



HAL
open science

Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales : revue de la littérature et analyse de l'enquête PréOCUP

Zélia Dallay

► **To cite this version:**

Zélia Dallay. Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales : revue de la littérature et analyse de l'enquête PréOCUP. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03411789

HAL Id: dumas-03411789

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03411789v1>

Submitted on 2 Nov 2021

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.

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n° 3259

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Mention : PSYCHIATRIE**

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2021 à Bordeaux

Par DALLAY Zélia

Née le 5 juillet 1993 à Bordeaux (33)

Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales

- Revue de la littérature et analyse de l'enquête PréOCUP –

Sous la direction de Monsieur le Docteur Didier DELHAYE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Président

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Docteur Maité CAUMONT, Juge

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI, Rapporteur

Die kleine Bächer machen die grosse Flüsse ...

REMERCIEMENTS

A mon Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Didier Delhaye

Docteur en Psychiatrie,

Maison de Santé Les Pins

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir aiguillée vers ce sujet, tout en me laissant libre de construire moi-même ce travail de recherche. Merci infiniment pour ta confiance, ton soutien depuis le début mais surtout d'avoir cru en moi, plus que je n'y croyais.

Tu m'as guidée, encouragée, transmis ton savoir et m'as accompagnée dans chaque étape de ce travail. Tu as eu la patience de me relire, et de me transmettre tes remarques toujours très bienveillantes. Merci pour tous ces rendez-vous où tu m'as accordé ton temps de façon chaleureuse, et où tu es devenu le temps d'une année un véritable coach pour me permettre d'avancer. Pendant tout ce temps, tu as su trouver les mots pour me rassurer, y compris dans ces derniers jours, riches en émotion.

Tout ceci aura constitué pour moi une aventure humaine incroyable, et je n'aurais pas imaginé meilleur directeur de thèse pour m'accompagner.

(et oui je l'ai réécrit pour employer le tutoiement !)

Au Président du jury :

Monsieur le Professeur Cédric Galéra

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA), Centre Hospitalier
Charles Perrens, Bordeaux

Je suis très honorée que vous ayez accepté d'être le Président de ce jury de thèse. Je le suis d'autant plus que j'ai eu la chance de bénéficier de votre encadrement lors de mon stage au CCS, à l'occasion duquel vous avez eu à cœur de me faire partager une partie de votre savoir. Je vous prie de trouver dans mon travail le témoignage de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Madame le Professeur Marie Tournier

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Docteur en épidémiologie

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA), Centre Hospitalier Charles Perrens

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de ma thèse. Je tiens également à vous remercier pour vos cours enrichissants, et votre investissement dans la formation des internes, que vous avez à cœur de renforcer au travers de votre encadrement. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

Madame le Docteur Maïté Caumont

Praticien Hospitalier

Centre Régional Psychotraumatisme Sud Nouvelle Aquitaine

Référente violence conjugale, CDOM

Référente MIPROF

Pôle Urgences Médoc Arcachon (PUMA), Centre Hospitalier Charles Perrens

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Mais avant tout, je vous remercie de m'avoir permis d'utiliser les données initiales de l'enquête PréOCUP que vous avez conduite, et qui m'ont tellement intéressées. Je suis très honorée d'avoir pu intégrer vos recherches à mon sujet de thèse, et je vous prie de trouver au travers de ce travail la manifestation de ma plus grande considération.

Au rapporteur :

Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Unité de Recherche Clinique (URC) Pierre-Denicker, Centre Hospitalier Henri Laborit

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être le rapporteur de ma thèse. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes proches :

Merci à toi Maman pour ton écoute attentive, tes mots réconfortants, ton soutien à chaque instant parce que nous sommes une équipe et que ta foi dans ma réussite est illimitée. Sans toi je ne serais pas arrivée jusque-là. Sans toi je ne serais pas moi.

A toi Papa, pour ta présence protectrice, toi qui crois toujours en moi et me donnes l'impression d'être exceptionnelle. Et parce que tu as toujours su que je deviendrai le Dr LiaZé.

Merci à tous les deux pour votre amour inconditionnel, votre bienveillance et votre présence dans chacun de mes projets. Il n'existera jamais de mot suffisamment fort pour exprimer ma gratitude de vous avoir à mes côtés, et l'amour que je vous porte.

A toi ma Merette, parce que tu es notre exemple à tous, le ciment de notre famille, et ma référence. Merci de nous illuminer de ta présence rassurante, ta douceur, et ton amour. Je garde en souvenir chaque instant partagé ensemble, et je mesure l'immense chance que nous avons eu de découvrir de nouveaux lieux avec Papynou et toi. Mon Papynou, toi qui me manques tant, mais je sais que tu n'es jamais très loin.

A Hugo, mon frère, pour ton soutien quels que soient les kilomètres nous séparant. Avec beaucoup de pudeur, tu parviens toujours à me transmettre ta fierté à mon égard et ton regard suffit à me rassurer. Nos différences de caractère nous apportent une complémentarité. Tes qualités sont à la hauteur de l'homme que tu es, dévoué, bienveillant, profondément gentil et tellement cultivé. Merci de risquer ta vie pour protéger les nôtres.

A ma belle-sœur, Marguerite-Marie, d'avoir accepté de faire partie de notre famille. Ta détermination, ton courage, ton dévouement à ta famille et ta capacité à arpenter des kilomètres en escarpins avec une poussette et un enfant dans chaque bras, sont de véritables sources d'inspiration.

A mes neveux adorés, Léon, Martin et Gabriel, qui illuminent mes jours d'un simple sourire. Votre spontanéité, votre douceur enfantine, et surtout votre amour le plus pur, sont des cadeaux à chaque instant. Je suis la plus heureuse des taties de partager avec vous ces moments.

A Tatilène, merci de m'accompagner par ta présence, et pour ces nombreux échanges riches, toujours plein de réflexion et de bienveillance.

A Vava, tu es la meilleure des Djadjacouzcouz. Merci d'être siii drôôôle, ou pas, mais ça fait ton charme. Être beauf avec toi est un plaisir. Et on va finir par le faire ce road trip (mais arrête de me filmer à mon insu stp).

A Alma, toi qui es toujours d'une grande discrétion, tu dégages une véritable douceur qui ne

laisse pas indifférent.

A Lili, ta joie de vivre est communicative et source de bonheur.

A mon Thontond (à moins que ce soit montons thon), pour tes blagues.

A Tonton Domi, tu as probablement participé à mon orientation professionnelle, et à Anne-Laure et Camille qui avez fini de me montrer la voie. On est d'accord ça fait beaucoup de psychiatres, histoire de rajouter de l'ambiance aux repas de famille.

A Delphine, parce que tu es comme une sœur, et que tu sais me faire rire autant que sécher mes larmes. Merci d'être là depuis tant d'années et de continuer d'accepter de me supporter même en me connaissant par cœur.

A Ilya, merci de faire partie de notre famille, et parce que je tiens tant à toi.

A Fafa et Gérard, merci à tous les deux pour votre bienveillance, votre générosité, votre écoute et pour votre accueil chaleureux à Nay.

Merci aux Candlanus (au début j'avais écrit « aux Agenais », pensant que notre surnom n'était pas prononçable dans une thèse, et puis je me suis dit zut !). Lisa(-nus) pour ton écoute attentive, ta finesse d'analyse, ta bienveillance, et bien sûr ton humour. Gomar (Marganus) pour ta douceur, tes mots apaisants et ta présence réconfortante. Adeline (Adlanus) pour ton sourire si solaire, ta bonne humeur en toute circonstance qui est un véritable plaisir, et surtout pour tes cours de bouyon. Anis (An.. !) pour nos soirées endiablées, tes punchlines sans égal et pour ta présence à chaque fois qu'on en a besoin. Gaël (Glanus, ou Zeus au choix) pour ta capacité à souligner les qualités de chacun, ta présence sécurisante (en tant que fidèle destrier de l'amour ! on avait dit cap...), et ta faculté à déceler quand on a besoin de ton aide avant même qu'on te le dise. Ces 7 mois avec vous ont été magiques, de telles rencontres sont rares et précieuses. Nos soirées films (« à moi les p... ! ») et nos échanges à l'internat resteront mémorables. Merci à tous de m'avoir aidée à grandir, de m'avoir permis de faire partie de quelque chose de plus grand, d'être vous et avec vous la vie est tellement plus lumineuse.

A Claire, pour ton soutien durant ces 6 mois de stage partagés, merci infiniment pour ton coaching, pour m'avoir aidée à garder le cap et m'avoir rappelée ce que je devais espérer.

A Fanny, d'avoir partagé l'externat et de poursuivre notre lancée, essentiellement au Petit Bois.

A Alex, pour ta gentillesse sans fin, et nos séances de tricotage interminables.

A Anne-Laure, merci de m'avoir accompagnée tout au long de mon premier stage d'interne à Bergerac, mais par-dessus tout d'être devenue mon amie.

A Nono, mon premier cointerne et coloc, avec ta nonchalance qui m'a rendue chèvre, cachant une gentillesse immense, j'ai vraiment apprécié ces 6 mois de découverte de l'internat en ta présence.

A Mathilde, d'avoir pris le temps de passer outre ton premier avis, parce que finalement on rigole tellement bien ensemble.

A Guillaume, pour ton soutien attentif, tes précieux conseils, et surtout merci de m'avoir laissée t'aider à décorer ton futur cabinet pour me changer les idées pendant ma rédaction.

A Kellen, Sophie D et Sophie L, pour ces apéros-flamant rose.

A Marie, pour ton énergie débordante et parce qu'on partage le plaisir de chiner.

A Mélanie, pour ta grande gentillesse, ton dévouement auprès des internes, pour ces bons moments en ta présence et pour m'avoir fait confiance pour t'accompagner dans tes essayages.

A Ph, tu as eu le courage de réaliser ton rêve et partir au Canada, quelle que soit la distance te retrouver est toujours un plaisir.

A Ph (encore un !), parce que j'adore ton humour, on a été bien inspirés de choisir le même directeur de thèse. Merci pour le tutoiement !

A Sylvie, pour m'avoir transmis ta passion de la danse pendant 18 ans. Tes cours m'ont permis de décompresser, de m'exprimer et de m'accepter. Tu arrives à accompagner chacun à se dépasser, tout en apprenant à s'écouter.

A Audrey, la passion de la danse nous a permis de nous rencontrer, et au-delà nous sommes devenues amies. Ta façon de toujours chercher à rendre les expériences positives est un véritable exemple.

A Mélanie, Marie, Flo, Ph, Aless, Guillaume, Morgane, Natasha, Noémie, Joanna, Alexandre, Paul, Clélia, Yoann, Khayyam, Vincent, Adri, Claire et Nono, je n'aurais pas imaginé meilleure promo que la nôtre... A notre belle cohésion.

A Boris, Yann et Valentin, de m'avoir convaincue de rejoindre l'équipe du cnipsy de Bordeaux, de m'avoir fait découvrir cette expérience incroyable, et surtout de m'avoir fait intégrer l'APIP pour une si belle aventure humaine.

A ceux que je n'ai pas cités, qui ont croisé ma route ou la croiseront, parce que chaque rencontre nous apprend quelque chose.

A ceux qui ne sont plus là...

A tous ceux qui ont participé à ma formation :

Au Docteur De Cerval, Docteur Abidi et Docteur Martin, pour mon premier stage à Bergerac.

Au Professeur Galéra, pour son expertise dans le diagnostic du TDAH. Accompagné des Christel's avec votre joie de vivre.

Au Docteur Aubat, à Vincent et Lola, de m'avoir montré l'ambiance chaleureuse de la Candélie, et de m'avoir tant appris. Ainsi qu'aux équipes qui les accompagnent, avec une mention toute particulière pour Régine.

Je remercie également le Docteur Glenisson, de m'avoir initiée à la gérontopsychiatrie.

A Elsa et Sarah, de m'avoir accueillie, formée et entourée de bienveillance durant tout mon stage à BSM2. Sarah tes transmissions resteront dans les annales, j'ai hâte que tu en fasses un livre.

Merci à l'ensemble de l'équipe de BSM2, de m'avoir fait partager votre quotidien, votre gentillesse, vos points de vue, vos blagues et de m'avoir intégrée dans votre équipe. Je n'oublierai pas ces 6 mois à vos côtés, qui m'ont profondément marquée.

Enfin, merci au Professeur Auriacombe et à toute l'équipe médicale du CSAPA pour vos expertises, et surtout à Elise pour m'avoir si gentiment encadrée. Merci à toute l'équipe, de m'avoir transmis vos approches, votre ouverture d'esprit et votre humour (de qualité parfois douteuse, les intéressés se reconnaîtront).

Enfin, merci aux patients, qui sont au cœur de notre travail et notre quotidien. Merci de nous en apprendre chaque jour d'avantage et de nous permettre d'évoluer à vos côtés.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	13
INTRODUCTION	14
1. Définitions	16
1.1 Les violences conjugales	16
1.2 Les troubles psychiatriques	19
1.2.1 La dépression.....	19
1.2.2 Le Trouble de Stress Post-Traumatique	21
2. Epidémiologie	26
2.1 La prévalence des violences conjugales dans la population générale	26
2.2 Méthodologie de la réalisation de cette revue de la littérature	28
2.3 Outils de mesures psychométriques des violences conjugales	28
2.3.1 Conflict Tactics Scale	28
2.3.2 Composite Abuse Scale.....	29
2.3.3 Women's Experience with Battering Scale.....	30
2.3.4 Multidimensional Measure of Emotional Abuse.....	30
2.3.5 Danger Assessment.....	31
2.4 Les effets des violences conjugales sur la santé mentale	31
2.4.1 Les troubles psychiatriques	31
2.4.2 La dépression.....	37
2.4.3 Le trouble de stress post traumatique.....	40
2.5 Les troubles mentaux comme facteur de vulnérabilité face à la violence conjugale.....	47
2.5.1 Les troubles psychiatriques	47
2.5.2 La dépression.....	54
2.5.3 Le trouble de stress post traumatique.....	57
2.6 Le caractère bidirectionnel de l'association entre les violences conjugales et les troubles psychiatriques.....	57
3. Enquête PréOCUP	60
3.1 Introduction	60
3.2 Méthode.....	60
3.3 Résultats	61
3.4 Mise en perspective des résultats	64
4. Discussion	66
5. Conclusion	70

ANNEXE	71
BIBLIOGRAPHIE	79
SERMENT D'HIPPOCRATE	87

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

BDI : Beck Depression Inventory

BRFSS : Behavioral Risk Factor Surveillance System

BSM : Bordeaux Santé Mentale

CAS : Composite Abuse Scale

CES-D Scale : Centre for Epidemiological Studies on Depression Scale

CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10^e édition

CMI : chronic mental illness

CORE-OM : Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure

CTS : Conflict Tactics Scale

CTS-R : Conflict Tactics Scale – Revised

DIS : Diagnostic Interview Schedule

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EAS : Emotional Abuse Scale

EDC : épisode dépressif caractérisé

GAD7 : Generalized Anxiety Disorder -7

IES : Impact of Event Scale

Ined : Institut national d'études démographiques

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IPV : intimate partner violence

MMEA : Multidimensional Measure of Emotional Abuse

NVAWS : National Violence Against Women Survey

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : odds ratio

PDS : Posttraumatic Diagnostic Scale

PUMA : Pôle d'Urgences Médoc Arcachon

PréOCUP : Prévalence des violences Conjugales aux Urgences Psychiatriques

SECOP : Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

SMI : severe mental illness

UNIVA : Pôle Universitaire de psychiatrie adulte

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

WEB : Women's Experience with Battering

INTRODUCTION

La question des violences conjugales a fait l'objet d'une prise de conscience progressive au sein de la société, accélérée par le mouvement « me too », devenue grande cause nationale durant le quinquennat d'Emmanuel Macron, Président de la République élu en 2017. Les pouvoirs publics recensent plus précisément ces violences, afin de mettre en place des réponses adaptées. L'enquête nationale « Cadre de vie et sécurité » (CVS), estime à 295 000 le nombre moyen de victimes de violences conjugales annuelles entre 2011 et 2018, comprenant 213 000 femmes et 82 000 hommes, (1). Les violences étudiées par la CVS comprennent les violences physiques et/ou sexuelles commises par un conjoint (concubin, pacsé, petit ami) ou un ex-conjoint. Les femmes sont victimes dans 72% des cas. La délégation aux victimes (DAV), structure commune à la police nationale et à la gendarmerie nationale, produit depuis 2006 une étude nationale annuelle sur les morts violentes au sein des couples recensées au cours de l'année civile (2). Cette étude objective qu'en 2019, il y a eu 173 décès des suites de violences dans le couple, soit une augmentation de 16% par rapport à 2018. Parmi ceux-ci, 146 femmes et 27 hommes étaient victimes. Quatre-vingt-quatre pourcents des morts au sein des couples sont des femmes, et 41% des femmes décédées étaient identifiées antérieurement victimes de violences de la part de leur compagnon. Cette question sociale et politique mobilise également les acteurs sanitaires, l'enquête de Santé Publique France, « Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux », retrouve 60% de problèmes de santé supplémentaires chez les femmes victimes de violences conjugales (3).

La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté » (4). Elle est déterminée par des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Les pathologies relevant de la psychiatrie sont au 3^{ème} rang des maladies les plus fréquentes, elles sont une cause majeure de handicap et sont associées à une mortalité élevée. On estime que 12 millions de personnes souffrent d'un trouble psychiatrique en France, soit près d'un individu sur cinq. La prévalence vie entière pour l'ensemble des troubles mentaux est d'environ 30 % (5). Les troubles les plus fréquents sont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, et les troubles liés à l'usage de substances. Au décours de violences conjugales, l'anxiété et la dépression repérées chez des victimes pourraient être mises en lien avec l'exposition prolongée à un facteur de stress chronique, ou le trouble de stress post traumatique dans les suites d'un épisode de violences. Toutefois, d'origine multifactorielle, le modèle bio-psycho-social est le plus souvent retenu pour les troubles

psychiatriques. Cette interaction de facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques, dans le développement d'un trouble justifie d'identifier clairement les facteurs de risques et les situations de vulnérabilité. Dans ce contexte, quelle est la place des violences exercées par un partenaire intime, notamment au cours d'une prise en charge psychiatrique ?

Cette revue de la littérature vise à recenser l'état actuel des connaissances concernant les liens entre les troubles psychiatriques et le fait d'être victime de violences conjugales. Aussi bien en appréhendant les violences au sein du couple comme facteur de risque des troubles psychiatriques, qu'en s'intéressant au risque repéré chez les patients souffrant de troubles psychiatriques d'être en situation de victime du fait de leur vulnérabilité.

Dans un second temps, l'analyse des données de l'enquête PréOCUP, réalisée au sein des services de psychiatrie d'urgence du Centre Hospitalier Charles Perrens en Gironde, permettra de recenser les victimes de violences conjugales au sein d'une population en demande de soins psychiques à l'échelle locale.

1. Définitions

1.1 Les violences conjugales

Il existe une pluralité des définitions pour caractériser les violences perpétrées au sein du couple. En France, le terme de violence conjugale apparaît le plus fréquent, il s'agit des violences commises au sein des couples mariés, pacsés, en union libre ou séparés (6). Elles sont interdites par la loi et peuvent se traduire par, (7):

- Des violences physiques : coups et blessures, être frappé, giflé, mordu ...
- Des violences sexuelles : viol, attouchements, harcèlement sexuel ...
- Des violences verbales : insultes, menaces, cris ...
- Des violences psychologiques : harcèlement moral, insultes, menaces, humiliation...
- Des violences économiques : contrôle des dépenses, des pièces d'identité ...

Il est à noter que ces grandes catégories de violences se recoupent et sont souvent intriquées, les violences sexuelles par exemple sont à la fois des violences physiques et psychologiques, tandis que les violences verbales peuvent être intégrées aux violences psychologiques.

Le terme de violence domestique est également employé. Dans les pays anglo-saxons, on retrouve plus souvent le terme « intimate partner violence » dont la traduction est la « violence par un partenaire intime », qui a l'avantage de ne pas préjuger de la notion de couple au sens juridique au sein d'une relation.

La violence peut être exercée quel que soit le genre de l'auteur et de son partenaire. Cependant, pour des raisons notamment sociétales, la plus fréquente semble être la violence exercée envers les femmes (8), justifiant d'un intérêt porté essentiellement sur cette dernière du fait d'un impact plus important en termes de santé publique, que la violence envers les hommes (3).

En 1993, l'Organisation des Nations Unis définit la violence à l'égard des femmes comme « tout acte de violence dirigée contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (9).

En 2011, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) définit la violence domestique comme « tous les actes de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique, qui surviennent au sein de la famille ou du foyer ou entre des anciens ou actuels

conjoints ou partenaires, indépendamment du fait que l'auteur de l'infraction partage ou a partagé le même domicile que la victime » (10).

En France, la première campagne nationale d'information et la création des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes, a lieu en 1989 (11). La Cour de cassation reconnaît le viol entre époux par un arrêté datant du 5 septembre 1990 (11). La création du délit spécifique de violence conjugale a lieu depuis la loi n°92-683 du 22 juillet 1992, qui stipule que la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des « atteintes à l'intégrité de la personne » (8,11). La définition de la circonstance aggravante est élargie à de nouveaux auteurs (pacsés et « ex »), et à de nouvelles infractions (meurtres -viols- agressions sexuelles), par la loi du 4 avril 2006 (11). La loi du 30 juillet 2020 est la transcription législative des travaux du Grenelle des violences conjugales, la notion de harcèlement au sein du couple est considérée comme une circonstance aggravante, ainsi que l'apparition de la notion d'emprise dans la loi (12,13).

