

Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques

C. Lamy, F. Dubois, N. Jaafari, T. Carl, P. Gaillard, V. Camus, W. El Hage,
Wissam El-Hage

► **To cite this version:**

C. Lamy, F. Dubois, N. Jaafari, T. Carl, P. Gaillard, et al.. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson, 2009, 57 (4), pp.267-274. 10.1016/j.respe.2009.04.007 . hal-02526598

HAL Id: hal-02526598

<https://hal-univ-tours.archives-ouvertes.fr/hal-02526598>

Submitted on 31 Mar 2020

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

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

Profil Clinique et Psychopathologique des Femmes Victimes de Violences Conjugales Psychologiques

ABSTRACT.

Background. Partner violence is a serious public health problem, due to their potential short-, medium- or long-term physical and psychological consequences. Violence is unbearable when it occurs between family members, and often remains unrevealed, invisible, hidden and repeated. The woman possibly feels trapped in a relationship of imprisonment. International studies have well-explored the psychopathological aspects of physical and sexual abuse within couples, but few explored the clinical profile of women victims of psychological violence or moral harassment. This study aims to define the clinical and psychopathological profile of women who are victims of psychological intimate partner violence.

Methods. We contacted 628 women who consulted consecutively at the emergency ward of a university hospital covering a 300 000 catchment's area. The telephone screening of psychological violence was therefore carried out using the WEB questionnaire (Women's Experience with Battering) (n=226). An optional clinical interview was given to the women declaring themselves as victims of psychological intimate partner violence (n=56), to evaluate the life events and the psychiatric disorders according to the DSM-IV. Finally, 43 participants (77%) gave their opinion on the qualitative aspects of the WEB questionnaire and their level of ease with this report.

Results. In 63% (n=35) of the cases, the victims and their partners had a rather high socio-professional level. Women refer to emergency ward mostly for complaint of vague idiopathic pain (49%) or for psychiatric disorders (52%) with predominance of anxiety (28%) or addictive disorders (19%). The prevalence of potentially traumatic life events was found to be high in this group (83%). The traumatic psychological intimate partner violence was associated with a heightened prevalence of psychiatric comorbidities, like anxiety (72%), depression (100%), posttraumatic stress disorder (100%), and addiction to alcohol (100%) or another psychoactive substance (50%). Finally, 44% of the women linked their gynecological-obstetrical history to their psychological state of the relationship.

Conclusion. Even if the psychopathological profile is relatively close, the socio-demographic profile of victims of psychological intimate partner violence is singularly different than that of the victims of physical or sexual abuse. This work underlines the necessity of a systematic screening of these aspects of violence in emergency medical services.

Keywords. Violence, PTSD, Victims, Traumas.

RÉSUMÉ

Position du problème. Les violences conjugales sont un véritable problème de santé publique, du fait de leurs conséquences tant physiques que psychologiques à court, moyen et long terme. Ces violences sont d'autant plus insoutenables qu'elles s'inscrivent dans l'intimité et le huis clos familial. Elles restent souvent non révélées, "invisibles", sournoises et quotidiennes. La femme y est piégée dans une véritable relation d'emprise. Les études internationales ont bien exploré les aspects psychopathologiques des violences

physiques et sexuelles au sein du couple, mais très peu le profil clinique des femmes victimes de violences psychologiques ou de harcèlement moral. Cette étude se propose de définir le profil clinique de femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Méthodes. Nous avons contacté 628 femmes ayant consécutivement consulté dans un service d'accueil des urgences du CHU de Tours. Le dépistage téléphonique des violences psychologiques a alors été réalisé à l'aide du questionnaire WEB (Women's Experience with Battering) (n=226). Un entretien clinique complémentaire a été proposé aux femmes se déclarant victimes de violences conjugales psychologiques (n=56), pour évaluer les événements de vie et les troubles psychiatriques selon l'axe 1 du DSM-IV. Sur les 56 femmes dépistées comme victime de violence psychologique selon le WEB questionnaire, 43 (77%) ont accepté d'avoir un entretien clinique et exprimé leur évaluation qualitative du questionnaire WEB et leur niveau d'aise par rapport à celui-ci.

Résultats. Dans 63% des cas, ces femmes victimes et leurs conjoints avaient plutôt un haut niveau socioprofessionnel. La majorité des consultantes avait une plainte algique diffuse sans étiologie retrouvée (49%), ou souffrait d'un trouble psychiatrique (52%) avec une prédominance des troubles anxieux (28%) et addictifs (19%). La prévalence des événements de vie potentiellement traumatiques est élevée dans ce groupe (83%). Les violences conjugales psychologiques traumatiques étaient associées à une augmentation de la prévalence des comorbidités psychiatriques, anxiété (72%), dépression (100%), état de stress post-traumatique (100%), et addiction à l'alcool (100%) ou à une autre substance psychoactive (50%). Enfin la prévalence des antécédents gynéco-obstétricaux reliés par la femme au climat psychologique (44%) est élevée.

