

Académie d'Orléans –Tours

Université François Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2007

N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Céline LAMY

Née le 31 octobre 1978 à Verdun

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2007

PROFIL CLINIQUE DES FEMMES

VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES PSYCHOLOGIQUES

JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur CAMUS

Membres du jury : Monsieur le Professeur GAILLARD

Madame le Professeur BARTHELEMY

Monsieur le Professeur GARRE

Madame le Docteur DUBOIS-CARMAGNAT

Madame le Docteur BIOTTEAU-LACOSTE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur CAMUS.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie vivement .

Que ce travail de thèse soit l'occasion de vous exprimer ma gratitude pour l'aide et le soutien que vous m'avez apportés tout au long de mon internat.

Soyez assurés , Monsieur le Professeur ,de mon profond respect .

A Monsieur le Professeur GAILLARD,

Vous avez été le premier à m'accueillir à mon arrivée dans le DES de psychiatrie, lors de ma « transition » gynéco-psychiatrique ,

Vos connaissances et la richesse de votre enseignement ont marqué les différentes étapes de mon internat.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur BARTHELEMY ,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury et m'avez chaleureusement accueillie dans votre service où j'ai eu la chance de travailler à vos côtés durant deux semestres : j'ai été particulièrement sensible à votre grande disponibilité, votre gentillesse et votre soutien.

Votre savoir et votre rigueur professionnelle ont été des outils précieux dans ma pratique quotidienne.

Recevez , Madame le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur GARRE .

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et de juger ce travail,

Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur DUBOIS-CARMAGNAT

Tu m'as fait l'honneur d'accepter très spontanément de diriger ma thèse : tu m'as suivie tout au long de ce parcours que constitue l'internat et m'as soutenue lors de ce travail de thèse.

Merci de ta disponibilité, ton écoute, ta simplicité et ta gentillesse.

Reçois ici l'expression de ma plus profonde gratitude.

A Madame le Docteur BIOTTEAU-LACOSTE

Je te remercie d'avoir accepté si naturellement de juger ce travail : nous avons « partagé » de nombreuses gardes ensemble, moments durant lesquels j'ai pu apprécier ta finesse clinique, ta gentillesse et ta spontanéité.

Reçois ici l'expression de mon amicale reconnaissance.

DEDICACES

A Stéphane,

*Merci pour ton soutien sans faille, ta gentillesse, ta patience
Avec tout mon amour*

A mes parents,

*Vous m'avez accompagnée depuis toujours et inculquée toutes les valeurs dont je suis
si fière aujourd'hui.*

*Merci pour cet amour chaque jour présent,
Avec toute ma tendresse et mon amour.*

A mon frère Philippe, sa femme Ingrid , Cyriaque leur fils et mon filleul !

Pour notre complicité et tous ces moments partagés , ces fous rires jusqu'aux larmes !

A ma petite soeur Emmanuelle,

*Bonne route sur le chemin de la vie petite Nanou !
Merci pour tous ces moments de rire et de complicité !*

A mes grands-parents, Andrée, Marcel,

Pour toute votre sagesse transmise depuis mon enfance et pour tout votre amour.

A mon grand-père Joseph,

*Pour toutes tes histoires et personnages hauts en couleur qui ont peuplé mon enfance
Où que tu sois, tu es et resteras présent tout au long de ma vie
« Le souvenir , c'est la présence invisible » (V.Hugo)*

A ma famille d'est en ouest, du nord au sud !

A ma belle famille , qui m'a si affectueusement ouvert les bras.

A la famille Stalter, avec qui j'ai passé de si doux moments.

Aux quatre « drôles de dames » : Emilie, Véronique, Géraldine, Hélène.

*A tous mes amis, d'ici et d'ailleurs, à ceux rencontrés tout au long de mon internat
avec qui j'ai travaillé (beaucoup), ri (parfois) et surtout beaucoup appris.*

***A toutes les femmes rencontrées pour ma thèse qui ont courageusement accepté de
me raconter leur histoire...***

En souvenir du temps de Jubécourt,

*« Au jardin des cyprès je filais en rêvant,
Suivant longtemps des yeux les flocons que le vent
Prenait à ma quenouille, ou bien par les allées
Jusqu'au bassin mourant que pleurent les saulaies
Je marchais à pas lents, m'arrêtant aux jasmins,
Me grisant du parfum des lys, tendant les mains
Vers les iris fées gardés par les grenouilles.
Et pour moi les cyprès n'étaient que des quenouilles,
Et mon jardin, un monde où je vivais exprès
Pour y filer un jour les éternels cyprès. »*

Guillaume Apollinaire

*« J'ai vécu le jour des merveilles
Vous et moi souvenez-vous-en
Et j'ai franchi le mur des ans
Des miracles plein les oreilles »*

Aragon

TABLE DES MATIERES

<i>Remerciements</i>	p 2
<i>Dédicaces</i>	p 9
<i>Liste actuelle des professeurs de la faculté de Tours</i>	
<i>Introduction</i>	p 16
<i>PARTIE I : Violences conjugales et relation d'emprise : mise au point bibliographique</i>	p 19
I° Définitions et cycle des violences conjugales	p 19
A) Définitions « des » violences conjugales.....	p 19
B) Le cycle de la violence domestique.....	p 25
C) Réalités épidémiologiques	p 28
1) Revue de littérature internationale	p 28
2) En France	p 29
3) Un véritable problème de santé publique	p 36
D) La question du dépistage	p 39
1) Pour un dépistage systématique des violences conjugales	p 39
2) Arguments et recommandations contre le dépistage	p 43
E) « Nouvelle » réalité juridique.....	p 45
1) Les violences conjugales face à la loi : du côté des victimes	p 45
2) Violence conjugale et devoirs du médecin	p 51
II° Violences conjugales et conséquences psychopathologiques	p 54
A) Violences conjugales et syndrome de stress post-traumatique	p 55
B) Violences conjugales et dépression	p 59
C) Violences conjugales et abus de substances	p 62
D) Violences conjugales et troubles somatoformes	p 64
III° Approche psychopathologique des violences conjugales psychologiques ...	p 66
A) Une pathologie du lien	p 67
1) L'illusion première de l'unité mère-bébé /L'illusion de la peau commune	p67
2) Le temps de la désillusion	p 68
3) Le temps des réaménagements	p 70

B) La relation d'emprise	p 72
1) Définitions et historique du concept	p 73
2) Pulsions d'emprise et relation d'emprise	p 75
3) Relation d'emprise et maîtrise.....	p 76
4) Les trois dimensions de la relation d'emprise	p 77
5) Les étapes de la mise sous emprise.....	p 81
6) Un mode de communication singulier.....	p 85
7) Une relation d'emprise universelle ou du registre pathologique ?	p 89

***PARTIE II : L'étude*** **p 96**

I° Objectifs et hypothèses **p 97**

II° Matériels et méthodes **p 98**

A) Sujets p 98

B) Instruments d'étude p 100

- L'échelle WEBS p 100

- L'échelle MINI p 101

- Le questionnaire CAPS p 103

C) Procédure de recrutement p 105

III° Résultats **p 108**

IV° Discussion **p 128**

V° Cas clinique **p 148**

Conclusion **p 153**

Bibliographie..... **p 155**

Annexes **p 169**

Serment d'Hippocrate..... **p 177**

Signature..... **p 178**

INTRODUCTION

La question des violences conjugales connaît actuellement un réel intérêt dans la littérature médicale internationale, tant sur le plan épidémiologique que psychopathologique : ces violences mobilisent une constellation de partenaires à la fois sociaux, juridiques, médicaux, tant elles constituent une problématique complexe et délicate. En France, longtemps sujet tabou, car naissant dans l' huis clos familial et la sphère privée, elles ont été décrétées « Grande cause nationale pour 2008 » par l'ex- Ministre Catherine Vautrin. Dans cette lignée, les rapports récents du Dr Coutanceau et du Professeur Henrion , exhortent les professionnels de santé au développement d'études relatives à ces violences.

Complexes et souvent méconnues, elles incluent un spectre de comportements violents à la fois physiques, sexuels et psychologiques. Si les études internationales se sont penchées sur le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles, très peu ont étudié le profil des femmes victimes de ces violences invisibles que sont les violences psychologiques.

La présente thèse se propose d'étudier le profil particulier de ces femmes.

Dans une première partie, nous présenterons une revue de la littérature décrivant les définitions, l'épidémiologie, l'approche juridique des violences conjugales ; nous aborderons ensuite leurs conséquences psychopathologiques ; enfin, nous tenterons d'apporter un éclairage sur la psychopathologie des violences psychologiques , en terme de pathologie du lien et de relation d'emprise.

Dans une deuxième partie, nous présenterons notre étude en définissant nos objectifs et hypothèses de travail, notre population d'étude, les instruments psychométriques utilisés, la procédure de recrutement. Nous décrirons et discuterons enfin nos résultats concernant le profil sociodémographique et clinique , la représentation subjective de ces violences par les femmes et leur acceptation d'un questionnaire de dépistage.

Nous concluons notre travail en insistant sur l'importance de la prise en compte de la dimension psychologique de la violence conjugale dans la prise en charge de femmes consultant aux urgences et la nécessité d'études ultérieures de corrélations entre violences psychologiques conjugales et conséquences psychopathologiques, en insistant sur la clinique psychotraumatique.

PARTIE I

**VIOLENCES CONJUGALES
et
RELATION D'EMPRISE :

MISE AU POINT
BIBLIOGRAPHIQUE**

I) Définitions et cycle des violences conjugales

A) Définitions

Bien qu'inscrite dans une réalité sociale désormais reconnue et bien repérée, la question des violences conjugales fait figure de véritable paradigme dans la pratique psychiatrique, tant semble grande la difficulté à penser le vécu psychique de ces femmes victimes en terme habituel de psychopathologie.

En effet, dans ce cas, la mise en jeu de la conscience morale de chacun, y compris du thérapeute, fait apparaître une difficulté supplémentaire :

« Nous sommes conduits à nous poser des questions fort angoissantes et qui nous concernent tous sur les raisons de l'incapacité de tant d'hommes de notre temps, d'organiser des personnalités où domine la vectorisation libidinale et créatrice » (Bergeret ;1984)

Pour éclairer la difficulté à définir et à appréhender ces violences, Welzer-Lang (1992) utilise l'image de l'iceberg (dont une partie infime émerge), pour rappeler que ce qui se montre à la surface, n'est que l'émergence de tensions quasi constantes et quotidiennes dans la relation de couple. Le visible ne serait alors qu'un épiphénomène difficile à circonscrire puisque manifestation d'une réalité cachée, mouvante et peu accessible.

On perçoit la difficulté d'appréhender la définition des violences au sein du couple dans l'évolution même du terme : de « femmes battues », (décrivant la représentation d'une époque où la violence était circonscrite aux brutalités physiques), on est passé au terme de violence conjugale ou domestique : vision moins victimisante et péjorative, stigmatisant moins chaque conjoint en terme d'agressé /agresseur, mais pointant surtout la dynamique du couple et la

problématique du lien . Ce terme de violence conjugale ou domestique, illustre la transformation de la représentation des violences privées puisqu'il permet la reconnaissance de leur composante psychologique .

Il semble primordial de distinguer la violence conjugale des simples conflits conjugaux. Par définition, le conflit est un mode relationnel impliquant la réciprocité entre les protagonistes et il susceptible d'entraîner du changement ; Il peut être envisagé comme une des modalités fonctionnelles des relations interpersonnelles durables ; La distinction des deux termes est une question de symétrie dans le rapport. Dans un conflit de couple « classique », il existe une divergence de points de vue mais une confrontation symétrique, égalitaire; Aucun protagoniste ne prend l'ascendant sur l'autre ; Dans le conflit de couple banal, l'identité de l'autre est respectée . Dans les violences conjugales au contraire, il existe une asymétrie de la relation, une tentative de prendre l'ascendant sur l'autre, pris dans une réelle relation d'emprise : il n'est pas respecté dans son altérité. La violence est par définition univoque, destructrice et anéantissant l'autre :

« La violence habituelle pour fonctionner n'a ni besoin de fin, ni de mobile » (Sofsky ;1998).

Une première définition des violences conjugales pourra ainsi être résumée en terme de relation de couple inégalitaire, asymétrique, avilissante, anéantissant l'autre dans son altérité.

Une définition classiquement attribuée à la violence conjugale correspond à « Tout acte qui implique l'usage de la force physique (au minimum, pousser ou bousculer) à l'endroit du conjoint ou du partenaire » . Cette définition présente une validité apparente et une mesure unidimensionnelle et dichotomique pour déceler la violence mais elle est pourtant critiquée du fait de son caractère trop restrictif . Dans leur concept de "mauvais traitements" (battering),

Edleson et Syers (1991) supposent un seuil de tolérance inférieur qui englobe d'autres dimensions comportementales pouvant nuire significativement à un autre individu tout en partageant les mêmes effets que les "mauvais traitements" physiques . Ils réfèrent ainsi à un syndrome de comportements inadaptés dans la relation abusive qui a pour but de contrôler et d'augmenter l'emprise d'un partenaire sur l'autre. Ils incluent ainsi dans la définition toute menace de violence, toute violence physique ou toute violence psychologique.

On retiendra donc, pour compléter notre définition, l'idée d'un spectre large des violences conjugales incluant violences physiques, sexuelles et psychologiques.

Diverses définitions sont données aux violences conjugales dans les études internationales ; Les différents pays participant à des études sur le sujet n'ont pas déterminé de définition consensuelle de la violence conjugale, surtout partagés sur le fait d'inclure ou pas les violences psychologiques . Il n'existe de plus aucune classification diagnostique des violences conjugales. On a donc choisi, par souci de clarté, de donner les définitions les plus prévalentes au travers des études internationales :

L'OMS dans le chapitre 4 de son « Rapport sur la violence et la santé », (OMS ; 2002) chapitre relatif aux violences du partenaire intime, évoque « Tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation (incluant) actes d'agression physique, violence psychologique (intimidation, humiliation, rabaissement), rapports sexuels forcés et autre forme de coercition sexuelle, comportements autoritaires ou tyranniques. Lorsque la violence se répète, elle est qualifiée de grave. » ; Nombre d'auteurs s'élèvent contre l'idée d'intensité de la violence pour se centrer plus sur le vécu émotionnel et psychologique de la

victime. Il apparaît en effet primordial de ne pas se focaliser sur la seule violence physique qui semble, la plupart du temps, intrinsèquement liée à la violence psychologique, plus sournoise car difficilement « appréciable ». La gravité de la violence conjugale vient du fait même qu'elle survient dans l'intimité : c'est la proximité affective qui crée la gravité de la violence :

« Là où circulent les affects les plus forts peuvent émerger les souffrances les plus intenses » (Hirigoyen ; 2006).

Souffron (2000) a proposé une typologie des violences conjugales en les distinguant en trois catégories : les violences physiques, psychologiques (verbales ou morales) et sexuelles.

Les violences physiques « classiquement » décrites car plus repérées comprennent dans sa classification les coups et blessures (avec tous les retentissements traumatologiques, gynécologiques ou autres), les tentatives de meurtre, les séquestrations, les « exclusions » forcées du domicile conjugal.

Concernant **les violences sexuelles**, Souffron distingue les pratiques imposées (imposer d'écouter, de voir un acte sexuel) et le viol. Si la question du viol conjugal ne fait pas l'unanimité au sein des professionnels de santé, juridiquement celui-ci est reconnu.

Les violences psychologiques semblent les plus délicates à décrire, pointées par certains détracteurs comme trop subjectives pour être prises en compte dans les études ; Il semble pourtant qu'il existe une grande homogénéité des faits recensés dans diverses études. Elles comportent les **agressions verbales ou menaces**, le **chantage affectif** (menacer de s'en prendre aux enfants en cas de rupture, de se suicider...), **insultes, dénigrement, mépris, contrôle** (des sorties, des dépenses, des appels téléphoniques...), **humiliations** (en privé, souvent devant les enfants ou en public, souvent en famille), **d'autorité exagérée** (imposer la façon de s'habiller, refuser à la femme de travailler, interdire de voir des amis, de parler à des

membres de la famille). Certains auteurs y ajoutent **la violence dite économique** consistant à priver la femme de ressources ou à l'empêcher d'avoir accès aux ressources.