La psychiatre Marie-France Hirigoyen, décrit les violences conjugales basées sur une relation de domination au sein du couple (8). Elle définit l'emprise comme quelque chose d'insidieux, graduel, répétitif et inattendu/soudain. En effet, les violences conjugales s'installent le plus souvent de façon progressive, en commençant généralement par des violences psychologiques. La première phase de l'emprise, se manifeste par une période de séduction, où l'auteur se présente sous un aspect de partenaire idéal, participant à l'installation graduelle du cycle de la violence. Ce dernier se déroule en quatre phases, comme le montre la figure 1 ci-dessous, issue de l'étude de Voyer et al. en 2014 (7). La première phase est une phase de tension dans la communication, où l'auteur exprime, essentiellement de façon indirecte, un certain nombre de frustrations ou une irritabilité, et dont la finalité est de rendre la victime responsable de cette situation. La deuxième phase est celle de l'agression, de la « crise » à proprement parler, au cours de laquelle l'auteur a recours à des violences, qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychologiques. Il s'agit du moment où ont lieu à la fois le paroxysme de la violence par l'auteur, mais aussi de la détresse de la victime, avec une sidération fréquente chez cette dernière. La troisième phase ou phase de justification, correspond à la minimisation des comportements de violence de l'auteur. L'auteur « rend légitime » le passage à l'acte violent en justifiant ce dernier par le transfert de responsabilité de l'auteur sur la victime ou de motifs extérieurs. La victime est souvent rendue responsable, renforçant son sentiment de culpabilité. Enfin, la quatrième phase ou « lune de miel », est une période de retour au calme, au cours de laquelle le partenaire violent redevient plus attentif et prévenant, présentant ses excuses et

créant une situation proche de la phase de séduction initiale, induisant chez la victime un espoir d'amélioration. Ces cycles vont se répéter et augmenter en intensité. Plus la fréquence augmente et plus la durée de la phase de lune de miel raccourcit, et peut même disparaître. A mesure que les cycles se répètent, la perte de confiance et la mauvaise estime de soi s'accroissent chez la victime de violences. Le but de cycle de la violence est de maintenir le pouvoir et l'emprise sur la victime. Ceci explique les difficultés qu'ont les victimes de violences conjugales à mettre un terme à la relation pathologique, allant parfois jusqu'à retirer leur plainte ou défendre l'auteur vis-à-vis de la justice ou de leur entourage.

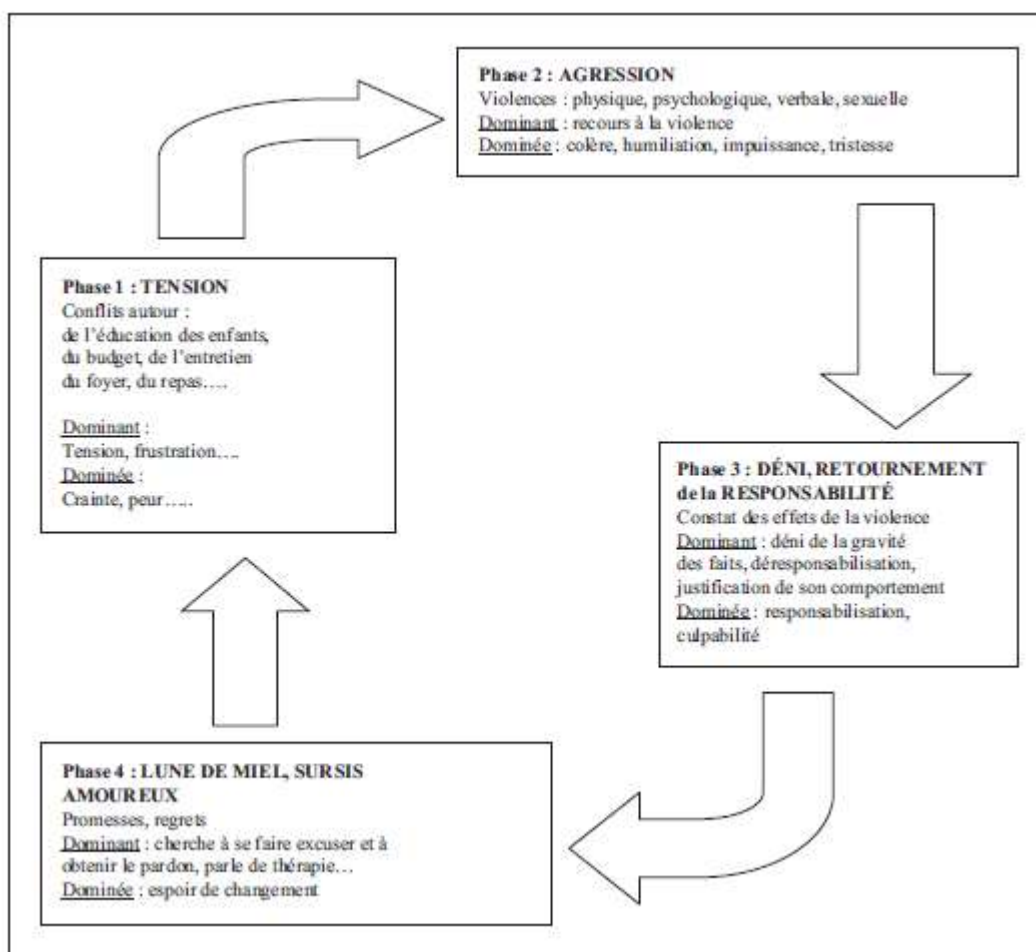


Figure 1 Le cycle des violences en 4 phases (Mélodie Voyer et al., 2014)

L'enquête nationale sur la violence faite aux femmes en France (ENVEFF) effectuée en 2000, dénombre une femme victime d'un homicide conjugal tous les deux jours et environ 1 600 000 femmes étaient victimes de violences conjugales (14).

1.2 Les troubles psychiatriques

Le trouble psychiatrique ou trouble mental, est défini par un ensemble de critères sémiologiques spécifiques (signes, symptômes et syndromes), des critères d'évolution temporelle (de début ou de durée d'évolution de la maladie) et des critères de retentissement fonctionnel (psychologique et/ou social) (5), et ce après élimination des diagnostics différentiels.

Il existe deux classifications de référence, la CIM 10 (Classification internationale des maladies, 10^e édition) et le DSM 5 (5^e révision du Diagnostic and Statistical Manual) qui est une classification spécifique des troubles mentaux par l'association américaine de psychiatrie. En France, la CIM 10 est la référence utilisée dans le cadre de la cotation des actes, mais le DSM-5 est plus couramment utilisé dans la pratique clinique.

1.2.1 La dépression

La dépression ou « épisode dépressif caractérisé » est une pathologie psychiatrique fréquente, apparaissant à tous les âges de la vie, et touchant plus de 264 millions de personnes dans le monde en 2020 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (15). Selon cette dernière, il s'agit de la première cause d'incapacité dans le monde. Elle concerne 15 à 20 % de la population générale sur la vie entière, soit 1 personne sur 5 qui a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie (16). Elle peut entraîner une souffrance cliniquement significative et/ou une altération du fonctionnement de l'individu. Les conséquences en termes de santé pour un individu peuvent être graves, pouvant aller jusqu'au décès par suicide, avec une estimation de 5 à 20% des patients qui se suicident. Dans certaines situations, notamment par exemple en cas de formes sévères ou de risque suicidaire imminent, une hospitalisation peut être indiquée (17).

L'épisode dépressif caractérisé est défini par le DSM-5 selon les critères suivants (18):

Critère A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une période de plus 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. (cela peut s'exprimer par de l'irritabilité chez l'enfant et l'adolescent).

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités la plupart du temps en journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou une modification de l'appétit (diminution ou augmentation) presque tous les jours. (Chez l'enfant, il faut considérer la prise de poids attendue)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif d'agitation ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans planification ou tentatives de suicide ou idées suicidaires scénarisées.

Critère B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Critère C. Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Il est à noter que la réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Critère D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

Critère E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Le critère E distingue les épisodes dépressifs « unipolaires », des épisodes dépressifs « bipolaires » qui sont en lien avec un trouble bipolaire.

Parmi les diagnostics différentiels de l'EDC, on retrouve les autres troubles psychiatriques, des maladies somatiques (hypothyroïdie, maladies neurodégénératives ...), l'effet de certains médicaments ou certaines substances (17). Les abus et la dépendance aux substances psychoactives peuvent également être une comorbidité.

1.2.2 Le Trouble de Stress Post-Traumatique

Le Trouble de Stress Post-Traumatique, fréquemment intitulé TSPT, ou parfois Etat de Stress Post-Traumatique, appartenait à la catégorie des troubles anxieux jusqu'à la parution du DSM 5. Il est placé à part devant le constat que les manifestations anxieuses ne sont pas systématiques, le trouble s'exprimant plus spécifiquement par des symptômes dissociatifs et des reviviscences de l'événement traumatique. La prévalence vie entière du TSPT est variable en fonction des pays, elle serait en moyenne de 5 à 10 % en population générale (5). Cette prévalence peut être largement supérieure dans les populations les plus exposées. Le sex ratio est de 2 femmes pour 1 homme. L'évolution de la maladie est variable, dans près de la moitié des cas une guérison complète survient en trois mois (5). Cependant, environ 20% des personnes développent une forme chronique (19). Le TSPT peut avoir des conséquences majeures sur la santé de l'individu, et être associé à d'autres troubles mentaux, comme les troubles de l'usage, l'épisode dépressif caractérisé, ou encore se compliquer d'un décès par suicide.

Il correspond à la survenue de symptômes spécifiques, consécutivement à l'exposition à un événement traumatique. La symptomatologie évolue plus d'un mois après le traumatisme, et se traduit par un syndrome de répétition, un syndrome d'évitement, une hyperactivation neurovégétative et des altérations négatives des cognitions et de l'humeur. L'événement traumatique est défini comme le fait d'être menacé de mort, trouver la mort, subir des blessures graves ou des violences sexuelles (5). Cette exposition peut concerner le patient en tant que victime ou témoin direct, mais aussi en apprenant que cela concerne un proche, ou dans le cas d'expositions répétées au niveau professionnel (soignants, policiers, pompiers ...).

En 1991, la psychiatre américaine Lenore Terr, distingue deux types de traumatismes (20). Les traumatismes de type 1 sont caractérisés par un événement unique, limité dans le temps, avec un début et une fin nets. A titre d'exemple, cela peut concerner une agression unique ou un accident. Les traumatismes de type 2, concernent un événement répété, présent en permanence

ou pouvant se reproduire à tout instant (caractère imprévisible). Les violences conjugales, les abus dans l'enfance, et le terrorisme peuvent se définir comme tel.

En réaction aux traumatismes de type II, peut survenir à l'âge adulte un trauma complexe ou DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) (21). Ce dernier se caractérise par un déficit chronique du sujet à intégrer les expériences traumatiques et à réguler ses affects du fait de traumatismes répétés, et ce d'autant plus qu'ils ont été vécus pendant l'enfance. Ceci est également dû à l'immaturité du cerveau de l'enfant au moment de l'évènement traumatique.

Les critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique dans le DSM-5, chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans sont (22):

Critère A. Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs évènements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs évènements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'évènement doit avoir été violence ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un évènement traumatisant (par exemple, premiers intervenants ramassant les restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Critère B. Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs évènements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les évènements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des évènements traumatisants. (Chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme) ;
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'évènement et qui provoquent un sentiment de détresse. (Chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable) ;
3. Réactions dissociatives (par exemple, rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'évènement traumatisant se reproduisait. Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de

l'environnement actuel. (Chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux) ;

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatisant ;

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des évènements traumatisants.

Critère C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Evitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'évènement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;

2. Evitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'évènement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critère D. Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs évènements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des évènements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogue) ;

2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, autrui ou du monde ;

3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'évènement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;

4. Etat émotionnel négatif persistant ;

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

6. Sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;

7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives

Critère E. Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs évènements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'évènement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil.

Critère F. La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou tout autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H. La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection.

Il est possible de spécifier le type d'état de stress post-traumatique. Avec soit des symptômes dissociatifs, soit une manifestation différée.

Dans le cas des symptômes dissociatifs, les symptômes de la personne répondent aux critères de TSPT, et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente des symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps

2. Déréalisation : sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Dans le cas de la manifestation différée, l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Il existe des critères diagnostiques pour les enfants de moins de 6 ans, qui ne seront pas détaillés ici.

Les diagnostics différentiels concernent notamment les troubles anxieux, comme le trouble de l'adaptation ou le trouble obsessionnel compulsif. Mais aussi d'autres types de troubles

consécutifs à l'évènement traumatique, tel que le trouble de stress aigu, comprenant une symptomatologie similaire mais dont la durée est inférieure à un mois.

2. Epidémiologie

2.1 La prévalence des violences conjugales dans la population générale

En France, l'enquête nationale sur la violence envers les femmes (Enveff) a été commanditée par le Service des Droits des femmes et le Secrétariat d'Etat aux Droits des femmes, auprès de l'Institut national d'études démographiques (Ined), à la suite de la quatrième conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin en 1995 (23). L'objectif était de « produire des statistiques précises concernant la violence faite aux femmes ». Cette enquête téléphonique s'est déroulée de mars à juillet 2000, avec 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine et vivant hors institution. Les résultats liés aux violences conjugales concernaient les femmes ayant eu une relation de couple, avec ou sans cohabitation, au cours des douze derniers mois, soit un échantillon de 5908 femmes. L'indice globale de violence conjugale au cours des douze derniers mois, se traduisant par le fait d'avoir subi du harcèlement moral ou des insultes répétées, ou du chantage affectif, ou des violences physiques ou sexuelles, s'élevait à 10 %. Ces résultats sont variables lorsqu'ils sont étudiés par tranches d'âges spécifiques, retrouvant un indice global de violence conjugale de 15,3 % chez les 20-24 ans, 11 % chez les 25-34 ans, 10% chez les 35-44 ans et 8 % chez les 45-59 ans. En regardant la répartition par type de violence, il est retrouvé de la violence physique dans 2,5 % des cas, la violence sexuelle dans 0,9%, les insultes et menaces verbales dans 4,3%, le chantage affectif dans 1,8% et les pressions psychologiques dans 37%. Depuis 2007, l'enquête nationale « Cadre de vie et sécurité » (CVS) est réalisée chaque année, et produit entre autres des statistiques sur les violences conjugales (physiques et/ou sexuelles), (1). Le dernier rapport paru en 2019 avec les données moyennes de la période 2011-2018, estime qu'en moyenne chaque année, 0,7% des personnes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales, représentant 295 000 victimes, et 0,9% en prenant en compte uniquement les femmes.

En 2015, 15 ans après l'enquête Enveff, l'Ined réalise par téléphone l'enquête Violences et rapports de genre (Virage), (24). Elle s'est déroulée auprès d'un échantillon de plus de 27 000 femmes et hommes, représentatif de la population âgée de 20 à 69 ans, résidant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Cette étude concerne les violences interpersonnelles subies dans les douze derniers mois et au cours de la vie. Les formes et les situations de violences conjugales pour les femmes ont peu changé depuis l'enquête Enveff. Trois à quatre pourcents des femmes ont déclaré avoir été injuriées dans les deux enquêtes, et 1 à 2% ont été victimes de violences physiques. Les violences dans le couple au cours de la vie sont rapportées chez 1 à 3 % des hommes selon l'histoire conjugale. En comparaison, cette prévalence est plus élevée

chez les femmes, notamment pour celles ayant vécu plusieurs fois en couple et qui sont sans partenaire au moment de l'enquête, soit 12% qui signalent des violences. Les faits de violence par type et par sexe au cours des 12 derniers mois sont regroupés dans la figure 2 ci-dessous (24,25). Cette figure objective que les hommes déclarent plus souvent des violences psychologiques, de faible gravité et peu répétées, tandis que les femmes rapportent des violences multiples (psychologiques, physiques ou sexuelles), graves et/ou répétées. En effet, les faits de violences estimées graves et répétées sont majoritaires pour les femmes, de 1.3 à 2 fois plus nombreux en comparaison avec les hommes, pour lesquels ces faits sont minoritaires. Par ailleurs, les femmes déclarent des violences multiformes, qu'elles soient physiques (1 femme sur 100, 1%), sexuelles (1 femme sur 1000, 0.1%) ou psychologiques (1 femme sur 20). Tandis que les hommes déclarent principalement des violences psychologiques (4% de violences graves et 2% de très graves).

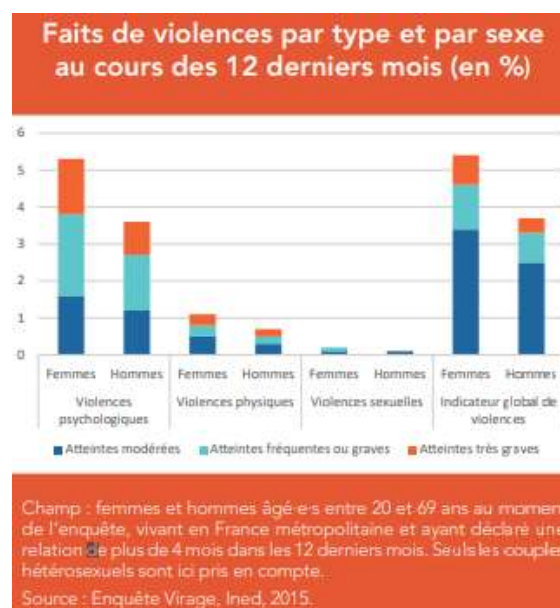


Figure 2 Enquête Virage, Ined, 2015

Santé publique France a fait réaliser une synthèse bibliographique de l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, dont les résultats sont parus en 2013 et révisés en 2016 (3). Il existe des différences de prévalences importantes entre ces différents pays, avec des difficultés de comparaison en raison des différences de méthodologie utilisées. De façon globale, ils retrouvent au cours de la vie, des prévalences des violences physiques s'étendant entre 1,3 et 32,9%, et entre 3 et 9,4 % pour la violence sexuelle. Au cours des 12 derniers mois, ils relèvent des prévalences de violences physiques entre 1 et 6,3% et

entre 0 et 2% pour la violence sexuelle. En regardant les études sur les prévalences globales des violences physiques et/ou sexuelles, les prévalences au cours de la vie sont entre 2,1 et 30% et entre 1 et 5,9% au cours des 12 derniers mois. Les résultats précédents ne tiennent pas compte des données issues des pays ayant inclus la violence émotionnelle aux violences physiques et sexuelles. Les prévalences sont majorées par l'inclusion des violences émotionnelles, en France d'après les résultats de l'Enveff cités ci-dessus, elle est de 10 % et de 7,9 % en Finlande.

2.2 Méthodologie de la réalisation de cette revue de la littérature

La base de données PubMed et le moteur de recherche Google Scholar ont été utilisées pour cette revue de la littérature.

Les mots clés suivants ont été utilisés : intimate partner violence, domestic violence, battered women, violences conjugales, psychiatric disorder, severe mental illness, mental disorder, troubles psychiatriques, depression, depressive disorder, posttraumatic stress disorder, PTSD. Les articles publiés à partir de 1990 ont été retenus.

La sélection des articles a été effectuée sur la pertinence du titre de l'étude par rapport au sujet traité, puis à partir de la lecture du résumé. Les études portant sur le post-partum ou les mineurs n'ont pas été retenues.

2.3 Outils de mesures psychométriques des violences conjugales

2.3.1 *Conflict Tactics Scale*

L'un des instruments les plus fréquemment retrouvés pour évaluer la violence conjugale est le *Conflict tactics scale* (CTS) ou « Echelle des stratégies de conflits conjugaux », qui a été développée en 1979 par Murray A. Straus, Professeur de sociologie à l'université du New Hampshire (26). Il s'agit d'un questionnaire auto administré, comprenant trois versions, dont la dernière, la forme R est la plus utilisée. Elle se compose de 19 items, explorant la violence et les conflits intrafamiliaux, plus particulièrement les modes de résolution de conflit classés en 3 échelles, l'échelle de raisonnement, l'échelle d'agression verbale et l'échelle d'agression physique (annexe 1). L'échelle d'agression physique est subdivisée en violence mineure et sévère. Ce questionnaire est intéressant car il évalue la violence à la fois du point de vue de la victime et de l'agresseur. En effet, le répondant évoque la violence qu'il a subi mais également celle dont il a fait usage sur un autre membre de la famille. Elle consiste en une liste d'actions qu'un membre de la famille pourrait entreprendre envers un autre membre de la famille. Les items sont d'intensité croissante en termes de violence, ils commencent avec ceux apparaissant les moins coercitifs (comme le fait de discuter de l'issue du conflit) pour augmenter graduellement en coercition et en agressivité à la fin de la liste (comme l'agression physique). Il était demandé aux participants combien de fois une action s'était produite au cours de la dernière année, allant de « jamais » à « plus de 20 fois ». L'une des limites principales du CTS,

est de s'intéresser à des actes spécifiques et de ne pas prendre en compte le contexte dans lequel se situent les actions évaluées.

Cette échelle a donné lieu à une version révisée, le CTS2 ou *Revised Conflict Tactics Scale*, par Straus et al. en 1996 (27) (annexe 2, 3 et 4). L'échelle de raisonnement a été modifiée pour s'intituler l'échelle de négociation et comprend deux sous-échelles, cognitive et émotionnelle. L'échelle d'agression verbale est modifiée pour devenir l'échelle d'agression psychologique, tandis que l'échelle de violence physique est substituée par l'échelle des assauts physiques. Ces deux dernières échelles se divisent chacune en deux sous-échelles, d'actes mineurs et majeurs. Deux échelles ont été ajoutées, il s'agit de l'échelle de coercition sexuelle et de l'échelle des blessures. Ces dernières comportent elles aussi des sous échelles d'actes mineurs et majeurs. Le CTS2 comprend un total de 39 items, 6 items pour l'échelle de négociation, 8 pour l'échelle d'agression psychologique, 12 pour l'échelle d'assauts physiques, et enfin 7 et 6 items respectivement pour les échelles de coercition sexuelle et de blessures. Les questions concernent toujours les actes au cours des douze derniers mois, et une échelle de type Likert est utilisée pour mesurer la fréquence des actions violentes, de « jamais » à « plus de 20 fois ».

Le CTS et le CTS2 mesurent toutes les deux des actes ou des événements concrets, et ne considèrent pas les causes ou les conséquences des différents moyens utilisés. Elles évaluent toutes les deux les comportements chez le répondant mais aussi son partenaire. La version révisée évalue un panel plus large de violence, et permet une mesure plus approfondie en termes de fréquence et d'intensité. Il est à noter que c'est la sous-échelle des assauts physiques du CTS2 qui est le plus souvent retrouvée dans cette revue de la littérature.

2.3.2 *Composite Abuse Scale*

Le *Composite Abuse Scale* (CAS) a été développé en Australie par Hegarty, Sheehan et Schonfeld en 1999 (28,29). Il s'agit d'un outil conçu pour les femmes victimes de violences conjugales, afin d'en évaluer le type et la sévérité. C'est une échelle d'auto-évaluation constituée de 30 items décrivant des actes de violences physiques, psychologiques et sexuelles. Les victimes renseignent la fréquence à laquelle elles ont subi ces 30 actes au cours des douze derniers mois, sur une échelle en 6 points de type Likert, allant de « jamais » (0) à « quotidiennement » (5). En fonction d'un score limite, les réponses des répondantes sont catégorisées comme « positives » ou « négatives » pour l'exposition à quatre types de violences par un partenaire : la violence physique, psychologique, le harcèlement et la violence combinée grave. La fiabilité et la validité du CAS ont été démontrées. Ford-Gilboe et al. ont développé une version à 15 items, le *Composite Abuse Scale (Revised) – Short Form* (CASR-SF) (30).