Conclusion. Même si le profil psychopathologique est relativement proche, le profil sociodémographique des victimes de violences psychologiques est singulièrement différent de celui des victimes de violences physiques ou sexuelles. Ce travail souligne la nécessité d'un dépistage systématique de ces violences dans un service d'accueil des urgences.

Mots clés. Violence, PTSD, Victimes, Traumatismes.

INTRODUCTION

La question des violences conjugales connaît actuellement un réel intérêt dans la littérature médicale internationale, tant sur le plan épidémiologique que psychopathologique. Ces violences mobilisent une constellation de partenaires à la fois sociaux, juridiques et médicaux, tant elles constituent une problématique complexe et délicate. En France, longtemps sujet tabou, car naissant dans le huis clos familial et la sphère privée, elles ont été décrétées "Grande cause nationale 2008". Dans cette lignée, les récents rapports (1, 2) exhortent les professionnels de la santé à développer des études relatives à ces violences.

Nous définissons ici les violences conjugales en termes de relation répétée, inégalitaire, asymétrique, visant au contrôle, la domination, la maîtrise voire la destruction de l'autre, par un "pattern" de comportements violents à la fois physiques, sexuels et psychologiques. Des études internationales (3) se sont penchées sur le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles décrivant des femmes souffrant essentiellement d'états anxieux et dépressifs (4, 5, 6, 7) ou post-traumatiques (4, 8), avec de fortes addictions à de substances psychoactives (9), médicamenteuses (Stark 10) et d'alcool (11). Des facteurs de risque ont également été décrits comprenant un jeune âge (10), une instabilité professionnelle, un bas niveau socio-économique (12), une prévalence élevée de l'alcoolisme et la toxicomanie du ou des partenaires (13) ainsi que l'origine géographique étrangère (10). Peu d'études ont examiné le profil psychopathologique des femmes victimes des violences psychologiques, non visibles ou non objectivables.

Pourtant, la littérature internationale en propose une définition assez homogène qui regroupe "toute atteinte ou toute menace d'atteinte à l'intégrité psychologique" incluant "les menaces, insultes, chantages, humiliations, dénigrements, harcèlements, ou contrôles exagérés" (14, 15). Ces violences psychologiques peuvent être comprises en termes de pathologie du lien et de la dynamique de couple. Mais, elles s'inscrivent surtout dans une réelle relation d'emprise, magistralement illustrée dans le roman *Dracula* de Bram Stoker (1897), ou plus largement documenté dans le milieu du travail (voir Etchegoyen) correspondant à une appropriation de l'autre par dépossession, domination et empreinte laissée sur l'autre.

Du point de vue épidémiologique, la prévalence des violences conjugales psychologiques représente plus de 50% des violences conjugales (10). Elles sont souvent associées aux violences physiques ou sexuelles, mais sont parfois le seul mode d'expression de la violence au sein du couple. Reconnues avec un réel potentiel traumatique, leurs conséquences psychopathologiques sont essentiellement post-traumatiques (dont l'ESPT). Deux études récentes ont confirmé que la violence psychologique était un fort facteur de risque pourvoyeur d'ESPT, devant la violence physique (16, 17). De plus la sévérité des violences psychologiques était corrélée à la sévérité et l'intensité des symptômes post-traumatiques (18, 19). Enfin, si les représentations populaires et la Loi reconnaissent depuis peu les violences physiques, les violences psychologiques semblent mettre encore en difficulté à la fois les professionnels de la santé (violence non objectivement constatable) et les juristes (reconnaissance de la notion de menace, éventuellement de harcèlement, nécessité de certificats...). Dans l'optique de prévention, des tentatives de dépistage systématique des violences conjugales sont réalisées outre-Atlantique avec le développement de nombreux outils, dont l'efficacité et la nécessité restent très controversées.

La présente étude a été menée dans une double perspective. D'une part, définir le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. D'autre part, établir l'acceptabilité et la faisabilité d'un questionnaire de dépistage des violences conjugales auprès de femmes consultant dans un service d'accueil des urgences (SAU psychiatriques, médicales et traumatologiques).

Matériel & Méthode

Population

Ont été recrutées toutes les patientes âgées entre 18 et 75 ans, ayant consulté consécutivement dans le SAU du CHU de Tours sur une période de 6 mois. Les femmes ont été recrutées indépendamment du motif initial de consultation : urgences psychiatriques, médicales, traumatologiques et chirurgicales. Au total, l'étude a pu être proposée, lors d'un premier contact téléphonique, à 628 patientes et acceptée par 226 d'entre elles. Cinquante six se sont déclarées victimes de violences psychologiques au regard des réponses au WEB questionnaire, parmi lesquelles 43 ont accepté un entretien en face à face.