Une dernière typologie proposée par Michael P. Johnson (1995) introduit l'idée qu'il existe deux types principaux de violence conjugale, nommément la « violence situationnelle » et le « terrorisme conjugal », qui se distinguent par la présence ou l'absence d'un pattern de comportements visant à exercer un contrôle général sur la victime (Johnson, 1995). Selon l'auteur, c'est ce type de violence qui est le plus souvent en cause. La violence situationnelle survient lors de conflits ou de différends ponctuels entre conjoints. Ce type de violence a de grandes chances d'être mutuel; Il risque peu de prendre la forme de la violence grave, de mener à une escalade de la violence et à des séquelles physiques ou psychologiques.

Quant au terrorisme conjugal, il dénote la volonté ou la compulsion de l'agresseur d'exercer un contrôle général sur le partenaire (Johnson ; 2006). Le recours à la violence physique ne constitue qu'un élément parmi d'autres dans une panoplie de comportements inscrits dans un pattern général de contrôle. La marque distinctive du terrorisme conjugal est donc l'existence d'un pattern de comportements violents ainsi que non violents qui traduisent une volonté générale d'exercer un contrôle sur le partenaire ; Il présuppose que le terrorisme conjugal est exercé quasi exclusivement par des hommes. L'auteur retrouve des conséquences différentes en terme de fréquence pour les deux types de violences et en conclut que chacun a peut-être des étiologies différentes donc nécessiterait une prise en charge singulière. L'auteur ne fait pas intervenir la notion de gravité de la violence dans ses définitions. C'est pour lui l'opposition entre un niveau élevé de conduites contrôlantes et un recours peu élevé à ces mêmes conduites qui constituent selon lui l'élément crucial pour la distinction des différents types de situations violentes

Pour conclure, on retiendra dans notre étude la définition des violences conjugales en terme de relation répétée, inégalitaire, asymétrique, visant au contrôle, à la domination, la maîtrise voire à la destruction de l'autre, par un pattern de comportements violents à la fois physiques, sexuels et psychologiques.

Nous nous intéresserons dans notre étude au pattern de comportements violents psychologiques incluant agressions verbales, menaces, chantage, insultes, dénigrement, humiliations et contrôles exagérés.

Force est de constater que, quelle que soit la définition et le type de violence, celle-ci inclut toujours l'idée d'une répétition des « passage à l'acte » (physiques, sexuels) et de comportements psychologiquement violents.

B) Le cycle de la violence conjugale

Si les auteurs ne s'accordent pas tous sur la définition, il semble que le cycle particulier de la violence conjugale lui, soit clairement décrit et défini. Les premiers spécialistes à avoir étudié le phénomène des violences conjugales (Walker ;1979) ont en effet décrit classiquement ce cycle : outre le caractère répétitif communément admis, il semble que la temporalité de ces violences soit particulière. Le couple vient s'articuler autour de cette répétition, dans une temporalité cyclique comportant une série de périodes identiques d'un cycle à l'autre, organisées entre elles. **Ce cycle comporte quatre périodes et retrouvé essentiellement dans les violences physiques et psychologiques.**

- L'avant-crise ou période précritique, est caractérisée par une montée de la tension entre les partenaires, instaurant une ambiance de plus en plus pesante, annonciatrice de la crise à venir ; La violence n'est ici pas clairement exprimée mais annoncée par des silences hostiles, des attitudes agressives, un ton irrité...etc. L'homme tente souvent de rendre la femme responsable de ses frustrations et difficultés quotidiennes. Cette période est de durée très variable allant de quelques minutes à plusieurs jours et a tendance à se raccourcir au fil des cycles. Pour les violences psychologiques, cette période peut être seule présente ; Dans ce cas, on constate souvent une aggravation de l'intensité des « passages à l'acte » verbaux (insultes, menaces de plus en plus précises et fréquentes, y compris menaces de mort)

- La crise ou période critique correspond au déroulement des comportements violents ; Il semble que le premier épisode violent survienne souvent pendant la grossesse ou en post partum précoce : on retrouve l'association d'une violence psychologique faite d'humiliation, d'insultes et/ou de violences physiques, caractérisés par les femmes comme un « déchaînement », une perte de contrôle dont l'aboutissement est toujours imprévisible ; Les hommes évoquent quant à eux l'éclatement d'une tension, une libération d'« énergie négative » accumulée. La plupart du temps, les auteurs décrivent chez les femmes une tristesse, un sentiment d'impuissance plus qu'un sentiment de colère et d'agressivité retournée, puisque toute réaction de colère peut aggraver la violence du partenaire. La crise s'achève à l'épuisement physique ou émotionnel d'un ou des deux partenaires. Dans le cas des violences psychologiques, cette période critique est décrite par les femmes en terme de déferlement d'insultes, de menaces.

-La période post-critique correspond à la restauration de la relation, du dialogue : le plus souvent, les femmes décrivent une prévenance particulière de leur conjoint associant demandes d'excuses, cadeaux, manifestations émotives de désespoir, pleurs, contrition ; Cette

période est aussi nommée « lune de miel ». L'homme reconquiert auprès de sa femme des sentiments positifs, tout en lui suggérant souvent de façon très efficace qu'elle porte l'entière responsabilité de ses propres agissements : en se déculpabilisant, pour aménager sa conscience, il la culpabilise . Il cherche à minimiser voire à annuler son comportement. La femme, ainsi « prévenue » peut « adapter son comportement » pour éviter que son compagnon ne recommence ; elle se place ici dans une attitude d'hypervigilance à tout signe précoce annonçant une nouvelle crise.

- La phase de latence correspond à un relatif retour à la normale de la relation.

Une dernière caractéristique semble être retrouvée dans l'augmentation à la fois de l'intensité des manifestations violentes au cours de la période critique mais aussi de la fréquence de ces périodes avec, en conséquence, un raccourcissement de la période de latence.

Il existe donc un cycle particulier où émergent progressivement des paliers, repérés par les conjoints eux-mêmes, puisque marqués d'un « événement » nouveau ,tant physique (blessure ayant pour la première fois conduit aux urgences...) que comportemental (départ du domicile conjugal, réponse à la violence par la violence retournée, violence dirigée pour la première fois sur les enfants ou en leur présence, recherche d'aide extérieure...). Cette notion de palier (indiquant finalement que certains cycles ne sont plus tout à fait identiques aux précédents), a amené C.Mastre (1985) à parler de spirale de violence conjugale :

« Le terme de spirale montrant mieux la continuité du processus (...) Ni lui ni elle ne repassent tout à fait par la même situation(...) la répétition ne se fait pas à l'identique (...) en réalité les partenaires changent en même temps que se dégrade leur relation »

C) Réalités épidémiologiques

1) Revue de littérature internationale

Au cours des quinze dernières années, les études relatives à la violence conjugale dans le monde, rapportent que 10 à 50% des femmes ayant vécu en couple ont connu ce type de violence et qu'entre 3 à 52 % d'entre elles décrivent ces violences au cours de l'année écoulée (Watts et al, 2002).

Selon le Rapport Mondial de l'OMS (Violence et santé ;2002), la violence infligée au partenaire (95 % du fait de l'homme vis-à-vis de sa femme), est un phénomène international, transculturel, retrouvé dans tous les niveaux de la société sans exception ; Cependant, il est remarqué que certains groupes sont plus touchés par le phénomène : bas niveau socio-professionnel, précarité sociale, population maghrébine, culture musulmane , alcoolisme ou toxicomanie du conjoint (Gonzales de Olarte et al,1999).

La plupart des femmes subissent de multiples agressions dans le temps, souvent plus d'une forme de mauvais traitements (association de violences physiques, sexuelles, psychologiques) (Mooney et al,1993). Une enquête japonaise a ainsi objectivé que 57% des japonaises victimes de mauvais traitements avaient subi à la fois des violences physiques, psychologiques et sexuelles.(Yoshihama et al, 1994).

Enfin, dans le cadre du National Violence Against Women Survey au Canada, le tiers des femmes ayant subi une agression physique du conjoint ont signalé qu'elles avaient craint pour leur vie à un certain moment au cours de leur relation (1993). Selon les données issues du Canada et des États- Unis les partenaires intimes seraient responsables de 40 à 70% des assassinats de leur conjointe, et ce, souvent dans le cadre d'une relation marquée déjà par la violence (OMS ;2002).

Quels que soient les chiffres et leur provenance, il convient de souligner que la violence exercée contre les femmes dans le cadre du domicile conjugal est universellement sous-signalée et que les taux donnés représentent « la pointe de l'iceberg en ce qui concerne les taux de violence » (traduction, Watts et al 2002)

2) En France :

Avant l'année 2000, la France ne disposait que de statistiques globales sur les violences déclarées par les femmes lors de consultations auprès d'organismes d'aide aux victimes. Cette vision, très parcellaire, ne pouvait donner l'ampleur du phénomène (bien que les chiffres, déjà à l'époque, semblaient inquiétants). Actuellement, les différentes administrations (policières, juridiques) ne donnent que des chiffres inhérents à leur activité : constats d'infractions relevées par la gendarmerie et chiffres relatifs aux condamnations pour crimes et délits par le ministère de la justice. Nous sommes confrontés à deux écueils : ces chiffres dépendent des déclarations et plaintes déposées : or, il existe un nombre limité de dépôts de plainte dans le cas des violences conjugales, du fait de la crainte des conséquences familiales, et sociales, la peur des représailles. D'autre part, les chiffres donnés par la Police, ne permettent pas d'isoler les violences conjugales et leurs statistiques ne sont pas sexuées. Enfin, les institutions policières sont confrontées aux nombreux retraits de plainte, biaisant ainsi les chiffres certainement très inférieurs à la réalité des violences.

Dans sa résolution de 1997, le Parlement européen souligne que « Dans la majeure partie des cas, les sévices ne sont pas signalés à la police essentiellement en raison de l'absence d'instruments juridiques, sociaux et économiques appropriés pour protéger les victimes, et qu'en conséquence (ces violences) demeurent un délit largement toléré » ; et de rajouter que

« Les statistiques ne peuvent pas rendre compte de l'ampleur du problème puisqu'il existe un défaut de prise en compte du phénomène pourtant croissant des menaces, intimidations et sévices psychologiques ».

Il a fallu attendre l'année 2000, pour que le projet d'enquête ENVEFF (Enquête Nationale sur la Violence Envers les Femmes en France) donne les premiers résultats épidémiologiques sur les violences au sein du couple : elle a consisté en une enquête téléphonique de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et ne vivant pas en institution. Relative à la violence faite aux femmes dans la sphère privée et publique, elle a été la première étude d'envergure sur le thème. Elle a permis de mettre en évidence l'inquiétant silence régnant autour de la question et l'occultation des violences subies par les femmes.

On a pu tirer les chiffres suivants de l'enquête ENVEFF, en rappelant toutefois qu'une seule donnée relative aux violences psychologiques (à savoir la typologie de ces violences psychologiques) a été dégagée .

a) D'un point de vue sociodémographique :

La violence conjugale sévit dans toutes les classes sociales , même si certains facteurs associés peuvent apparaître : le *chômage*, la *précarité sociale*, le *bas niveau socio-économique* multiplieraient par 3 le risque de violences conjugales physiques ou sexuelles ; 13.7% des femmes interrogées en situation de chômage ou allocataire du RMI ont subi des actes de violence conjugale au cours des 12 derniers mois. De même les *étudiantes*, celles *élevées en institution* sont plus souvent victimes ; *Les immigrées de première ou deuxième génération originaires du Maghreb ou de l'Afrique Subsaharienne* sont également plus

victimes. La fréquence des violences est dans l'ensemble multipliée par deux chez les femmes d'origine africaine (19,3% contre 10%) et celle des violences très graves multipliée par trois . Elles peuvent avoir lieu à l'occasion d'un mariage forcé. (10,8% versus 2,2%) .

Les *femmes jeunes* (20 à 24 ans), sont deux fois plus touchées que leurs aînées (15,3% versus 8% au-delà de 45 ans). On observe une diminution du taux global des violences conjugales avec l'avancée en âge, reliée par les auteurs à la baisse des déclarations des violences et harcèlements psychologiques , sûrement lié à un phénomène d' « habitude » des femmes vivant la situation depuis longtemps et ne considérant, à la longue, plus ces faits de harcèlement comme violents.

b) Anamnèse des femmes victimes de violences conjugales physiques/sexuelles :

L'enquête objective que 68 % des femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles reportent un antécédent de maltraitance physique dans l'enfance ou l'adolescence ou avec un partenaire précédent. De plus, les personnes qui, enfants, ont assisté à des violences domestiques auraient 4 fois plus de risque d'être victimes d'agressions sexuelles ou physiques dans leur couple.

L'enquête ajoute que 35% de ces femmes ont un ou des antécédents psychiatriques ou de prise en charge psychologiques.

c) Profil du conjoint :

L'instabilité professionnelle du conjoint représente un impact fort sur la violence domestique physique puisqu'elle se retrouve chez 26 % des individus chômeurs sans indemnités.

L'alcoolisme du conjoint est recensé chez 12% des femmes enquêtées, mais semble sous-estimé aux vues des enquêtes américaines réalisées (30 à 40 %) qui ne peuvent cependant pas être comparées pour des raisons de méthodologie. On doit distinguer les authentiques alcoolodépendants, des alcooliques occasionnels qui ne deviennent violents que lors d'une prise d'alcool facilitant le passage à l'acte et « diluant » le Surmoi .

Dans l'étude de Thomas et coll., *la prise de drogues*, non signalée il y a dix ans, est désormais présente dans 10% des cas chez le conjoint. Elle atteint et dépasse 30% dans certaines séries nord-américaines.

Enfin, il est important de noter que les violences sont souvent commises par les conjoints avec lesquels les femmes ne vivent plus. Les *ex conjoints* ont ainsi une part non négligeable parmi les agresseurs puisque 12.1% des femmes déclarent, de la part de l'ex conjoint, des violences verbales ou psychologiques, surtout dans le cadre de la garde des enfants ; 5.4% ont été harcelées, 6.2% ont vu leurs enfants menacés (enlèvement, homicide), 3.7% ont subi une tentative de viol et 1.3% un viol.

d) Typologie et statistiques des violences physiques/sexuelles

Il faut noter premièrement que dans 85% des cas , ces femmes déclarent deux types de comportements violents, associant toujours la composante psychologique (violence physique et psychologique ; violence sexuelle et psychologique) voire l'association des trois types .

Près d'une femme sur 10 a déclaré avoir subi des violences verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex-conjoint, et ce au cours des douze derniers mois.

Les agressions physiques répétées sont prépondérantes : 71% des femmes violentées par leur conjoint déclarent une agression « plus d'une fois » et 24.4% déclarent « plus de 10 fois » contre 3.4% de violences répétées plus de 10 fois dans la sphère publique.

Les agressions sexuelles semblent également notables dans les relations de couple : les auteurs d'agression sexuelle soient majoritairement des hommes connus de la femme, où le conjoint ou ex-conjoint représente 46.9% de rapports sexuels forcés (contre 30% dans les espaces publics) et 7% pour les attouchements. Le mariage est en effet loin de protéger contre les violences, notamment sexuelles au sein du couple, malgré son caractère d'institution légale

De plus, 6.7% des femmes estiment le niveau de violence grave ; le niveau très grave regroupe les situations de cumul de tous les types d'agression, les « enfers conjugaux » représentent 2.7% des femmes en couple (que l'on peut rapprocher du terrorisme conjugal de Johnson)

e) Place des violences psychologiques :

L'enquête ENVEFF révèle qu'elles sont prépondérantes (> 50% au total) par rapport aux violences physiques ou sexuelles ; le seul écueil relevé vient du fait que la prévalence des femmes victimes uniquement de violences psychologiques n'est pas indiquée.(cf tableau récapitulatif ci-après issu de l'enquête ENVEFF)

Age	20-24 ans	25-35 ans	35-44ans	45-59ans
Insultes et menaces verbales	6.1%	4.1%	4.3%	3.9%
Chantage affectif	2.7%	1.4%	2.3%	1.6%
Pressions psychologiques	51.2%	40.1%	35.4%	32.6%
Harcèlement moral	12.1%	8.3%	7.5%	6.5%
Agression physique	3.9%	2.5%	2.5%	2.2%
Viol Pratiques Sex. imposées	1.2%	0.9%	1%	0.6%

Si l'enquête ENVEFF est la première étude sur les violences faites aux femmes, elle reste isolée, notamment concernant les violences conjugales. Elle a permis d'objectiver la forte prévalence des violences psychologiques dans la dynamique violente globale au sein du couple, phénomène qui n'a cependant pas encore été étudié isolément.