2.3.3 *Women's Experience with Battering Scale*

Le *Women's Experience with Battering Scale* (WEB) a été développé aux Etats-Unis en 1995, par P.H.Smith, I. Tessaro et J.A.Earp (31). La particularité de cet outil est qu'il mesure les expériences ou ressentis des femmes dans les relations violentes, plutôt que les comportements de leurs partenaires violents. Le WEB évalue la violence émotionnelle en mesurant la perception qu'ont les femmes de leur vulnérabilité au danger physique et de leur sentiment de perte de pouvoir et de contrôle dans leur relation. C'est un questionnaire auto-administré, mais qui peut aussi être passé par un professionnel lors d'un entretien. Il est constitué de 10 questions, pour lesquelles la personne interrogée doit indiquer si elle est d'accord ou non avec chacune de ces affirmations, sur une échelle allant de 1 - « pas du tout d'accord » à 6 - « tout à fait d'accord ». Un score de 20 points et plus est considéré comme positif pour la violence conjugale (annexe 5). Si la femme n'a pas de conjoint au moment de la rencontre, elle répond en fonction de sa dernière relation conjugale. Il présente une excellente sensibilité (89%) et spécificité (94%) (32).

2.3.4 *Multidimensional Measure of Emotional Abuse*

Le *Multidimensional Measure of Emotional Abuse* (MMEA) ou parfois appelé Emotional Abuse Scale (EAS), a été développé en 1999 par Christopher M. Murphy et Sharon A. Hoover, Professeurs à l'Université du Maryland (33). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation, conçue pour mesurer la violence émotionnelle dans les relations amoureuses actuelles ou passées. Cette échelle est constituée initialement de 54 items, répartis en quatre sous-échelles représentant quatre dimensions repérées de violences psychologiques. L'« englobement restrictif » qui inclue les actes ou comportements coercitifs visant à isoler le partenaire et contrôler ses relations sociales et ses activités, il contient 13 items. Le « retrait hostile », consiste en des comportements destinés à punir le partenaire ou à augmenter l'anxiété ou l'insécurité de la relation, tels que la froideur affective ou le refus de discuter en cas de conflit, il comprend 9 items. Le « dénigrement » est réparti en 17 items, et se traduit par les actions ou remarques dénigrante ou humiliante, réduisant l'estime de soi de la victime. Enfin, la « domination/intimidation » comporte 15 items, s'intéressant aux comportements produisant de la peur ou de la soumission par le biais de menaces, d'agression verbale ou de destruction des biens. Cet outil a ensuite été réduit à 28 items, équitablement répartis en 7 items pour chacune des quatre sous-échelles.

2.3.5 *Danger Assessment*

Le *Danger Assessment* ou échelle d'Évaluation du danger, a été développée en 1986 par Jacqueline Campbell, infirmière universitaire Américaine, ayant réalisé un grand nombre de recherches sur les violences conjugales (34). C'est l'une des échelles fréquemment utilisées pour l'évaluation du risque de violence conjugale. Il s'agit d'un outil de sévérité qui peut être utilisé par différents intervenants, à la fois dans les milieux de soins de santé, les services sociaux, les milieux judiciaires ou les lieux d'aide aux victimes. Il a été conçu pour évaluer le risque d'une femme victime de violences conjugales d'être tuée par son partenaire, mais il peut servir également à prédire la récurrence de la violence conjugale. Cet outil se compose de deux parties, un calendrier et un questionnaire initialement en 15 items, puis en 20 items depuis la version révisée en 2003 (annexe 6). Le calendrier permet d'évaluer la sévérité et la fréquence de la violence au cours de l'année écoulée. La victime renseigne les jours où il y a eu des violences physiques, et classe la gravité sur une échelle allant de 1 à 5, avec par exemple en 1 avoir reçu une gifle ou être poussée et en 5, l'utilisation d'une arme ou des blessures causées par une arme. Le questionnaire consiste en une série de questions fermées, concernant les facteurs de risque associés à l'homicide entre partenaire intime, comme les menaces de mort antérieures ou l'accès du partenaire à une arme à feu. Les réponses positives sont additionnées, constituant un score permettant de catégoriser les victimes selon quatre niveaux de danger : variable, en augmentation, sévère ou extrême. Cette échelle peut également permettre de sensibiliser la victime aux violences dont elle est l'objet. La fiabilité, la validité et la valeur prédictive ont été démontrées (32).

Il existe d'autres outils de mesures des violences conjugales, tels que *l'Abuse Assessment Scale* (AAS), le *Severity of Violence Against Women Scales* (SVAWS), *l'Index of Spouse Abuse* (ISA), *l'Index of Spouse Abuse non physical subscale* (ISA-NP), le *Psychological Maltreatment of Women Inventory* (PMI)...

2.4 Les effets des violences conjugales sur la santé mentale

2.4.1 *Les troubles psychiatriques*

La violence perpétrée par un partenaire intime, pourrait avoir des conséquences sur les victimes en termes de santé mentale. Une partie de la littérature explore l'association des violences

conjugales à un ensemble de pathologies psychiatriques, sans être centrée sur la recherche d'un trouble en particulier.

L'Organisation Mondiale de la Santé a notamment réalisé une étude multi-pays (35), dont l'objectif était d'explorer l'ampleur et les caractéristiques des différentes formes de violence physique, sexuelle et psychologique à l'encontre des femmes, avec un intérêt particulier sur la violence perpétrée par des partenaires intimes masculins. Un autre objectif de l'étude était d'évaluer dans quelle mesure la violence conjugale physique et sexuelle est associée à des événements de santé. L'enquête s'est déroulée dans 10 pays (Bangladesh, Brésil, Ethiopie, Japon, Pérou, Namibie, Samoa, Serbie, Monténégro, Thaïlande, République-Unis de Tanzanie), entre 2000 et 2003, par le biais d'un questionnaire standardisé traduit en 14 langues. Ellsberg et al., publient un article en 2008 analysant les données de cette étude (36). Au total, 24 097 femmes éligibles ont terminé l'entretien, dont 19 568 ayant déjà été en couple (mariées ou vivant avec un partenaire), seules ces dernières ont été incluses dans l'analyse. La santé mentale était évaluée à partir d'un auto-questionnaire de 20 questions (SRQ-20), développé par l'OMS pour dépister la détresse émotionnelle. Il était demandé aux participantes si au cours des 4 semaines précédant l'entretien, elles avaient présenté des symptômes associés à de la détresse émotionnelle, tels que des pleurs, une incapacité à profiter de la vie, une fatigue, et des idées suicidaires. Après le SRQ-20, des idées suicidaires et des tentatives de suicide étaient recherchés au cours de la vie. Quinze à soixante-et-onze pourcent de ces femmes rapportaient avoir expérimenté de la violence physique et/ou sexuelle, à un moment de leur vie par un partenaire actuel ou ancien. Dans la plupart des pays, les femmes rapportant des violences conjugales étaient plus susceptibles de ne pas rapporter être victime, de signaler un mauvais voire très mauvais état de santé. Dans tous les sites participants à l'étude, les scores moyens du SRQ-20 étaient significativement supérieurs chez les femmes victimes de violence que celles non victimes. En ajustant sur le site, l'âge, l'éducation et le statut marital, ils notent que les femmes victimes de violence physique et/ou sexuelle, étaient plus susceptibles de présenter des idées suicidaires ou d'avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, avec des odds ratios respectivement de 2.9 (95% IC = 2.7-3.2) et 3.8 (95 % IC = 3.3-4.5). La figure 3 ci-dessous montre la proportion de femmes rapportant des idées suicidaires, en fonction de la présence ou non de violence de la part d'un partenaire. Un pourcentage plus important d'idées suicidaires est retrouvé chez les victimes comparativement aux patients sans antécédents de violence conjugale sur l'ensemble des sites explorés. Cette étude relève la présence d'une association significative entre les expériences de violence physique et/ou sexuelle au cours de la vie par un partenaire masculin, et les problèmes de santé mentale chez les victimes.

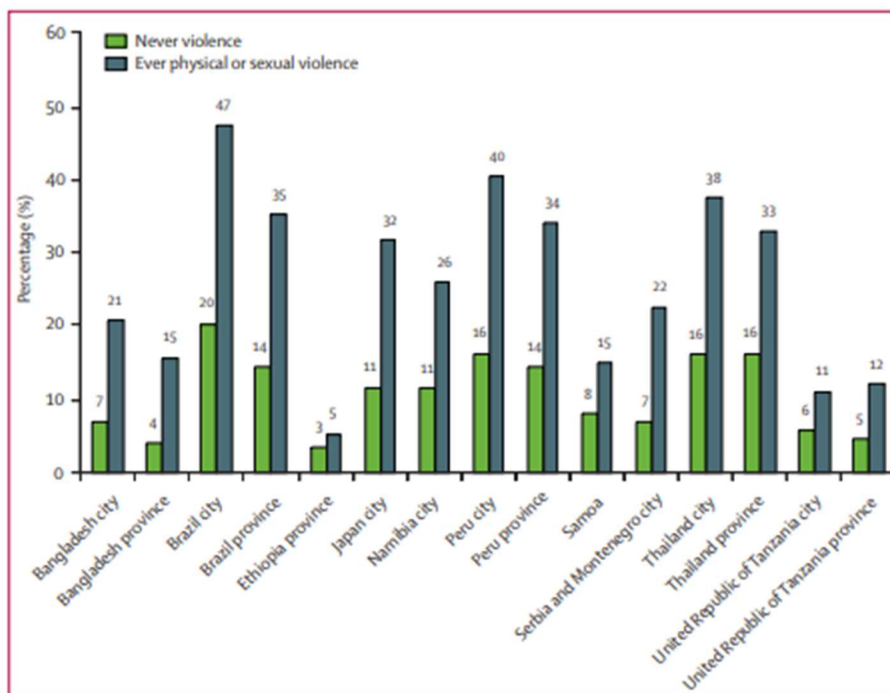


Figure: Suicidal thoughts according to experience of physical or sexual partner violence, or both, by an intimate partner, reported by ever-partnered women, by site

Figure 3

En 2002, Coker et al. (37), réalisent une étude transversale dont l'objectif était d'estimer la prévalence par type de violences conjugales (physique, sexuelle et psychologique) et les conséquences associées, actuelles et à long terme, sur la santé physique et mentale chez les femmes et les hommes. Ils ont analysé les données du sondage de la National Violence Against Women Survey (NVAWS), de Tjaden et al. (38), avec un échantillon représentatif de la population des Etats Unis incluant 8001 hommes et 8005 femmes, conduit de novembre 1995 à mai 1996. L'échantillon total après application des critères d'exclusion (âge supérieur à 65 ans, absence de renseignement sur l'âge, l'éducation ou le statut marital) était de 6790 femmes et 7122 hommes. Ils ont utilisé le Conflict Tactics Scale (CTS) pour évaluer la violence physique, le 13-item Power&Control Scale pour la violence psychologique et 4 items issus d'un questionnaire de la National Women's Study pour évaluer la violence sexuelle. Ils retrouvent 29,7% des femmes et 23,3% des hommes ayant expérimenté au cours de leur vie de la violence par un partenaire qu'elle soit physique, sexuelle ou psychologique. La prévalence au cours de la vie de violence conjugale physique isolée était de 13,3% chez les femmes et 5,8% chez les hommes, celle de la violence conjugale sexuelle était de 4,3% chez les femmes et 0,2 % chez les hommes, enfin la prévalence de violence psychologique était de 12,1% chez les femmes et 17,3% chez les hommes. En comparaison avec les hommes, les femmes étaient

significativement plus victime de violence conjugale physique ou sexuelle (RR = 2.2, 95% IC = 2.1-2.4) et de violences psychologiques, mais moins susceptibles de rapporter de la violence verbale seule (RR=0.8, 95% IC =0.7-0.9). Coker et al., objectivent que la violence conjugale physique, chez les hommes comme chez les femmes, est associée à un risque augmenté de mauvaise santé actuelle, de symptômes dépressifs, d'abus de substance, et de développer une maladie somatique chronique, une maladie mentale chronique et des blessures. En termes de violence psychologique, l'abus de pouvoir et de contrôle était plus fortement associé avec ces événements de santé que la violence verbale. L'utilisation de modèles de régression logistique incluant les scores de violence physique et psychologique retrouvaient une plus forte association des événements de santé avec les violences psychologiques. Ainsi la violence psychologique et physique sont toutes les deux associées avec des conséquences sur la santé physique et mentale chez les victimes quel que soit leur genre.

La violence psychologique semble plus difficile à évaluer et il existe moins d'études à ce sujet. L'objectif principal de l'étude de Pico-Alfonso et al., en 2006 était de déterminer l'impact spécifique de la violence par un partenaire intime d'ordre physique, psychologique et sexuelle sur la santé mentale des femmes, en contrôlant sur un antécédent de situation de victime au cours de la vie (39). Ils sont partis de l'hypothèse que la violence conjugale psychologique serait aussi déterminante que la violence conjugale physique sur les symptômes dépressifs, de TSPT, d'anxiété et de suicidalité chez les femmes. A Valence en Espagne, 182 femmes ont été incluses dans l'étude, dont 130 victimes de violences conjugales recrutées dans 24 centres venant en aide aux femmes et 52 femmes constituant le groupe contrôle, vivant avec un partenaire non violent. Les femmes victimes de violence étaient réparties en deux groupes, l'un de 75 femmes victimes de violences physiques/psychologiques et l'autre comprenant 55 victimes de violence uniquement psychologique, soit 3 groupes avec le groupe contrôle. La présence et la sévérité des symptômes dépressifs étaient mesurés avec la Beck Depression Inventory (BDI). Le stress post traumatique était évalué par l'Echeburua's Severity of Symptom Scale of Posttraumatic Stress Disorder. Enfin, les symptômes anxieux étaient mesurés à l'aide du State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Il est intéressant de souligner que toutes les femmes victimes de violence physique subissaient aussi de la violence psychologique. La violence sexuelle était retrouvée chez 32% des femmes issues du groupe violence conjugale physique/psychologique et 16,4% du groupe psychologique. Les femmes exposées à de la violence physique/psychologique et psychologique avaient une incidence et une sévérité plus élevées de symptômes dépressifs, anxieux, de TSPT, et de pensées suicidaires que le groupe contrôle, sans différence entre les deux groupes de femmes victimes de violence. La concomitance de violence sexuelle était

associée à une sévérité plus élevée de symptômes dépressifs dans les deux groupes de victimes et une incidence plus élevée de tentative de suicide dans le groupe violence physique/psychologique. Cette étude montre que la violence conjugale a un effet négatif sur la santé mentale des femmes, en augmentant l'incidence de dépression, de TSPT et de symptômes anxieux, et d'idées ou de tentatives de suicide. La violence psychologique apparaît également aussi déterminante que la violence physique sur la santé mentale des victimes.

La violence psychologique est aussi l'objet de l'étude de Lawrence et al., en 2009, auprès de 103 couples évalués à 4 reprises durant leurs trois premières années de mariage (40). Ils objectivent la violence psychologique aussi délétère, et pouvant même être plus délétère, que la violence physique sur les symptômes psychopathologiques, ce qui est concordant avec les études précédentes (41). La place prépondérante de la violence psychologique, semble également confirmée dans l'étude effectuée en 2008 par Méchanic et al., qui sera détaillée plus loin dans le cadre de l'étude du lien spécifique à la dépression et au trouble de stress post-traumatique (42).

Une étude s'intéressant plus particulièrement aux femmes victimes de violence sollicitant de l'aide auprès des services spécialisés, est menée par Ferrari et al., en 2014 (43). Leur objectif était de caractériser la démographie et la santé mentale des femmes ayant recours à des services spécialisés dans la violence domestique au Royaume-Uni, et d'investiguer les associations entre la sévérité des violences et les mesures de santé mentale. Les données utilisées sont tirées de l'essai contrôlé randomisé PATH (psychological advocacy toward healing), d'un échantillon de 260 femmes en demande d'aide auprès de services spécialisés dans les violences domestiques, à Bristol et Cardiff (44). Les participantes éligibles étaient des femmes âgées de 16 ans ou plus ayant subi de la violence ou des abus domestiques (psychologique, physique, sexuelle ou financière), les ayant amenées à rechercher de l'aide entre le 11 avril 2011 et le 4 juin 2013. La détresse psychologique était évaluée par l'échelle CORE-OM, la dépression avec la version à 9 items du Patient Health Questionnaire (PHQ-9), les symptômes d'anxiété à partir de l'échelle GAD7, le trouble de stress post-traumatique avec la PDS. Le Composite Abuse Scale (CAS) permettait de mesurer la violence domestique. Les auteurs notent une détresse psychologique plus importante, avec un score moyen au CORE-OM presque 4 fois plus élevé qu'en population générale. Les scores de dépression et d'anxiété étaient élevés, avec respectivement 72 % des participantes dépassant un score de 9 à la PHQ9 et 70 % à la GAD7 (seuils de trouble modéré à partir de 10). Soixante-dix-sept pourcents des participantes présentaient un score de TSPT d'au moins 17, qui est le seuil optimal pour diagnostiquer ce trouble. Le risque de trouble de

stress post traumatique chez les femmes victimes de violence par un partenaire intime, apparait plus élevé que tout autre problème de santé mentale. La sévérité de la détresse psychologique, en particulier pour l'anxiété et le TSPT, augmente avec la sévérité et la durée des violences conjugales, y compris après ajustement sur les facteurs de confusion (violence dans l'enfance, caractéristiques démographiques).

Bonomi et al., en 2006, étudient la relation entre la santé des femmes et le moment, le type et la durée de l'exposition à la violence conjugale (45). Les données proviennent d'un échantillon randomisé de 3 429 femmes anglophones âgées de 18 à 64 ans, participant à des entretiens téléphoniques dans le cadre d'un grand plan de santé entre 1991 et 2001, pour évaluer l'exposition à la violence conjugale et l'état de santé. Le groupe de référence (absence de violence conjugale au cours de la vie) était constitué de 1838 participantes, et l'autre groupe de 1591 victimes de tout type de violence conjugale au cours de la vie. Les victimes étaient réparties en sous-groupes, avec tout type de violence récente (sur les 5 dernières années, n=504), à distance des violences (avant les 5 dernières années, n=1087), ainsi qu'en fonction de la durée d'exposition aux violences conjugales (n=1591) entre 0 et 2 ans (n=561), 3 à 10 ans (n=415), ou plus de 10 ans (n=593). Les événements de santé étaient mesurés à partir de la SF-36, la dépression avec l'échelle CES-D, et l'exposition aux violences conjugales à partir de l'échelle Womens's Experience with Battering WEB (distinguant la violence physique, sexuelle et violence non-physique définissant celle-ci par la peur due aux menaces ou comportements dominateurs du partenaire) et de 5 questions de l'enquête BRFSS. Les femmes exposées à de la violence conjugale présentaient un état de santé moins bon que celles non exposées. Dans les analyses ajustées, en comparaison avec les femmes n'ayant pas été victimes de violence au cours de leur vie, des effets plus néfastes sur la santé étaient observés chez les femmes avec une exposition récente à la violence conjugale comparativement aux expositions datant de plus de 5 ans. L'effet significatif négatif sur la santé est également retrouvé dans les groupes rapportant une exposition à la violence physique et/ou sexuelle comparativement à l'exposition à la violence non-physique. Le même constat est réalisé en cas de durée d'exposition prolongée. Le fait d'être victime de violence conjugale sur une longue période était associé à un état de santé de plus en plus mauvais, suggérant un effet dose.

Conformément aux observations précédentes, la sévérité et l'ampleur de l'exposition à la violence par un partenaire intime augmenteraient les symptômes psychiatriques (46,47).

Au regard des études réalisées, la violence conjugale est associée à un risque augmenté en termes de santé mentale. Rioli et al., effectuent une revue de la littérature de 2011 à 2016,

retrouvant notamment des effets néfastes tels que la dépression, le trouble de stress post-traumatique, les troubles du sommeil, les troubles du comportement alimentaire et les tentatives de suicide (48). La prévalence du TSPT, de la dépression et de l'anxiété serait 2 à 4 fois supérieure que dans la population générale. D'autres études sont concordantes avec ces éléments, retrouvant une fréquence supérieure des troubles mentaux chez les victimes de violence par un partenaire intime (47,49–53). Il semble que les événements de santé mentale les plus associés à la violence conjugale, soient la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post traumatique (46).

2.4.2 *La dépression*

La violence par un partenaire intime pourrait favoriser l'émergence de trouble psychiatrique, et notamment de la dépression. Bonomi et al., dont l'étude est décrite ci-dessus, objectivaient une augmentation des symptômes psychiatriques en cas d'exposition à la violence conjugale, (45). En comparaison avec les femmes n'ayant jamais expérimenté de violence par un partenaire intime, ils relèvent que celles ayant subi tout type de violence conjugale (physique, sexuelle, non physique) récemment c'est-à-dire au cours des 5 dernières années, présentaient des taux plus élevés de symptômes dépressifs mineurs (Prevalence Ratio = 2.38, 95% IC 1.98-2.86) et sévères (PR= 2.69, 95% IC 1.98-3.67). Des résultats similaires sont notés dans le cas de la violence physique et/ou sexuelle et la violence non-physique récente, avec une augmentation des symptômes dépressifs mineurs (respectivement PR = 2.61, 95% IC 2.02–3.38 et PR= 2.06, 95% IC 1.56-2.73) et sévères (respectivement PR = 4.08, 95% IC 2.49–6.68 et PR=1.75, 95% IC 1.02-3.00).

De la même façon, l'étude de Coker et al., détaillée précédemment, objective que toutes les formes de violences conjugales étaient associées significativement aux symptômes de dépression actuelle chez les hommes et les femmes (37).