Procédure

L'étude s'est déroulée en deux phases.

La première phase d'entretien téléphonique permettait de dépister les femmes victimes de violences psychologiques isolées. Tous les entretiens téléphoniques ont été réalisés par le

même clinicien (CL). Une attitude aussi empathique que possible a été adoptée afin d'éviter tout stress provoqué par l'entretien et toute méfiance à l'égard de l'investigateur, surtout chez des femmes très réactives et hypervigilantes. Il leur a été d'emblée précisé que l'enquête est anonyme, et qu'en aucun cas elle ne débouche sur une quelconque stigmatisation du conjoint.

Avant de débiter l'enquête téléphonique, la femme a été clairement informée sur l'étude, son objectif et ses modalités de déroulement. Nous nous sommes assurés que la femme pouvait répondre sans interférence aux questions, n'étant pas en présence de quelqu'un pouvant la mettre en difficulté, notamment son conjoint. Nous proposons de la rappeler dans le cas contraire. L'entretien téléphonique durait en moyenne 15 minutes, permettant la passation d'un questionnaire de dépistage des femmes victimes de violences psychologiques.

Une deuxième phase d'entretien d'une durée moyenne de deux heures et demie a été proposée aux femmes volontaires dépistées comme victimes de violences psychologiques isolées. Cet entretien comportait le recueil du consentement libre, éclairé et exprès, le recueil des données sociodémographiques, la passation des tests cliniques, et le recueil du niveau d'aise vis-à-vis du questionnaire passé par téléphone (niveau d'acceptation supposé au cours d'un entretien médical). Un entretien libre a été enfin proposé pour recueillir les représentations subjectives de la femme vis-à-vis de la situation violence.

Matériel

Le dépistage des femmes victimes de violences psychologiques s'est fait au cours de l'entretien téléphonique à l'aide du questionnaire WEB (Women's Experience with Battering) (20). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 10 items validé en langue anglaise, ayant fait preuve d'une bonne consistance interne et d'une bonne reproductibilité interethnique. Nous avons réalisé la traduction française (voir Annexe 1), en l'absence de validation en langue française. Les auteurs sont partis du constat que la mesure des marqueurs physiques de la violence échouait à repérer une partie des femmes victimes, puisque la prise en compte d'événements objectivement observables masquait la violence quotidienne psychologique. Le WEB avait donc pour but de traiter de manière qualitative la façon dont la femme vivait la dimension psychologique de la violence conjugale, en insistant sur la notion de perception du danger, de la menace, de perte de pouvoir, et de contrôle. Il a été constaté que cette approche traitant de l'expérience de la femme était moins intrusive et bénéficiait d'une grande acceptabilité auprès des femmes victimes (20).

L'entretien en face à face a permis la passation du MINI 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview) (21). C'est un entretien structuré de seize modules permettant d'élaborer un diagnostic des principaux troubles psychiatriques selon les critères du DSM-IV (22).

Un dépistage d'événements de vie potentiellement traumatiques a été réalisé à l'aide d'une liste exhaustive issue de la CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) (23), entretien semi-structuré pour le diagnostic et la sévérité d'ESPT. A partir des événements potentiellement traumatiques sélectionnés, la patiente était interrogée pour déterminer l'existence d'un traumatisme psychique selon les critères A1 (menace de mort, blessure sévère ou menace de l'intégrité physique) et A2 du DSM IV (peur intense, désarroi ou horreur).

Enfin nous avons interrogé chaque femme sur son niveau d'aise vis-à-vis du questionnaire WEB. Un entretien libre a permis de recueillir leurs représentations sur la situation conjugale et leur ressenti. A la fin de chaque entretien, chaque femme s'est vue remettre les coordonnées de structures d'écoute et d'aide spécialisées ainsi que, s'il elle le souhaitait, les coordonnées d'un Centre Médico-Psychologique.

Annexe 1. Version française du questionnaire WEB (Women's Experience with Battering).

Êtes-vous d'accord ?	Pas du tout d'accord	Parfois d'accord	Peu d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1- Je ressens une insécurité dans ma propre maison	1	2	3	4	5	6
2- Je me sens honteuse des choses qu'il me fait	1	2	3	4	5	6
3- J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire	1	2	3	4	5	6
4- Je me sens comme programmée pour réagir d'une certaine façon à lui	1	2	3	4	5	6
5- J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière	1	2	3	4	5	6
6- J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma propre vie, ni de pouvoir, ni de protection	1	2	3	4	5	6
7- Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de la dire	1	2	3	4	5	6
8- J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle	1	2	3	4	5	6
9- Il peut m'effrayer sans lever une main sur moi	1	2	3	4	5	6
10- Il a un regard qui me transperce et me terrifie	1	2	3	4	5	6

Résultats

Description de l'échantillon

L'âge moyen des 43 femmes de l'étude est de 43 ans (étendue 26-63 ans) dont 53.5% sont mariées et 46.5% vivent en concubinage. Pour 67% d'entre elles, c'est la première union, avec en moyenne 2.8 enfants. Dix femmes sont issues de l'immigration, maghrébine (n=8) et roumaine (n=1). Concernant la situation sociale, 63% des femmes ont un niveau socioprofessionnel élevé, selon la classification INSEE, avec un niveau équivalent pour les compagnons (71%). A noter un éthyilisme chronique du compagnon dans seulement 5% des cas.