Il semble important pour finir de relater également les cas d'homicides dans les cas de violences domestiques : six femmes meurent chaque mois du fait de la violence domestique. Dans une étude rétrospective menée à l'institut médico-légal de Paris (Lecomte et al 1998) sur la période de 1990 à 1999, 652 homicides ont été relevés commis sur des femmes par leur conjoint ou ex conjoint ; la moyenne d'âge de l'auteur de l'homicide est de 45.5 ans ; l'auteur

est dans 31 % des cas le mari et dans 20% un partenaire. En 2005, les nouveaux chiffres des mêmes auteurs objectivent au 31 décembre 2004, 253 homicides supplémentaires. Ainsi entre 1990 et 2004, ce sont 905 femmes qui sont décédées, victimes d'homicides de la part du conjoint. Les agresseurs sont antérieurement connus comme violents ou alcooliques chroniques : on décrit d'ailleurs souvent un ensemble de comportements psychologiques violents précédant les passages à l'acte : on peut poser l'hypothèse que la prévention des violences conjugales psychologiques, va bien au-delà de l'amélioration de la qualité de vie, et se pose là en tant que préservation de celle-ci....

Au terme de cette revue de littérature épidémiologique , nous avons constaté le manque de données épidémiologiques uniquement relatives aux femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Or ,il apparaît clairement dans l'enquête ENVEFF que ces violences psychologiques sont prépondérantes au sein du couple violent et peuvent être même le seul mode d'expression de la violence .

Le spectre de celles-ci semble extrêmement large ; l'emprise, la domination, la menace, l'intimidation, sont ici des phénomènes bien difficiles à objectiver...

Nous avons donc donné les principaux chiffres relatifs aux violences physiques et sexuelles qui nous serviront de base de comparaison pour commenter les résultats de notre étude.

3) Un véritable problème de santé publique

Les conséquences de la violence conjugale physique et sexuelle sont multiples d'un point de vue somatique et ne sont pas ici le propos du sujet de la thèse.

Elles constituent un réel problème de santé publique pour plusieurs raisons :

° D'une part, elles inquiètent fortement les professionnels de santé en gynécologie obstétrique puisque les femmes enceintes ou dans le post- partum semblent dangereusement surexposées.

Il semble en effet, que la grossesse soit une période particulièrement vulnérable pour les violences domestiques : dans une étude récente en Grande Bretagne (Richardson et al ;2002), elle apparaît même comme un facteur de risque de violence conjugale puisqu'une femme enceinte a 2 fois plus de risque d'être battue. Pendant cette période de vulnérabilité, la violence peut débuter, s'accroître ou cesser de façon temporaire (Janssen et al ;2003). 64% des femmes déclarent que la violence s'accroît pendant la grossesse (Stewart et al ;1993) et 85 % d'entre elles ont estimé que la violence subie pendant la grossesse s'était accentuée à la suite de la naissance de l'enfant (Stewart ;1994) ; Lorsque la grossesse n'est pas planifiée ou voulue, la femme a quatre fois plus de risque de subir la violence du conjoint. (Heise ;1993). Enfin, les femmes victimes de violences physiques ont plus souvent déclaré des fausses couches antérieures (31% contre 17% pour celles qui n'ont pas subi de violence).

Il n'existe pas d'étude sur le lien entre climat conjugal anxiogène, violences psychologiques seules et conséquences négatives sur la grossesse.

° En outre, les violences conjugales se révèlent être un véritable problème de santé publique si l'on considère que les femmes victimes surconsomment tous les systèmes de soins disponibles, le plus souvent en cachant la raison de leur consultation. Ainsi, la probabilité

d'avoir été hospitalisée est significativement plus élevée lorsque les femmes ont subi des agressions par leur conjoint (Campbell et al ; 2002). Aux Etats-Unis, les études montrent qu'un quart des femmes ayant accès aux urgences sont victimes de violences conjugales dont 20% d'entre elles de violences conjugales psychologiques.

° D'autre part, ces femmes sont plus nombreuses à prendre des psychotropes (30% lorsqu'elles déclarent plusieurs épisodes violents, 20% lorsqu'elles en déclarent un contre 10% lorsqu'elles n'en déclarent pas) (ENVEEF ;2000). Leur appréciation de leur état de santé est moins bonne que les femmes " non victimes " de violences domestiques (Henrion ; 2001) Selon l'Organisation mondiale de la santé, les femmes victimes perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime coûte deux fois et demi plus chère à la société que celle des autres femmes (OMS ; 2002)

° Les violences contribuent également à surcharger l'activité des services de secours de la police et à encombrer les tribunaux. A Paris, en 2000, 49% des « mains courantes » et 60% des interventions nocturnes de la police ont concerné des violences familiales (Morvant et al ; 2000)

° L'impact économique des violences dans le couple n'avait jamais été mesuré, jusqu'à une étude récente (2006), par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE) qui a remis une estimation financière au ministère de la Cohésion sociale et de la Parité : les violences conjugales coûteraient chaque année environ un milliard d'euros à l'État. Pour en arriver à ce résultat, les auteurs de l'étude ont évalué à plus de 380 millions d'euros les coûts médicaux - hospitalisations pour fractures, problèmes pendant la grossesse ou consommation de psychotropes. Ils ont ajouté à ces frais le prix du traitement policier et judiciaire des affaires (232 millions) et celui de la prise en charge des victimes par l'État. Le « coût humain » des violences conjugales - décès évitables, handicaps à la naissance - a enfin été estimé à 305 millions d'euros environ. Il ne s'agit que d'une estimation « à minima »,

puisqu'ils n'ont pas mesuré le coût des violences psychologiques. Catherine Vautrin, ancienne ministre déléguée à la cohésion sociale en 2006, a demandé tous les efforts pour que les violences conjugales soient la grande cause nationale de 2008.

°Enfin, les violences constituent un problème de santé publique dans le sens où les professionnels de santé sont quotidiennement confrontés au problème mais restent encore très en difficulté pour l'appréhender. En effet, entre 22 et 35 % des femmes recourent aux services d'urgence (Campbell et al ; 2002) , service le plus « propice » à recevoir les confessions de femmes , dans le sens d'une disponibilité 24h/24 et d'un relatif anonymat. Les professionnels de santé (essentiellement les médecins généralistes, les urgentistes hospitaliers, les gynécobstétriciens) sont donc les premiers interlocuteurs des femmes victimes, deux fois plus souvent que la police, la justice ou les associations (ENVEEF ;2000).

La réponse la plus souvent apportée par ces professionnels est en majorité la prescription de psychotropes (Rhodes & Levinson ; 2003): cette constatation illustre le malaise encore trop fréquent des professionnels de santé vis-à-vis de ces femmes victimes ; malaise alimenté par le manque de formation précise au cours du cycle d'études médicales concernant la prise en charge des victimes ; malaise dû également à la difficulté d'aborder le sujet sans être trop intrusif ; malaise enfin expliqué par le manque de propositions concrètes et consensuelles pour la prise en charge d'un phénomène « médico-juridico-social ». Les rapports récents des Dr Henrion et Coutanceau exhortent l'ensemble des intervenants auprès de ces femmes victimes , à débiter des études sur le sujet, afin de pouvoir établir un plan consensuel de prise en charge, tant pour les victimes que pour les agresseurs.

Ainsi, l'aide à apporter à ces femmes est extrêmement complexe et la question de l'intérêt d'un dépistage systématique se pose : en effet, comment repérer ces femmes qui vivent dans le silence, embuées dans l'épais brouillard de l'emprise ?

D) La question du dépistage

1) Pour un dépistage systématique de la violence conjugale:

Les impacts négatifs physiques et psychologiques de la violence conjugale sur les femmes ont été démontrés dans de nombreuses études outre Atlantique et on l'a vu , dénoncés dans les rapports ministériels récents (Rapport Henrion, 2001 ; Rapport Coutanceau 2005).

Bien que ces impacts négatifs de la violence conjugale soient parfaitement reconnus même quand l'abus cesse, la violence conjugale n'est pas facilement identifiée par les services médicaux, et ce, quelle que soit la spécialité.

L'enquête ENVEFF évoquée ci-dessus, a objectivé l'occultation majeure des violences par les femmes qui subissent les violences : l'enquête fait apparaître que de nombreuses femmes ont parlé pour la première fois des violences subies à l'occasion de l'enquête, que 2/3 d'entre elles avaient gardé le silence sur les violences sexuelles et 39% d'entre elles sur les violences physiques.

Du fait des difficultés d'identification des femmes victimes de violence conjugale mais de l'importance de cette identification pour une intervention précoce, il a été mis en place des essais de dépistage systématique dans de nombreux pays (Canada, Etats-Unis , Grande-Bretagne) . Il existe depuis, des débats vifs au sujet de ce dépistage, débats consécutifs à des méta-analyses et directives cliniques, évoquant l'idée qu' « aucune recherche n'avance que l'évaluation et /ou les interventions menées dans des milieux de santé entraînent des effets nocifs pour les patientes » (Ramsay et al ; 2002)

Ramsay et al en 2002 ont rapporté les conclusions du Département de la Santé de Grande-Bretagne : il est recommandé que les professionnels de santé utilisent le dépistage de certaines ou de toutes les femmes , en routine , dans les services de gynécologie-obstétrique

(questionnaire fait plusieurs fois au cours de la grossesse) et dans les services d'urgence (si un protocole de prise en charge précis a été défini et qu'il est fait par des professionnels formés). Rhodes et Levinson en 2003 , ont rapporté les même conclusions pour les États-unis ; L'American College of Obstetricians and Gynecologist propose un questionnaire court pour toutes les femmes enceintes lors de l'anamnèse. Sullivan et al en 2002, présentent un argument typique en faveur du dépistage systématique (traduction) : « L'identification précoce de femmes victimes de violences conjugales est essentielle pour tenter d'éliminer ce problème majeur ainsi que les problèmes de santé inhérents à celui-ci. ; Le dépistage universel devrait être le moyen le plus efficace d'identifier ces femmes. Les signes de violence ne sont pas toujours visibles et si les médecins comptent sur la présence de ceux-ci pour questionner la femme sur la violence, ils risquent de manquer celle-ci. Ils pourraient même sous-diagnostiquer et sous-estimer le risque sur la santé physique et mentale et prescrire un traitement qui pourrait par la suite mettre en péril le bien être physique et psychologique de la femme victime. »

Nombre d'études appuient donc l'idée d'un dépistage de routine afin d'évaluer le plus précocement possible le retentissement physique et psychologique et de proposer un traitement ou une prise en charge adaptée , propositions qui pourront aussi éviter les conséquences à long terme de cette violence. Il semble primordial pour tous ces auteurs d'étendre la conscience et la connaissance des professionnels de santé sur les conséquences à long terme de telles violences et ce, même quand la violence cesse. Les femmes ne font souvent pas le lien entre les symptômes actuels et la violence passée : Questionner sur la violence passée semble donc essentiel dans l'anamnèse de toute patiente.

Pour aller dans le sens du dépistage systématique, de nombreuses études ont questionné l'acceptabilité de ce genre de dépistage auprès des femmes.

40% des américains considèrent la violence intra familiale comme un problème très sérieux dans le pays; plus de 85% des américains pensent qu'ils pourraient se confier à un médecin s'ils étaient victimes ou auteurs de violences familiales (soit légèrement plus que s'ils se confiaient à un prêtre, rabbin ou pasteur et nettement plus qu'à un officier de Police); plus de la moitié des personnes interrogées pensent que le médecin est en mesure de contrôler ou de réduire la violence familiale. Ces chiffres livrés par l'American Medical Association encouragent le dépistage de la violence intra familiale en soulignant la place du médecin dans la prise en charge de ce problème.

Les études qualitatives ont identifié le type de réponses que les femmes victimes recherchaient : Bates en 2001 ,Rodriguez en 2001, Fulfer en 2007, ont étudié les facteurs qui permettent aux femmes de raconter leur histoire. L'attitude du médecin en face d'elles est l'élément le plus important : associant confiance, compassion, soutien, compréhension, attitude d'empathie, attitude non jugeante et non moralisatrice . La validation de l'expérience traumatique par un médecin est l'élément le plus important pour les femmes victimes : le fait que le médecin reconnaisse la violence, l'entende, sans vouloir être forcément interventionniste, apparaît crucial. Les femmes ont également indiqué qu'elles avaient le sentiment que le fait de poser des questions simples, directes concernant la violence conjugale était une intervention efficace permettant de réduire l'isolement, de valider l'expérience traumatique, d'aider à identifier les liens possibles entre les symptômes et leur situation de vie, d'offrir éventuellement des renseignements (Punukollu et al 2003 ; Fogarty et al 2002). Rompre le silence, engager un processus de changement, améliorer l'estime de soi et la qualité de vie sont encore d'autres arguments apportés par les femmes victimes questionnées (Bradley et al ;2002). Les études qualitatives auprès des femmes victimes ont également montré que l'approche la plus réaliste est le questionnement direct, par des questions simples, courtes et peu nombreuses : les questions portant sur les comportements (gifles, coups de

pieds...) ou sur les relations sexuelles sans consentement s'avèreraient moins ambiguës que celles utilisant des mots comme sévices ou agression. Aucune étude n'évoque sur ce sujet, les violences psychologiques.

Parmi les stratégies proposées aux médecins pour évoquer la situation avec les victimes, on retrouve la normalisation : « Je pose ces questions à toutes les patients que je rencontre » ; la préoccupation et l'empathie « Je me demande si les violences dont vous faites l'objet n'ont pas un effet d'aggravation sur vos maux de tête, de ventre... ». Les études ont enfin montré que la façon dont les questions sont posées, revêt une plus grande importance que les mots utilisés.

Zink (1997) conseille de simples introductions au dépistage telles que : « Parce que la violence domestique est très fréquente dans la vie d'une femme, je vais commencer par vous poser les questions que je pose à toutes les femmes... », « Parce que les rapports familiaux et les problèmes de la vie quotidienne peuvent avoir un impact sur la santé, j'ai l'habitude de commencer par ces questions avec mes patientes... ».

Devant des blessures, l'auteur recommande des questions simples telles que :

« J'ai vu beaucoup de femmes porteuses des mêmes blessures que les vôtres. Certaines d'entre elles m'ont confié que quelqu'un les avait battues, Est-ce votre cas? ».

Enfin, quelques exemples de réponses immédiates sont données :

« Je suis désolé de ce qu'il vous arrive. »; « Vous ne méritez pas ça » ; « On peut vous venir en aide si vous le voulez ».

Eisenstat (1999) rappelle que le médecin doit soutenir l'initiative de la victime qui a choisi de parler en lui assurant qu'il la croit et qu'il connaît des correspondants qui vont pouvoir l'aider.

L'argument ultime des auteurs est que poser une ou quelques questions sur la violence conjugale est sans danger comparé à la situation dangereuse dans laquelle se trouve la femme victime et qui risque de s'aggraver si le silence dure. Taket et al en 2003, ont objectivé le fait

que dépister et conseiller , parfois orienter les femmes , permettait une diminution des incidents violents et une amélioration de la qualité de vie.

Dans le cas des violences psychologiques , « l'invisible du phénomène » on peut se demander comment, sans l'aide d'un dépistage, (du moins une aide à l'élaboration), ces femmes victimes pourront être aidées.

2) Les arguments et recommandations contre le dépistage de routine :

Le soutien des auteurs d'Outre Atlantique vis-à-vis d'un dépistage n'est cependant pas unanime.

Les difficultés vis-à-vis du repérage de la violence ont été largement étudiées en Amérique du Nord dans différentes spécialités médicales (médecine générale, gynéco-obstétrique); dans l'étude de Sugg (1992) , les médecins interrogés expriment leur manque de clairvoyance (lié au fait qu'ils s'identifiaient à leurs patients), leur peur de choquer, leur impuissance, leur perte de contrôle de la situation (contrôle qui revient à la patiente), leurs contraintes de temps.