Chuang et al, réalisent une étude en 2014 s'intéressant à la façon dont la violence conjugale est associée à une symptomatologie dépressive au cours du temps (54). Pour cela ils ont utilisé les données de la Central Pennsylvania Women's Health Study (CePAWHS), enquête téléphonique de septembre 2004 à mars 2005, auprès de femmes de 18 à 45 ans, vivant dans 28 comtés de la Pennsylvanie. A deux ans de suivi, le taux de réponse était de 79% soit un échantillon de 1420 participantes. Les symptômes dépressifs étaient mesurés initialement et à deux ans de suivi à partir de l'échelle CES-D. L'exposition à la violence conjugale au cours de l'année passée était

rapportée au début de l'étude par 4,6% de l'échantillon. Ces victimes étaient également plus susceptibles de déclarer de la violence par un partenaire lors de la seconde évaluation. La proportion de femmes présentant des symptômes dépressifs au début de l'étude et à 2 ans de suivi était similaire, avec 19,5% et 19,6% respectivement. Parmi les victimes repérées au début de l'étude, 43,1% avaient des symptômes dépressifs lors de la seconde évaluation, contre 18,5 % des femmes non exposées à la violence conjugale. Après ajustement sur les symptômes dépressifs initiaux, l'exposition continue à la violence conjugale et d'autres facteurs de confusion potentiels, les femmes victimes de violence récente au début de l'étude étaient presque deux fois plus susceptibles de rapporter des symptômes dépressifs à 2 ans de suivi. En d'autres termes, les femmes victimes de violences conjugales seraient à risque de dépression ultérieure, indépendamment du fait que la violence soit en cours ou non.

Ces résultats sont concordants avec l'étude prospective de Zlotnick et al. en 2006, effectuée auprès de femmes américaines mariées ou en concubinage, rapportant ou non de la violence par un partenaire intime initialement, puis les comparant sur une série d'évènements psychosociaux à 5 ans de suivi (55). Ils objectivent que les femmes victimes de violence par un partenaire intime comparées à celles non-victimes au recueil initial, présentaient plus de symptômes dépressifs lors du suivi à 5 ans.

En 2015, Ouellet-Morin et al., effectuent une étude prospective dont l'objectif était d'apporter plus d'éléments sur l'association entre la violence conjugale et la mauvaise santé mentale des femmes, en utilisant les données d'un échantillon de population de mères au Royaume-Uni (56). Afin de tester l'hypothèse d'un risque de dépression associé à l'exposition à la violence conjugale, seules les femmes sans antécédent de dépression étaient prises en compte, soit 978 participantes, âgées de 20 à 48 ans au début de l'étude. Ces dernières étaient évaluées à trois reprises, sur une période moyenne de 7 ans. La violence conjugale était évaluée à partir du Conflict Tactics Scale, la dépression était diagnostiquée à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS) selon les critères du DSM-4. L'un des intérêts de cette étude, est aussi d'avoir tenté de distinguer les effets de la violence conjugale sur les symptômes dépressifs nouvellement apparus, des effets des facteurs de confusion tels que la maltraitance dans l'enfance, l'abus de substance, la privation socio-économique, la maternité précoce et le trouble de la personnalité antisociale. Sur une période de près de 10 ans, 4 femmes sur 10 rapportaient avoir été victime de violence de la part d'un partenaire. Elles représentent 33% de la cohorte, et 51 % des nouvelles dépressions. Après avoir contrôlé les facteurs de confusion, elles avaient un risque 2 fois supérieur d'être atteinte d'une dépression. Les femmes abusées dans l'enfance

et à l'âge adulte étaient 4 à 7 fois plus susceptibles de souffrir de dépression que celles non victimes, et étaient également plus à risque de dépression que celles expérimentant un seul de ces deux types de violence. Bien que de moindre ampleur une fois les facteurs de confusion contrôlés, cet impact cumulatif de la violence dans l'enfance et à l'âge adulte est resté significatif. Cette étude souligne que la violence conjugale contribue indépendamment à une mauvaise santé mentale chez les femmes, et notamment à un risque plus élevé de dépression, et suggère la présence d'une relation dose-réponse à l'exposition à la violence.

Conformément à ces résultats, Campbell et al., dans deux revues de la littérature, soulèvent dans les études explorant la dynamique de la dépression chez les femmes battues, que les prédicteurs les plus fortement significatifs incluraient la fréquence et la sévérité de la violence physique et du stress actuel, plus que les antécédents de maladie mentale ou les caractéristiques démographiques, culturelles ou de l'enfance, (57,58). De la même façon, Golding, repère que la sévérité ou la durée de la violence était associée à la prévalence ou à la sévérité de la dépression, suggérant ainsi une relation dose-réponse de la violence avec la dépression (59).

En 2008, à partir d'un échantillon de 413 femmes victimes de violences conjugales et en demande d'aide auprès de services spécialisés, Méchanic et al., s'intéressent aux contributions indépendantes de la violence physique, sexuelle, psychologique, et du harcèlement sur les symptômes de TSPT et de dépression (42). Afin de sélectionner des femmes expérimentant plus que de la violence occasionnelle, les participantes devaient rapporter au moins 4 incidents de violence mineure (avoir été frappée, poussée, giflée, s'être fait tordre le bras, tirer les cheveux...) ou 2 épisodes de violence sévère (blessures physiques, coup de pied, menace avec arme, rapport sexuel forcé...) au cours de l'année passée. Les échelles BDI et PDS étaient utilisées pour l'évaluation de la dépression et du TSPT respectivement. Ils relèvent dans l'échantillon, 13,4% de symptômes dépressifs minimes et 15,1% de légers. Les symptômes dépressifs modérés et sévères étaient retrouvés dans 31,8% et 39,6% des cas respectivement. Ce qui semble suggérer une sévérité plus importante de symptomatologie dépressive, plus de 39% des participantes présentant des symptômes de santé mentale d'intensité grave. Les auteurs soulignent cependant que ces résultats peuvent être en partie expliqués par les critères d'inclusion, requérant un minimum de 2 incidents de violences graves ou 4 de violences mineures. Afin d'examiner les contributions relatives du harcèlement, de la violence psychologique et de la violence physique sur la santé mentale, ils ont réalisé un ensemble de deux analyses de régression multiples hiérarchique sur chaque mesure indépendante (dépression et TSPT). Lorsqu'elles sont rentrées dans l'équation en premier, les violences

physiques et sexuelles expliquent 6,5% de la variance des symptômes dépressifs. L'intégration secondaire de la violence psychologique et du harcèlement a ajouté 5,8% de variance expliquée dans la dépression. En inversant l'ordre d'entrée avec en premier lieu la violence psychologique et le harcèlement, ces derniers représentaient 12,2% de la variance des symptômes de la dépression. Une fois la violence psychologique et le harcèlement contrôlés, les violences physiques et sexuelles ne contribuaient plus à la variance unique de la prédiction des symptômes de dépression. En d'autres termes, les auteurs objectivent que la violence psychologique et le harcèlement contribuent à la prédiction des symptômes dépressifs, y compris après avoir contrôlé sur les effets de la violence physique, des blessures et de la coercition sexuelle. Pico-Alfonso et al., dont les résultats ont été détaillés dans la partie précédente, retrouvaient également que dans le cas de la symptomatologie dépressive, la violence psychologique contribuait indépendamment à la dépression (39).

En cohérence avec les études objectivant une augmentation des risques en termes de santé mentale dans un contexte de violence par un partenaire intime, la dépression est l'une des conséquences les plus fréquentes (37,39,42,43,48,54,55,59–61). Elle pourrait être la première forme de réponse psychique chez les victimes de violence selon Campbell et al., qui notent une prévalence de la dépression de 63 % contre 9,3% en population générale (57). Helfrich et al., relèvent à partir de différentes études, que la dépression est notée chez 35 à 70 % des victimes de violence par un partenaire intime, contre 12% chez les femmes en population générale (61). En 1999, Golding, relève une prévalence moyenne pondérée de la dépression chez les femmes victimes de violence conjugale de 47,6% (59). Pour Rioli et al., la dépression apparaît comme deux à quatre fois plus prévalente chez les victimes de violence par un partenaire intime que dans la population générale (48). Bien que ces chiffres soient variables, ils mettent en lumière la fréquence supérieure de la symptomatologie dépressive en cas de violence conjugale.

2.4.3 Le trouble de stress post traumatique

Par nature, les épisodes de violences conjugales peuvent constituer des événements psychotraumatiques, pouvant induire un trouble de stress post-traumatique. L'une des premières études publiées en 1991 par Kemp et al., examine un échantillon de 77 femmes battues vivant dans des refuges, à la recherche de la présence ou non de trouble de stress post-traumatique (62). Les refuges se situaient dans une ville du Midwest aux Etats-Unis, et les participantes volontaires avaient toutes été impliquées dans une relation hétérosexuelle avec violence

physique. Pour remplir les critères DSM-3 du TSPT, les participantes devaient présenter un symptôme de reviviscence, trois symptômes d'évitement et deux symptômes persistants d'hypervigilance, la durée de la perturbation devait être d'au moins un mois. Le pourcentage de femmes ayant rapporté à partir d'une auto-évaluation les critères diagnostiques DSM-3 du TSPT était de 84,4%. Bien que les résultats soient difficilement généralisables au vue de la population d'étude provenant de refuges spécialisés pour les femmes victimes de violences conjugales, ces résultats suggèrent un lien étroit avec le TSPT.

En 2004, Basile et al., examinent si les expériences de 4 types de violences conjugales (physique, sexuelle, psychologique et harcèlement) augmentent le risque de trouble de stress post traumatique (63). Ils tentent de distinguer les impacts de ces 4 types de violences sur les symptômes de TSPT, mais aussi l'apport indépendant de chaque type de violence en contrôlant sur les autres formes, ainsi que la possible augmentation des symptômes de TSPT pour les formes multiples de violences conjugales. Ils utilisent pour cela les données de la NVAWS, une enquête téléphonique aléatoire auprès des ménages américains, entre novembre 1995 et mai 1996, comprenant 8000 femmes et autant d'hommes, âgés d'au moins 18 ans. Seules les femmes rapportant de la violence conjugale (physique, sexuelle, psychologique et harcèlement) par leur époux ou partenaire actuel étaient sélectionnées dans l'étude transversale de Basile et al., soit un échantillon de 380 participantes. La violence physique et la violence psychologique apparaissaient comme les violences les plus fréquemment rapportées, avec 93 % des femmes de l'échantillon ayant subi de la violence physique et 52 % de violence psychologique. La violence sexuelle et le harcèlement étaient moins représentés, 9% des femmes victimes dans cet échantillon ont expérimenté de la violence sexuelle, et 7% pour le harcèlement. Les quatre types de violence étaient significativement associés à une augmentation de la symptomatologie de TSPT, après avoir contrôlé sur l'âge, l'éducation, le travail, le statut marital, et l'origine ethnique. En contrôlant sur les autres types de violence, la violence physique, psychologique et le harcèlement restent associées significativement aux symptômes de TSPT. La violence sexuelle était exclue de l'analyse multivariée, probablement en raison de la faible taille d'échantillon, seules 34 femmes ayant rapporté des violences sexuelles. Les auteurs objectivent également que plus les femmes étaient victimes de différents types de violence, plus les symptômes de TSPT augmentaient, suggérant la présence d'un effet dose.

De la même façon, en 2008, Woods et al. ont évalué les associations entre la violence conjugale, la santé physique et le TSPT (64). Cent cinquante-sept femmes victimes ont été recrutées durant 9 mois au sein de trois centres de crises pour les femmes victimes de violences conjugales, dans 3 comtés d'un Etat du Midwest. Cinq types de violence étaient étudiées, la violence physique,

sexuelle, psychologique, les menaces de violence et le risque d'homicide. Le Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) évaluait la violence physique, sexuelle, et les menaces de violence. La violence psychologique et le risque d'homicide étaient recherchés à l'aide de l'Index of Spouse Abuse non physical subscale (ISA-NP) et l'échelle Danger Assessment respectivement. Les symptômes de TSPT étaient évalués en utilisant le PTSD Symptom Scale (PSS). Les participantes avaient en moyenne 34 ans et avaient été dans une relation de violence pendant un peu de plus de 5 ans. Ils démontrent la présence de niveaux élevés de sévérité du TSPT, avec 92,4% des participantes présentant les critères de diagnostic clinique. Toutes les formes de violences conjugales étudiées étaient associées significativement à une augmentation des rapports de symptômes de trouble de stress post-traumatique. Les femmes subissant des violences conjugales plus sévères signalaient une symptomatologie de TSPT plus sévère.

La violence conjugale est impliquée dans le développement du trouble de stress post-traumatique. Il semble évident au regard des études précédentes, que l'intensité de la violence subie soit corrélée à la sévérité des symptômes de TSPT. Une autre étude de Houskamp et al., objective les mêmes résultats, bien que la taille d'échantillon soit faible avec seulement 26 femmes victimes de violences conjugales incluses dans l'étude (65). Ils retrouvent cependant 45% des participantes présentant les critères diagnostics du TSPT à partir du DSM-3, et lorsqu'elles étaient séparées en groupe d'exposition élevée ou faible à la violence, le TSPT était retrouvé chez 60% des participantes et 14 % respectivement. La durée, la sévérité et le type de violence apparaissent associés à l'intensité du TSPT (66). Dans une revue de la littérature, à partir de la synthèse de 4 études, Golding en 1999, notait déjà la probabilité d'une relation dose-réponse entre la violence conjugale et le TSPT (59).

L'impact des différents types de violences conjugales sur le trouble de stress post-traumatique a également été étudié, afin de déterminer si certaines formes de violences pourraient être plus délétères sur la santé mentale. Dans l'étude de Méchanic et al., citée précédemment, à partir de l'échantillon de 413 femmes victimes, 45% d'entre-elles rapportaient des symptômes de TSPT modérés à sévères, 31 % des symptômes sévères, 17,9% de modérés et 5,9% de légers (42). Les symptômes sévères représentant, comme dans le cas de la dépression, une part importante de l'échantillon avec approximativement un tiers des patientes concernées. Ces résultats sont cependant à analyser avec prudence pour les raisons évoquées précédemment. La violence par un partenaire intime contribuait significativement à la prédiction des symptômes de TSPT. A

partir des analyses de régression logistique, les trois ensembles de prédicteurs (violence physique et/ou sexuelle, blessures, violence psychologique et/ou harcèlement) contribuaient au TSPT quand les blocs de violence physique/sexuelle et blessures étaient entrés dans l'équation avant la variable violence psychologique/harcèlement. Cette dernière contribuait uniquement à la prédiction des symptômes de TSPT, y compris après avoir contrôlé sur les effets des formes les plus sévères de violences conjugales. Lorsque l'ordre d'entrée était inversé, avec la violence psychologique et le harcèlement entrées en premier et les blessures physiques en dernier, celles-ci contribuaient à la variance des scores de TSPT, tandis que la violence physique et la violence sexuelle n'étaient plus associées à la prédiction. Cette étude met en lumière, comme pour la dépression, l'impact des violences psychologiques sur la prédiction des symptômes de trouble de stress post-traumatique, même après avoir contrôlé sur la violence physique, les blessures et la coercition sexuelle.

Une autre étude de Pico-Alfonso en 2005, cherchait à distinguer la contribution de chaque forme de violence (violence dans l'enfance, à l'âge adulte, ou par un partenaire intime), dans le développement du TSPT, (67). Il s'agissait d'une étude transversale, comprenant 127 femmes originaires de Valence en Espagne, et recrutées entre 2000 et 2002. Elles étaient réparties en deux groupes, un groupe de 75 femmes victimes et un groupe contrôle de 52 femmes non victimes. Les violences conjugales évaluées étaient les violences physiques, sexuelles et psychologiques. L'évaluation de l'incidence et de la sévérité des symptômes de stress post traumatique était réalisée à partir de l'Echeburua's Severity of Symptom Scale of Posttraumatic Stress Disorder, entretien structuré basé sur les critères du DSM 4. Il est intéressant de noter que toutes les femmes exposées à la violence conjugale rapportaient de la violence physique et psychologique, et que 32% d'entre elles étaient également victimes de violence sexuelle. Au cours de l'année passée parmi le groupe de victimes, 89,3% ont subi de la violence physique, 97,3% de la violence psychologique et 18,1% de la violence sexuelle. Les femmes victimes de violences conjugales avaient des taux significativement plus élevés de TSPT en comparaison avec le groupe contrôle. L'incidence du TSPT était supérieure dans le groupe de femmes victimes, 28% en comparaison avec le groupe contrôle, retrouvant une incidence à 0%. De plus, la sévérité de la violence était significativement et positivement corrélée à l'intensité des symptômes de TSPT. A partir d'une analyse de régression logistique, les auteurs objectivent que le principal prédicteur du TSPT était la violence conjugale, et ce après avoir contrôlé sur les antécédents de violence dans l'enfance, et à l'âge adulte par une autre personne que le partenaire. Les abus subis dans l'enfance n'expliquant donc pas la variation des scores de TSPT. Chaque forme de violence avait un effet indépendant et significatif sur le développement de la

symptomatologie du TSPT. La seule association significative concernait les violences physiques et psychologiques, bien que la violence psychologique apparaissait comme le facteur contributeur principal du TSPT.

Cependant une étude apporte des résultats contradictoires. En effet, en 2008, Babcock et al. réalisent une étude auprès de femmes rapportant de la violence physique ou psychologique au cours de l'année passée, afin de tester les modérateurs (soutien social) et médiateurs (réactivité psychologique et la colère) dans la relation entre la violence et les symptômes de stress post-traumatique (68). Cette étude comprenait 202 couples mariés ou vivant ensemble depuis au moins 6 mois, et âgés de 18 ans ou plus. Ils ne s'intéressent qu'à la violence subie par les femmes de la part de leur conjoint. La violence physique était évaluée à partir du Revised Conflict Tactics Scale (CTS2), la violence psychologique avec l'Emotional Abuse Scale (EAS), et le TSPT avec le PDS. Ils objectivent que la violence physique et la violence psychologique sont toutes les deux reliées positivement aux symptômes de TSPT. Ces deux types de violences étaient hautement corrélées, conformément aux études citées précédemment. Cependant, à l'inverse des résultats antérieurs, la violence psychologique ne prédisait pas les symptômes de TSPT au-delà de l'effet dû à l'agression physique. Les auteurs supposent que ceci pourrait s'expliquer par le fait que les effets de la violence psychologique sur les symptômes de TSPT seraient masqués par un modérateur, tel que le soutien social, ou bien par le fait que les populations concernées ne sont pas les mêmes, ni le modèle d'équation utilisé.

La violence sexuelle est plus particulièrement étudiée par Norwood et al., en 2011 (69). Les participantes constituaient 3 groupes de femmes (exposées à la violence sexuelle, exposées à la coercition sexuelle mais pas à la violence sexuelle, pas d'exposition à la violence sexuelle rapportée) dont le partenaire était pris en charge pour perpétration de violence conjugale. La coercition sexuelle correspond à un rapport sexuel non consenti (un viol), tandis que la violence sexuelle est plus variée dans sa nature (brutalité sexuelle, exposition non consentie à de la pornographie...). Les objectifs de cette étude étaient multiples, il s'agissait notamment d'examiner et comparer le diagnostic et les niveaux des symptômes de stress post traumatique ; de déterminer si la coercition et la violence sexuelles prédisent de manière unique les symptômes du TSPT ; et d'explorer la nature et la force des associations entre chaque type de violence (psychologique, physique, sexuelle, coercition sexuelle) et chaque groupe de symptômes de TSPT (répétition, évitement, altération de la vigilance). Ils ont utilisé les données d'archives collectées dans un centre communautaire de lutte contre la violence domestique dans le comté d'Howard dans le Maryland. Les partenaires masculins fournissaient leur consentement pour que leurs partenaires soient contactées, ces dernières étaient ensuite

interrogées par téléphone. La violence physique était évaluée à l'aide du CTS2, la violence psychologique avec le Multidimensional Measure of Emotional Abuse (MMEA). La violence sexuelle était étudiée avec l'association du Sexual Experiences Survey (SES) et de la sous-échelle de coercition sexuelle du CTS2. Les participantes étaient au nombre de 216, dont 134 (64,1%) n'ont pas déclaré d'abus dans leur relation au cours des 6 derniers mois, 36 (17,2%) rapportaient de la coercition sexuelle mais pas de violence sexuelle, et 39 (18,7%) signalaient de la violence sexuelle. Les taux de diagnostic de TSPT étaient plus élevés dans les groupes coercition sexuelle (56,8%) et violence sexuelle (63,2%) en comparaison avec le groupe absence de violence (32,3%). Le groupe de femmes non victimes de violence sexuelle présentait des niveaux significativement plus faibles de symptômes de TSPT que dans les deux autres groupes. En revanche, les groupes violence sexuelle et coercition sexuelle ne différaient pas significativement en ce qui concerne les niveaux de symptômes du TSPT. Afin de mieux identifier les formes de violences pouvant porter le risque d'association aux symptômes de TSPT, les auteurs ont eu recours à des analyses multivariées. La coercition sexuelle était alors retrouvée comme plus prédictive d'une association aux symptômes de TSPT comparativement à la violence sexuelle, contrairement à l'hypothèse initiale des auteurs. Lorsque la violence physique et psychologique étaient ajoutées dans l'analyse multivariée, la violence sexuelle et la coercition sexuelle n'étaient pas retrouvés comme prédicteurs indépendant d'une association à des symptômes de TSPT, tandis que la violence psychologique restait prédictive.

Tous les types de violences conjugales semblent associés à un risque augmenté de trouble de stress post-traumatique, et chaque forme de violence (physique, sexuelle, psychologique) a indépendamment un effet sur le développement de la symptomatologie du TSPT (63,64,67). Les études cherchant à déterminer si une forme de violence a un impact indépendant supérieur sur le TSPT, obtiennent cependant des résultats variables. Comme vu précédemment, Babcock et al. (68), ne repèrent pas d'effet plus important attribuable à la violence psychologique, contrairement aux autres études citées (42,67,69). Dutton et al. effectuent une méta-analyse en 2006, identifient la violence psychologique comme facteur prédictif plus important de TSPT que la violence physique chez les femmes (70). Par ailleurs, dans une revue de la littérature, Kaysen et al. retrouvent la violence psychologique et le harcèlement associés à une symptomatologie plus importante de TSPT, et créant un contexte traumatique de violence conjugale (71). Les auteurs évoquent que c'est ce contexte qui pourrait accentuer la symptomatologie du TSPT. En comparaison avec les autres formes de violences, la violence sexuelle est la moins fréquemment retrouvée (63,67). Bien que les études retrouvent que toutes

les formes de violences conjugales ont une association significative sur la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique, lorsque ces violences sont contrôlées sur les autres formes, la violence conjugale de nature sexuelle n'apparaît plus significative (42,63,69).