Motifs des consultations aux urgences

Ces 43 femmes provenaient des consultations aux urgences psychiatriques (44%) et médicales (56%). Dix-neuf femmes ont consulté aux urgences psychiatriques pour prise en charge d'une crise d'angoisse aiguë (18.5%), d'une tentative de suicide (14%), d'une perte d'appétit avec amaigrissement (7%) ou de troubles du sommeil (4.5%). Vingt-quatre femmes ont consulté aux urgences médicales (Tableau 1), dont la moitié (49%) est venue avec une plainte algique diffuse sans étiologie retrouvée.

Tableau 1. Motifs de consultations dans le service d'accueil des urgences médicales des femmes victimes de violences psychologiques (n=24).

Plainte	Prévalence
Douleur abdominale	27%
Anxiété	19%
Altération de l'état général	14%
Tentative d'autolyse	14%
Céphalées	12%
Lombalgies	9%
Troubles du sommeil	5%

Anamnèse psychiatrique

La majorité (72%) des consultantes n'avait aucun antécédent psychiatrique. Pour les autres, nous avons retrouvé des antécédents d'épisodes dépressifs caractérisés (7%) du postpartum (n=2) ou suite à un départ à la retraite (n=1), de tentative de suicide (7%), des troubles des conduites alimentaires de type anorexie mentale pendant l'adolescence (2%), et des troubles anxieux, sans précision (12%).

Neuf participantes (21%) bénéficiaient d'un suivi psychothérapeutique au moment de l'étude, dont 2 qui n'avaient jamais évoqué la situation conjugale avec leur thérapeute. Seulement une femme consultait en thérapie de couple.

Consommation de substances psychoactives

La plupart (56%) des participantes avait un tabagisme actif, 5% une consommation chronique d'alcool (quotidienne et depuis plus de 6 mois), et une seule femme consommait quotidiennement du cannabis. La consommation de psychotropes concernait 53% des consultantes utilisant un seul (n=13) ou plusieurs produits (n=10), dont 17% avaient une consommation anarchique ou en fréquent surdosage.

Antécédents médico-chirurgicaux

L'antécédent majeur est celui des algies multiples (49%) ayant motivé plusieurs consultations aux urgences et auprès de spécialistes avec prescription d'antalgiques, myorelaxants et/ou spasmolytiques. Une orientation vers une aide psychologique a été proposée dans seulement 12% des cas.

Les antécédents obstétricaux se composaient de fausses couches précoces (12%), d'interruptions volontaires de grossesses (16%), d'accouchements prématurés (14%) et dans un cas de mort fœtale *in utero*. Toutes ces femmes (n=19) ont déclaré l'existence d'un lien entre les complications obstétricales et le stress de leur vie conjugale.

Typologie des violences

a. Caractéristiques des violences psychologiques

Les violences psychologiques s'exerçaient sous forme d'isolement familial et social (93%), d'insultes (91%), de contrôle (63%) des sorties, des visites et des appels téléphoniques, de pressions ou contraintes économiques (56%), de chantage affectif (53%) comme le chantage au suicide, la menace de partir avec les enfants ou la menace de rupture, de menaces de mort (44%), de menaces de divulguer des informations intimes à la famille ou aux collègues de travail (42%), de menaces directes envers les enfants (21%) et de menaces d'internement en psychiatrie (21%).

b. Représentations des violences par les femmes de l'échantillon

Le comportement du conjoint est qualifié de violent par seulement 53.5% de ces femmes, et 43.5% ne le qualifient pas de violent mais ne proposent aucun autre qualificatif. Certaines femmes parlent d'abus de pouvoir (15%), de domination (10%), d'emprise (10%), de machisme (5%), d'harcèlement moral ou psychologique (28%). La plupart des femmes (51%) font un lien causal entre leurs difficultés psychologiques actuelles et le comportement du conjoint, alors que 67% disent que la consultation aux urgences est liée à la situation conjugale. Ce lien est évoqué par toutes les femmes consultant aux urgences psychiatriques, mais que par 42% des femmes consultant avec une plainte organique.