L'American Medical Association (AMA) insiste sur le manque de connaissances et de formation des médecins, sur le manque de ressources disponibles pour les victimes .

En France, une étude récente en médecine générale (Morvant et al ; 2000) a révélé que les médecins sont en moyenne confrontés à la violence conjugale deux fois par an. Deux tiers gèrent la situation seuls . 80% des médecins pensent qu'il s'agit d'un problème difficile voire très difficile à gérer. Les difficultés rencontrées sont essentiellement dues à la femme elle-même (ambivalence, peur des problèmes financiers ou des représailles, déni, refus

d'abandonner l'agresseur) et à leur exercice (problème de temps, de disponibilité, de communication, de manque de formation). Dans cette même étude, seuls ¼ accepteraient de réaliser un dépistage systématique ou chez certaines femmes à risque.

De nombreux détracteurs du dépistage (Taft ;2002), développent l'idée qu'un dépistage de la violence conjugale, problème psychosocial, traite ce sujet comme une « maladie » : « L'usage d'un terme biomédical comme celui de dépistage est indésirable puisque le « traitement » n'est pas exclusivement « administré » par les professionnels de la santé mais bien par la communauté toute entière » (Taft ; 2002) . Le deuxième argument est le risque d'augmenter le taux d'identification des femmes victimes : avant de dépister ces femmes , Taft pense que le système de santé devrait être sûr de pouvoir répondre de façon approprié aux femmes et aux demandes particulières inhérentes à ce sujet. Pour lui, des réponses inappropriées ou insuffisantes pourraient compromettre la sécurité des femmes et pourraient amener au pire à une « re-victimisation », une stigmatisation et une perte d'espoir , aboutissant à ne pas reconsulter. D'après l'auteur enfin, le risque est de stigmatiser la femme comme une « malade » , le plus souvent avec un « diagnostic » de victime et parfois un diagnostic psychiatrique associé (femme « dépressive », femme « anxieuse » , femme « traumatisée »...) risquant d'après lui de compromettre d'éventuelles décisions juridiques relatives à la garde des enfants par exemple. Il craint aussi les représailles possibles du conjoint violent si une totale confidentialité n'est pas respectée. En revanche, Taft et bien d'autres ne s'opposent pas farouchement à l'idée que les professionnels de santé interrogent les patientes par des questions simples sur la violence conjugale, mais posent leurs réserves sur le dépistage systématique par des questionnaires validés.

Bien qu'on ne puisse évidemment pas conclure et recommander un programme de dépistage systématique, les auteurs reconnaissent la violence domestique comme problème de santé publique et préconisent pour le moment de poser des questions brèves et directes relatives au

sujet (Rhodes et Levinson 2003) , questions vécues la plupart du temps comme non invasives et sans danger.

Pour conclure, en France, les rapports ministériels et les préconisations actuelles des experts dans le domaine incitent à mettre en place des études pour tester la faisabilité et l'acceptabilité d'un questionnaire simple et de le tester à la fois auprès des professionnels de santé et auprès de toutes les femmes. Notre étude s'inscrit dans cet objectif.

Les systèmes juridiques, on l'a vu , sont quotidiennement confrontés à ces violences conjugales : nous verrons ici comment le nouveau Code Pénal facilite la prise en compte de ces victimes, y compris pour ces violences invisibles que sont les violence psychologiques

E) Nouvelle réalité juridique

1) Les violences conjugales face à la loi : du côté des victimes (voir annexes)

a) Historique

La question de la violence conjugale renvoie à la fois au comportement agressif de tout être humain mais aussi au statut de la femme au cours des siècles et civilisations. Ce type de violence a en effet été longtemps admis comme naturel, signe de la supériorité masculine (Souchon ;1980).

La législation en matière de violence conjugale a longtemps été en très grand décalage par rapport aux faits et à la réalité vécue . A certaines époques et dans certaines sociétés, l'homme

jouissait de la liberté de « disposer » de sa femme, et possédait un droit total de vie ou de mort sur celle-ci, considérée souvent comme inférieure. Elle a longtemps été la « propriété du mari ».

Ainsi en Mésopotamie ancienne, les documents en sumérien ou akkadien évoquaient des crimes de la femme par son mari qui « étranglaient leur épouse » pour l'avoir surprise avec son amant. L'argument souvent retrouvé (et encore donné dans certaines cultures) était que l'adultère risquait là, de perturber la filiation et par là même les fondements de la famille.

Au Moyen Age, la réputation des hommes passe par celle de leur épouse mais également de leur mère et de leurs filles : tout ce qui remet en cause la vertu de la femme peut entraîner sa mort, en général perpétrée par le mari « bafoué et humilié » ; ainsi, le destin de la femme est choisi et désigné par l'homme qui procède au mariage, voire à la négociation de la femme. De plus, les juridictions de l'époque autorisent les maris à se venger par la mort de leur épouse, voire de l'amant : l'adultère de la femme est reconnu officiellement à cette époque comme un crime. On peut citer par exemple le cas de Lerou Dubourg ayant tué sa femme adultérine que le Procureur défendit comme suit : « Sa femme a failli, il reste le grand justicier de son honneur ». Plus tard, si la femme échappe à la mort, elle peut demander la clémence du juge et de son mari qui pourra, s'il accepte, « éduquer » sa femme pour « éviter la récidive » .

Les nouvelles législations de 1791 et de 1832 ne font que pérenniser la tolérance vis à vis de ces hommes violents voire criminels. Les femmes doivent se contenter d'une activité domestique, extérieure à la société civile, et sont donc considérées comme des mères ou ménagères, loin des fonctions sociales que certaines désirent. Cette identification de la femme à la communauté familiale dépouille la femme de son individualité. La femme est le principe spirituel (l'âme) du foyer, l'homme en est le principe juridique.

Le cantonnement de la femme à la sphère privée s'accroît lorsque l'homme est reconnu dorénavant, à la Révolution, comme un sujet autonome, participant directement à la

souveraineté politique. La Révolution , grâce à des figures comme Olympe de Gouges, a reconnu aux femmes une personnalité civile qui leur était jusque là refusée. Elles ont acquis une stature citoyenne : elles sont devenues des êtres humains à part entière, capables de jouir de leurs droits, libres de leurs opinions, de leurs choix et bénéficient de l'abolition de l'ordre, de la hiérarchie, de l'esclavage. Les grandes lois de septembre 1792 sur l'état civil et le divorce traitent à égalité les deux époux. La femme mariée est délivrée de la tutelle maritale. La loi dispose par ailleurs que le mariage se dissout par le divorce, soit par simple incompatibilité d'humeur, soit par consentement mutuel.

En 1804 , le Code Napoléon réinscrit malheureusement l'enfermement des femmes au sein de la famille et redonne aux femmes un statut discriminatoire , régit de façon inégalitaire les relations entre les sexes: considérées comme des mineures, elles sont soumises, jusqu'en 1970, à l'autorité du père et du mari. Ainsi, à la question " qu'est ce que la femme ", la réponse apportée est claire : un être de second rang si elle n'est pas mariée, un être mineur et incapable si elle est mariée. Nuls droits politiques ou civils ne lui sont accordés. Le code civil consacre ainsi l'incapacité juridique totale de la femme mariée qui est considérée comme une éternelle mineure (majeure seulement pour ses fautes) : Interdiction de toucher elle-même son salaire ,contrôle du mari sur la correspondance et les relations , répression très dure de l'adultère pour les femmes ; La violence conjugale est ici « légalisée » ! Si l'adultère est un délit, la femme adultérine est passible de prison, l'homme adultérin d'une simple amende. Le devoir conjugal est une obligation, il n'y a pas de viol entre époux. .

Ce n'est qu'en 1970 que l'autorité paternelle est remplacée par « l'autorité parentale » ; Désormais, la notion de chef de famille est supprimée. Les époux assurent ensemble la direction morale et matérielle de la famille. Avec les mouvements féministes des années 70, on voit s'ouvrir une nouvelle ère pour la femme et ses droits. Elles dénoncent pour la première fois les violences conjugales. 1976 voit la création de SOS Femmes Battues. Le

premier refuge de femmes battues voit le jour en 1978 à Clichy ; depuis, des dizaines de centres pour femmes victimes de violences conjugales ont vu le jour.

Pour conclure , les violences conjugales physiques ne sont reconnues dans les représentations populaires et légalement , que récemment : les violences psychologiques, elles, ne le sont pas ou très peu . Le visible, « l'image choc », indispensables dans nos sociétés modernes pour frapper la conscience, n'existent pas dans ces violences silencieuses et sournoises. On va voir que c'est par le système juridique que la reconnaissance de ces violences psychologiques a démarré.

b) Les nouvelles législations

Dans le nouveau Code Pénal, de nombreuses lois récentes ont permis une réelle progression dans la prise en compte juridique des violences conjugales et ont consacré l'idée de l'adaptation de la peine en tenant compte de la victime plutôt que de ne restreindre cette peine qu'à la personnalité de l'auteur.

Ainsi, la loi n° 92-683 du 22 juillet 1992, portant réforme des dispositions du Code pénal mentionne que **la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une circonstance aggravante des "atteintes volontaires à la personne"**. Même s'ils n'ont entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT), ces faits de violence sont constitutifs d'un délit, donc passibles du tribunal correctionnel. La loi élargit le champ d'application de la circonstance aggravante à de nouvelles infractions : meurtre (art. 221-4 C.pénal), viol (art. 222-24 C.pénal) et agressions sexuelles (art. 221-4 C.pénal). Elle supprime ainsi une incohérence du code pénal qui ne traitait pas les violences au sein du couple de manière identique

Aux termes de l'article 132-80 du Code pénal , **la circonstance aggravante** prévue au premier alinéa **est également constituée lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint ou l'ancien concubin de la victime, ou par une personne liée ou ayant été liée à la victime par un PACS.**

Il est à noter que la grossesse est retenue dans l'état de vulnérabilité , comme circonstance aggravante.

La gravité de la sanction est la même pour des faits commis pendant l'union ou après la séparation du couple, sans limite temporelle, à condition qu'ils aient été commis en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime.

La loi du 4 mai 2006 permet **la reconnaissance légale du viol entre époux** . Désormais, la présomption de consentement aux actes sexuels , accomplis dans l'intimité de la vie conjugale, ne vaut que jusqu'à preuve du contraire.

La loi n° 2004-439 du 26 mai 2004 permet désormais à l'épouse de demander au juge aux affaires familiales, en référé (procédure d'urgence), **l'éviction du conjoint violent** . Pour finir, la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales permet de **faciliter l'éviction du domicile de l'auteur de violences** (conjoint ou concubin) à tous les stades de la procédure devant les juridictions répressives, tout en prévoyant la possibilité d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique.

La notion de menace est aussi très importante, présente au quotidien dans le cas de violences conjugales (et souvent « unique » élément objectivable dans le cas de violences psychologiques), elle **est punissable** (même si elle n'est pas matérialisée par un écrit, une image ou autre support.) par l'article 222-17 ; Ainsi, ce dernier alinéa est primordial dans la reconnaissance de la violence psychologique. En effet, si elles peuvent poser un problème sur le plan de l'objectivation dans le champ social, elles peuvent désormais se rapprocher du harcèlement psychologique ou moral, aujourd'hui plus lisibles et peuvent relever d'un

certificat médical et être décodées judiciairement. Elles requièrent cependant souvent l'existence de témoins pour une réelle prise en charge judiciaire. A défaut, l'appréciation d'une situation psychologique garde des éléments difficiles à appréhender par les juges, même si la réalité est douloureuse et destructrice. Actuellement, les juges accordent une attention toute particulière à la dimension psychologique de ces violences conjugales, souvent précurseurs de passage à l'acte physiques voire médico-légaux.

Concernant la procédure pénale, il existe des incohérences du fait essentiellement de l'opportunité des poursuites reconnue au Procureur de la République : le traitement judiciaire de ce type de violences est très variable en fonction des parquets. Il a été montré que six mains courantes ou dépôts de plainte sont nécessaires statistiquement avant que la septième ne permette d'enclencher une procédure. Il est évident qu'une réponse judiciaire ne peut suffire à elle seule à dissuader ce type de violence.

Signalons cependant qu'en 2003, 6961 condamnations pénales ont été faites pour infraction volontaire sur le conjoint soit 20 % des condamnations pour violences. A noter que ce chiffre en augmentation, peut être expliqué par les conséquences des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique incitant les victimes (ainsi que les témoins éventuels) à révéler davantage les violences subies, mais aussi du fait certain d'une plus grande implication des services de police et de la justice, notamment dans la qualification des faits de violences psychologiques, de harcèlement moral, plus difficilement objectivables.

2) **Violences conjugales : droits et devoirs du médecin**

La prise en charge médicale de la femme victime de violences conjugales , est délicate, quelle que soit la spécialité, notamment par rapport à la loi .En effet, le spécialiste reste partagé en permanence entre son devoir de secret professionnel (art 226-13 CP)et son devoir de protection de la patiente (art 223-6 CP) .Les articles du Code Pénal relatifs à ces deux obligations mettent le professionnel de la santé en difficulté dans le sens de la contradiction qu'ils impliquent.

L'art 39 quinquies précise que les dispositions de l'article relatif à la diffusion d'informations par le médecin, ne sont pas applicables lorsque la victime a donné son accord par écrit. Or l'accord de la patiente , victime , est souvent bien difficile à obtenir : de plus , le retrait de plainte est extrêmement fréquent également.

Enfin si l'article 226-14 stipule que le secret n'est pas applicable "*à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations dont il a eu connaissance* » , ceci n'est applicable qu'aux mineurs de moins de 15 ans et aux personnes vulnérables mais pas aux femmes victimes.

En outre, les articles du Code de déontologie médicale viennent confirmer et renforcer le conflit et la contradiction entre le devoir de protection et de porter assistance et le secret professionnel.

L'article 9 : "*Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.*"

De plus l'article 44 précise : "*Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.*"

Cet article , constituant le pendant de l'article 226-14 du code Pénal, ne vise pas spécifiquement les violences conjugales mais celles faites aux enfants, aux personnes âgées et handicapées.

Cependant , dans l'article 4, on note : "*Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.*"

Si l'article 222-14 du Code Pénal permet une transparence et une clarté complète par rapport à la violence faite aux enfants, celui-ci est beaucoup moins clair par rapport à la violence conjugale : l'obligation de porter secours n'est pas notifié clairement dans un texte de loi et est laissé à la discrétion et l'appréciation du médecin qui a en charge la victime .Ce sont le sens de la responsabilité et la conscience personnelle du praticien qui doivent dicter à celui-ci sa décision : il ne s'agit pas de se retrancher derrière le code de déontologie lorsque la vie d'une personne est en danger. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins incite les praticiens à une extrême prudence dans l'évocation de maltraitance « Il doit cependant faire preuve de prudence et de circonspection car il ne dispose pas toujours de certitudes mais seulement de présomptions et son action pourrait porter préjudice aux victimes » mais ne mentionne à aucun moment le cas particulier des femmes victimes de violences conjugales...

Il ne s'agit pas pour le médecin de judiciaireiser sa prise en charge : la patiente d'ailleurs ne consulte pas forcément pour cela ; en revanche , elle cherche par une première approche et parfois même la première révélation de ces violences, à engager une relation de confiance progressive, qui l'amènera peut-être ultérieurement à élaborer des stratégies plus précises pour échapper à ce cycle de violence et à l'affronter. Plus la fragilité de la femme est avérée, plus impérative est l'obligation d'agir : état de santé inquiétant, grossesse, présence d'enfants

au foyer, répercussions psychologiques graves avec syndrome dépressif, idéations suicidaires, tentatives de suicide. Il s'agit pour les professionnels de santé de bien faire la différence entre la constatation d'un état physique ou psychologique inquiétants et la désignation de l'auteur des violences. Cette dernière n'est évidemment pas du registre du médecin et la plupart des affaires de violation du secret professionnel se sont cristallisées autour d'une confusion entre constatation médicale objective et désignation du « coupable ».

Le cas de conscience ne se posera réellement que si la femme refuse obstinément tout soutien et toute solution alors qu'elle paraît être en danger de mort.

