/pdf/GHA-7-24815.pdf> [Canada]

This literature review identified 35 articles examining the link between partner violence and mental health published between 2004 and 2014. The aim of this work was to inform frontline mental health professionals about what they need to know to provide appropriate care for women experiencing intimate partner violence.

Declared an **epidemic** in 2002 by the WHO⁶⁹, Partner violence, which predominantly affects women, also takes forms and has more severe consequences for women.

These consequences include an increased risk of developing a mental health disorder, such as an addiction⁷⁰, depression, dysthymia, **suicidality**, phobia, generalized anxiety disorder or post-traumatic stress disorder⁷¹.

In particular, emotional or psychological abuse has been associated with low self-esteem, depression and post-traumatic stress disorder⁷².

The risk of femicide was associated with the presence of both depression and post-traumatic stress disorder. Alcohol use by the victim, however, was not associated with lethal risk⁷³. Indeed, in another study, victims who experienced the most severe forms of violence were more likely to have comorbidities⁷⁴.

One possible explanation for the links between childhood abuse, adulthood and substance use is that childhood abuse can lead to low self-esteem, depression, anxiety, guilt and other psychological problems, which in turn lead to vulnerability to victimisation as an adult and to self-medication with substances⁷⁵.

⁶⁷M. Pico-Alfonso, *ibidem*, p. 599.

⁶⁸M. Pico-Alfonso, *ibidem*, p. 608.

⁶⁹ Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano (2002), quoted by Mason & O'Rinn (2014).

⁷⁰Rees, Silove, Chey, Ivancic, Steel, Creamer and al. (2011), quoted by Mason & O'Rinn (2014).

⁷¹Cleary, Keniston, Havranek, & Alpert (2008) ; Nicolaidis, Curry, McFarland, & Gerrity (2004) ; Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt et al. (2002) ; Lown & Vega (2001) ; Woods, Hall, Campbell, & Angott (2008) ; Golding (1999), quoted by Mason & O'Rinn (2014).

⁷²Calvete, Corral, & Estevez (2007) ; Bensley, Van Eenwyk, Wynkoop Simmons (2003), quoted by Mason & O'Rinn (2014).

⁷³Sabri, Stockman, Bertrand, Campbell, Callwood, & Campbell (2013), quoted by Mason & O'Rinn (2014).

⁷⁴Mason & O'Rinn (2014).

⁷⁵Gutierrez & Van puymbroeck (2006), quoted by Mason & O'Rinn (2014).