c. Représentations subjectives de leur état psychique vis-à-vis de la situation

La majorité de ces femmes (91%) éprouvaient une culpabilité voire une responsabilité dans la situation conjugale. Certaines se sentent inutiles, vides ou sans ressources (73%), dépossédées de leur capacité à réfléchir ou à penser (28%), ou se sentent dépendantes psychiquement de leur conjoint (67%).

d. Interlocuteurs privilégiés concernant la situation conjugale

Ces femmes avaient parlé de leur difficulté conjugale à un proche ami ou la famille (9%) ou à un médecin psychiatre, médecin traitant, thérapeute de couple ou médecin urgentiste (25%). Si 21% des femmes suivies par un psychiatre libéral estimaient avoir mis plusieurs semaines à plusieurs mois avant d'évoquer la situation avec celui-ci, 5% d'entre elles n'ont pas pu encore le faire. Ainsi, 66% des femmes de l'échantillon n'avaient, jusqu'à notre étude, jamais parlé de leur situation conjugale.

Comorbidités psychiatriques actuelles

Vingt-deux femmes interviewées (52%) souffraient d'un trouble psychiatrique dépisté à l'aide du MINI (Tableau 2). En somme, 28% des femmes souffraient d'un trouble anxieux et 19% d'une addiction à une substance.

Tableau 2. Prévalence des troubles psychiatriques comorbides dans le groupe de femmes victimes de violences psychologiques (n=43).

Comorbidité	Prévalence
Dépendance aux substances	27%
ESPT	17%
Trouble panique	13%
Anxiété généralisée	13%
Dépendance à l'alcool	10%
Agoraphobie	10%
Épisode dépressif majeur	10%

Evènements de vie traumatiques

Le dépistage des évènements de vie potentiellement traumatiques a permis de détecter une prévalence élevée des traumatismes psychiques dans cet échantillon (83%). Trois femmes (7%) avaient une histoire de maltraitements physiques ou sexuelles pendant l'enfance ou l'adolescence, remplissant le critère A du DSM-IV (traumatisme psychique). Six femmes (14%) avaient perdu un parent pendant l'enfance ou l'adolescence, évènement traumatique dans un seul cas. Une femme avait été placée en famille d'accueil, et une autre a subi un accident de la voie publique traumatique au sens du DSM-IV. Enfin, la violence

psychologique conjugale a été désignée chez 81% des femmes comme potentiellement traumatique et dans 58% des cas l'évènement remplissait le critère A du DSM IV.

Au sein du sous-groupe « violences conjugales psychologiques traumatiques », la prévalence et le nombre individuel des comorbidités détectées au MINI sont plus élevés. On retrouve dans ce sous-groupe plus de trouble anxieux (72%), d'ESPT (100%), d'EDM (100%), et d'addiction à l'alcool (100%) ou à une autre substance psychoactive (50%). Il est à noter que seules les femmes souffrant d'un EDM cumulent deux traumatismes psychiques, dont la violence conjugale psychologique. Pour les autres diagnostics, la violence psychologique conjugale est retrouvée comme seul évènement potentiellement traumatique ou traumatique.

Acceptabilité et faisabilité de l'enquête

L'acceptabilité de la passation du WEB questionnaire est trouvée tout à fait satisfaisante (à l'aise / tout à fait à l'aise) pour les questions relatives au ressenti ou à la perception personnelle de la femme (par exemple, je ressens une insécurité, je me sens honteuse). Notons toutefois plus de difficultés s'agissant des questions relatives directement au conjoint (par exemple, il peut m'effrayer sans lever la main sur moi, il a un regard qui me transperce et me terrifie).

La plupart des femmes (77%) aurait accepté que le médecin urgentiste leur fasse passer ce questionnaire le jour de leur consultation. La majorité (88%) aurait accepté que le médecin leur pose des questions directes, courtes relatives à la situation conjugales. Si 79% des femmes avaient souhaité se voir remettre ou trouver aux urgences des plaquettes informatives concernant l'aide sociale, juridique ou psychologique, seules 23% auraient accepté une rencontre avec une assistante sociale aux urgences, alors que les deux tiers auraient souhaité se voir proposer une consultation psychiatrique.

Discussion

La présente étude répond aux récentes recommandations de santé publique relatives à la nécessité d'un meilleur dépistage et d'une meilleure prise en charge des violences faites aux femmes (2, 24). Elle a permis de mettre en évidence un profil clinique singulier des femmes victimes de violences conjugales psychologiques isolées. D'une part, nous avons observé un effet de l'âge sur la reconnaissance des violences psychologiques. En effet, l'âge moyen des femmes se déclarant victimes de violences psychologiques est significativement plus élevé que celui des femmes victimes de violences physiques (24 ans), selon l'enquête ENVEFF (10). Cet effet âge peut être expliqué par une plus grande maturité des femmes plus âgées ayant davantage de recul dans la relation pour parler de violences psychologiques. Dans notre échantillon, les femmes plus jeunes évoquaient plus souvent le machisme ou la domination.