On voit bien comment, dans le cas de violences psychologiques, non « objectivement constatables » le praticien va se confronter à ce cas de conscience...Il faut en outre que la patiente donne son accord pour une violence qu' elle ne reconnaît souvent pas comme telle...

II) VIOLENCES CONJUGALES ET CONSEQUENCES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Les conséquences de la violence conjugale, tant physique, psychologique que sexuelle, sont multiples et maintenant bien documentées depuis une dizaine d'années, essentiellement dans les études américaines ou canadiennes (Ehrensaft et al , 2006) qui ont, depuis presque dix ans, mis en place des protocoles de dépistage et de prise en charge, devenus dans certaines spécialités routiniers. Très peu d'étude ont étudié séparément les conséquences psychopathologiques de chaque composante violente (physique, sexuelle et psychologique).

On décrit des séquelles psychologiques de la violence conjugale, séquelles non spécifiques à ce traumatisme mais inhérentes à tout traumatisme psychique, particulièrement si celui-ci est répété. Une étude datant déjà de 1980 (Post et al ; 1980) , relative à des patientes hospitalisées dans un service de psychiatrie nord-américaine, évoque que plus de la moitié avaient été victimes de violences conjugales . Dans l'ensemble , les femmes victimes de violences conjugales reçoivent 4 à 5 fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale (Henrion ;2001).

Concernant les ravages psychologiques causés par la violence conjugale, le Professeur Henrion évoque :

-des troubles « émotionnels » de type colère, honte, culpabilité, impuissance, dévalorisation, anxiété de plus en plus forte, en lien avec un climat d'insécurité voire de terreur .

-des troubles psychosomatiques de type douleurs abdominales, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensations d'engourdissement des membres, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression.

- des troubles anxieux (20 % dans les situations cumulées de violences associant le plus souvent violences physiques et psychologiques)

-des troubles du sommeil : insomnie d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars

-des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie, boulimie

-des troubles cognitifs avec difficultés de concentration, d'attention, perte de mémoire ; Des changements dits « cognitifs » dans la capacité de percevoir la situation et les différents moyens pour modifier celle-ci, avec une apparente « soumission » ou démission de la femme vis à vis de son conjoint

La violence conjugale peut également être associée à de véritables pathologies psychiatriques telle que décrites ci-après.

A) Violence conjugale et syndrome de stress post-traumatique

Pierre Janet entre autres auteurs, a décrit un mécanisme psychologique protecteur des événements traumatiques qui font effraction dans le psychisme : la dissociation.

« Alors il me sembla ne plus exister, mon âme s'envolait de mon corps , flottait dans les airs » : c'est ainsi que Bram Stoker dans son roman Dracula, illustre magnifiquement le phénomène. Processus inconscient par lequel certaines pensées sont séparées du reste de la personnalité et fonctionnent indépendamment, la femme devient alors l'observateur extérieur de l'agression dont elle est victime . C'est là un moyen « économique » de survie, stratégie pour supporter la violence, pour éviter de perdre la raison , face à ce traumatisme inimaginable, insupportable mais pourtant presque « passivement supporté » tant l'issue semble impossible. La dissociation opère donc ici une séparation entre le supportable et l'insupportable, filtrant l'expérience vécue douloureuse, effrayante, répétée

Les victimes développent donc, en péri-traumatique, des états hypnoïdes de conscience modifiée pour se soustraire à l'impact traumatique d'un événement . On parle de trouble dissociatif de type déréalisation dépersonnalisation, trouble dissociatif de l'identité (classification internationale CIM 10 et DSM IV). Le DSM IV la décrit comme la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement.

Ces états dissociatifs péri-traumatiques peuvent être à l'origine de véritables troubles psychotraumatiques de type syndrome de stress post –traumatique (PTSD) , correspondant à un retour de l'information (encodée au moment du traumatisme dans un état de conscience parallèle lorsque les défenses de l'individu ont été dépassées) .

Ce n'est que très récemment que le terme de PTSD a été utilisé dans le cas des victimes de violences conjugales psychologiques : il n'est en effet pas habituel de parler de stress post-traumatique à propos de victimes de « perversion morale » puisqu'on réserve cette dénomination aux personnes ayant été confrontées à un évènement dans lequel leur sécurité physique ou celle d'autrui a été menacée (notion de mort imminente, de menace à l'intégrité physique). Toutefois, le Général Crocq, considère que les « menacés, les harcelés, et les diffamés » sont des victimes psychiques (1994) qui ont été placées dans un état de siège virtuel qui les a obligées à être sur la défensive, notamment par le mécanisme de dissociation. **Ainsi, les violences conjugales psychologiques, sont désormais considérées comme de véritables traumatismes psychiques.**

On retrouve classiquement les symptômes suivants de PTSD : expériences itératives des évènements traumatiques (pensées intrusives, flash – backs, cauchemars), réactions émotionnelles et physiques exagérées, provoquées par un événement gâchette qui rappelle le traumatisme ; stratégie d'évitement des activités , des lieux, des pensées ou des conversations qui rappellent le traumatisme ; état d'hyperexcitation avec réactions exagérées à toute

stimulation, hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration, troubles dissociatifs à type de déréalisation, de dépersonnalisation.

La victime souffrant de PTSD revit l'expérience traumatisante, avec des pensées, des images, souvenirs qui l'envahissent spontanément ou lors d'évènements rappelant ou symbolisant la situation traumatique. Ceci explique le fait que les femmes victimes de violences conjugales expérimentent les intrusions et autres symptômes post-traumatiques même à l'arrêt de la relation violente.

Les cauchemars répétitifs souvent terrifiants, où se rejouent des scènes, des mots, des humiliations, peuvent aboutir à une lutte contre le sommeil. L'évitement quant à lui empêche la victime d'affronter les angoisses et par là même de les contrôler, induisant donc un phénomène de répétition de ces intrusions angoissantes : la victime vit ainsi dans un état permanent d'inquiétude, d'hypervigilance épuisante. Cet épuisement vient perturber les fonctions cognitives de mémoire, d'attention ; la victime est focalisée sur la survenue de ces intrusions, de ces reviviscences, dans une hypervigilance vaine pour essayer « d'anticiper » la prochaine « attaque ». On parle non pas d'une répétition de type névrotique mais littérale : le psychisme n'a pu intégrer les traumatismes répétés (impensés car impensables), qui sont demeurés présents, et fixés à la psyché. Les cauchemars (qui n'ont ici rien à voir avec un quelconque désir névrotique) sont un des meilleurs exemples de cette répétition littérale puisque la victime revit littéralement les scènes violentes, telles qu'elles se sont déroulées.

Le lien entre violence conjugale et augmentation du risque de PTSD est désormais bien documenté : une étude récente (Pico-Alfonso ;2005) a confirmé le fait que les femmes victimes de violences conjugales ont des taux supérieurs aux femmes sans violence conjugale, et ce, chez des femmes sans autre traumatisme antérieur décrit. On décrit des taux de prévalence de 45 à 60% de PTSD chez les femmes victimes de violences conjugales

cumulées (physique et psychologique le plus souvent) (Cascardi,O’Leary et al ; 1999). La sévérité de la violence conjugale est corrélée avec l’intensité des symptômes du PTSD (Golding ;1999). Très peu d’études ont réellement tenté d’évaluer la contribution de chaque type de violence conjugale dans le développement du PTSD. La plus récente en 2005 (Pico-Alfonso ;2005), a étudié le rôle de chacune des dimensions violentes. D’après ces résultats, il existe une association forte entre PTSD et chaque type de violence conjugale pris individuellement , mais particulièrement à **la composante psychologique (violence psychologique, relation d’emprise), définie dans plusieurs études comme le prédicteur le plus fort de PTSD chez une femmes victime.**(Pico- Alfonso ; 2005. Sackett et Saunders ; 1999). De nombreuses études montrent de plus , que la violence psychologique peut avoir à elle seule un impact grave sur la santé mentale de la femme victime, et semble avoir un effet indépendant sur le développement du PTSD (Sackett et al ; 1999.Coker et al ; 2000. O’Leary ;1999) ; **L’impact de la violence psychologique sur le risque de PTSD est donc statistiquement plus fort que la violence sexuelle puis la violence physique** (Dutton et al ;2001 . Arias et al 2002 ;2006).Il a été montré que **plus le niveau de violence psychologique est élevé et plus les symptômes post-traumatiques sont sévères et marqués** (Tolman et al ; 1997). L’augmentation du risque de développer des symptômes de PTSD dépendrait de la durée, de la fréquence , de la sévérité mais aussi du type de violence subie.

Même si les études sont parfois en contradiction sur ce point, certaines objectivent que les femmes ayant des antécédents d’abus dans l’enfance auraient une vulnérabilité plus importante à la violence conjugale notamment physique ou sexuelle (Bensley et al ;2003). Une étude récente (Coid et al ; 2001) a montré d’ailleurs sur un échantillon de 1200 femmes que les expériences répétées de violences dans l’enfance augmenteraient par trois le risque d’être victime plus tard de violence conjugale , le plus fréquemment physique. A l’inverse, les femmes victimes de violences conjugales seraient plus exposées à d’autres expériences

traumatiques à l'âge adulte, suggérant peut être que leur vulnérabilité résulterait d'un cumul des expériences traumatiques.

B) Violence conjugale et dépression

Contrairement aux études reliant violences psychologiques et risque de PTSD, **aucune étude n'a été retrouvée spécifiquement sur l'association dépression et violences psychologiques.**

Dans les cas de violences physiques ou sexuelles, la dépression est fréquente et frapperait 38 à 83% des femmes selon les études (Cascardi, O'Leary et al ;1999). Etre impliqué dans une relation conjugale violente entraîne une augmentation certaine du risque d'épisode dépressif majeur (Ehrensaft et al ; 2006) : avoir subi une relation violente par exemple entre 24 et 26 ans multiplierait par deux le risque d'épisode dépressif majeur à 30 ans (Ehrensaft et al ;2006) Dans le groupe des violences conjugales, 32% ont plus de deux diagnostics associés dont un diagnostic d'épisode dépressif majeur.

Les femmes ayant des symptômes dépressifs importants déclarent davantage avoir subi la violence de leur partenaire. Dans une étude portant sur les femmes consultant leur médecin de famille (Bradley & Smith ; 2002), 67 % des participantes atteignant un seuil clinique à une échelle de dépression rapportent également avoir été victimes de violence physique de la part de leur conjoint actuel ou précédent, confirmant, entre autres, les effets à long terme sur l'affect dépressif des victimes (Campbell & Soeken ; 1999).

Ces dépressions sont caractérisées par des pertes d'estime de soi, une prudence excessive, un repli sur soi, des troubles du sommeil et de l'alimentation, des idéations suicidaires et des

tentatives de suicide. Elles peuvent être la conséquence d'une situation dans laquelle la femme se sent ou est réellement en impossibilité de fuir la situation ou d'empêcher l'emprise et le contrôle de son partenaire. Les affects dépressifs peuvent être également dus au sentiment que la vie de couple arrive à son terme, à une incertitude concernant l'avenir, au deuil à faire de cette relation idéale dont elle avait rêvée, à une crainte des représailles (notamment celle de perdre la garde de ses enfants), à la crainte des difficultés économiques en cas de départ du domicile conjugal. La forte proportion de femmes violentées éprouvant des symptômes dépressifs, ainsi que celle de femmes ayant une histoire de violence conjugale chez les femmes dépressives, illustrent la pertinence d'étudier davantage la nature du lien entre ces deux phénomènes.

On peut considérer la dépression comme une réponse adaptée à un contexte relationnel hostile : dans une perspective éthologique du phénomène (Gilbert ;2000), l'inhibition comportementale associée à l'état dépressif signifierait un état de soumission pouvant contribuer à mettre fin à une situation potentiellement agressive ou dangereuse pour l'intégrité physique et/ou psychologique de la femme, une sorte d' « hibernation » volontaire, de « mise à distance psychique ». Gilbert a répertorié diverses situations susceptibles de provoquer une perte d'estime de soi avec un état dépressif, parmi lesquelles on retrouve : les attaques directes à l'estime de soi faites d'humiliations, plaçant la femme dans une position subordonnée et le phénomène de la fuite bloquée , dans laquelle la femme ne veut et ne peut échapper à une situation aversive car empêchée physiquement ou psychologiquement (peur des conséquences, qu'elles soient réelles, comme l'isolement ou internalisées comme la certitude de ne pouvoir s'en sortir seule) ; Dans le cas d'attaque à l'estime de soi, la soumission peut être utile pour diminuer le risque d'une agression prolongée. Biglan et al ont d'ailleurs montré en 1990 comment l'expression d'un affect dépressif pouvait contribuer à diminuer l'hostilité du conjoint. Enfin, la subordination , souvent consciente sans être

volontaire , peut s'accompagner de sentiment d'insécurité, d'impuissance, d'infériorité jusqu'à la dépression clinique avec incapacité à prendre des décisions ou à passer à l'action (Gilbert ;2000).

Dans une intéressante étude , Boucher et al (2006) ont cherché à définir une vulnérabilité à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales en y rattachant les notions de dépendance et d'autocritique. Plusieurs études ont montré en effet que les personnes très préoccupées par les relations interpersonnelles sont plus vulnérables au développement de symptômes dépressifs (Zuroff et al ;2005) : parmi les circonstances pouvant induire un épisode dépressif majeur chez ces personnes vulnérables se retrouvent les violences domestiques. En reprenant les théories classiques de Beck (1983) ou Blatt (1974) postulant deux configurations de la personnalité comme facteur de risque de dépression, on retrouve la notion de dépendance et celle d'autocritique : les personnes de profil « dépendant » ont essentiellement des préoccupations centrées sur les relations interpersonnelles, tandis que les « autocritiques » sont centrées sur l'estime de soi (Zuroff et al ;2005). Les personnalités dépendantes selon Blatt ont la crainte permanente de l'abandon et le désir d'être prises en charge, prises en compte, aimées et protégées, avec une tendance à vouloir maintenir de bonnes relations interpersonnelles, mais avec persistance d'un sentiment de faiblesse, d'impuissance et de solitude. Les personnalités autocritiques cherchent , elles, l'approbation, afin d'être rassurées sur leur valeur personnelle ; elles ont une faible estime de soi, une crainte de la désapprobation ; Très ambivalentes par rapport aux relations interpersonnelles , elles ont souvent des sentiments de honte, de culpabilité. Selon Blatt et Zuroff (1992) certains évènements provoquent un affect dépressif chez ces personnalités : dans le cas des « dépendantes » les situations impliquant perte, menace , risque de perte de la relation les rendent particulièrement vulnérables , tandis que pour les « autocritiques » , l'affect dépressif est plus lié à la perte de la performance, affectant l'estime de soi, l'image de soi. O'Leary et

al, considérant la violence conjugale comme évènement de vie lié à la sphère relationnelle, la voient comme un domaine critique pour les personnalités dépendantes ; considérée comme acte de domination visant la subordination d'une personne, affectant l'image et l'estime de soi, la violence conjugale entraîne également une vulnérabilité particulière chez les « autocritiques » .

En outre, les tentatives de suicide sont fréquentes (21%) chez les victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles (Ehrensaft ; 2006). Soit passage à l'acte impulsif sans réelle élaboration psychique permettant de les expliquer , elles sont souvent le fait de personnalités borderline, (dans le cas d'automutilations notamment) , leur permettant d'éprouver et de ressentir leur corps (corps souvent déshumanisé, désaffecté, chosifié). Ces passages à l'acte peuvent aussi être compris comme une remise en acte de la violence subie (physique ou psychologique) comme une répétition littérale (quand le psychisme n'a pas intégré certains traumatismes, indicibles et impensables, ceux-ci demeurent fixés, tels qu'au départ, comme gravés dans la psyché). Enfin, ces passages à l'acte peuvent être élaborés comme une réelle délivrance, un moyen d'échapper à la situation violente.