Il existe peu d'études s'intéressant aux conséquences à long terme de la violence par un partenaire intime sur les symptômes de TSPT. En 2000, Woods, a examiné la prévalence et les caractéristiques de la symptomatologie du trouble de stress post traumatique chez des femmes victimes et anciennement victimes de violences conjugales (72). Les participantes ont été recrutées par le biais de brochures dans les refuges, les cliniques et organismes communautaires, mais également par des annonces dans les journaux. Un total de 160 femmes âgées de 18 à 67 ans ont été sélectionnées, réparties en 53 victimes de violence, 55 anciennement victimes, et 52 non victimes. La durée moyenne de sortie d'une relation violence pour les anciennes victimes était de 9 ans, avec une fourchette allant de 2 à 23 ans. La violence physique et émotionnelle étaient évaluées à partir de l'Index of Spouse Abuse (ISA), tandis que le risque d'homicide dans une relation était recherché avec l'échelle Danger Assessment (DA). Deux échelles ont été utilisées pour permettre une évaluation plus précise du TSPT, l'IES (Impact of Event Scale) et la SCL-PTSD. Le TSPT était retrouvé chez les femmes victimes, anciennement ou actuellement, un pourcentage plus important étant retrouvé chez ces dernières. Les femmes victimes de violence avaient des scores plus élevés aux deux échelles en comparaison avec les femmes anciennement victimes, indiquant que les victimes actuelles présenteraient une sévérité et une intensité des symptômes de TSPT supérieures. En effet, près de 74 % des femmes victimes présentaient des symptômes d'intensité légère, modérée ou sévère de TSPT à partir du SCL-PTSD, et ce pourcentage augmentait à 92% avec l'IES. En comparaison, chez les femmes anciennement victimes de violence conjugale, ces taux étaient de 44% et 66% respectivement en fonction de l'outil de mesure utilisé. Trois femmes du groupe non victimes de violence, soit 6%, présentaient des symptômes de TSPT. Les auteurs objectivent la persistance de symptômes post-traumatiques même lorsque les victimes ne sont plus impliquées dans une relation violente depuis au moins 2 ans, suggérant un effet à long-terme sur la santé mentale des femmes victimes de violences conjugales.

La violence par un partenaire intime semble associée à une augmentation significative du trouble de stress post-traumatique (52,59,60,62–65,67,70,71,73–76), et ce probablement à long terme (72). Dans une revue de la littérature, Golding soulève que 31% à 84,4% des femmes victimes de violence rempliraient les critères de TSPT, avec une prévalence moyenne pondérée de 63,8%, en comparaison avec les estimations de prévalence vie entière dans la population

générale chez les femmes, allant de 1,3% à 12,3% (59). D'après Golding, ces recherches seraient en faveur de l'hypothèse selon laquelle la violence par un partenaire intime augmenterait le risque de problèmes de santé mentale. Les études tendent à montrer également la présence d'une relation dose-réponse entre la violence conjugale et le TSPT (59,63–65,67,76). Conformément à d'autres études citées précédemment, Cambell dans sa revue de la littérature relève que le TSPT est l'une des séquelles de violence conjugale les plus prévalentes en santé mentale, avec la dépression (60). Dans ce contexte de violence conjugale, le TSPT et la dépression semblent être fréquemment comorbides (39,73,76).

2.5 Les troubles mentaux comme facteur de vulnérabilité face à la violence conjugale

2.5.1 *Les troubles psychiatriques*

Si d'après les articles précédents il apparaît que la violence par un partenaire intime semble favoriser l'émergence des troubles psychiatriques, il est intéressant de rechercher si à l'inverse les troubles psychiatriques favoriseraient le fait d'être victime de violences conjugales. En effet, il y a peu d'information sur la violence exercée envers les personnes atteintes de trouble mental sévère ou SMI. En 2001, Goodman et al. ont réalisé une étude transversale de la prévalence et des corrélations entre agression physique et sexuelle sur l'année précédente, dans un échantillon de femmes et d'hommes atteints de SMI (à savoir EDC, trouble bipolaire, trouble schizo-affectif ou schizophrénie), chez des patients hospitalisés mais aussi suivis en ambulatoire dans 4 états des Etats Unis (77). Sept-cent quatre-vingt-deux participants, âgés de 18 à 60 ans, ont été inclus entre juin 1997 et décembre 1998. Les diagnostics psychiatriques étaient obtenus par le biais du DSM-4, tandis que la violence à l'âge adulte et sur l'année passée étaient mesurées par le CTS2. Ils observent que les femmes et hommes avec SMI ont plus d'expérience de violence interpersonnelle que ceux de la population générale. Sur l'année passée, 25,6 % des femmes avec SMI rapportent une agression physique, 20,3 % une agression sexuelle, comparé à 1,9 % et 0,3 % respectivement chez les femmes en population générale. De la même façon, 34,1 % des hommes rapportent une agression physique, 7,6 % une agression sexuelle, contre 3,4 % et 0,1% en population générale. En combinant agression physique et sexuelle, les femmes atteintes de trouble mental sévère sont 16 fois plus susceptibles de rapporter avoir été victime de violence au cours de l'année passée que les femmes en population générale (33,4 % contre 2,1%), tandis que les hommes eux sont 10 fois plus à risque (36,7% contre 3,5%). Ainsi, cette étude montre que les hommes et les femmes avec SMI sont à risque très élevé de violence récente interpersonnelle, comparativement aux hommes et femmes sans maladie mentale. Cette étude

a également révélé que chez les individus atteints de SMI, les femmes sont plus à risque de subir de la violence sexuelle récente, tandis que les hommes sont plus à risque d'expérimenter de la violence physique récente.

En 2015, Meijwaard et collaborateurs, effectuent une étude dont l'objectif était de déterminer et comparer la prévalence à un an du statut de victime de crimes violents et non violents chez des patients suivis en ambulatoire dans le cadre de différents diagnostics psychiatriques, et de comparer avec la prévalence en population générale (78). Ce statut de victime est évalué sur quatorze crimes spécifiques répartis en trois catégories : crimes violents (crimes sexuels, menaces et agressions), crimes contre la propriété (cambriolage, vol et vol à la tire) et vandalisme. En utilisant la National Crime Victimization Survey, la prévalence du statut de victime de crimes a été mesurée chez 300 patients vivant à Amsterdam, dont 102 atteints de dépression, 106 de trouble de l'usage et 92 de SMI (schizophrénie, trouble schizo-affectif et trouble bipolaire), en comparaison avec un échantillon de la population générale (n=10 865). Chez tous les patients suivis en ambulatoire, 61% rapportaient avoir été victime au cours de l'année précédente (quelle qu'en soit la forme) contre 46,9 % en population générale. Trente-trois pourcents des patients signalaient avoir été victime de crimes violents, en comparaison avec 9,5 % dans le groupe contrôle, soit 3,5 fois plus que dans la population générale. Ceci conforte le fait que les patients atteints de troubles mentaux, ont un risque plus élevé d'être victime de violence en comparaison avec la population générale.

Il existe très peu d'études centrées sur la violence perpétrée à l'égard des hommes atteints de troubles mentaux. Mitra et collaborateurs, ont réalisé trois études en 2011, 2014 et 2016 (79–81) s'intéressant essentiellement à la violence sexuelle envers les hommes. L'objectif de la première étude, était de documenter la prévalence au cours de la vie et sur l'année passée de la violence sexuelle d'un échantillon représentatif d'hommes handicapés dans le Massachusetts, et de comparer cette prévalence avec celle des hommes sans handicap et des femmes avec et sans handicap (79). Les données ont été obtenues à partir du Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance System (MA-BRFSS) de 2005 à 2009, il s'agit d'une étude annuelle par téléphone sur la santé des adultes non institutionnalisés en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Le handicap était défini par la présence de limites en raison d'un problème physique, mental ou émotionnel ; n'importe quel problème de santé requérant l'utilisation d'un équipement spécial, un trouble des apprentissages, un trouble de la mémoire ou de la concentration en raison d'un problème de santé ou une déficience ; un handicap physique, mental, émotionnel ou une incapacité liée à la communication. Les

personnes répondant à l'affirmative à l'une de ces questions et dont le handicap limitait leurs activités pendant au moins 1 an étaient classées comme ayant un handicap. Vingt-cinq mille sept cent cinquante-six participants ont répondu à l'enquête, avec approximativement 21,1% des hommes et 21 % des femmes du Massachusetts qui rapportaient un handicap. La prévalence de la violence sexuelle au cours de la vie était de 13,9 % chez les hommes avec handicap contre 3,7% en l'absence de handicap, chez les femmes elle était de 26,6% en cas de handicap comparé à 12,4% en l'absence de handicap. De façon plus spécifique, chez les hommes atteints de handicap, 6% rapportent un viol au cours de leur vie, et 9,9% une tentative de viol. Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés chez les hommes sans handicap, soit respectivement 1% et 2,5%. En revanche, ils sont similaires aux pourcentages objectivés chez les femmes sans handicap, avec 5,9% et 8,8%. Tandis que les femmes avec handicap étaient plus susceptibles que n'importe quel autre groupe de rapporter un viol ou une tentative de viol au cours de la vie (respectivement 18,3% et 19%). La violence sexuelle sur l'année passée est supérieure chez les hommes avec handicap (5,3%) que chez les hommes et les femmes sans handicap (respectivement 1,5% et 2,4%), mais est en revanche inférieure à celle signalée par les femmes avec handicap (6,3%). Une analyse multivariée contrôlée sur les caractéristiques démographiques, indique que les hommes avec handicap étaient plus de 4 fois plus susceptibles que les hommes sans handicap de rapporter de la violence sexuelle au cours de la vie et sur l'année précédente.

Il apparaît une prévalence élevée de violence sexuelle au cours de la vie et sur l'année passée chez les hommes atteints de handicap. Les prévalences de violence sexuelle au cours de la vie, de viol, et de tentative de viol chez les hommes avec handicap seraient comparables à celle envers les femmes sans handicap, tandis que les prévalences sur l'année passée chez les hommes avec handicap dépasseraient ceux des femmes sans handicap.

En 2018, Bhavsar et al., ont effectué une étude prospective à la recherche d'une association entre la présence de symptômes psychiatriques et le fait d'être victime de violence ultérieure (82), à partir des études de Hatch et al., en 2011 et 2016 (South East London Community Health study : SELCoH-1, 2008-2010 ; SELCoH-2, 2011-2013). Il s'agissait de deux vagues successives d'évaluation à 2 ans d'intervalle. La SELCoH-1 comprenait 1698 adultes âgés de 16 ans et plus, résidants dans 1075 ménages sélectionnés au hasard dans des arrondissements du sud-est de Londres. Les symptômes psychiatriques recherchés étaient les symptômes psychotiques, dépressifs/ anxieux, le TSPT et les troubles de la personnalité. La SELCoH-2 comprenait 62 % des participants (soit 1052) de la première vague. La violence ultérieure était

définie par le fait d'être victime de violence au cours des 12 derniers mois, à savoir de la violence physique (être attaqué, volé, victime de crime), être menacé avec une arme (pistolet, bâton, couteau), être frappé, mordu, giflé, recevoir un coup de pied ou subir une agression sexuelle ; mais également être témoin de violence dans les 12 derniers mois, c'est-à-dire avoir vu quelqu'un être victime de violence (attaqué, frappé, tué). Après ajustement, les symptômes psychiatriques étaient associés à la déclaration de tout type de violence ultérieure (OR 1.88, IC 95 % 1.25-2.83), et ils notaient une probabilité deux fois plus élevée d'être témoin de violence (OR 2.24, 95 % IC 1.33-3.76) et de signaler de la violence physique (OR 1.76, 95 % IC 1.01-3.06). Ainsi, cette étude montre une association prospective sur une période de 3 ans entre symptômes psychiatriques et violence ultérieure, à la fois en tant que victime de violence physique mais aussi en tant que témoin.

Hart et collaborateurs, réalisent en 2012 une étude prospective à partir d'un échantillon de population au Royaume-Uni, afin d'investiguer l'association entre trouble mental et exposition à la violence (83). Ils ont utilisé les données de la National Child Development Study (NCDS), comprenant plus de 17 000 participants, nés en une seule semaine en 1958, à travers l'Angleterre, le Pays de Galles et l'Ecosse. Des enquêtes successives intermittentes ont été réalisées pendant plusieurs années, afin de surveiller le développement des participants. Hart et collaborateurs ont utilisé les données disponibles pour 9 392 membres de la cohorte qui ont participé à l'entretien de suivi de la NCDS en 2004, alors qu'ils étaient âgés de 46 ans. Les deux événements d'intérêt étaient l'exposition à la violence et au crime au cours des douze derniers mois. Sur cet échantillon, 15% rapportaient avoir été victime de crime au cours des 12 derniers mois, incluant la violence, le vol, la fraude et tout autre type de crime. La prévalence de la violence sur les 12 derniers mois était de 2,2%. Dans l'analyse transversale, le trouble mental actuel, qui est la variable d'exposition principale, était significativement associé à l'exposition aux crimes (OR 1.6, CI 1.19-2.17). Chez les personnes atteintes de trouble mental, 22 % signalaient avoir été victime de crime sur l'année passée, comparé à 15% chez les personnes sans trouble mental. Le trouble mental le plus fréquemment rapporté était la dépression (54,3%), suivi de l'anxiété ou du trouble somatoforme (31,2%), les troubles de l'usage (6%), le trouble psychotique (2,6%) et le trouble bipolaire (1,6%). Après ajustement sur certains facteurs de confusion potentiels (classe sociale, difficulté financières, éducation, consommation excessive d'alcool, genre), l'association entre trouble mental et statut de victime est restée significative (OR 1,54, CI 1.12-2.12). Quand l'évènement était limité à la violence, la relation avec le trouble mental apparaissait plus forte, avec 5,9% des personnes avec un trouble mental qui rapportaient avoir été victime de violence contre 2,1% chez ceux sans trouble. Cette

association est restée significative après ajustement, avec un OR de 2.13 (CI 1.21-3.75). Dans l'analyse prospective, des données sur les antécédents de troubles mentaux, collectées prospectivement, ont été utilisées pour prédire le risque d'être victime de crime à l'âge de 46 ans. Chez les personnes avec antécédent de trouble mental, la prévalence d'exposition au crime était de 18,2% comparée à 14,5% chez ceux sans antécédent. Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels associés significativement au statut de victime, un antécédent de trouble mental est resté un prédicteur significatif (OR 1.44, CI 1.22-1.70). Chez les personnes atteintes de trouble mental, 3,5% rapportaient avoir subi de la violence sur l'année passée, contre 1,9 % chez les personnes sans trouble. Il est à noter qu'une analyse post hoc a été réalisée, et montrait une forte corrélation entre trouble mental actuel et antécédent de trouble mental. Le trouble mental est associé à un risque d'exposition à la violence et au crime, à la fois transversalement et prospectivement.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont plus vulnérables face à la violence ultérieure, en comparaison avec ceux sans symptômes psychiatriques (77–83). Il s'agit maintenant de s'intéresser plus spécifiquement à la violence par un partenaire intime.

En 2015, Khalifeh et al. ont réalisé une étude transversale sur la violence perpétrée par un partenaire intime chez des personnes atteintes de maladie mentale chronique (84). Ils ont utilisé les données de la 2010/2011 British Crime Survey (BCS), et ont inclus tous les participants âgés de 16 à 59 ans ayant rempli le module sur la violence domestique, soit un total de 23 222 adultes dont 692 personnes atteintes de trouble mental chronique et 22 530 sans. Leur objectif était d'estimer la probabilité de violence conjugale sur l'année passée, ses répercussions sur la santé et la divulgation de la violence chez des personnes avec et sans trouble mental chronique pré existant. Le trouble mental chronique ou chronic mental illness (CMI) était défini comme « tout problème de santé mental de longue date comme la dépression », ayant duré 12 mois ou plus et limitant les activités journalières, rapportés par les participants lors des entretiens individuels. Il n'y avait pas de détail supplémentaire sur la nature du trouble mental chronique dans cette étude. Le critère de jugement principal était la violence au cours de l'année passée, soit la violence émotionnelle, physique ou sexuelle par un partenaire actuel ou ancien au cours des 12 derniers mois. Ils notent alors que la prévalence de violence conjugale standardisée sur l'âge au cours de l'année passée était de 21,4 % chez les femmes et 10,1 % chez les hommes atteints de trouble mental chronique, comparativement à 5,6 % et 3,3 % respectivement en l'absence de CMI. De plus, les odds ratios corrigés de violence émotionnelle, physique et

sexuelle avec versus sans CMI étaient respectivement de 2,8 (CI= 1,9-4,0), 2,6 (CI= 1,6-4,3) et 5,4 (CI= 2,4-11,9) chez les femmes. Chez les hommes, elles étaient de 2.0 (1.0-4.4) et 3.0 (1.2-7.5) pour la violence émotionnelle et physique, tandis que le nombre absolu d'hommes avec CMI rapportant de la violence sexuelle était trop faible pour faire des estimations stables. Après ajustement sur des facteurs socio-démographiques, ils observaient que les personnes atteintes de trouble mental chronique ont deux à cinq fois plus de risque d'expérience de violence psychologique, physique et sexuelle que les personnes sans trouble mental chronique. Par ailleurs, les victimes atteintes de CMI ont deux fois plus de risque d'avoir des problèmes mentaux ou émotionnels, et sont cinq fois plus susceptibles de tenter de se suicider à la suite de violence par un partenaire que les victimes sans CMI.

De la même façon, en 2011, Chang et al. cherchent entre autres à évaluer la prévalence de la violence physique, sexuelle et émotionnelle par un partenaire intime (85). Pour ce faire, ils ont recruté des femmes et des hommes pris en charge dans des services de santé mentale en milieu hospitalier, ambulatoire et dans des services d'urgence. Les personnes interrogées répondaient à la question « en tant qu'adulte, un partenaire ou ancien partenaire vous a-t-il forcé à avoir des relations sexuelles non consenties ? » afin d'évaluer la violence sexuelle. La violence physique était recherchée à l'aide de l'Abuse Assessment Screen, tandis qu'un questionnaire adapté du WEB analysait la violence psychologique. Au total, 428 personnes ont accepté de participer, avec 270 femmes et 158 hommes. Sur l'ensemble de l'échantillon, 163 participants (38%) rapportaient de la violence physique de la part d'un partenaire à l'âge adulte, et 44 notaient que cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. La violence sexuelle était signalée par 94 participants (22%), et 24 au cours des douze derniers mois, la violence émotionnelle était retrouvée chez 35 % des participants. Pour chaque type de violence à l'exception de la violence émotionnelle, les femmes présentaient des taux significativement plus élevés que les hommes, avec 63 % des femmes rapportant n'importe quel type de violence conjugale en comparaison à 32 % pour les hommes. De façon plus spécifique, 50 % des femmes contre 18 % des hommes signalaient de la violence physique, et 32 % des femmes versus 4 % des hommes de la violence sexuelle. Dans l'analyse de régression logistique multivariée, les femmes étaient 4 fois plus susceptibles que les hommes d'être victime de n'importe quel type de violence ou de violence physique, et 12 fois plus susceptibles de rapporter des violences sexuelles. Les auteurs soulignent que seuls 44 % des participants ont été interrogés par un professionnel de santé sur le statut de victime, les femmes étant plus souvent questionnées (55%) que les hommes (27%). Cette étude objective la prévalence élevée de violences conjugales chez les personnes recevant des soins en santé mentale.

En 2014, Mitra et al. précisent leur propos par rapport à leurs études de 2011 et 2016 (79,80), en s'intéressant plus précisément à la violence perpétrée par un partenaire intime et en utilisant les données nationales du Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), de 2005 à 2007 aux Etats-Unis (81). L'objectif était entre autres d'examiner la prévalence de la violence par un partenaire intime sur l'année passée et au cours de la vie chez des hommes atteints de handicap aux Etats-Unis, en comparaison avec des hommes sans handicap et des femmes avec et sans handicap. Les participants étaient classés comme ayant un handicap s'ils répondaient à l'affirmative à l'une des deux questions qui étaient de savoir s'ils avaient des limitations en raison d'un problème physique, mental ou émotionnel et s'ils avaient un problème de santé requérant l'utilisation d'équipement spécial. Pour un échantillon total de 102 216 participants, les hommes et les femmes étaient représentés équitablement, avec globalement 20,7% de handicap. La prévalence globale de violence conjugale au cours de la vie était de 19,8 %, avec 14,4 % des hommes et 25 % des femmes. Chez les personnes atteintes de handicap, 27,9% rapportaient de la violence par un partenaire au cours de la vie, comparé à 17,7% chez ceux sans handicap. D'après l'analyse multivariée contrôlée sur des facteurs démographiques, il apparaît que les hommes avec handicap étaient presque deux fois plus susceptibles d'être victime de violence conjugale au cours de la vie en comparaison avec des hommes sans handicap et étaient plus susceptibles rapporter une tentative de violence au cours de la vie et de la violence physique et/ou sexuelle au cours de l'année précédente que les hommes et les femmes sans handicap. Cette étude montre une prévalence supérieure de violence par un partenaire intime au cours de la vie et sur l'année passée chez les hommes avec un handicap par rapport à ceux sans handicap.

Les personnes atteintes de maladie mentale chronique ont un risque augmenté de toute forme de violence par un partenaire intime, mais souffrent également plus fréquemment de problèmes de santé.

D'après les études précédentes, les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus à risque de se trouver en situation de victime, ce qui est corroboré par plusieurs revues de la littérature et méta-analyses (48,86–90). Hughes et al., notent dans leur revue de la littérature, que les adultes avec un handicap ont un risque plus élevé que les adultes sains, et ceux avec un trouble mental pourraient être particulièrement vulnérables (86). La prévalence estimée de n'importe quelle violence récente (physique, sexuelle ou par un partenaire intime) semblait d'ailleurs supérieure chez les individus avec une maladie mentale. Les troubles mentaux paraissent

associés à toutes les formes de violences conjugales, incluant la violence par un partenaire intime d'ordre physique, psychologique mais aussi combinée (48). Les personnes atteintes de trouble mental sévère, auraient une prévalence élevée de violence domestique et sexuelle récente en comparaison avec la population générale (87). Oram et al. en 2013, réalisent une revue systématique chez les personnes recevant une prise en charge psychiatrique, soit tout trouble psychiatrique dont l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique (88). Quarante-deux études ont été incluses, à partir des études de qualité élevée ils observent une prévalence médiane vie entière de violence par un partenaire était de 30% chez les femmes hospitalisées, 33% chez les femmes prises en charge en ambulatoire, et selon une étude de Chang et al., de 32% chez les hommes dans tous les milieux psychiatriques (85). Par ailleurs, au-delà de l'augmentation du risque de violence domestique chez les personnes atteintes de troubles mentaux par rapport aux personnes sans trouble, il semble que les femmes expérimenteraient plus de violence que les hommes (85,89). En ce sens, Latalova et al. rapportent dans leurs recherches, que les patients avec une maladie mentale sévère sont plus à risque d'être victime de violence, et que les femmes avec maladie mentale sévère sont plus à risque d'être victime de violence sexuelle que les hommes avec maladie mentale, et que les femmes ou les hommes sans trouble mental (90).