Un effet transculturel peut être également discuté. Être une femme issue de l'immigration est habituellement associé à un risque accru de subir des violences physiques ou sexuelles (10). Ce n'est pas le cas dans notre sous-groupe avec 9% *versus* 19.3% de l'enquête ENVEFF (10). Ceci soulève la question d'une moindre proportion de déclarations lors de l'entretien téléphonique. Mais cette différence peut être aussi d'origine culturelle, étant donné que, dans certaines cultures, la domination masculine et le contrôle de la femme sont socialement acceptés (domination patriarcale, fraternelle puis conjugale). Différencier domination socialement acceptée et violence psychologique peut alors s'avérer difficile pour certaines femmes. Toutefois, le faible effectif de ce sous-groupe ne permet pas d'affirmer une seule hypothèse.

Le statut socio-économique des victimes et de leurs conjoints est trouvé différent de celui habituellement décrit dans les études des violences physiques, respectivement 13.6% et 26% de chômage chez les femmes victimes de violences physiques et leur conjoint (10). Les catégories socioprofessionnelles élevées sont fortement représentées dans notre étude, postulant une violence psychologique « mondaine » ou « huppée ». Ces femmes ont ainsi évoqué une vie sociale et mondaine active où les marques et coups feraient désordre... mais où la violence psychologique sourde et sournoise ne laisse pas de traces.

Un des principaux motifs des consultations médicales fût la plainte algique sans étiologie organique retrouvée. Une certaine similitude existe entre le symptôme algique chez ces femmes et celui retrouvé dans la fibromyalgie (25). En effet, ce trouble comporte des douleurs diffuses non organiquement expliquées, avec une corrélation extrêmement forte avec l'ESPT. On sait désormais que les manifestations dissociatives post-traumatiques sont à la fois psychiques mais aussi somatoformes (par exemple, expériences négatives d'analgésie mais aussi positives d'hyperesthésie). Nijenhuis et al. (26) avait d'ailleurs postulé que troubles dissociatifs somatoformes et symptômes somatoformes seraient les manifestations d'un seul et même phénomène post-traumatique. Ainsi, l'ESPT serait plus fortement associé à la dimension psychique péri-traumatique de la dissociation et la fibromyalgie à la dimension somatoforme péri-traumatique. Une étude ultérieure explorant ce sujet devrait comporter des échelles d'évaluation de la fibromyalgie (par exemple, FIQ ou LFES-Q) (25) et de la dissociation psychique et somatoforme (par exemple, DES, SDQ-20) (27).

La prévalence des antécédents psychiatriques dans notre échantillon est faible (28%) comparée à celle décrite dans les échantillons de victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles (68%) (28, 29). Ce résultat peut être en partie expliqué par l'absence de vulnérabilité psychiatrique particulière chez ces femmes victimes de violences psychologiques. Par contre, la prévalence des antécédents obstétricaux est plutôt élevée dans ce groupe (44%). Ce résultat pose l'hypothèse d'une interaction potentielle entre le stress induit par les violences conjugales psychologiques et les conséquences négatives sur la grossesse. En effet la littérature a montré les méfaits du stress sur la grossesse avec un risque plus élevé de prématurité et de fausses couches précoces (30, 31). Si ces conséquences sont désormais bien documentées chez les femmes victimes de violences physiques et soumises à un dépistage lors de la grossesse, des études ultérieures seraient intéressantes pour confirmer nos résultats pilotes.

La consommation de psychotropes (53%) est retrouvée également supérieure par rapport aux études portant sur la violence physique, 30% lors d'un épisode violent déclaré, 20% lors de plusieurs épisodes déclarés (10). Nous avons émis l'hypothèse que ces femmes, vivant dans un climat d'hypervigilance quotidien, soumises à l'imprévisibilité de la déferlante violente psychologique présenteraient une surconsommation de psychotropes à visée d'anesthésiant psychique. Il semble donc primordial d'alerter sur les méfaits d'une prescription de psychotropes en dehors d'une identification claire de la problématique de vie familiale et conjugale, et en dehors d'une psychothérapie associée.

La typologie des violences psychologiques de notre étude a confirmé les descriptions anglo-saxonnes avec cependant l'émergence de violences singulières, non retrouvées et validées comme les menaces d'internement en psychiatrie, les menaces de divulguer des éléments de la vie intime et enfin la violence économique. Il faut constater enfin le fort pourcentage (44%) des menaces de mort qui peuvent expliquer que 58% des femmes

désignent la violence conjugale psychologique comme traumatique selon les critères A du DSM IV. Les 9% de femmes présentant un ESPT confirment l'idée que tout traumatisme n'entraîne pas forcément des conséquences psychopathologiques et induisent l'idée d'une habitude ou questionne l'idée d'une résilience chez ces femmes face à des stress chroniques ou répétés (32).