C) Violence conjugale et abus de substances

Les abus de substances psychoactives et médicamenteuses (prescrites par les médecins consultés) sont fréquents (Stark et Flitcraft ;1988) . La consommation de psychotropes parmi ces femmes est 4 à 5 fois plus élevée que dans la population générale (Stark et al ;1991) : 30% lorsqu'elles déclarent plusieurs épisodes violents, 20% lorsqu'elles en déclarent un contre 10% lorsqu'elles n'en déclarent pas (ENVEEF ;2000)

Concernant le tabagisme, une étude récente a pu montrer que l'on retrouvait 45% de femmes consommatrices dans un groupe de femmes victimes de violences physiques (Jun, Rich-Edwards et al ; 2007)

Concernant la consommation d'alcool, dans un échantillon communautaire de 406 femmes mariées, Ratner (1993) a constaté que celles qui déclaraient être maltraitées physiquement étaient 8,1 fois plus susceptibles d'avoir une dépendance à l'alcool que celles qui n'avaient pas été maltraitées. Le taux de prévalence correspond dans cette étude à 12%. Selon une enquête menée auprès de femmes violentées à la recherche de soins, 46% des femmes ayant subi une agression sévère du conjoint ont déclaré avoir été ivres une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à 36% des femmes victimes de violence mineure et à 16% des femmes n'ayant subi aucun mauvais traitement.

Concernant la consommation de substances illicites, dans un échantillon d'usagers, 20% des femmes qui consomment régulièrement de la cocaïne et 31% des femmes qui en font usage de façon modérée ont été victimes de violence de la part de leur partenaire. (El Bassel, Gilbert et al ;2005). Dans la même étude, 10% des consommatrices régulières d'héroïne sont victimes ou ont été victimes de violences conjugales, violences qui précèdent la consommation. Entre 25 et 33% des femmes toxicomanes et victimes de violences souffrent d'un syndrome post-traumatique actuel (Stark et al ; 1991).

Ces abus sont interprétés par certains auteurs comme une tentative d'automédication pour faire face à l'anxiété et au climat de peur, d'hypervigilance constante. Elle est interprétée également comme une tentative d'« étourdissement », d'anesthésie physique et psychique, afin de supporter et surmonter les attaques, souvent quotidiennes, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles.

Enfin, les femmes qui connaissent des problèmes de consommations toxiques sont plus à risque d'être victimes de violence conjugale et possiblement de commettre certains actes

violents ; Les sondages menés en vue de documenter la portée de la violence conjugale et de la toxicomanie dans une population sous-estiment généralement l'étendue et la sévérité du phénomène à double problématique ; L'absence de classification diagnostique pour la violence conjugale et les fréquentes contradictions relevées dans les déclarations de violence entre les partenaires compliquent l'analyse des liens existants entre les deux problématiques. Les explications des liens existants entre la toxicomanie et la violence conjugale sont multiples et ont été analysées sur la base de différents concepts et approches. Différents modèles ont été proposés pour expliquer la relation entre les deux problématiques, essentiellement basés sur l'idée d'un trouble de la personnalité chez les femmes victimes (personnalités borderline, anxieuse...) ou sur l'idée d'une conséquence directe de traumatismes pendant l'enfance. Aucune de ces théories n'a été validée.

D) Violence conjugale et troubles somatoformes

Qu'ils soient considérés par certains comme « dépression masquée », comme phénomènes conversifs par d'autres, les troubles somatoformes tels que définis par le DSMIV sont fréquents chez les femmes victimes de violences conjugales, qu'elles soient physiques, sexuelles ou psychologiques : « La plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. Une douleur considérée comme psychogène mais survenant au cours d'un trouble dépressif ou d'une schizophrénie ne

doit pas être classée ici. ». Le DSM IV décrit les céphalées psychogènes ,dorsalgies psychogènes, douleurs somatoformes et psychalgies.

Dans le cas des violences conjugales, on retrouve fréquemment décrites des céphalées, des douleurs lombaires, douleurs abdominales (jusqu'au syndrome du colon irritable) , douleurs pelviennes (plus fréquemment retrouvées dans les cas de violences conjugales sexuelles) ; Ce tableau algique est fréquemment associé à une fatigabilité, une raideur musculaire (liée à la tension permanente et à l'hypervigilance) (Coker, Smith et al ; 2000).J.M Thurin dans son ouvrage, *Une vie sans soi* (Clinique et interprétation des maladies psychosomatiques) en 1996, a parfaitement évoqué ces troubles psychosomatiques dans le sens où ces femmes, de part leur expérience traumatique, passent à côté d'elle même, ayant le plus grand mal à vivre dans leur corps.

III) APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA VIOLENCE CONJUGALE PSYCHOLOGIQUE

Avec une lecture uniquement sociologique , les violences conjugales de tous types , peuvent apparaître comme un phénomène social complexe, qui s'enracine profondément dans les rapports sociaux de sexe ; les auteurs de ces violences ayant intégré les schémas de pensée dominants sur la relation homme-femme : la violence serait dans ce type de raisonnement unique, liée à la pyramide sociale du pouvoir et au système patriarcal.

Ce sont essentiellement les groupes féministes qui se sont attelés à la définition des violences conjugales dans un modèle social de domination masculine. Selon eux, la société préparerait les hommes à occuper un rôle dominant, qui, s'ils n'y parviennent pas naturellement, le feraient par la force.

« Les processus sociaux de construction de la masculinité et de la féminité préparent les comportements qui peuvent aboutir à la violence conjugale » (Gillioz, De Puy et al ;1997)

Selon la théorie de l'apprentissage social, les comportements violents s'acquièrent par l'observation des autres et se maintiennent s'ils sont valorisés socialement. D'après de nombreux auteurs, si un garçon a été élevé par un père violent, son organisation psychique a été modifiée et il a intégré que le recours à la violence pouvait faire partie d'un mode de fonctionnement. Selon C.Desjours (1998) « la virilité se mesure précisément à l'aune de la violence que l'on est capable de commettre contre autrui, notamment contre ceux qui sont dominés, à commencer les femmes »

Il est bien évident que l'on ne peut réduire l'explication des violences conjugales uniquement à cet angle de vue, même si l'on ne peut nier complètement sa participation.

Si les études épidémiologiques ou cliniques se sont peu penchées sur la dimension psychologique de la violence conjugale, certains auteurs ont pensé cette violence en terme de psychopathologie. Nous évoquerons ici deux approches complémentaires à savoir celle d'une pathologie du lien et celle de la relation d'emprise.

A) Une pathologie du lien

On peut se demander comment une relation amoureuse peut se transformer en une relation de domination, alliant peur, menace, destruction de l'autre. Cette psychopathologie semble difficile à comprendre sans la compréhension de celle du lien amoureux et sans l'utilisation du modèle conceptuel de Winnicott modélisant la séparation originelle mère-nourrisson . Il semble en effet qu'il y ait avant tout une pathologie du lien. Nous basculerons dans ce chapitre du modèle théorique de Winnicott à la modélisation du lien amoureux .

1) L'illusion première de l'unité mère-bébé et de la « peau commune »

° Dans les premiers temps de vie, le nourrisson voit sa mère comme un appendice de lui-même : le besoin de nourriture et l'excitation sensorielle secondaire sont satisfaits immédiatement par le sein maternel : cette apparition quasi instantanée et magique à chaque fois qu'il la réclame, l'apaise et le maintient dans l'idée de la persistance infinie et continue de celle-ci. Le besoin crée la satisfaction , dans une forme de toute puissance, sans espace perçu entre lui et sa mère ; toute- puissance qui ne lui permet pour l'instant pas de percevoir une réalité autre que celle de son vécu propre.

° Au départ d'une relation amoureuse, l'amour naissant entre deux individus, correspond à la certitude d'avoir trouvé son double, jumeau de sexe opposé, impliquant l'euphorie chez

chacun, revivant ici le vécu d'intimité avec sa propre mère lorsqu'il était nourrisson : relation initiale de fusion, impression d'unicité avec la mère et ici le compagnon. Les protagonistes du couple ne font alors plus qu'un : Anzieu en 1986 évoque une « peau commune », se représentant les amoureux comme « imaginativement reliés par le fantasme d'une peau commune, reduplication de la peau commune à la mère et à l'enfant ». Chacun se baigne dans l'illusion de l'unité, unité du Moi, Moi idéal satisfait à l'intérieur de l'enveloppe commune ; cette satisfaction se double également d'une toute-puissance où aucun élément extérieur ne peut perturber l'harmonie.

« La raison originare semble être la peur de la solitude, le besoin archaïque d'un étayage des fonctions psychiques sur un objet primordial, la nécessité de parer l'angoisse d'un retour à l'état de détresse lors des frustrations, des échecs, des stress de l'existence. L'objet primordial est celui qui a jadis protégé de cette détresse. L'énamouration apporte la révélation, au sens quasi religieux du terme, que cette personne-ci est une réincarnation de l'objet primordial. Dans l'état d'exaltation amoureuse, qui est généralement l'état fondateur du couple du moins dans la culture occidentale, s'instaure la double croyance que le partenaire est l'objet qui compte par-dessus tout pour moi et qu'il a lui-même le désir d'être cet objet primordial pour quelqu'un, moi en l'occurrence - comme la mère a voulu l'être autrefois pour son tout-petit qui, de son côté, la mettait en place d'être cet objet. » (Anzieu, 1986)

2) Le temps de la désillusion

° En faisant l'expérience de la frustration et du manque, le nourrisson se rend compte de l'altérité de sa mère et du fait qu'elle n'est pas une continuité de lui-même : il fait là l'expérience de la limite temporelle de la frustration, recourt à des activités autoérotiques avec remémoration, fantasme, rêve : moment d'intégration du passé, du présent et du futur. C'est

aussi le temps de la désillusion et de l'apparition des angoisses. B.Lempert insiste ici sur l'importance du regard, particulièrement celui de la mère : « Si le premier regard au lieu d'être aimant se fait jugeant, alors s'ouvre un chemin de violence qui sera long » ; C'est là que se dessine l'aire transitionnelle , aire où l'illusion est maintenue, aire d'expérimentation neutre, de jeu , ce qui va permettre à l'enfant d'appréhender , sans traumatisme, sa mère comme objet qui lui est extérieur tout en se reconnaissant lui-même comme sujet. Cette étape fondamentale voit aussi la désignation de l'objet transitionnel, qui ne sera jamais questionné quant à son statut d' « objet objectif » (un bout de tissu) ou d'objet subjectif représentant de la mère en lieu et place pendant son absence. Pour passer le cap de la désillusion vers la réalité il faut que le nourrisson puisse détruire l'objet subjectif, image intériorisée du sein maternel. C'est par la destruction de l'objet subjectif que l'enfant acquiert la capacité à pouvoir situer cet objet à l'extérieur de lui-même. Il introjecte l'image de la bonne mère rassurante et projette celle de la mauvaise mère, du mauvais sein frustrant.

° En miroir, le couple passe par une phase de perte de l'illusion de l'unité. Chacun découvre l'autre dans son altérité, dans ses propres désirs, parfois à l'encontre des siens propres . En faisant le constat que la bulle de protection initiale ne durera pas, chacun doit alors s'aménager une bulle propre qui va malgré tout inclure celle de l'autre. Cette étape est fondamentale dans la compréhension de ce qui peut se jouer dans la violence du couple : elle assure en effet une base solide pour aborder les relations à autrui et renvoie au fait de faire appel à la capacité de gérer la relation entre ce qui est objectivement perçu (la réalité extérieure) et ce qui est subjectivement conçu (le propre vécu du sujet) . On peut dire qu'au moment de la « découverte de la non –unité », il faut que chaque partenaire parvienne à introjecter une image rassurante du conjoint et à détruire en la projetant l'image inquiétante du conjoint.. Ainsi, même en l'absence de celui-ci, cette image rassurante évite à chacun d'expérimenter l'angoisse du manque d'objet. Chaque partenaire peut se trouver en incapacité

de détruire cette image subjective de l'autre partenaire, du fait d'un défaut d'apprentissage de la destruction primitive de la mère subjective.

3) Le temps des réaménagements

A partir de ce moment peuvent apparaître des « aménagements » qui peuvent se révéler pathologiques (notamment sur le mode violent) aménagements décrits par Anzieu :

« La phase suivante, de désillusion, peut entraîner soit la dissolution du couple qui reconnaît avec amertume et ressentiment s'être aveuglé sur lui-même, soit, au travers d'une crise et son dépassement, la réorganisation des relations d'objet entre ses membres et l'évolution des fonctions psychiques exercées envers l'autre, ceci s'effectuant grâce à l'encadrement par des fantasmes nouveaux de peau familiale. »

° Dans la plupart des cas, il existe un réaménagement et une réorganisation des rapports internes et de ceux établis avec le monde extérieur : le couple transforme son espace en l'ouvrant sur l'extérieur, aboutissant à une relation moins illusoire.

° Dans d'autres cas, le Moi est substitué par la naissance d'un premier enfant, apparition d'une illusion familiale, entraînant la naissance d'une nouvelle peau commune, familiale ; Ruffiot parle même d'appareil psychique familial. Cependant, cet enfant, « appendice », porteur de l'illusion familiale, du nouveau projet de vie, peut aussi devenir, et ce, déjà pendant la grossesse, une menace pour l'équilibre du couple et une menace identitaire pour le père. L'enfant est ici perçu comme l'intrus qui vient rompre la relation fusionnelle de l'homme à « sa » femme ; il peut craindre d'être évincé. Dans sa difficulté à être père parfois,

resurgissent les angoisses liés à des expériences précoces parfois difficiles, liées à sa relation avec sa propre mère. Il lui faut alors renoncer à sa position d'enfant ou d'adolescent pour prendre celle de père, position de paternité qu'il récuse parfois jusqu'à douter même de la véracité de cette paternité « est-il bien de moi ? ». Ceci peut expliquer, en partie, l'émergence de violences au moment de la première grossesse ou dans le post - partum précoce.

° Dans d'autres cas, l'un fait le choix de trouver une tierce personne avec qui il pourra revivre la fascination amoureuse des débuts : il recherchera en permanence cette « illusion initiale ».

° Consécutif souvent de l'aménagement précédent, vient celui du mode violent, conflictuel, répétitif au sein d'un huis clos où ni l'un ni l'autre ou du moins un des protagonistes n'est pas prêt à abandonner l'idée d'une enveloppe unifiante. L'autre est rendu responsable de la désillusion, de la perte de l'enveloppe commune (c'est tout autant le nourrisson qui se « retourne » et attaque le sein nourricier, mauvais .

C'est ici la haine qui vient remplacer l'amour pour maintenir l'unité de la dyade. Dans le cas des violences conjugales, pour nombre d'auteurs, on retrouve souvent ce dernier scénario où l'homme est « déçu » par une compagne qui ne peut pas être cette mère toute puissante et unie à lui, cette bonne mère, satisfaisante et non frustrante, devinant, presque magiquement le moindre de ses désirs, prête à répondre à ses angoisses et ses difficultés.

Dans le cas d'une rupture, parfois salutaire, on peut voir se reproduire à chaque nouvelle rencontre, la même séquence associant adoration, déception, ressentiment et rupture.

Il ne s'agit pas d'indiquer ici que le lien pathologique ne soit qu'unidirectionnel et imputable à l'homme. Si l'homme est lié de façon ambiguë à sa compagne, souvent du fait d'un défaut

d'introjection d'imagos maternelles suffisamment structurantes, la compagne contribue également dans une certaine mesure à entretenir ce lien interpersonnel : en effet, tout ce passe comme si, à chaque déferlement de violence, la femme venait reprendre la vie commune, investissant un lien qui, vu de l'extérieur, par la famille, les amis, les professionnels, ne semble en aucun cas étayant, tant pour elle que pour son compagnon violent. Ainsi, ce qui aurait du être une relation d'amour et d'attention mutuelle devient une relation de pouvoir pour conserver la fusion. Citons Tolstoi (Guerre et Paix) : « Aimer d'un amour humain , c'est pouvoir passer de l'amour à la haine, tandis que l'amour divin est immuable »

Silvestre, en 1995, analyse cette force qui unit les deux prota/antagonistes : « L'homme ne frappe que pour que cette unité fusionnelle perdure... ce n'est que pour la fusion que la femme se bat en étant battue et en restant. Sa stratégie de gagnante la rend certaine que son amour sera plus fort qu'un accident ».L'enjeu de la violence est ici le maintien du lien amoureux : le couple s'enfonce dans cette spirale infernale, vivant souvent l'intervention d'une tierce personne comme une menace pour l'équilibre de leur relation : ceci peut expliquer pour certaines femmes leur réticence à parler de leur situation.