2.5.2 *La dépression*

La dépression est l'un des troubles mentaux les plus fréquents et semble être favorisée par le statut de victime de violence conjugale, il est intéressant de rechercher si à l'inverse la dépression pourrait être un facteur de vulnérabilité face aux violences conjugales. D'après l'étude de Meijwaard et al. citée ci-dessus les patients atteints de dépression suivis en ambulatoire ont un risque supérieur d'être victime de violence en comparaison avec le groupe de population générale, avec des taux de près de 67 % et 49 % respectivement (78). Les personnes atteintes de troubles psychiatriques étant plus à risque de subir de la violence, il apparaît logique que de façon plus spécifique ce soit le cas pour la dépression.

Foshee et al., en 2004, cherchent à identifier les facteurs de risque potentiellement modifiables pour l'apparition et l'exposition chronique de violences physiques et sexuelles graves dans les fréquentations (91). Les données sont issues d'une étude ayant évalué l'efficacité d'un programme de prévention de la violence dans les relations chez les adolescents. Ils ont réalisé une étude longitudinale, évaluant annuellement 1291 élèves de 8^{ème} et 9^{ème} grade dans un comté de Caroline du Nord, pendant 5 et 4 ans respectivement. Ils objectivent notamment que la

dépression est un facteur de risque d'apparition et d'exposition chronique de violences sexuelles par un partenaire chez les jeunes filles. Du fait du caractère longitudinal de l'étude, ils soulignent que la dépression est survenue avant la violence sexuelle et que les associations significatives ne sont donc pas dues au fait que la dépression serait une conséquence de la violence subie.

En 2006, Lehrer et al. réalisent une étude prospective examinant si les symptômes dépressifs sont prédictifs de violence ultérieure, dans un échantillon national d'adolescentes et de jeunes femmes adultes aux Etats Unis (92). Ils ont utilisé les données d'entretiens de deux vagues successives de l'étude nationale de Harris et al., sur la santé des adolescentes en milieu scolaire, pour examiner si la symptomatologie dépressive de base était associée à un risque accru d'exposition au cours de la dernière année, à la violence physique par un partenaire actuel à 5 ans de suivi. Il s'agit d'un échantillon aléatoire stratifié de 80 lycées américains et 52 collèges, l'échantillon final comprenait 1659 jeunes femmes actuellement dans une relation hétérosexuelle au moment du suivi. L'exposition principale, objectivée à partir des données de la 2^{ème} vague de l'étude initiale en 1996, est la symptomatologie dépressive de base au cours de la semaine précédente, mesurée à la fois comme variable dichotomique et continue, à l'aide du CES-D Scale (93). A la vague 3 (2001-2002), le critère de jugement principal est l'exposition au cours de l'année passée à des violences physiques légères et modérées à sévères par un partenaire intime actuel. Les violences légères étaient définies par le fait d'avoir été menacé de violence, poussé, bousculé, ou avoir reçu un objet pouvant blesser. Les violences modérées à sévères étaient considérées par le fait que le partenaire les avait giflés, frappés, ou leur avait donné des coups de pieds, ils s'intéressaient aussi au nombre de fois au cours de l'année écoulée où les victimes avaient subi « une blessure, telle qu'une entorse, une contusion ou une coupure », à la suite d'une bagarre avec leur partenaire. Les participants avec des niveaux élevés de symptomatologie dépressive de base rapportaient plus de violences conjugales ou de blessures au moment du suivi comparativement à ceux avec des niveaux de symptômes faibles, respectivement 28% et 17,5%. Dans l'analyse bivariée avec les symptômes dépressifs considérés comme variable dichotomique, les filles avec des niveaux élevés de symptomatologie de base ont une probabilité supérieure de 1,86 fois d'exposition ultérieure à de la violence modérée à sévère par un partenaire (IC 95 % 1.05-3.29). Dans l'analyse bivariée avec les symptômes dépressifs considérés comme variable continue, une augmentation d'un point à l'échelle de dépression augmente le risque d'exposition ultérieure à la violence conjugale de 3% en cas de violence légère et 4% pour la violence modérée à sévère. Il est intéressant de noter que ces résultats apparaissent similaires quelle que soit l'intensité de la

violence. Cette étude suggère que la symptomatologie dépressive chez les adolescentes est associée à un risque augmenté d'exposition ultérieure à la violence physique par partenaire chez les adolescentes et chez les jeunes femmes adultes, et ce indépendamment des abus physiques et sexuels dans l'enfance et des premières expériences de violence ou de viol au cours des relations.

En 2010, Nduna et al. effectuent une étude dont l'objectif était d'investiguer l'association entre la symptomatologie dépressive de base, le comportement sexuel et les caractéristiques des relations, au début de l'étude et 12 mois plus tard (94). La population d'étude était des jeunes femmes et hommes des régions rurales de la province du Cap oriental en Afrique du Sud. Ils ont utilisé les données d'une cohorte prospective provenant d'un essai contrôlé randomisé d'une intervention de prévention du VIH. Les volontaires, constitués de 1002 femmes et 976 hommes, étaient âgés de 15 à 26 ans. Les questions sur la violence à l'égard d'un partenaire intime ont été adaptées à partir de l'instrument de l'OMS, questionnant sur la violence subie par les femmes et la violence perpétrée par les hommes. Les symptômes dépressifs étaient mesurés à l'aide du CES-D Scale (93). Lors de l'évaluation initiale et après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, il apparaît que les femmes ayant des symptômes dépressifs étaient plus susceptibles de subir deux épisodes ou plus de violence physique ou sexuelle (OR ajusté 2.56, 95% IC 1.89-3.46). De la même façon, les femmes ayant des symptômes dépressifs initialement, étaient plus à risque d'expérimenter deux nouveaux épisodes ou plus de violence par un partenaire intime 12 mois plus tard (OR ajusté 1.67, 95% IC 1.18-2.36). La violence par un partenaire intime était associée à la symptomatologie dépressive à la fois dans l'analyse transversale et prospective. Ces résultats prospectifs sont en faveur d'une vulnérabilité à la violence par un partenaire, chez les personnes atteintes de dépression. Les auteurs évoquent que cette situation serait également susceptible de générer plus de dépression, suggérant une réciprocity de la relation entre la dépression et la violence par un partenaire intime.

Les personnes atteintes de troubles mentaux, et notamment de dépression sont à risque de d'être victime de violence ultérieure (78), dont la violence conjugale fait partie. Voyer et al., notent que la dépression serait un facteur de risque individuel d'être victime de violence par un partenaire intime (7). Trévellion et al., réalisent une revue systématique et méta-analyse cherchant l'association entre différents troubles mentaux et la violence conjugale, (89). Ils observent un risque élevé d'expérience de violence conjugale au cours de la vie chez les femmes atteintes de trouble dépressif (OR 2.77, 95% IC 1.96-3.92), en comparaison avec les femmes sans troubles mentaux. A partir de 7 études, ils retrouvent chez les femmes atteintes de

dépression que la prévalence médiane de tout type de violence par un partenaire intime était de 45.8% au cours de la vie, et de 35.3% au cours de l'année précédente. Deux études ont mesuré la violence physique au cours de la vie chez les hommes avec dépression, avec des estimations de 5.3% et 31.3%. Ces deux études rapportaient que les hommes avec un trouble dépressif étaient plus à risque d'expérimenter de la violence domestique en comparaison avec les hommes sans trouble mental. Au regard des études précédentes, la dépression semble être un facteur de vulnérabilité à la violence par un partenaire intime.

2.5.3 Le trouble de stress post traumatique

A ce jour, il existe très peu d'articles étudiant l'association entre la présence d'un trouble de stress post-traumatique, et l'apparition ultérieure de violence par un partenaire intime.

Chang et al., évoquent que le fait d'avoir un diagnostic de TSPT, doublerait la probabilité de déclarer de la violence conjugale physique, et ce serait encore supérieur pour la violence sexuelle (85). Trevillion et al., en 2012, retrouvent à partir de 4 études, que la prévalence médiane de toute violence par un partenaire intime chez des femmes atteintes de TSPT était de 61 % (89). De plus, ils relèvent une seule étude incluant des hommes, et notant une probabilité accrue de violence physique au cours de la vie chez les hommes avec un TSPT en comparaison avec ceux sans troubles. Cependant, dans ces deux études, il est recherché l'association sans pouvoir déterminer si l'un est facteur de risque de l'autre. D'autres revues de la littérature abordent également brièvement cet aspect. Kirby et al. font l'hypothèse que les femmes présentant un TSPT, du fait des symptômes d'irritabilité et de colère, pourraient expérimenter plus de relations conflictuelles que les femmes sans TSPT, ce qui conduirait à plus de violences conjugales (95). Rioli et al., suggèrent que le trouble de stress post traumatique pourrait être associé à la violence conjugale ultérieure (48). Tandis que d'après la revue de Jones, expérimenter de la violence sévère, pourrait exacerber les symptômes de TSPT (66).

2.6 Le caractère bidirectionnel de l'association entre les violences conjugales et les troubles psychiatriques

La violence par un partenaire intime favorise les troubles psychiatriques, et inversement ces derniers semblent être des facteurs de vulnérabilité à la situation de victime et notamment à la violence conjugale. Ainsi, il est intéressant de s'interroger sur le caractère bidirectionnel de cette association. Seule une étude dont l'objectif était d'examiner la relation bidirectionnelle entre la violence par un partenaire intime et la dépression, est effectuée par Kim et al., en 2013

(96). Ils ont utilisé les données de l'étude Korean Welfare Panel Study (KOWEPS), de 2006 à 2009. Cette étude longitudinale présentait un échantillon représentatif au niveau national des ménages coréens, et les données étaient collectées annuellement. Les femmes incluses dans l'étude de Kim et al., étaient mariées lors de l'entretien de 2006 et ont poursuivi l'enquête durant la période d'étude de la KOWEPS, soit un échantillon de 3153 participantes. Les auteurs voulaient tester si la violence par un partenaire était associée à une augmentation globale des niveaux de dépression, et des taux de changement dans le temps des symptômes dépressifs, mais aussi si ce modèle de changement des symptômes dépressifs était associé à des incidences ultérieures de violence conjugale. La violence physique était évaluée avec le CTS, et le CESD-11 pour mesurer les niveaux de dépression chez les femmes. Les données de la KOWEPS étant collectées annuellement, les auteurs ont retenu deux périodes d'analyse, aux évaluations 1 et 4. Ils ont utilisé un modèle de courbe de croissance latente de la dépression intégré dans un modèle de relation entre la violence physique aux évaluations 1 et 4. Pour tester la direction de la relation entre la violence physique et la dépression, les auteurs ont fait l'hypothèse que le modèle de dépression serait corrélé à la violence retrouvée à la première évaluation, et qu'à son tour la présence de dépression initiale prédirait la violence à la quatrième évaluation. Au cours de la première année d'entretien, 8.1% des participantes rapportaient avoir été victimes de violences conjugales. Les victimes à la première vague d'évaluation signalaient plus de violences à la 4^{ème} (19.3%), en comparaison avec les femmes n'expérimentant pas de violence (3.6%). Les niveaux de dépression dans le groupe des victimes étaient supérieurs à ceux rapportés dans le groupe des non victimes, quelle que soit la période d'évaluation. La violence conjugale présente initialement était positivement associée au niveau de dépression lors de la première mesure et négativement associée à l'aggravation de la sévérité de la dépression au cours de la période d'étude. La probabilité de subir de la violence conjugale à la quatrième évaluation était associée à un niveau plus élevé et une évolution défavorable plus important du modèle de la dépression. L'expérience de violence lors du premier entretien était également associée à un risque accru de rapporter des violences lors du quatrième. Les résultats de cette étude montrent une relation réciproque entre la violence conjugale physique et la dépression chez les femmes mariées en Corée. Les femmes avec une exposition antérieure à la violence physique présentaient des niveaux plus élevés de dépression, ce qui était ensuite associé à un risque accru de violence conjugale ultérieure. Cette relation réciproque entre violence conjugale et dépression persistait même après avoir contrôlé l'effet direct de l'expérience antérieure de violences conjugales sur l'expérience ultérieure.

Devries et al., effectuent en 2013 une revue de la littérature à partir d'études longitudinales (97). Ils supposent également une association bidirectionnelle entre la violence conjugale et la dépression, les femmes exposées à la violence de la part d'un partenaire présentant un risque accru de symptômes de dépression, et les femmes qui signalent des symptômes de dépression étant plus susceptibles d'être victime de violences conjugales ultérieurement. Bacchus et al., objectivent également dans leur revue, des éléments en faveur d'une association bidirectionnelle entre les expériences récentes de violences conjugales et la dépression (98). La synthèse bibliographique de 2013 sur l'Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, suggère à partir de la revue de Howard et al., (99), qu'un « trouble psychiatrique rend une femme plus vulnérable face à la violence domestique, et la violence domestique a la capacité d'engendrer des maladies mentales » (3).

Bien qu'il existe peu d'études s'intéressant spécifiquement à cet aspect, il apparaît cependant cohérent de supposer d'une association bidirectionnelle entre la violence par un partenaire intime et les troubles psychiatriques.

3. Enquête PréOCUP

3.1 Introduction

En 2018, il est décidé de réaliser une enquête, baptisée PréOCUP, « Prévalence des violences Conjugales aux Urgences Psychiatriques ». L'objectif principal de cette enquête était de mesurer la fréquence des violences conjugales actuelles ou passées, au sein de patients consultant dans les services de psychiatrie d'urgence assurés par le Centre Hospitalier Charles Perrens en Gironde.

Les objectifs secondaires de l'enquête étaient de distinguer les violences conjugales actuelles de celles passées, préciser les différents types de violences subies (physiques, verbales, psychologiques, économiques et/ou sexuelles) et s'il existe un risque imminent pour la personne.

L'initiative et la rédaction du questionnaire ont été menées par le groupe de travail « Violences Conjugales » du pôle PUMA du Centre Hospitalier Charles Perrens. Ce groupe a été formé en 2017, pluri-professionnel avec la présence d'infirmiers, psychologues, assistants sociaux, agents médicaux administratifs et dirigé par le Dr Maité Caumont, médecin psychiatre et future référente MIPROF.

3.2 Méthode

Cette enquête s'est déroulée de début novembre 2018 à fin janvier 2019, soit une période de 3 mois, au sein de services de psychiatrie d'urgence dépendant du Centre Hospitalier Charles Perrens : le SECOP et les Urgences de Saint André (CHU Bordeaux). Il s'agit d'une enquête d'épidémiologie descriptive, transversale, et monocentrique multisites. Elle comprend au total 1058 participants sur l'ensemble des passages.

Les critères d'inclusion regroupaient toute personne venant consulter en psychiatrie d'urgence, en ce sens âgées d'au moins 15 ans et 3 mois. La participation à l'enquête était proposée par l'infirmier d'accueil ou le psychiatre, lors du premier contact au sein du service de psychiatrie d'urgence.

L'outil de recueil est un hétéroquestionnaire (annexe 7), dont la passation est réalisée systématiquement à tous les consultants, lors de chaque passage dans un des services d'urgence psychiatrique cités ci-dessus.

Du fait de la sectorisation en psychiatrie, les secteurs étaient précisés dans le recueil, regroupant les centres hospitaliers de la Gironde, avec Charles Perrens, Cadillac et Libourne (annexe 8).

Une case « Hors département » était prévue afin de comptabiliser l'ensemble des consultants. A Charles Perrens, (annexe 9), le pôle PUMA concerne les personnes habitant Andernos-les Bains, Gujan, La-Teste-de-Buch, Nord Médoc, Sud-Médoc, la commune de Martignas, Saint-Jean-d'Illac, Ludon-Médoc et Le Pian-Médoc. Le pôle 3-4-7 prend en charge les habitants des communes de Mérignac, Pessac, Gradignan et Talence ; UNIVA pour Bordeaux 3, Le Bouscat, Saint-Médard-en-Jalles, et les communes de Blanquefort, Eysines, Haillan, et Parempuyre. Les personnes qui résident à Bordeaux rive-gauche sont du ressort du pôle BSM.

Les patients devaient répondre à la question, « Avez-vous déjà subi des situations de violences conjugales au cours de votre vie ? ». En cas de réponse positive, était ensuite exploré s'il s'agissait d'une situation actuelle, et s'il y avait un risque immédiat pour le consultant. Il était également précisé s'il s'agissait d'un mineur ou un majeur protégé. Enfin, une case « n'est pas en capacité de répondre » se trouvait aussi dans le questionnaire, dans ce cas rempli par le professionnel réalisant l'accueil.

Il est à noter qu'à l'issue de cette enquête préliminaire, des modifications du protocole ont été effectuées, avec élargissement des sites d'urgences psychiatriques dépendants du Centre Hospitalier Charles Perrens impliqués dans le recueil (adjonction des Urgences du pôle Santé Arcachon et des Urgences de la Clinique Mutualiste Lesparre Médoc). Ceci a donné lieu à une nouvelle mesure durant une autre période de trois mois. Ces données ne sont pas exploitées dans ce travail.

3.3 Résultats

Parmi les 1058 participants inclus dans cette analyse, 253 personnes étaient victimes de violences conjugales, tandis que 724 signalaient l'absence de violence, 67 personnes n'étaient pas en capacité de répondre, et 14 questionnaires n'étaient pas remplis. Les données collectées à partir des questionnaires, sont présentées ci-dessous sous forme de tableau. Le terme d'IPV représente les violences conjugales. Le tableau 1 présente le nombre de questionnaires recueillant la présence et l'absence de violence par un partenaire intime, permettant un calcul de la prévalence de violences conjugales rapportées. Le tableau 2 présente en complément le nombre de questionnaires signalant les personnes n'étant pas en capacité de répondre, ainsi que ceux qui ne sont pas remplis, et ce en fonction des secteurs de psychiatrie.

En considérant uniquement les personnes signalant l'absence de violences conjugales dans le groupe contrôle en comparaison aux victimes, le pourcentage de victimes de violences conjugales représentait près de 26 % (tableau 1). Il est pris le parti de prendre le risque de sous-estimer la prévalence, en intégrant les données de la manière la plus défavorable. Ainsi, si l'on ajoute au groupe non exposé les personnes n'étant pas en capacité de répondre et celles dont le questionnaire n'était pas rempli, une légère diminution du pourcentage des victimes de violences conjugales est observée, mais elle reste élevée à près de 24 % (tableau 2).

Présence d'IPV	Absence d'IPV	Total	Pourcentage d'IPV (%)
253	724	977	25,9

Tableau 1 : Pourcentage des victimes déclarant des violences conjugales dans l'étude pilote PréOCUP

Dans ce tableau les questionnaires non remplis et ceux n'étant pas en capacité de répondre ne sont pas pris en compte

IPV = Intimate Partner Violence

Secteurs	Présence d'IPV	Absence d'IPV	Pas en capacité de répondre	Non rempli	Total	Pas en capacité de répondre (%)	Non rempli (%)	Pourcentage IPV (%)
PUMA	46	97	6	4	153	3,9	2,6	30,1
347	39	139	9	1	188	4,8	0,5	20,7
UNIVA	37	96	4	3	140	2,9	2,1	26,4
BSM	35	114	16	1	166	9,6	0,6	21,1
Cadillac	65	179	14	2	260	5,4	0,8	25
Libourne	1	4	1	0	6	16,7	0	16,7
HD*	8	29	3	0	40	7,5	0	20
SDF	9	37	6	2	54	11,1	3,7	16,7
Non renseigné	13	29	8	1	51	15,7	2	25,5
Total	253	724	67	14	1058	6,3	1,3	23,9

Tableau 2 : Répartition des questionnaires par sectorisation

*HD = hors département

En s'intéressant plus spécifiquement à la chronologie des violences, les violences actuelles ont été déclarées par 54 participants sur les 253 victimes de violences conjugales. Les victimes de violences actuelles représentent 21,34% de (figure 4), soit plus d'une victime déclarée sur 5. De façon plus spécifique, le risque avéré immédiat d'être victime de violences conjugales est rapporté par 22 des 253 victimes de violences, soit près de 9 % des victimes déclarées (figure 5), autrement dit près d'une victime sur 10. Ce résultat apparaît relativement faible au regard du nombre de victimes de violences actuelles. Il existe probablement un biais de déclaration dans ces résultats.

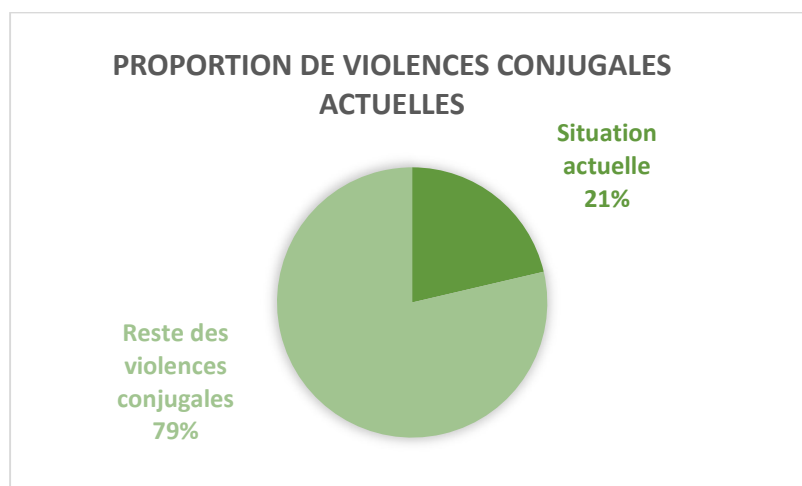


Figure 4 : répartition entre violences conjugales actuelles et passés

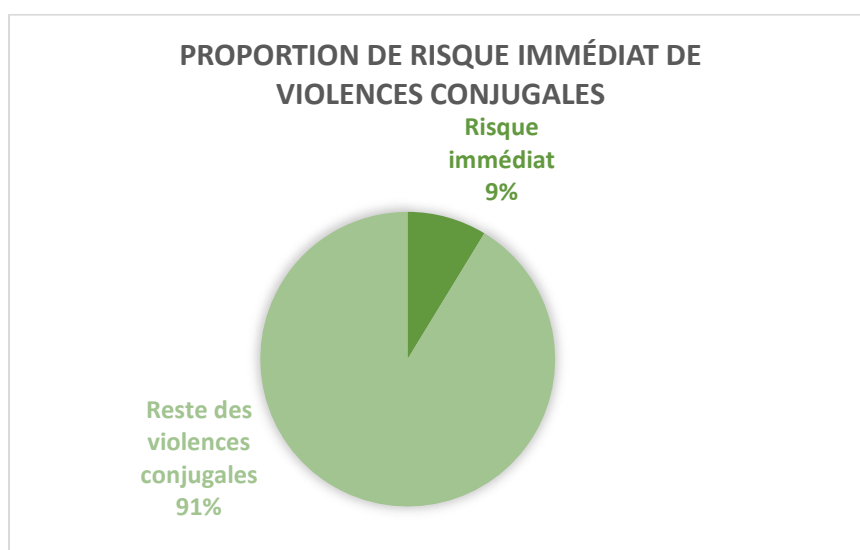


Figure 5 : répartition entre violences conjugales et celles présentant un risque immédiat

3.4 Mise en perspective des résultats

Les données de cette étude pilote ont été collectées dans le cadre de consultations d'urgence, il ne s'agit donc pas d'une file active de patients mais des personnes en demande de soins ou nécessitant des soins en urgence. Ainsi, se pose la question si le nombre de victimes signalant des violences conjugales est supérieur dans ce contexte d'urgence, ou au contraire s'il est sous-déclaré du fait d'autres problématiques au premier plan.