Enfin, près de 50% des femmes ne se représentent pas le comportement du conjoint en termes de violence, pointant les distorsions cognitives impliquées par la relation d'emprise. La culpabilité, la vacuité psychique, le sentiment d'inutilité décrit par ces femmes participent également à ce processus de mise sous emprise (inversion de la culpabilité, mise en situation confuse, rétorsion...).

Concernant les comorbidités psychiatriques, la prévalence élevée des troubles anxieux est fortement liée au vécu d'alerte et d'hypervigilance décrit par ces femmes. Notons que toutes les femmes souffrant d'ESPT ont désigné l'évènement "violence psychologique conjugale" comme seul évènement traumatique, venant conforter les résultats des études antérieures sur l'association ESPT / violences conjugales psychologiques (17). La comorbidité dépressive basse infirme l'hypothèse de départ. Ceci peut être probablement expliqué par une évaluation précoce chez ces femmes, qui sont encore sous l'emprise psychologique, en situation de stress psychologique. La dépression pourrait survenir ultérieurement.

Notre échantillon peut être considéré comme relativement représentatif de la population consultant dans un SAU. Cette enquête a interrogé 628 patientes ayant consécutivement consulté dans un SAU. La prévalence des violences conjugales psychologiques reste élevée (19%) dans le groupe inclus (n=226). Cette représentativité est toutefois limitée du fait du taux initial élevé de refus de répondre à l'enquête téléphonique (64%). Il est difficile d'interpréter les non réponses ou de prédire leurs motivations intimes. Il est possible qu'une enquête téléphonique inattendue soit perçue comme intrusive de l'intimité ou bien survient à un moment inopportun. Dans une étude récente de l'agence de santé publique du Canada (33) la prévalence des réponses habituelles dans les enquêtes téléphoniques a pu être estimée à 50% contre 83% chez les patients ayant reçu une lettre d'information préalable, objectivant, dans le cas de notre étude, le probable caractère délicat et intrusif de l'enquête. Pour d'autres femmes la reconnaissance du caractère violent d'un comportement est une notion relative subjective et dont la révélation à un tiers inconnu n'est pas sécurisante. De plus, 13 femmes qui remplissaient les critères "violences conjugales psychologiques" au WEB ont refusé l'entretien en face à face. La crainte majeure a été la peur de la perte de l'anonymat, la crainte de représailles, ou la crainte d'une désignation du conjoint comme agresseur. Il est également envisageable que certaines participantes subissaient un véritable terrorisme conjugal comme décrit par Johnson (34-37) entraînant un comportement de repli. Une autre limitation méthodologique est l'utilisation du questionnaire WEB non encore validé dans sa version française. Nous avons réalisé cette traduction et une traduction reverse par un anglais natif pour vérifier l'absence d'ambiguïté linguistique ou culturelle. Ce travail est encourageant pour réaliser la validation de cet instrument qui s'avère utile en pratique courante.

Enfin, nous confirmons l'hypothèse d'une bonne acceptabilité et faisabilité d'un questionnaire de type WEB aux urgences. Nos résultats nous montrent que la demande d'aide est essentiellement psychologique et pas forcément sociale ni juridique. Il ne s'agit pas, pour la grande majorité de ces femmes d'une aide à fuir le couple mais une aide pour

comprendre et se déprendre de l'emprise. En effet, toute intervention trop rapide et abrupte serait vécue comme dangereuse et risquerait de rompre une relation thérapeutique embryonnaire.

Conclusion

L'originalité de notre étude a été de définir le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques, profil qui se distingue singulièrement de celui des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du couple. Les pathologies anxieuses et post-traumatiques ainsi que l'inquiétante consommation de psychotropes, la forte prévalence de pathologies obstétricales, sont à prendre particulièrement en compte dans cette population et exhortent à poursuivre dans ces populations des études de corrélation entre les violences psychologiques conjugales et leurs conséquences psychopathologiques. La forte prévalence de la plainte fonctionnelle somatoforme sans cause organique identifiée soulève la question de l'intérêt d'un dépistage systématique des traumatismes psychiques chez toutes les femmes consultant dans un SAU. Si le lien entre violences conjugales psychologiques et clinique psychotraumatique devait se confirmer, nous devons organiser le dépistage de ces femmes, afin de prévenir précocement la survenue de ces troubles post-traumatiques. Avant d'étudier la faisabilité et l'intérêt du dépistage, il semble important de poursuivre notre étude descriptive par une enquête familiale contextuelle afin de préciser le profil des conjoints (personnalité, antécédents traumatiques) et d'étudier l'impact de ce type de violences sur le développement psychologique des enfants. Une étude relative à la qualité de vie de ces femmes victimes pourrait en outre être utile afin d'évaluer l'impact possible des campagnes de dépistage et des programmes de prise en charge. Forts de ces études complémentaires, nous pourrions alors réadapter la réponse proposée aux femmes dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire associant professionnels de santé (dès l'accueil aux urgences), services sociaux et judiciaires.

