

Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles

Institut national de la santé et de la recherche médicale, U149/IFR 69, Villejuif

INTRODUCTION

Les violences peuvent avoir un effet sur l'état de santé de différentes façons. Les violences physiques ont des conséquences directes, de gravité variable selon l'intensité des coups reçus : fractures, plaies, entorses. Les répercussions des violences sexuelles ont fait l'objet de publications qui montrent les risques de maladies sexuellement transmissibles, de troubles fonctionnels et gynécologiques et de douleurs pelviennes chroniques [1]. L'altération de la santé mentale, dont il est question dans cet article, est documentée par plusieurs études dont la plupart ont été menées aux Etats-Unis : dépression, anxiété, syndrome post-traumatique, ou comportements auto agressifs sont plus fréquents parmi les victimes de violences, même anciennes [2]. Jusqu'à la fin des années 1990, très peu de travaux avaient été réalisés en France sur ce sujet. Programmée dès 1997 par le Service des droits des femmes du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, une enquête nationale a été réalisée pour la première fois en France sur ce thème en 2000, avec l'objectif prioritaire de produire des statistiques fiables portant sur l'ensemble de la population féminine [3]. Au cours de la même période, l'Organisation mondiale de la santé a produit un rapport [4] et coordonné une enquête réalisée dans de nombreux pays. En France, un groupe s'est réuni sous la présidence du Professeur Henrion pour réfléchir au rôle des professionnels de santé [5]. Enfin, plus récemment, le Haut comité de la santé publique a publié un rapport sur « Violences et santé » [6].

DONNÉES

Enquête Enveff¹, Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

Les données ont été recueillies de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans. La collecte a été effectuée par téléphone, selon la méthode Cati, Collecte assistée par téléphone et informatique, par un groupe d'enquêtrices professionnelles. Les ménages éligibles étaient ceux, équipés d'un téléphone, y compris sur liste rouge, comprenant au moins une femme âgée de 20 à 59 ans et parlant assez couramment le français. Parmi les femmes qui auraient dû être interrogées, le taux de refus global est estimé à 18 %. Comparé à la population féminine métropolitaine de même âge décrite par l'enquête Emploi de l'Insee de 1999, l'échantillon présente de légères distorsions dans sa structure par âge, par catégorie socioprofessionnelle et par statut d'activité ce qui nous a conduit à l'application systématique de coefficients de redressement.

L'entretien, d'une durée moyenne de 45 minutes, était mené à partir d'un questionnaire fermé, constitué de trois parties. La première recueillait les données socio-démographiques et contextuelles, des éléments de biographie, dont la sexualité, et des informations sur l'état de santé. La deuxième partie portait sur les violences subies lors des douze derniers mois, dans différents contextes de vie : les espaces publics, le milieu de travail ou d'études, le couple, les relations avec un ex-conjoint, la famille d'origine et le cercle des proches, ainsi que les consultations ou visites à domicile. Les questions portaient sur les agressions verbales, psychologiques, physiques et sexuelles, sans que le terme de violence ne soit jamais utilisé. Une troisième partie concernait les violences physiques subies depuis l'âge de 18 ans et les agressions sexuelles subies depuis l'enfance.

Les indicateurs de violences

Toutes les violences subies par les femmes ont été prises en compte, quelle que soit la sphère où elles se sont produites et nous avons distingué les violences physiques et les violences sexuelles. Ont été considérées victimes de violences physiques les femmes qui avaient répondu positivement aux deux questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, vous

a-t-on giflée, frappée ou a-t-on exercé d'autres brutalités physiques contre vous ? » et « vous a-t-on menacée ou attaquée avec une arme ou un objet dangereux, a-t-on tenté de vous tuer ou de vous étrangler ? ». Ces deux questions se retrouvaient dans l'ensemble des sphères. Elles étaient plus détaillées dans la partie du questionnaire consacrée aux violences exercées par le conjoint où quatre questions couvraient les brutalités physiques ; ces quatre questions ont été considérées ici. Au total, les réponses à 16 questions différentes sont utilisées pour définir les femmes victimes de violences physiques au cours des 12 derniers mois. Parmi ces 16 questions, certaines ne concernaient que les femmes vivant en couple et d'autres uniquement les femmes ayant un emploi. Nous avons distingué les femmes qui n'avaient subi aucune violence physique de celles qui en avaient été victimes une fois et de celles qui avaient subi des violences physiques à plusieurs reprises l'année précédant l'enquête.

Ont été considérées victimes de violences sexuelles les femmes qui avaient répondu positivement à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été forcée à subir ou à faire des attouchements sexuels, a-t-on essayé ou est-on parvenu à avoir avec vous un rapport sexuel contre votre gré ? ». Cette question était posée dans les différentes sphères, à l'exclusion du couple pour lequel les deux questions suivantes ont été posées : « au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre conjoint ou ami a utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous ? » et « vous a-t-il imposé des gestes sexuels que vous refusiez ? ». Neuf questions concernaient les violences sexuelles.