La question si fréquente de « Pourquoi reste-t-elle ? » semble se jouer dans cette notion de lien pathologique, de relation d'interdépendance, dans la notion de relation d'emprise, élément phare des violences psychologiques.

B) La relation d'emprise

Il semble souvent difficile, même pour les professionnels de la santé mentale, de comprendre pourquoi ces femmes, victimes, souvent depuis de nombreuses années, supportent cette

situation sans pouvoir agir, réagir. Pourtant bien au fait de la relation d'emprise et du conditionnement, notamment dans les sectes, certains sont encore tentés d'évoquer la désormais classique théorie du « masochisme de la femmes battue » ; pour exemple : « Il s'agit bien de masochisme, c'est à dire d'une recherche active de l'échec et de la souffrance que sous-tend la nécessité d'assouvir un besoin de châtement : une force irréductible qui pousse ces personnes à souffrir » (Damiani, 1997). D'autres encore évoquent un profil de femmes (borderline, hystérique...) qui seraient irrémédiablement attirées par un profil d'individus potentiellement violents, évoquant là encore la recherche inconsciente de la femme de se mettre en danger, d'éprouver son corps. S'il est certain, on l'a vu précédemment, qu'il existe un « accrochage » entre deux protagonistes, il est désormais bien retenu que « la personne de la femme battue ne présente pas de failles particulières qui la rendraient susceptibles de se laisser enfermer dans la relation violente : la configuration de la relation suffit à expliquer le piège » (Dutton et al 1988) .

On décrira dans cette partie, cette configuration dont parle l'auteur précédent, la relation d'emprise.

1) Définitions et historique du concept :

° Le terme d'emprise semble apparaître pour la première fois au XIIème siècle désignant la prouesse d'un chevalier. Elle provient du latin « *imprede* » qui signifie saisir (racine ayant donné les mots de saisir physiquement comme prison, préhension, et saisir psychiquement, par l'esprit comme apprendre, appréhender, comprendre). Dès le XIXème siècle, le droit administratif s'empare du terme pour désigner une atteinte portée par l'administration à une propriété privée immobilière, indiquant une prise de possession. De nos jours, le terme

s'étend à l'idée d'un ascendant intellectuel ou moral exercé sur un individu ou un groupe , par un individu ou un groupe.

° La relation d'emprise semble être universelle, tant elle semble envahir tous les domaines de la vie : privée, publique, interindividuelle, de groupe, de nations : elle menace toute interaction, dès lors que celle –ci implique au moins deux individus..

Elle est relation dans le sens d'un « Rapport d'une chose à une autre, rapport entre deux personnes ou deux choses que l'on considère ensemble et respectivement l'une à l'autre. »(Larousse) ; Cette définition implique un lien de dépendance, d'interdépendance , d'influence réciproque. Si cette définition de la relation semble banale et inutile à rappeler, elle prend , nous le verrons toute sa force destructrice dans la relation d'emprise

La relation d'emprise est une domination sur autrui, une impossibilité d'entrer en relation réelle avec l'autre , de reconnaître l'autre dans son altérité , l'autre différent de soi : c'est finalement la négation de l'autre . On pourrait ne pas retenir le terme de relation tant autrui n'est pas reconnu comme singulier. L'expression de lien d'emprise nous paraît plus approprié dans le sens d'une tentative de maintien d'autrui prisonnier, esclave de soi, lié à soi, comme un appendice, une continuité de soi-même. Le lien d'emprise est formé de la volonté, avouée ou non de détruire l'autre dans son humanité pour le faire sien, pour se l'approprier.

G.Lopez (qui reprend le texte de Dracula de Bram Stoker) évoque des ponctions de vie psychique, induisant l'idée de parties dissociées, clivées de la psyché : il donne l'image de ce vampire qui ponctionne sa victime, telles des « hémorragies narcissiques ».Ces hémorragies, si elles sont répétées, sont rapidement mortelles pour la psyché puis pour l'individu , devenant tels un « non-mort » (Lopez) , chosifiés par la « mort-sûre » (Lopez)

Dans la relation d'emprise, l'autre est enfermé dans un cercle clos, à double tour et tenu par un message paradoxal de double langage. L'individu est piégé dans une double contrainte de

l'obéissance à ce qui la destitue, tout en restant dans la confusion, la dépendance et l'impuissance à s'en défaire.

2) Pulsion d'emprise et relation d'emprise

La relation d'emprise est à différencier de la pulsion d'emprise de Freud, correspondant à une agressivité première naturelle. Avant 1920, il conçoit cette pulsion comme une tendance très fondamentale à dominer l'objet, un reste d'appétit cannibale ; La cruauté dériverait de cette pulsion. En 1920, apparaît une nouvelle dimension dans la pulsion d'emprise, à partir du jeu du fort/da : Freud explique comment l'enfant va tenter de jouer un rôle actif pour surmonter l'expérience de séparation, pour que cette expérience déplaisante puisse devenir l'objet d'une élaboration psychique. L'emprise serait une production régressive et défensive fondée sur le déni du manque d'objet . Dans la théorie psychanalytique, la pulsion d'emprise représente une caractéristique commune du développement et de la personnalité du sujet. C'est une pulsion non sexuelle qui apparaît au stade anal du développement psychoaffectif de l'enfant et qui a pour but de contrôler l'environnement. Elle porte l'enfant à interagir avec son environnement et lui permet de découvrir dans le même temps la maîtrise, c'est-à-dire le pouvoir qu'il a sur lui-même et sur autrui. La pulsion d'emprise pousse le Moi à dominer le monde dans un sentiment de toute puissance qui ignore le sort et jusqu'à l'existence même d'un objet encore mal différencié. Cruelle, la pulsion d'emprise poursuit son but égoïste en se protégeant d'un objet pour lequel elle ne connaît aucune pitié. Elle est par la suite pondérée, dans une structure de personnalité équilibrée, par l'intégration dans le Surmoi des interdits parentaux qui permettent, en contrôlant les exigences instinctuelles du Ça , une adaptation sociale harmonieuse du sujet. Si les différentes pulsions qui régissent le Moi sont déséquilibrées, la

pulsion d'emprise peut l'emporter sur le fonctionnement du sujet, le portant alors à agir en ne suivant que ses propres désirs, au détriment de ceux d'autrui. La relation d'emprise représente le paroxysme de cette façon d'agir qui, par la force ou la séduction, interdit à l'autre toute différence et tout désir. C'est le propre des personnalités perverses, obsessionnelles et paranoïaques de ne fonctionner exclusivement que dans ce mode d'interaction foncièrement violent qui dénie à l'autre le simple droit d'exister et qui s'apparente à un meurtre psychique. Le but ultime de cette relation d'emprise est d'attaquer l'autre en tant qu'être de désir, attaque « défensive » dans le sens où l'autre, est révélateur du manque chez le sujet. Dans la théorie freudienne, c'est le manque d'objet qui est à l'origine de l'angoisse : le surgissement de l'autre, comme révélateur du manque d'objet va donc créer une angoisse insupportable qui n'aura d'autre issue que d'essayer d'annuler l'autre en tant que sujet pour le considérer en tant qu'objet.

3) Relation d'emprise et maîtrise

Il semble important de distinguer emprise et maîtrise : la maîtrise représente la domination, elle ne comporte pas la notion d'appropriation ni celle d'empreinte, comme pour l'emprise. Celle-ci est, on l'a vu, une formation régressive et défensive, fondée sur le déni de cette réalité spécifique qui est le manque d'objet ; la maîtrise est bien au contraire fondée sur la reconnaissance et l'acceptation de ce manque (c'est l'enfant qui supporte l'absence de sa mère sans être trop envahi par l'angoisse, maîtrise d'une situation « traumatisante , premier pas vers la symbolisation »). C'est un mode de fonctionnement adaptatif, ouvert, et fondamentalement générateur de différenciation. Elle nécessite de renoncer à l'objet originellement satisfaisant, aboutissant à terme à la reconnaissance de l'autre en tant que

sujet. L'emprise est tout au contraire un système fermé, à visée de conservation ; Elle est appropriation et domination de l'autre. Elle est finalement ce qui reste de la relation archaïque à l'objet primordial , état qui peut resurgir dans toute relation à l'autre, quand l'individu se sent menacé et craint de revivre l'expérience de détresse et d'angoisse originelle . Dorey remarque qu'emprise et maîtrise sont présents chez tout individu et ce, en alternance tout au long de la vie, dans toute relation à l'autre

4) Les trois dimensions de la relation d'emprise

Dorey, (qui pense la relation d'emprise comme un « mode singulier d'interaction entre deux sujets »), distingue trois dimensions principales dans la relation d'emprise :

a) Une appropriation par dépossession de l'autre :

Cette dimension est relative à la racine première du mot , dans le sens d'une capture, d'une prise, et ce, de manière violente et forcée (force et violence non nécessairement physiques) . On parle aussi d'effraction (modèle cognitivo-comportemental) consistant à pénétrer dans le territoire psychique de la partenaire, à brouiller ses limites, à coloniser et envahir son esprit. « J'étais comme étourdie , et chose étrange, je n'avais nulle envie de m'opposer à son désir. Je suppose que c'est l'une des conséquences de l'horrible malédiction qui pèse sur les victimes » (Bram Stoker).Il n'existe à un moment plus de limites claires entre elle et son agresseur : il va penser en elle :

« La brèche , une fois ouverte, ne se refermera pas facilement, l'effraction laisse la clôture individuelle béante, le sujet sans défense (...) Avec l'effraction ,le sorcier montre à la victime

que son enveloppe est percée et qu'elle ne peut plus maintenir la différenciation entre soi et l'autre » (Nathan 1988).

b) Une domination de l'autre

L'autre est maintenu dans un état de soumission, de dépendance : devenu objet, manipulé, contrôlé, il est alors dominé. Réduit à l'état de « chose », la femme est neutralisée, niée dans son altérité, dans son désir propre. On parle aussi de captation de l'attention et de la confiance de la personne. Il s'agit là d'ôter toute capacité de résistance. Cette captation passe par de nombreux canaux, non nécessairement verbaux, ce qui fait d'ailleurs toute la puissance de celle-ci. Ferrant parle de *l'ensemble fonctionnel de l'appareil d'emprise comportant la main, l'œil et la bouche*. Le but de cette captation est d'attirer, de fasciner, de gagner la confiance et de fixer l'attention. *Le regard*, d'abord, est un moyen insaisissable de captation : porteur de tous les affects, il peut être sujet à de mauvaises interprétations : l'intensité du regard posé, son insistance, sa durée, sont des éléments déterminants. Au-delà d'une certaine limite, le regard soutenu devient violent, intrusif, agressif provoquant le malaise, l'impression d'une intimité violée, d'une lecture de la pensée, dans un processus quasi schizophréniforme. Ce qui donne la force de ce regard est justement l'ambivalence et l'équivoque entre la menace, angoissante, et la fascination, presque envoûtante

« Pour celui qui est l'objet du regard, plus le regard est soutenu et chargé, plus le doute accompagne son expérience subjective et plus le trouble sera grand » (Perrone et Nannini 1997)

Le toucher est un autre média de captation, mais bien au-delà de la simple force physique et des coups. Dans l'emprise, l'utilisation du toucher est bien plus « subtile ». Chaque geste est marqué par une forte sensorialité, sous l'apparence parfois trompeuse du jeu, du soin, de la

tendresse. C'est une marque, temporelle et spatiale, objectivable, concrète. Là encore c'est une captation par effraction, vol, arrachement à l'autre, une violation de l'intimité corporelle. Le comportement est chargé encore d'ambivalence, à tel point que la victime en vient à se demander jusqu'où ce geste est déplacé, en quoi il viole et pénètre la distance interpersonnelle admise. L'angoisse générée lève les défenses de la femme et engendre la confusion, d'autant que ces gestes ont, malgré tout, engendré une excitation sensorielle, pour laquelle la femme peut culpabiliser.

« Les gestes, les actes, le contact, les touchers vont faire partie d'un montage sensoriel complexe qui vont l'enserrer dans les leures du regard, de la parole et du toucher » (Perrone et Nannini 1997)

La parole enfin, on le verra spécifiquement, est le moyen le plus fin de captation. Donnant l'impression d'un échange, elle n'est en fait qu'un moyen supplémentaire de persuasion.

c) Une empreinte sur l'autre:

L'Autre est marqué physiquement mais aussi et surtout psychiquement de sorte que, même en son absence, le sujet « dominant » est toujours là, sournois :

« Celui qui exerce son emprise, grave son empreinte sur l'autre, y dessine sa propre figure » (Dorey)

On parle aussi de programmation (modèle cognitivo-comportemental), permettant de maintenir l'influence néfaste même en dehors de la présence du partenaire violent : « Son âme devient esclave de l'autre », expression de Shengold relative aux enfants victimes d'abus mais qui illustre parfaitement le propos. Ce dernier mouvement vise ici à anéantir toute velléité de fuite de cette situation pourtant vécue douloureusement ; Mise en cage par la captation, il faut maintenant la programmer pour qu'elle n'en sorte pas. Cette empreinte ou

programmation s'inscrit grâce à la répétition de l'information, du trauma et ce, dans un contexte de stimulations sensorielles riches, d'émotions fortes. Dans le modèle cognitivo-comportementaliste, il existe plusieurs types de programmation, à savoir l'apprentissage libre et l'apprentissage dans l'état. Concernant, le premier, il nécessite une interaction entre celui qui donne et celui qui reçoit le savoir : ce dernier doit participer activement pour le recevoir : pour cela, il peut accepter ou pas, obéir ou pas : il a « le choix et la conscience de l'alternative » : dans le cas des violences conjugales, le conjoint par un subtil travail souterrain, donne l'illusion à la femme du choix et l'idée d'une bonne relation, permettant à celle-ci de « faire le choix de », lui donnant l'impression qu'elle s'est placée volontairement, consciemment, et librement dans cette relation. Dans le cas de l'apprentissage dans l'état, l'information donnée est associée à une forte charge émotionnelle : lors de la mémorisation de l'information, sont mémorisées également toute la participation affective, émotionnelle, thymique lors de celle-ci. Ainsi, lors de la remémoration et la restitution de l'information, l'état émotionnel associé resurgit également. La programmation correspond donc , en intégrant ces deux définitions de l'apprentissage , à « l'introduction chez un sujet, dans un climat émotionnel intense, d'instructions induisant un schéma comportemental invariable et prédéfini face à un stimulus donné ». En conséquence, la femme, dans un contexte « préétabli » et encodé, activera donc un type de comportement également préformaté psychiquement. Cette réponse comportementale sera irrémédiablement invariable, sans que la femme ne puisse s'y soustraire.