REFERENCES

1. Coutanceau R. Auteurs de violence au sein du couple : prise en charge et prévention. Rapport au Ministre délégué à la Santé. Paris : La Documentation française, 2006.
2. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre délégué à la Santé. Paris : La Documentation française, 2001.
3. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002 ; 359 (9314) : 1331-6.
4. Cascardi M, O'Leary KD, Schlee KA. Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *J Fam Violence* 1999 ; 14 (3) : 227-49.
5. Berry DB. *The Domestic Violence Sourcebook*. 3rd Revised edition. Los Angeles : McGraw Hill, 2000.
6. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 (5) : 885-92.
7. Boucher S, Fortin A, Cyr M. Vulnérabilité à la dépression chez les femmes victimes de violence conjugale : contribution de la dépendance et l'autocritique. *Can J Behav Sci* 2006 ; 38 (4) : 337-47.
8. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders : A meta-analysis. *J Fam Violence* 1999 ; 14 (2) : 99-132.

9. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *Am J Public Health* 2005 ; 95 (3) : 465-70.
10. Jaspard M, équipe Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris : La Documentation française, 2003.
11. Clark AH, Foy DW. Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women* 2000 ; 6 (1) : 37-48.
12. Gonzales de Olarte E, Gavilano Llosa P. Does poverty cause domestic violence ? Some answers from Lima. In : Morrison AR, Biehl ML, eds. *Too close to home : domestic violence in the Americas*. Washington, DC : Inter-American Development Bank, John Hopkins University Press, 1999 : 35-49.
13. Thomas A, Telmon N, Allery JP, Pauwels C, Rouge D. La violence conjugale dix ans après. *Concours Med* 2000 ; 122 : 2041-4.
14. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002.
15. Souffron K. Les violences conjugales. Les Essentiels Milan, 2000.
16. Sackett LA, Saunders DG. The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence Vict* 1999 ; 14 : 105-17.
17. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev* 2005 ; 29 (1) : 181-193.
18. Dutton MA. Post-traumatic therapy with domestic violence survivors. In Williams MB & Sommer JF, eds. *Handbook of post-traumatic therapy*. Westport, CT: Greenwood Press, 1994 : 146-161.
19. Arias I, Ikeda RM. Etiology and surveillance of intimate partner violence. In: Lutzker JR, eds. *Preventing violence: research and evidence-based intervention strategies*. Washington, DC : American Psychological Association, 2006.
20. Smith PH, Earp JA, DeVellis R. Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. *Womens Health* 1995 ; 1 (4) : 273-88.
21. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 Suppl 20 : 22-33.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition (DSM-IV.). Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994.
23. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1995 ; 8(1) : 75-90.
24. Henrion R. Les violences familiales. Recommandations. *Bull Acad Natle Med* 2002 ; 186 : 75-84.
25. El Hage W, Lamy C, Goupille P, Gaillard P, Camus V. Fibromyalgie, une maladie du traumatisme psychique ? *Presse Med* 2006 ; 35 (11Pt2) : 1683-9.
26. Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, Mourits MJ, Spinhoven P, van der Hart O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003 ; 24 : 87-98.
27. El Hage W. Validation de la version française du SDQ-20. Questionnaire de Dissociation Somatoforme. *Revue Francophone Stress & Trauma*. 2004 ; 4 : 291-7.
28. Post RD, Willett AB, Franks RD, House RM, Back SM, Weissberg MP. A

preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1980 ; 137 (8) : 974-5.

29. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med* 2000 ; 9 (5) : 451-7.

30. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002 ; 324 (7332) : 274.

31. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 188 (5) : 1341-7.

32. El Hage W, Powell JF, Surguladze SA. Vulnerability to depression: what is the role of stress genes in gene x environment interaction? *Psychol Med* 2009 (in press).

33. Agence de la Santé Publique au Canada. L'envoi de lettres de présentation avant une enquête téléphonique peut augmenter le taux de participation. *Relevé des Maladies Transmissibles au Canada* 2004 ; 30(13) : 121-3.

34. Johnson H. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *J Marriage Fam* 1995 ; 57 : 283-94.

35. Johnson H, Sacco VF. Researching violence against women : Statistics Canada's national survey. *Can J Criminol* 1995; 281-304.

36. Johnson H. Violence and abuse in personal relationships : Conflict, terror, and resistance in intimate partnerships. In : Vangelisti AL, Perlman D, eds. *Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge : Cambridge University Press, 2006 : 557-

37. Johnson H. Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women* 2006 ; 12 (11) : 1-16.