Dans les résultats présentés ci-dessous, les violences subies avant les douze derniers mois ont été considérées : d'une part, une question sur « les sévices ou coups répétés dans l'enfance » était posée aux femmes, d'autre part, l'existence des violences sexuelles antérieures aux douze derniers mois a été prise en compte.

Les indicateurs de santé

Le questionnaire visait à produire des informations sur l'état physique et mental des répondantes, au moment de l'enquête ou au cours des 12 derniers mois.

Une question générale était posée : « Compte tenu de votre âge diriez-vous que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, médiocre, franchement mauvais ? ».

Une échelle visant à mesurer le niveau de détresse psychologique, le *General Health Questionnaire* en 12 items (nommée GHQ-12 dans la suite du texte), était passée au cours de l'entretien. Certains items font référence à de la symptomatologie dépressive et d'autres à des troubles anxieux. Pour chacun des items, les réponses, recueillies en quatre modalités auprès des répondantes, ont été traitées en deux classes conduisant à un score global variant de 0 à 12. Trois catégories ont été construites : de 0 à 2 pour un niveau faible de détresse psychologique, de 3 à 5 pour un niveau modéré et de 6 ou plus pour un niveau élevé.

Trois questions permettaient de décrire l'existence et la fréquence, au cours des 12 derniers mois, des symptômes suivants : cauchemars, anxiété ou crises de panique selon la définition clinique suivante : « moments où vous avez eu très peur, avec des palpitations, le sentiment de suffoquer et de perdre le contrôle ». Les réponses étaient proposées en quatre modalités : non, parfois, souvent, très souvent. Ces trois questions ont été regroupées car ces symptômes sont caractéristiques de stress, notamment d'un état d'anxiété consécutif à une épreuve douloureuse. Un indice a été constitué distinguant un niveau faible, modéré et élevé de stress.

Nous demandions aussi aux femmes si elles avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. Enfin, la consommation de psychotropes était décrite en distinguant la consommation régulière de la consommation occasionnelle.

Le test du Chi-2 a été utilisé pour comparer les caractéristiques des femmes. Les différences ont été considérées non significatives pour une valeur de p supérieure à 0,05. Des modèles de

¹ L'équipe de recherche qui a réalisé l'Enveff était composée de E. Brown, S. Condon, D. Fougeyrollas-Schwebel, A. Houel, M. Jaspard, B. Lhomond, F. Maillochon, M.J. Saurel-Cubizolles et M.A. Schiltz

régression logistique ont été mis en œuvre afin d'estimer l'intensité de l'association entre les violences subies et divers indicateurs de santé, tout en ajustant sur les principales caractéristiques susceptibles d'expliquer les différences observées.

RÉSULTATS

Sur l'ensemble de l'échantillon, 4 % des femmes avaient subi des violences physiques au cours de l'année écoulée ; 2 % en avaient subi à plusieurs reprises. Cette fréquence varie selon l'âge puisque 7 % des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient été victimes de violences physiques, 4 % des femmes âgées de 25 à 34 ans, 4 % de celles âgées de 35 à 44 ans et 3 % des femmes âgées de 45 à 60 ans. De même, alors que 1 % des femmes déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours des douze derniers mois, cette fréquence variait de plus de 2 % parmi les plus jeunes à 0,6 % pour les femmes de 45 ans ou plus.

Les femmes victimes de violences physiques sont moins nombreuses à qualifier leur état de santé de « bon » ou « très bon » (tableau 1). Elles sont beaucoup plus nombreuses à avoir un niveau de détresse psychologique élevé, particulièrement celles qui ont subi des violences physiques à plusieurs reprises au cours de l'année écoulée. Leur niveau de stress est également plus élevé et elles sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Entre 20 et 25 % d'entre elles ont consulté un spécialiste de la santé mentale au cours de l'année au lieu de 6 % des femmes n'ayant pas subi de violence physique. Enfin elles sont plus nombreuses à avoir consommé des psychotropes, notamment pour celles qui avaient été victimes de violences physiques à plusieurs reprises.

Tableau 1

Etat de santé et violences subies au cours des 12 derniers mois, Enveff, 2000				
Etat de santé	Aucune violence	Violences physiques		Violences sexuelles
	(6 634) %	(150) %	(133) %	(84) %
Etat de santé perçu				
Très bon ou bon	80,2	72,6	71,1	72,5
Moyen	15,8	19,2	22,5	21,5
Mauvais ou très mauvais	4,0	8,2	6,4	5,9
		p < 0,01		ns
Détresse psychologique				
Faible	72,6	42,0	34,0	39,2
Modérée	16,9	30,6	22,6	32,5
Élevée	10,5	27,5	43,4	28,3
		p < 0,001		p < 0,001
Niveau de stress				
Faible	58,9	33,8	21,6	29,5
Modéré	36,0	48,8	53,5	58,6
Élevé	5,2	27,5	24,9	11,9
		p < 0,001		p < 0,001
Tentative de suicide				
Au cours des 12 mois	0,2	3,0	5,0	4,3
		p < 0,001		p < 0,001
Avoir consulté un psy*				
Au cours des 12 mois	6,4	20,3	25,0	19,7
		p < 0,001		p < 0,001
Consommation de psychotropes				
Au cours des 12 mois				
Jamais	78,6	64,2	49,9	60,8
Occasionnelle	11,7	15,7	19,6	15,8
Régulière	9,6	20,1	30,5	23,4
		p < 0,001		p < 0,001