Ces données déclaratives ne prennent pas en considération l'antériorité ou non des violences conjugales par rapport aux troubles psychiatriques, ce qui permet d'évaluer seulement une association. Par ailleurs, le questionnaire ne distingue pas les différents types de violences, ce qui implique d'analyser la violence conjugale dans sa globalité. Il existe un risque de sous-déclaration du fait que la représentation en population générale des violences conjugales est souvent restreinte à certains types de violences, principalement les violences physiques et sexuelles.

Cette enquête retrouve une prévalence de près de 24 % des violences conjugales parmi les 1058 personnes ayant consulté de début novembre 2018 à fin janvier 2019, au sein de services de psychiatrie d'urgence dépendant du Centre Hospitalier Charles Perrens (SECOP et Urgences Saint André). Elle objective également des violences conjugales actuelles de l'ordre de 21%. Dans la synthèse bibliographique de l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, réalisée par Santé publique France, la prévalence des violences envers les femmes est estimée entre 3.3% à 10% dans la population générale (3). La violence conjugale semble deux à huit fois supérieure chez les patients se présentant aux services des urgences psychiatriques dépendant du Centre Hospitalier Charles Perrens.

Les résultats de l'enquête PréOCUP sont difficilement comparables à ceux de la revue de la littérature ci-dessus, car ils ne concernent pas les mêmes populations d'étude, ni les mêmes critères de jugement, tant sur le plan des types de violence que des troubles psychiatriques. Bien qu'imparfaite, cette mise en perspective des résultats reste intéressante à titre indicatif. Ainsi, Coker et al., objectivaient que 29,7% des femmes et 23,3% des hommes avaient expérimenté au cours de leur vie de la violence conjugale, qu'elle soit physique, sexuelle ou psychologique, et ceux sans préjuger de l'existence d'un trouble psychiatrique (37), soit des résultats supérieurs à ceux retrouvés dans la synthèse de Santé publique France. Khalifeh et al., retrouvent quant à eux des résultats similaires, avec une prévalence de violence conjugale standardisée sur l'âge au cours de l'année passée de 21,4 % chez les femmes et 10,1 % chez les hommes atteints de

trouble mental chronique, contre 5,6 % et 3,3 % respectivement en l'absence de maladie mentale chronique (84). Des résultats nettement supérieurs sont objectivés dans l'étude de Chang et al., qui concerne des femmes et des hommes pris en charge dans des services de santé mentale en milieu hospitalier, ambulatoire et dans des services d'urgence, avec 38% des participants qui évoquaient de la violence physique de la part d'un partenaire à l'âge adulte (85). De la même façon, dans la revue systématique de Oram et al. s'intéressant aux personnes recevant une prise en charge psychiatrique, concernant des troubles psychiatriques type anxiété, dépression et trouble de stress post-traumatique, à partir des 42 études incluses ils notent une prévalence médiane vie entière de violences conjugales de 30% chez les femmes hospitalisées, 33% chez les femmes prises en charge en ambulatoire (88), et selon l'étude de Chang et al. ci-dessous, de 32% chez les hommes dans tous les milieux psychiatriques.

Les résultats de l'enquête PréOCUP apparaissent cependant similaires à ceux de la revue de la littérature effectuée ci-dessus, et ceci est en faveur d'une association plus fréquente de la présence de violences conjugales chez les patients présentant un trouble psychiatrique.

Cette enquête présente certaines limites. En effet, le genre n'est pas mentionné dans le questionnaire, ne permettant pas une observation de la répartition des violences conjugales chez les hommes et les femmes. De plus, les types de violences conjugales ne sont pas demandés, ce qui ne permet pas de les qualifier précisément et de faire une distinction entre les différentes formes de violences par un partenaire intime. De la même façon, le motif de la consultation, le diagnostic psychiatrique et le cas échéant les modalités d'hospitalisation en psychiatrie (sous contrainte ou non) ne sont pas renseignés, ces éléments pourraient apporter des informations supplémentaires notamment en termes de sévérité de la maladie psychiatrique et/ou des violences. Par ailleurs, il n'y a pas de précision demandée lorsque la case « n'est pas en capacité de répondre » est renseignée, ce empêche de connaître l'origine de cette incapacité, comme le refus d'un patient ou l'état clinique par exemple.

Les données portant sur les mineurs ou majeurs protégés n'ont pas été exploitées dans cette analyse, car elles ne s'intégraient pas à la population d'étude concernée par cette revue. De la même façon, les variations de prévalence par sectorisation n'ont pas été utilisées.

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner la relation entre la violence par un partenaire intime et les troubles psychiatriques, notamment la dépression et le trouble de stress post-traumatique. Les résultats de cette analyse indiquent qu'il existe une association entre le fait d'être victime de violence conjugale et l'apparition ultérieure de troubles psychiatriques, tels que la dépression et le TSPT. Inversement, les troubles psychiatriques semblent être des facteurs de vulnérabilité à la violence ultérieure, dont les violences conjugales. Il apparaît une relation bidirectionnelle entre la violence conjugale et la dépression mais aussi probablement avec d'autres troubles psychiatriques, avec une possible interaction réciproque entre les violences et les troubles mentaux.

Par ailleurs, les données de l'enquête PréOCUP réalisée auprès des services d'urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, objectivent une prévalence des violences conjugales de 25,9% en considérant uniquement les répondants ayant déclaré la présence ou l'absence de violences conjugales. En prenant en considération l'ensemble des questionnaires et en classant les personnes n'ayant pas été en capacité de le remplir ou n'y ayant pas répondu, comme des personnes non victimes de violence par un partenaire, cette prévalence diminue légèrement à 23,9%. Les violences conjugales actuelles représentent 21,34% des victimes déclarées, et un risque immédiat est noté chez 9% des répondants. Ces résultats sont en faveur d'une association entre les troubles psychiatriques et les violences conjugales, retrouvant une prévalence de violences plus de deux fois supérieures à celle retrouvée en population générale en France (23). Par ailleurs, ils apparaissent globalement similaires ou inférieurs à ceux retrouvés dans la revue de la littérature effectuée dans ce travail de recherche. La variabilité de ces résultats peut s'expliquer notamment par les différences de méthodologie employées, cependant ils tendent vers l'hypothèse d'une association entre les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales.

Les violences exercées par un partenaire intime sont multiples et portent sur plusieurs dimensions puisqu'elles peuvent être d'ordre physique, sexuel, psychologique, économique... Cette diversité des violences complexifie les critères de recherche dans les études. Plusieurs études ont tenté de déterminer si certaines formes de violences étaient plus liées aux troubles psychiatriques. Les résultats sur la supériorité éventuelle d'un type de violence sont contradictoires, en revanche ils s'accordent à objectiver l'association significative et

indépendante de chaque forme de violences conjugales avec les troubles psychiatriques. La violence psychologique fait l'objet de plus en plus de recherches. Ces dernières tendent à montrer un impact au moins aussi important de la violence psychologique que les autres types de violences. Ceci est intéressant puisque les violences psychologiques semblent se manifester rapidement dans la relation d'emprise, mais elles sont plus difficiles à identifier que les violences physiques par exemple. Ce sont ces dernières qui ont d'ailleurs longtemps été l'objet d'intérêt, avec l'utilisation initiale du terme de « femmes battues », qui est aujourd'hui insuffisant pour qualifier les violences conjugales. Par ailleurs, contrairement à ce qui pourrait être attendu, les taux de violences sexuelles sont faibles dans les analyses. Ceci pourrait s'expliquer par une sous-estimation des résultats notamment en raison du rapport entre l'auteur et la victime. En effet, les victimes ne se considèrent pas toujours comme telles, avec la notion de « devoir conjugal » qui persiste encore. Il survient un risque sur la santé mentale dès lors qu'il y a présence de violences conjugales, quelle qu'en soit la forme, et elles sont très souvent multiples et intriquées. Chercher à tout prix à les distinguer a probablement peu d'intérêt en pratique, puisque le simple fait d'en être victime de violences conjugales est associé aux troubles psychiatriques.

Cette revue présente un certain nombre de limites. Tout d'abord, une des limites implique les variables d'intérêt étudiées. Les définitions sont souvent floues, et différentes d'une recherche à une autre. Il n'est parfois pas précisé ce qui constitue précisément un trouble mental ou psychiatrique. Certains troubles psychiatriques, tels que l'épisode dépressif caractérisé et le trouble de stress post-traumatique sont plus souvent abordés, mais sont également retrouvés les termes de symptômes dépressifs ou état de stress, ne comprenant pas exactement les mêmes critères d'évaluation. De la même façon, les violences conjugales sont multiples, parfois non définies clairement, tandis que d'autres études s'orientent exclusivement sur un type de violence, telle que la violence physique par exemple. De plus, les outils psychométriques employés pour définir ces variables d'intérêt sont multiples. La BDI, la CES-D scale, le CTS, le WEB ou encore le EAS sont fréquemment utilisées, mais il en existe tout un autre panel. Les auteurs apportent fréquemment des modifications à ces outils, d'autres n'emploient pas de questionnaires validés, ou recherchent seulement la présence ou l'absence de violences de la part d'un partenaire sans les qualifier plus précisément. Bon nombre d'études sont d'ailleurs faites par des épidémiologistes et non par des psychiatres, les outils utilisés sont donc moins souvent ceux employés en psychiatrie. Cette grande variabilité, tant dans les diagnostics que dans les outils psychométriques adoptés, pourrait expliquer les différences de prévalences

retrouvées dans les différentes études.

D'autre part, beaucoup d'études concernent des populations vulnérables, provenant de structures dédiées aux victimes de violences conjugales, plutôt que de la population générale. Les violences comme les troubles psychiatriques pourraient être plus sévères dans ces échantillons. Ceci ne permet pas une généralisation des résultats et pourrait constituer un biais de sélection.

Par ailleurs, la plupart des études sont transversales et non pas prospectives. Ceci permet de suggérer une association significative mais n'objective pas avec certitude le sens de l'association. Quelques études prospectives, ont permis de déterminer l'antériorité des violences vis-à-vis de l'apparition des troubles psychiatriques (54–56), et inversement (82,83,92,94). Ces résultats concernent cependant un nombre trop faible d'études, et nécessiteraient d'être complétés.

Une autre limite de cette recherche concerne le sens de l'association étudiée. En effet, la plupart des études s'intéressent aux conséquences des violences conjugales sur la santé mentale, le plus souvent à propos de la dépression ou du TSPT. Le sens de cette association est assez évident au regard des études réalisées jusqu'à présent. En revanche, il existe beaucoup moins d'études se penchant sur les troubles psychiatriques comme facteurs de vulnérabilité aux violences conjugales ultérieures. Les résultats tendent à être en faveur de cette hypothèse mais ils sont encore trop limités. Ainsi, les troubles psychiatriques sont essentiellement reconnus comme des conséquences de la violence conjugale plutôt que comme des facteurs de vulnérabilité, mais cela pourrait être lié au fait que les conséquences en santé mentale sont plus souvent étudiées. Des études complémentaires sont nécessaires, concernant les patients atteints de troubles psychiatriques et analysant l'apparition ultérieure de violences conjugales. D'autre part, au-delà du sens, il n'y a pas d'élément clair sur la causalité de cette association.

Il existe peu de données claires sur l'anxiété. Elle est souvent repérée au travers des études cherchant les conséquences des violences conjugales. Cependant, les critères diagnostiques sont imprécis, il s'agit le plus fréquemment d'un symptôme mais pas de la caractérisation d'un trouble. Les troubles anxieux regroupent plusieurs catégories, comme le trouble anxieux généralisé ou le trouble obsessionnel compulsif, et le TSPT est désormais classé indépendamment. Cette pluralité catégorielle complique leurs recherches respectives. Les études sont axées sur le trouble de stress-post-traumatique, tandis que les autres troubles sont rarement abordés, ou brièvement en tant que comorbidité à un autre trouble. L'absence de lien clair établi pour l'instant, pourrait donc être lié à l'absence de données récoltées. Il serait

intéressant de réaliser des études épidémiologiques complémentaires sur les troubles anxieux.

Il est important de souligner qu'il existe probablement une sous-estimation des résultats en termes de prévalence des violences conjugales, tant dans les résultats des études de la revue que dans ceux de l'enquête PréOCUP. Il faut noter que la plupart des études présentent de faibles tailles d'échantillon, ce qui entraîne un manque de puissance. De plus, il faut prendre en considération les personnes qui n'osent pas répondre, qui ne sont pas en capacité de le faire, qui ne se considèrent pas comme victime (notamment dans la violence sexuelle comme abordé ci-dessus), mais aussi celles présentant par exemple une amnésie traumatique. De la même façon, du fait du caractère sociétal des violences conjugales, comme abordé précédemment, les violences envers les hommes pourraient être d'autant plus sous-estimées. Mais ceci pourrait aussi s'expliquer par le nombre inférieur d'études dédiées aux violence conjugales envers les hommes. Il apparaît essentiel de poursuivre les recherches concernant l'association entre les violences conjugales et les troubles psychiatriques.

5. Conclusion

Chez les victimes de violences de la part d'un partenaire intime, les troubles psychiatriques, dont la dépression et le trouble de stress post-traumatique, sont fréquemment associés. Chez les patients atteints de troubles psychiatriques, la violence par un partenaire intime est supérieure par rapport à celle retrouvée en population générale. Quel que soit le sens de l'association étudié, il semble essentiel en pratique clinique de rechercher la présence de violences de la part d'un partenaire intime chez les patients atteints de troubles psychiatriques.

ANNEXE

Original Conflict Tactics Scales (CTS1, Form R, 1985)

Reasoning

- A. Discussed an issue calmly
- B. Got information to back up your side of things
- C. Brought in, or tried to bring in, someone to help settle things

Verbal aggression

- D. Insulted or swore at him/her
- E. Sulked or refused to talk about an issue
- F. Stomped out of the room or house or yard
- G. Cried (this item is not scored)
- H. Did or said something to spite him/her
- I. Threatened to hit or throw something at him/her
- J. Threw or smashed or hit or kicked something

Minor violence

- K. Threw something at him/her
- L. Pushed, grabbed, or shoved him/her
- M. Slapped him/her

Severe Violence

- N. Kicked, bit, or hit him/her with a fist
- O. Hit or tried to hit him/her with something
- P. Beat him/her up
- Q. Choked him/her
- R. Threatened him/her with a knife or gun
- S. Used a knife or fired a gun

Annexe 1 Conflict Tactics Scales, forme R

TABLE 1
Comparison of CTS1 and CTS2

<i>CTS2</i>		<i>CTS1, Form R</i>	
<i>Scale Name</i>	<i>Items</i>	<i>Scale Name</i>	<i>Items</i>
Revised scales		Original scales	
Physical assault	12	Violence	9
Psychological aggression	8	Verbal aggression	6
Negotiation	6	Reasoning	3
Total	26	Total	18
		"cried" item	1
		(not scored)	
New scales			
Injury	6		
Sexual coercion	7		
Grand total	39	Grand total	19

Annexe 2 Comparaison de la répartition des items de la CTS1 et CTS2

The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2, Form A)

This appendix has three parts. Part 1 consists of tables that group the CTS2 items by scale, show which are new or modified items, and identify the subscale for each item. Part 2 is the CTS1. Part 3 is the CTS2.

Part 1

<i>Negotiation Scale Items^a</i>			
<i>Question Number</i>	<i>Subscale</i>	<i>Item</i>	
1	Emotional	I showed my partner I cared even though we disagreed	
13	Emotional	Showed respect for my partner's feelings about an issue	
39	Emotional	Said I was sure we could work out a problem	
3	Cognitive	Explained my side of a disagreement to my partner	
59	Cognitive	Suggested a compromise to a disagreement	
77	Cognitive	Agreed to try a solution to a disagreement my partner suggested	

<i>Psychological Aggression Scale Items</i>			
<i>Question Number</i>	<i>Relation to CTS1^b</i>	<i>Subscale</i>	<i>Item</i>
5	Old	Minor	Insulted or swore at my partner
35	New	Minor	Shouted or yelled at my partner
49	Old	Minor	Stomped out of the room or house or yard during a disagreement
67	Mod	Minor	Said something to spite my partner
25	New	Severe	Called my partner fat or ugly
29	New	Severe	Destroyed something belonging to my partner
65	New	Severe	Accused my partner of being a lousy lover
69	Old	Severe	Threatened to hit or throw something at my partner

<i>Physical Assault Scale Items</i>			
<i>Question Number</i>	<i>Relation to CTS1^b</i>	<i>Subscale</i>	<i>Item</i>
7	Mod	Minor	Threw something at my partner that could hurt
9	New	Minor	Twisted my partner's arm or hair
17	Mod	Minor	Pushed or shoved my partner
45	Mod	Minor	Grabbed my partner
53	Old	Minor	Slapped my partner
21	Old	Severe	Used a knife or gun on my partner
27	Mod	Severe	Punched or hit my partner with something that could hurt
33	Old	Severe	Choked my partner
37	New	Severe	Slammed my partner against a wall
43	Old	Severe	Beat up my partner
61	New	Severe	Burned or scalded my partner on purpose
73	Mod	Severe	Kicked my partner

Annexe 3 Revised Conflict Tactics Scale

APPENDIX: Part 1 Continued

<i>Sexual Coercion Scale Items^c</i>		
<i>Question Number</i>	<i>Subscale</i>	<i>Item</i>
15	Minor	Made my partner have sex without a condom
51	Minor	Insisted on sex when my partner did not want to (but did not use physical force)
63	Minor	Insisted my partner have oral or anal sex (but did not use physical force)
19	Severe	Used force (like hitting, holding down, or using a weapon) to make my partner have oral or anal sex
47	Severe	Used force (like hitting, holding down, or using a weapon) to make my partner have sex
57	Severe	Used threats to make my partner have oral or anal sex
75	Severe	Used threats to make my partner have sex

<i>Injury Scale Items^c</i>		
<i>Question Number</i>	<i>Subscale</i>	<i>Item</i>
11	Minor	Had a sprain, bruise, or small cut because of a fight with my partner
71	Minor	Felt physical pain that still hurt the next day because of a fight with my partner
23	Severe	Passed out from being hit on the head by my partner in a fight
31	Severe	Went to a doctor because of a fight with my partner
41	Severe	Needed to see a doctor because of a fight with my partner, but I didn't
55	Severe	Had a broken bone from a fight with my partner

a. All items are new to the CTS2 and replace the former reasoning items.

b. Compares CTS2 item with items in CTS1. Modified from CTS1.

c. All items are new to the CTS2.

Annexe 4 Revised Conflict Tactics Scale (suite)

Women's Experiences with Battering (WEB) Scale
Developed by Paige Hall Smith, University of North Carolina at Greensboro

Here are 10 statements that other women have used to describe their lives with their partners. Please read each statement and circle the answer that best describes how much you agree or disagree with each. Answer the questions thinking about your current (or your most recent) partner.

Item	Strongly Agree	Somewhat agree	Agree a little	Disagree a little	Somewhat disagree	Strongly disagree
1. He makes me feel unsafe even in my own home.	1	2	3	4	5	6
2. I feel ashamed of the things he does to me.	1	2	3	4	5	6
3. I try not to rock the boat because I am afraid of what he might do.	1	2	3	4	5	6
4. I feel like I am programmed to react a certain way to him.	1	2	3	4	5	6
5. I feel like he keeps me prisoner.	1	2	3	4	5	6
6. He makes me feel like I have no control over my life, no power, no protection.	1	2	3	4	5	6
7. I hide the truth from others because I am afraid not to.	1	2	3	4	5	6
8. I feel owned and controlled by him.	1	2	3	4	5	6
9. He can scare me without laying a hand on me.	1	2	3	4	5	6
10. He has a look that goes straight through me and terrifies me.	1	2	3	4	5	6

Notes:

1. Battering is defined as women's continuous perceptions of susceptibility to physical and psychological danger, loss of power and control in a relationship with a male partner.
2. The WEB Scale can be made gender-neutral by changing "he" to "my partner". It has not been validated with male victims of female violence or same-sex battering.
3. The numbers can be reversed when administered so that Strongly agree = 6 and Strongly disagree = 1.

To score:

1. If the items are administered so that Strongly Agree = 1 then reverse score the items [so that 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, and 6=1] and then sum.
2. If the items are administered so that Strongly Agree = 6 then sum.
3. The range is from 10 - 60 so that higher scores mean higher psychological vulnerability (i.e. more battered).
4. If you want to dichotomize the scores, the women who score <= 19 are not battered; women who score 20+ are battered.

Annexe 5 Women's Experience Battering Scale

ÉVALUATION DU DANGER

Jacquelyn C. Campbell, Ph. D., I.I.

© École des sciences infirmières de l'Université Johns Hopkins, 2004
www.dangerassessment.org

Plusieurs facteurs de risque ont été associés au danger accru auquel sont exposées les femmes qui vivent une relation violente. Nous ne pouvons pas prédire exactement ce qui peut se produire dans votre cas, mais nous voulons que vous soyez consciente de la portée du danger dans des situations de violence, et que vous voyiez combien de facteurs de risque s'appliquent à votre situation.

Sur un calendrier, marquez les dates approximatives où votre conjoint ou votre ex-conjoint a été violent envers vous pendant l'année passée. Écrivez à cette date la gravité de l'incident selon l'échelle suivante :

1. Gifle, bousculade; aucune blessure, douleur persistante
2. Coups de poing, coups de pied; bleus, coupures, douleur persistante
3. Raclée (« il m'a battue »); contusions graves, brûlures, fractures, fausse-couche
4. Menace d'utiliser une arme; blessure à la tête, blessure interne, blessure permanente, fausse-couche
5. Utilisation d'une arme; blessure par arme

(Si n'importe laquelle des descriptions du chiffre supérieur s'applique, utilisez le numéro plus élevé.)

Cochez **Oui** ou **Non** à côté de chaque énoncé ci-dessous.

(« Il » fait référence à votre mari, à votre conjoint, à votre ex-mari, à votre ex-conjoint, ou à toute autre personne qui vous inflige de la violence physique actuellement.)

Oui	Non	
___	___	1. La gravité ou la fréquence de la violence physique a-t-elle augmenté au cours de la dernière année?
___	___	2. Possède-t-il une arme à feu (un pistolet ou un fusil)?
___	___	3. L'avez-vous quitté après avoir habité ensemble au cours de la dernière année? 3a. Si vous n'avez <i>jamais</i> habité avec lui, inscrivez un crochet ici : ____.
___	___	4. Est-il sans emploi?
___	___	5. Vous a-t-il déjà menacé avec une arme ou utilisé une arme meurtrière contre vous? 5a. Si oui, est-ce que c'était une arme à feu?
___	___	6. Menace-t-il de vous tuer?
___	___	7. Est-ce qu'il a évité l'arrestation pour violence conjugale?
___	___	8. Avez-vous un enfant qui n'est pas le sien?
___	___	9. Est-ce qu'il vous a déjà forcée à avoir des rapports sexuels quand vous ne le souhaitiez pas?
___	___	10. Essaie-t-il parfois de vous étrangler?
___	___	11. Consomme-t-il de la drogue, par exemple des stimulants, des amphétamines, « speed », « meth », poussière d'ange (PCP), cocaïne, « crack », drogues de la rue ou mélanges?
___	___	12. Est-ce qu'il est alcoolique, ou a-t-il un problème d'alcool?
___	___	13. Contrôle-t-il la plupart de vos activités quotidiennes ou toutes vos activités? Par exemple, vous dit-il avec qui vous pouvez être amie, quand vous pouvez voir votre famille, combien d'argent vous pouvez dépenser, ou quand vous pouvez prendre la voiture? (S'il essaie, mais que vous l'en empêchez, inscrivez un crochet ici : ____.)
___	___	14. Est-il violemment et constamment jaloux de vous? (Par exemple, dit-il « Si je ne peux pas t'avoir, personne d'autre ne le peut. »?)
___	___	15. Vous a-t-il déjà battue quand vous étiez enceinte? (Si vous n'avez jamais été enceinte de lui, inscrivez un crochet ici : ____.)
___	___	16. A-t-il déjà menacé ou essayé de se suicider?
___	___	17. Menace-t-il de faire mal à vos enfants?
___	___	18. Croyez-vous qu'il serait capable de vous tuer?
___	___	19. Est-ce qu'il vous suit ou vous espionne, vous laisse des notes menaçantes ou des messages téléphoniques menaçants, détruit vos biens ou vous téléphone même quand vous ne voulez pas lui parler?
___	___	20. Avez-vous déjà menacé ou essayé de vous suicider?
___	___	Total de « oui »

Merci. Nous vous encourageons à parler avec votre infirmière, votre avocat ou votre conseiller du résultat de la présente évaluation du danger en ce qui concerne votre situation.

Annexe 6 Echelle d'évaluation du danger (Danger Assessment)

Annexe 1



Evaluation concernant les violences conjugales

Questions à poser systématiquement

Secteur : PUMA 347 UNIVA BSM
Cadillac Libourne HD SDF

“Avez vous déjà subi des situations de violences conjugales au cours de votre vie?”

oui non

Si oui : évaluation de la situation de violence et risque inhérent.

Situation actuelle

oui non

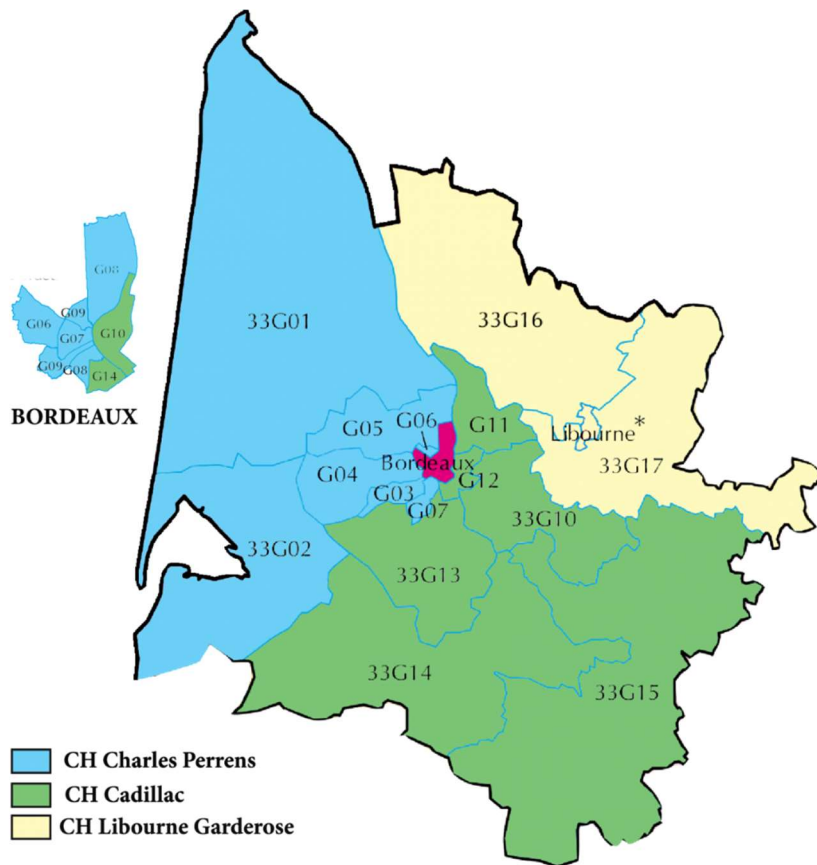
Risque avéré, immédiat, pour le (la) consultant(e)

oui non

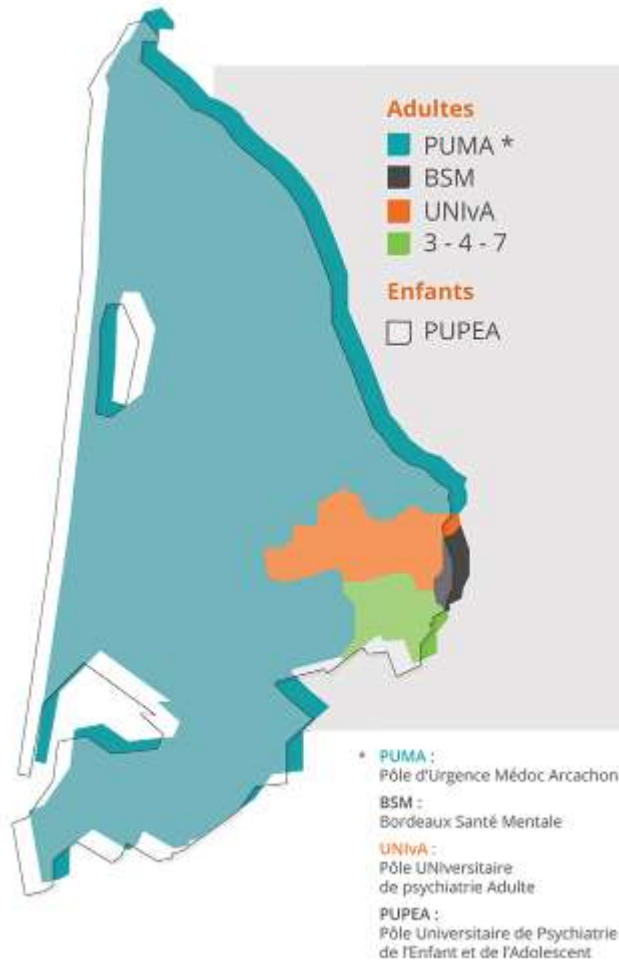
Situation concernant un mineur ou un majeur protégé

oui non

N'est pas en capacité de répondre



Annexe 8 : Sectorisation de la psychiatrie en Gironde



Annexe 9 Sectorisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier Charles Perrens

BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019
<https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>.
2. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019
<http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-communiques-de-presse/2020-communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2019>
3. SPF. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux : Synthèse bibliographique 2013, mise à jour en 2016

</notices/epidemiologie-des-violences-conjugales-en-france-et-dans-les-pays-occidentaux-synthese-bibliographique-2013-mise-a-jour-en-2016>
4. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes | Arrêtons les violences
<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>
5. CNUP, AESP, CUNEA. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2ème édition révisée. Presses Universitaires François-Rabelais; 2017.
6. Violence conjugale <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>
7. Voyer M, Delbreil A, Senon J-L. Violences conjugales et troubles psychiatriques. Inf Psychiatr. 13 nov 2014;Volume 90(8):663-71.
8. Hirigoyen Marie-France. Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. OH ! Editions. 2005
9. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes
<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
10. Convention d'Istanbul. <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/home>
11. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
<https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-chronologiques-81/>
12. Loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales
<https://www.vie-publique.fr/loi/273137-loi-du-30-juillet-2020-protoger-les-victimes-de-violences-conjugales>
13. LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1). 2020-936 juill 30, 2020.
14. Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale. Paris :La Documentation française; 2003.
15. Principaux repères sur la dépression. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

16. Dépression. Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
17. [depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf) . https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf
18. HAS - Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
19. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
20. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. janv 1991;148(1):10-20.
21. Bourgault R. 8. Trauma complexe ou DESNOS: In: *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie*. Dunod; 2013. p. 64-71. Disponible sur: <https://cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie-2013--9782100593330-page-64.htm?ref=doi>
22. [DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf). https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf
23. Enquête nationale sur la violence envers les femmes (Enveff) https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf
24. Virage. Ined - Institut national d'études démographiques. <https://virage.site.ined.fr/fr/actualites/>
25. [plaquette.result.virage.2020_violences12mois.fr.pdf](https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette.result.virage.2020_violences12mois.fr.pdf) https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette.result.virage.2020_violences12mois.fr.pdf
26. Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam*. 1979;41(1):75-88.
27. Straus M, Hamby S, Boney-McCoy S, Sugarman D. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *J Fam Issues - J FAM ISS*. 1 mai 1996;17:283-316.
28. Hegarty K, Fracgp null, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence Vict*. oct 2005;20(5):529-47.
29. Hegarty K, Sheehan M, Schonfeld C. A Multidimensional Definition of Partner Abuse: Development and Preliminary Validation of the Composite Abuse Scale. *J Fam Violence*. 1 déc 1999;14(4):399-415.
30. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, MacMillan HL, Scott-Storey K, Mantler T, et al. Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite

Abuse Scale (Revised)—Short Form (CASR-SF). *BMJ Open*. 7 déc 2016;6(12):e012824.

31. Smith PH, Tessaro I, Earp JA. Women's experiences with battering: a conceptualization from qualitative research. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 1995;5(4):173-82.
32. Flores J, Maurice P, Lampron C, Arseneau L, Répertoire d'outils soutenant l'identification précoce de la violence conjugale. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique Québec; 2010 <http://www.deslibris.ca/ID/223012>
33. Murphy C, Hoover S. Measuring Emotional Abuse in Dating Relationships as a Multifactorial Construct. *Violence Vict*. 1 févr 1999;14:39-53.
34. Campbell JC, Webster DW, Glass N. The danger assessment: validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *J Interpers Violence*. avr 2009;24(4):653-74.
35. García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. Book WHO Multi-Ctry Study Womens Health Domest Violence Women. 1 janv 2005;204.
36. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet Lond Engl*. 5 avr 2008;371(9619):1165-72.
37. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 1 nov 2002;23(4):260-8.
38. Tjaden P., Thoennes N. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey [Internet]. National Institute of Justice. 2000 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://nij.ojp.gov/library/publications/full-report-prevalence-incidence-and-consequences-violence-against-women>
39. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stres... - PubMed - NCBI [Internet]. 2006 [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796487>
40. Lawrence E, Yoon J, Langer A, Ro E. Is psychological aggression as detrimental as physical aggression? The independent effects of psychological aggression on depression and anxiety symptoms. *Violence Vict*. 2009;24(1):20-35.
41. Dutton MA, Goodman LA, Bennett L. Court-involved battered women's responses to violence: the role of psychological, physical, and sexual abuse. *Violence Vict*. 1999;14(1):89-104.

42. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Women.* juin 2008;14(6):634-54.
43. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action.* 2016;9:29890.
44. Ferrari G, Feder G, Agnew-Davies R, Bailey JE, Hollinghurst S, Howard L, et al. Psychological advocacy towards healing (PATH): A randomized controlled trial of a psychological intervention in a domestic violence service setting. *PloS One.* 2018;13(11):e0205485.
45. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med.* juin 2006;30(6):458-66.
46. Lagdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *Eur J Psychotraumatology.* 2014;5.
47. Próspero M. Mental health symptoms among male victims of partner violence. *Am J Mens Health.* déc 2007;1(4):269-77.
48. Rioli G, Sgarbi C, Moretti V, Sinisi A, De Fazio L, Giambalvo N, et al. An update on intimate partner violence and mental health. *Minerva Psichiatr.* 1 déc 2017;58:216-33.
49. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The « battering syndrome »: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med.* 15 nov 1995;123(10):737-46.
50. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med.* nov 2000;19(4):302-7.
51. Sutherland C, Bybee D, Sullivan C. The long-term effects of battering on women's health. *Womens Health Hillsdale NJ.* 1998;4(1):41-70.
52. Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. [Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review]. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. oct 2009;31 Suppl 2:S49-57.
53. CAMPBELL JC, SOEKEN KL. Women's Responses to Battering Over Time: An Analysis of Change. *J Interpers Violence.* 1 janv 1999;14(1):21-40.
54. Chuang CH, Cattoi AL, McCall-Hosenfeld JS, Camacho F, Dyer A-M, Weisman CS. Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms. *Ment Health Fam Med.* juin 2012;9(2):107-14.
55. Zlotnick C, Johnson DM, Kohn R. Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. *J Interpers Violence.* 1 févr 2006;21(2):262-75.

56. Ouellet-Morin I, Fisher HL, York-Smith M, Fincham-Campbell S, Moffitt TE, Arseneault L. Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depress Anxiety*. mai 2015;32(5):316-24.
57. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. juin 1997;20(2):353-74.
58. Campbell JC, Kub J, Rose L. Depression in battered women. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 1 mai 1996;51:106-10.
59. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence*. juin 1999;14(2):99-132.
60. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
61. Helfrich CA, Fujiura GT, Rutkowski-Kmitta V. Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters. *J Interpers Violence*. 1 avr 2008;23(4):437-53.
62. Kemp A, Rawlings EI, Green BL. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Battered Women: A Shelter Sample. *J Trauma Stress*. janv 1991;4(1):137-48.
63. Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The Differential Association of Intimate Partner Physical, Sexual, Psychological, and Stalking Violence and Posttraumatic Stress Symptoms in a Nationally Representative Sample of Women. *J Trauma Stress*. oct 2004;17(5):413-21.
64. Woods SJ, Hall RJ, Campbell JC, Angott DM. Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(6):538-46.
65. HOUSKAMP BM, FOY DW. The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women. *J Interpers Violence*. 1 sept 1991;6(3):367-75.
66. Jones L, HUGHES M, UNTERSTALLER U. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence: A Review of the Research. *Trauma Violence Abuse - TRAUMA VIOLENCE ABUS*. 1 avr 2001;2:99-119.
67. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 févr 2005;29(1):181-93.
68. Babcock JC, Roseman A, Green CE, Ross JM. Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div* 43. déc 2008;22(6):809-18.
69. Norwood A, Murphy C. What Forms of Abuse Correlate With PTSD Symptoms in Partners of Men Being Treated for Intimate Partner Violence? *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 22 août 2011;4.

70. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *J Interpers Violence*. 1 juill 2006;21(7):955-68.
71. Kaysen D, Resick PA, Wise D. Living in danger: the impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma Violence Abuse*. juill 2003;4(3):247-64.
72. Woods SJ. Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues Ment Health Nurs*. mai 2000;21(3):309-24.
73. Duxbury F. Recognising domestic violence in clinical practice using the diagnoses of posttraumatic stress disorder, depression and low self-esteem. *Br J Gen Pract*. 1 avr 2006;56(525):294-300.
74. KEMPA A, GREEN BL, HOVANITZ C, RAWLINGS EI. Incidence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Shelter and Community Samples. *J Interpers Violence*. 1 mars 1995;10(1):43-55.
75. Woods SJ. Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Women: What We Know and Need to Know. *J Interpers Violence*. 1 avr 2005;20(4):394-402.
76. DeJonghe ES, Bogat GA, Levendosky AA, Eye A von. Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *J Postgrad Med*. 10 janv 2008;54(4):294.
77. Goodman LA, Salyers MP, Mueser KT, Rosenberg SD, Swartz M, Essock SM, et al. Recent Victimization in Women and Men with Severe Mental Illness: Prevalence and Correlates. *J Trauma Stress*. oct 2001;14(4):615-32.
78. Meijwaard SC, Kikkert M, de Mooij LD, Lommerse NM, Peen J, Schoevers RA, et al. Risk of Criminal Victimization in Outpatients with Common Mental Health Disorders. *PloS One*. 2015;10(7):e0128508.
79. Mitra M, Mouradian VE, Diamond M. Sexual Violence Victimization Against Men with Disabilities. *Am J Prev Med*. 1 nov 2011;41(5):494-7.
80. Mitra M, Mouradian VE, Fox MH, Pratt C. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence Against Men with Disabilities. *Am J Prev Med*. mars 2016;50(3):311-7.
81. Mitra M, Mouradian VE. Intimate partner violence in the relationships of men with disabilities in the United States: relative prevalence and health correlates. *J Interpers Violence*. nov 2014;29(17):3150-66.
82. Bhavsar V, Dean K, Hatch SL. Psychiatric symptoms and risk of victimisation: a population-based study from Southeast London. - PubMed - NCBI [Internet]. 2018 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30196801>
83. Hart C, de Vet R, Moran P, Hatch SL, Dean K. A UK population-based study of the relationship between mental disorder and victimisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. oct 2012;47(10):1581-90.

84. Khalifeh H, Oram S, Trevillion K, Johnson S, Howard LM. Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: findings from a national cross-sectional survey. *Br J Psychiatry*. sept 2015;207(3):207-12.
85. Chang JC, Cluss PA, Burke JG, Hawker L, Dado D, Goldstrohm S, et al. Partner violence screening in mental health. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 janv 2011;33(1):58-65.
86. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Lond Engl*. 28 avr 2012;379(9826):1621-9.
87. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 2 sept 2016;28(5):433-51.
88. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 2013;202:94-9.
89. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 26 déc 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530507/>
90. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1925-39.
91. Foshee VA, Benefield TS, Ennett ST, Bauman KE, Suchindran C. Longitudinal predictors of serious physical and sexual dating violence victimization during adolescence. *Prev Med*. nov 2004;39(5):1007-16.
92. Lehrer JA, Buka S, Gortmaker S, Shrier LA. Depressive Symptomatology as a Predictor of Exposure to Intimate Partner Violence Among US Female Adolescents and Young Adults. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1 mars 2006;160(3):270-6.
93. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas*. 1 juin 1977;1(3):385-401.
94. Nduna M, Jewkes RK, Dunkle KL, Shai NPJ, Colman I. Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa. *J Int AIDS Soc*. 15 nov 2010;13:44.
95. Kirby AC, Beckham JC, Calhoun PS, Roberts ST, Taft CT, Elbogen EB, et al. An examination of general aggression and intimate partner violence in women with posttraumatic stress disorder. *Violence Vict*. 2012;27(5):777-92.
96. Kim J, Lee J. Prospective study on the reciprocal relationship between intimate partner violence and depression among women in Korea. *Soc Sci Med* 1982. déc 2013;99:42-8.
97. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*. 7 mai 2013;10(5). Disponible sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646718/>

98. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*. 28 2018;8(7):e019995.
99. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol Med*. juin 2010;40(6):881-93.

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Version du Serment d’Hippocrate réactualisée et publiée dans le bulletin de l’Ordre National des Médecins (Avril 1996, n°4)

Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales

- Revue de la littérature et analyse de l'enquête PréOCUP –

Résumé : Les violences conjugales ont fait l'objet d'une prise de conscience progressive au sein de la société, et constituent une priorité pour les pouvoirs publics. Cela s'est traduit notamment par l'organisation pour la première fois du Grenelle des violences conjugales en 2019. Le modèle bio-psycho-social est le plus souvent retenu pour le développement des troubles psychiatriques, ce qui justifie d'identifier clairement les facteurs de risques et les situations de vulnérabilité. Les pathologies relevant de la psychiatrie sont au 3^{ème} rang des maladies les plus fréquentes et sont une cause majeure de handicap. Dans ce contexte, quelle est la place des violences exercées par un partenaire intime, notamment au cours d'une prise en charge psychiatrique ? Les résultats de cette revue de la littérature indiquent qu'il existe une association entre le fait d'être victime de violence conjugale et l'apparition ultérieure de troubles psychiatriques, tels que la dépression et le trouble de stress post-traumatique. Les violences au sein d'un couple pourraient constituer un facteur de risque des troubles psychiatriques. A l'inverse, les troubles psychiatriques semblent être des facteurs de vulnérabilité à la violence ultérieure, dont les violences conjugales. Il a été identifié une relation bidirectionnelle entre la violence conjugale et la dépression et probablement avec d'autres troubles psychiatriques, l'interaction réciproque entre les violences et les troubles mentaux restant à investiguer. Les données de l'enquête PréOCUP, réalisée auprès des services d'urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, confortent les données de cette revue de la littérature. Les résultats sont en faveur d'une association entre les troubles psychiatriques justifiant de prises en charge en urgence et les violences conjugales, retrouvant une prévalence de violences plus de deux fois supérieures à celle retrouvée en population générale en France. Le lien entre violences conjugales et troubles mentaux conduit à renforcer en pratique clinique le dépistage et la prévention des violences de la part d'un partenaire intime chez les patients atteints de troubles psychiatriques.

Mots clés : troubles psychiatriques, dépression, trouble de stress post-traumatique, violences conjugales

Discipline administrative : Psychiatrie

Directeur de thèse : Docteur Didier Delhay

UFR DES SCIENCES MEDICALES, UNIVERSITE DE BORDEAUX

146 rue Léo Seignat 33076 BORDEAUX CEDEX