* psychiatre, psychologue ou psychothérapeute

Si l'on prend en compte l'âge des femmes, leur niveau d'études, leur situation maritale, leur statut vis-à-vis de l'emploi et la taille de l'agglomération où elles résident, l'essentiel des relations décrites ci-dessus persiste et l'amplitude des associations est forte. Ainsi, comparé aux femmes n'ayant subi aucune violence au cours des 12 derniers mois, les odds ratios d'une détresse psychologique élevée associée à un épisode de violences physiques est de 3,0 (Intervalle de confiance à 95 % = 2,1 - 4,4) et à plusieurs épisodes de violences physiques de 6,4 (4,4 - 9,1) ; celui associé aux violences sexuelles est de 3,4 (2,1 - 5,5). Pour les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, ces odds ratios sont respectivement de 13,2 (4,4 - 39,8) pour un épisode de violences physiques, de 19,3 (7,1 - 52,8) pour plusieurs

violences physiques et de 26,4 (7,5 - 93,4) pour les violences sexuelles.

Les femmes qui avaient subi des violences durant l'enfance ont un moins bon état de santé déclaré que les autres (tableau 2). Le cumul avec les violences à l'âge adulte conduit à un mal être très fréquent : ainsi la moitié des femmes qui ont subi à la fois des sévices dans l'enfance et des violences physiques ou sexuelles dans l'année écoulée ont un niveau de détresse psychologique élevé au lieu de 10 % des femmes n'ayant subi aucune de ces violences. Dans ces mêmes situations les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois sont de 8 % au lieu de 0,2 %.

Tableau 2

Santé selon les violences des 12 derniers mois et selon les violences antérieures, Enveff, 2000

	Détresse psychologique élevée* (%)		Tentative de suicide dans les 12 derniers mois (%)	
	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois non	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois oui	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois non	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois oui
Sévices ou coups répétés dans l'enfance				
Non	10,0	29,1	0,2	2,6
Oui	24,8	50,5	1,7	8,4
Violences sexuelles avant les 12 mois				
Non	9,3	28,6	0,2	3,6
Oui	21,5	45,9	0,6	3,0

* GHQ-12 items supérieur à 5

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cet échantillon est représentatif des femmes, de 20 à 59 ans, vivant en ménage ordinaire (au sens de l'Insee) et muni d'un téléphone fixe. Les femmes vivant en collectivité (hôpital, prison, communauté) n'ont pas été contactées ainsi que les femmes seulement équipées d'un téléphone portable, ce qui pouvait concerner une petite part des plus jeunes.

Néanmoins, ces données nationales, collectées en 2000, permettent de décrire à quel point l'expérience des violences, telle que les femmes en témoignent dans une enquête de ce type, est associée à un état de santé détérioré, notamment sur le plan de la santé psychique. Ces résultats rejoignent ceux des autres études menées ailleurs sur le même sujet [7,8]. Il est indispensable d'en prendre toute la mesure, tant au niveau individuel qu'en termes de population, pour permettre aux professionnels de santé d'intégrer dans leur pratique le rôle déterminant des violences sur la santé des femmes. Aujourd'hui, ces derniers se trouvent souvent démunis face à ces situations par manque de formation et de solutions concrètes pour les femmes. Il est vrai que les violences ne sont pas seulement une question médicale, elles présentent des aspects sociaux et légaux qui dépassent la seule fonction du soignant. Au niveau collectif, les informations issues de cette enquête et de travaux de recherche comparables doivent stimuler la mise en place de lieux d'accueil et d'écoute pour les femmes concernées.

RÉFÉRENCES

- [1] Marx BP. Lessons learned from the last twenty years of sexual violence research. *J Interpers Violence*. 2005 Feb; 20(2):225-30.
- [2] Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004; 328(7440): 621-4.
- [3] Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougereyrolas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles MJ, Schiltz MA. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris, La documentation française, 2003, 320 pages.
- [4] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
- [5] Henrion R. (dir.). Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre délégué à la Santé. Paris, La documentation française, 2001.
- [6] Haut comité de la santé publique. Violences et santé. Rennes, Editions ENSP, janvier 2005.
- [7] Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med*. 2005 Apr; 60(8):1717-27.
- [8] McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry*. 2003 May; 160(5):933-8.