5) Les étapes de la mise sous emprise

Hirigoyen parle de « mise sous emprise » progressive et décrit différentes étapes. Elle reprend la notion importante du lien amoureux pathologique avec l'idée du « love bombing », amour idyllique, intense, où il ne s'agit déjà plus d'une séduction amoureuse réciproque mais d'une séduction narcissique destinée à fasciner l'autre, pour mieux le paralyser. Le propre de la mise sous emprise est l'idée d'invisible, d'imprévisible : l'homme qui met sous emprise avance caché, ne signe pas sa destruction, ne la signe pas physiquement, ne laisse pas de traces : « Tout puissant dans les ténèbres », cette relation d'emprise est donc difficilement objectivable et repérable puisque teinté d'ombre, de secret. L'individu est protégé par un brouillard que lui-même a suscité.

a) La phase de préparation psychologique

C'est ce que Racamier nomme « *décervelage* ». C'est aussi le fameux « lavage de cerveau » si usité dans les médias pour parler des embrigadements sectaires ; On parle aussi de persuasion coercitive. Ce phénomène a été étudié par R.J.Lifton, en écoutant les récits de prisonniers de guerre américains en Chine et en Corée. Il s'agit d'une action coercitive à la fois physique et psychique associant des techniques comportementales (modification et contrôle des relations avec l'extérieur, isolement, contrôle des informations reçues, mise sous dépendance économique), des techniques dites « émotionnelles » (provoquer la peur, l'anxiété, menacer, culpabiliser, maintenir la femme dans un état constant de stress et d'hypervigilance), des techniques cognitives (utiliser des distorsions de langage, de communication, engendrer le doute, la confusion, ébranler les références intérieures, fragiliser l'estime de soi, empêcher de

comprendre ce qui arrive, par la multiplication de messages contradictoires ou paradoxaux, le mensonge) . Selon Racamier, il n'existe pas de profil plus vulnérable à ce « décervelage » :

« Toutes les personnes sont vulnérables au lavage de cerveau si elles y sont exposées durant un temps suffisamment long, si elles sont seules et sans appui, et si elles n'ont aucun espoir de sortir de cette situation. ».

b) L'impuissance apprise :

Phénomène mis en évidence initialement par H.Laborit à partir d'expériences sur le rat , il a décrit les moyens de défense de l'organisme en cas d'agression (activité motrice facilitant la fuite ou la lutte). Le phénomène a ensuite été étudié par le neurobiologiste P.Karli, qui a identifié dans le cerveau de rats la présence d'une hormone bloquant les apprentissages. Ces auteurs ont permis de définir que l'organisme , adoptant plusieurs réponses à l'agent agresseur, enregistre le résultat de l'action (succès ou échec).Cet apprentissage aura des conséquences sur le comportement ultérieur en face de l'agent agresseur. Si l'action s'est révélée préalablement inefficace, l'organisme se met alors en position adaptative d'inhibition de l'action, pour éviter la lutte épuisante ou la destruction de l'agressé par l'agresseur. Ces travaux ont été repris en 1975 par Seligman qui a décrit le concept de « learned helplessness » à partir d'expériences sur des chiens .L'impuissance apprise est décrite lorsque des agressions se répètent de façon imprévisible et incontrôlable et que l'individu n'a aucun moyen d'agir ou réagir pour changer la situation. L'individu alors dans l'incapacité d'agir sur son environnement pour le modifier et le transformer en sa faveur, devient alors physiologiquement incapable d'apprendre ; C'est ce qui se passe dans le cas du couple violent où la violence est par définition imprévisible, répétée. L'anticipation est impossible,

entraînant donc passivité, diminution des capacités à trouver une solution, sentiment de vulnérabilité, de culpabilité parfois et d'incompétence à faire face et à se sortir de cette situation. L.Walker, dans une étude sur 403 femmes violentées par leur mari , a montré que c'était l'impuissance apprise qui empêchait les femmes à trouver une solution. De plus, ce phénomène peut aussi expliquer que les traumatismes antérieurs (maltraitance ou abus pendant l'enfance) augmentent la vulnérabilité d'une femme vis à vis de la violence conjugale. Il ne s'agit pas, rappelons le, d'un quelconque masochisme ou d'une jouissance à être victime mais bien d'une érosion des moyens de défense de la personne lors des agressions antérieures. Enfin, cela peut également expliquer le paradoxe si souvent relevé selon lequel, plus la violence est fréquente et grave, et moins la femme trouve les moyens de partir. Certains psychiatres vont jusqu'à évoquer un véritable syndrome de Stockholm, où la femme, prise dans une situation sans issue apparente pour elle, où sa vie est menacée, s'identifie à la personne qui détient le pouvoir de vie ou de mort sur elle. Ce syndrome est à rapprocher des états dissociatifs précédemment cités puisque les victimes passent par les mêmes phases à savoir :effraction psychique des premières violences puis résistance passive devant une situation insupportable et culpabilisante , acceptation de la situation et adaptation au modèle du conjoint jusqu'à être en accord avec ses justifications pour expliquer la violence...Elle finit enfin par rendre le monde extérieur responsable (« à cause du travail » « à cause de l'alcool »).Ce syndrome, loin d'être une pathologie ,est avant tout chez ces femmes un moyen de protection efficace mais évidemment destructeur de leur altérité à long terme. S'il a été décrit pour des otages, où la séquestration dure quelques semaines,mois ou années, on imagine aisément ce que ces femmes vivent, quotidiennement , sur une vie entière, avec leur compagnon agresseur.

c) L'étape d'adaptation :

La soumission apparente de certaines femmes peut être une véritable stratégie d'adaptation. La femme sait en effet, que la confrontation et l'opposition frontale à son compagnon violent peut accroître la violence ; ainsi, elle tente à l'inverse de l'apaiser, le satisfaire, lui convenir, bref d'annuler son désir propre, de nier presque son existence. Il existe dès lors une tolérance toujours plus grande, d'autant que les phénomènes sus-cités ont tendance à altérer leur capacité d'analyse de la situation et leur faire douter de leurs propres émotions. Certains auteurs décrivent même un système induit de « punition-récompense » par le caractère cyclique de la violence, fait de tempêtes et d'accalmies . A chaque déferlement, la femme est raccrochée par une excuse, une attention. Dans le même moment, l'homme infantilise sa compagne ,la faisant douter d'une existence possible sans lui, tentant de la persuader qu'elle n'y arriverait pas. La dépendance apparaît ici, dans toute sa force destructrice. C'est en cela que nous nous questionnions sur le terme de « relation » d'emprise, tant il nous semble là que l'autre, anéanti et assimilé à l'objet, n'est plus dans un échange. Il se crée une véritable addiction au partenaire ,comme pour une substance psychoactive ; La femme cherche à éviter la souffrance et à apaiser le malaise interne.

Le modèle de psychologie sociale nous aide à saisir ce phénomène d'adaptation par les trois éléments suivant: les principes de réciprocité, de dette forcée et d'engagement.

En effet, ces principes peuvent expliquer certains comportements automatiques , notamment chez les femmes victimes. La règle de réciprocité, dans un premier temps, correspond à l'idée qu'il faut payer de retour les avantages reçus par autrui, créant de fait, une dette, un sentiment d'obligation, de « rendre la pareille ». On parle de dette forcée, quand, l'acceptation d'un don sollicité déclenche le sentiment d'une dette. Il y a obligation de rendre mais dans la relation d'emprise, c'est surtout l'obligation de recevoir qui rend la règle perverse. La femme est mise

dans une position d'acceptation, induisant du coup l'obligation de rendre, l'enfermant dans un système clos et sans fin. L'obligation de recevoir réduit la liberté de choix envers qui l'on s'endette et donne à ce dernier un pouvoir sur soi : la femme est obligé de répondre pour éviter un sentiment de culpabilité ; elle est ainsi piégé dans ce sentiment d'obligation. Le principe d'engagement suppose que, lorsque l'on a pris une position, on s'y tient, sous peine, dans le cas contraire d'y perdre toute cohérence et d'entraîner la confusion. Dans le cas d'un engagement, la femme est prise entre des pressions internes et externes , mais est surtout poussée , de l'intérieur, à mettre son image en conformité avec ses actes. L'instigateur d'une relation d'emprise retranche sa victime de ses actes , ce qui lui fait adopter une nouvelle vision d'elle-même aliénée et confuse, puisque en désaccord avec ses choix propres.

6) Un mode de communication singulier

Dans la relation d'emprise, il existe souvent une absence de communication directe avec la victime ou une illusion de communication . Les « échanges » entre les partenaires, outre la médiation physique violente, ne sont, en effet, le plus souvent pas à visée d'échange en tant que liaison de l'un à l'autre mais bien d'asservissement , d'anéantissement et de mise à distance. Le compagnon, dans l'emprise, peut utiliser différents modes de « communication » ; par le langage oral dans un premier temps où la modalité d'emprise sournoise est double, (intensité, ton de la voix et contenu de la phrase), elle n'a que l'apparence de l'échange mais ne l'est pas dans ce sens où l'autre n'existe pas. La voix est volontiers sans tonalité affective, monocorde, froide, inquiétante et glaçante, tandis que les propos sont méprisants, humiliants. Souvent, le compagnon laisse la femme s'énervé seule , ne hausse pas le ton, renforçant la déstabilisation et le doute chez elle. Il peut tout autant

obliger l'autre à la faire répéter en n'articulant pas, en baissant la voix pour rétorquer ensuite « qu'elle ne l'écoute donc jamais »...

Le compagnon peut aussi utiliser :

- Le message double ou message contradictoire : dans ce cas précis, il peut dans la même phrase ou de façon rapprochée, utiliser la tendresse et la brutalité, la privation et la gratification, l'autorité et la compassion, la demande de pardon, la contrition et la culpabilisation. Tout se passe alors comme si, dans cette manipulation verbale volontairement ambivalente, presque schizophréniforme, la femme était plongée dans une relation discordante, un univers flou, incohérent, confus, qui la place, progressivement dans un état proche de l'état dissociatif, avec perte du sens critique, perte des repères. Cela maintient la coexistence chez elle de l'acceptation et du non assentiment. Pour évoquer l'art du double lien face auquel il est impossible de se décider, donnons l'exemple humoristique du célèbre chien d'Yves Robert du nom de « Fous le camp » : le double message ou lien peut ainsi se résumer par l'expression du maître appelant son chien : « Viens ici Fous le camp ! » .

Du fait du caractère imprévisible et difficilement anticipable, il existe chez ces femmes une hypervigilance accrue avec difficultés de plus en plus fortes de décoder les messages: la femme est plongée dans une désorganisation psychique déstabilisante qui va progressivement sidérer sa pensée propre. A terme, le risque est un épuisement et un abandon de toute tentative de compréhension de la situation, aboutissant à une sidération cognitive, jusqu'à des réponses quasi automatiques, même si totalement en opposition avec ses intérêts propres.

-L'injonction: à sens unique, sans possibilité de retour ou de critique, sans échange possible, son contenu peut être relatif à la conformité ; Le compagnon par là, impose à la femme son

système de croyance , de repères : il n'existe pas de choix autre que de se conformer à ce qu'il a établi, persuadé que ce système est le système normal, le seul envisageable. Il n'existe aucune alternative possible pour la femme, ni selon ses convictions propres, encore moins selon son désir. Même la relation de maltraitance est présentée comme « normale », conforme. La femme ne s'y oppose d'ailleurs plus, confortée dans l'idée (par son compagnon) qu'elle est de toute façon incapable d'une pensée originale et normale (combien de femmes évoquent le discrédit permanent et la phrase si souvent entendue « de toute façon tu es folle »). L'injonction peut aussi être de culpabilité , instaurant l'idée que la remise en cause du propos et du système imposé par le compagnon, remettraient en cause le lien au compagnon.

- La menace et la rétorsion : La menace est une annonce explicite de représailles si la femme venait à se révolter. La rétorsion, plus sournoise, est l'annonce que tout ce que la femme pourrait entreprendre à l'encontre de son compagnon pourrait se retourner contre elle. C'est une sorte d'invitation « à éviter le pire », à ne pas faire souffrir les autres (compagnon, enfants, famille) , à ne pas compliquer les choses. Pour Perronne, cette forme de communication abusive est celle qui est à l'origine des troubles psychologiques les plus graves. Il illustre l'idée de la rétorsion par l'«image» du prisonnier ligoté de telle sorte que chacun de ses mouvements enserme un peu plus son cou et entraîne son étouffement. Tout se passe comme si la femme, par ses mouvements de révolte , induisait son propre étouffement et risquait « à elle seule » sa mort. Ainsi en est- il du Comte Dracula qui, afin de prouver à son invité qu'il n'est en aucun cas prisonnier , exhorte celui-ci à quitter le château s'il le souhaite, tout en ayant ameuté les loups à l'extérieur (si Hacker sort, de son plein gré, il se précipite vers la mort) : «J'allais être jeté en pâture aux loups et parce que je l'avais voulu ! »

- Le faux semblant : Le compagnon cache volontairement des éléments du discours, souvent quand il parle de lui, de sorte que la femme est maintenue dans l'illusion du compagnon, et dans la fascination. Perrone parle , pour aider ces femmes « d'accepter que la réalité ne soit pas toujours telle que l'on croit qu'elle est (...) (et) admettre que le vrai n'est pas toujours au rendez-vous (...) (que) sa place est prise par le faux semblant qui simule le vrai sans l'être »

-Les anomalies logiques , le message trompeur ou éludé : Les mots que le conjoint utilise sont volontiers ambigus, empruntés à divers champs sémantiques non précisés. La femme s'engue alors dans la tentative « de comprendre le sens », de dénouer les mots pour dénouer les maux mais s'y épuise le plus souvent. Parfois, les mots sont volontiers techniques, abstraits ou dogmatiques : la femme alors ne réplique pas, de peur d'être désignée et jugée comme « celle qui ne comprend jamais rien » (propos d'une patiente interviewée).Le discours, volontairement froid, glace la femme, moins par son contenu finalement que par la forme employée. Le mensonge éhonté et les promesses sont proférées avec un aplomb pour ne servir que sa cause propre : « L'art de la guerre est l'art de duper, et en donnant toujours l'apparence contraire de ce que l'on est, on augmente les chances de victoire (Sun Tse,1772)

- Le « parler au nom de » : Le compagnon se met à la place de la victime et parle en son nom : par là , il se positionne en tant que sachant universel, celui qui devine ses pensées cachées , l'obligeant à s'y soumettre. Tel un vol de la pensée, la femme est dépossédée de sa psyché. L'homme se substitue à elle jusque dans sa pensée.

- L'inversion de la culpabilité: on retrouve quasi systématiquement ce phénomène, qui consiste à faire penser à la femme que, si le partenaire est violent, c'est de sa seule responsabilité, parce qu'elle n'a pas su le combler, « être une bonne épouse » .La femme porte

littéralement la culpabilité que le conjoint n'éprouve pas et est rendue responsable des difficultés et des failles du couple. Cette culpabilité normalement éprouvée par l'homme s'inverse parce que la femme ne parvient pas à formuler ce qu'elle subit et à en faire le reproche à son conjoint ; En effet, sidérée et paralysée, elle en vient à analyser difficilement la situation et ne parvient pas à l'envisager comme quelque chose de néfaste pour elle. Les fautes qui ne sont pas nommées sont portées par la victime, en attendant (en vain malheureusement) qu'elles soient reconnues par le conjoint violent. Il s'agit là d'une double blessure: blessure réelle, palpable, « objectivable » et blessure symbolique, liée à la colère et à l'agressivité masquées, colère impossible à exprimer voire à éprouver. Citons *Le Procès* de Kafka où certains hommes demandent à leur compagne de trouver pour eux l'explication à leur propre violence, jusqu'à la reconnaître et l'intérioriser pour elle-même : « Tu ne sais pas pourquoi je te traite ainsi et bien, cherches et tu comprendras peut-être ». On voit bien comment l'individu, par d'habiles moyens (souvent de rétorsion) arrive à renverser la tendance et à s'affranchir de toute culpabilité

7) Une relation d'emprise universelle ou du registre pathologique?

Sous l'éclairage analytique, Dorey pense que la relation d'emprise, tout en étant un mode interactionnel « classique » du lien amoureux, est surtout le fait des personnalités perverses et obsessionnelles. M.F Hirigoyen y ajoute les paranoïaques. En 1988, C. Balier va creuser du côté des soubassements archaïques des personnalités d'auteurs d'uxoricides (notamment avec la psychanalyse d'Igor, qui a tenté de se suicider après avoir tué sa compagne qui voulait le quitter): il constate que les troubles de la personnalité d'Igor trouvent leur origine dans les premiers mouvements de constitution de l'objet du Moi et que son recours à l'agressivité est

dû à la désintringation des pulsions , liée elle-même à des perturbations précoces du narcissisme.

«On trouve chez chacun des partenaires une très faible estime de soi et chez celui qui est battu un trouble important de l'identité, un sentiment de dette envers l'autre justifiant les coups et lui faisant subir ceux-ci sans rien dire. L'acteur émetteur est souvent rigide, privé de toute empathie, imperméable à l'autre et à sa différence, sinon en ce qu'elle renvoie de dangereux pour sa propre existence.(...)Le déni total et le refus de reconnaissance de l'identité de l'autre montre chez celui qui est violent, un désir de modeler et de rendre son partenaire conforme, jusqu'à le briser pour le faire devenir comme il doit être : c'est à dire semblable à l'image qu'il a du monde ».(Perrone et Nannini, 1997).

Nombre d'auteurs sont extrêmement partagés quant à l'établissement de profils types d'individus violents avec leur compagne . La violence et l'emprise dans le couple ne sont pas exclusivement inhérents à certains types de personnalités. Ainsi, tout sujet peut transitoirement utiliser ce mode de fonctionnement tyrannique, dans un mouvement de défense notamment, mais il sera rapidement refreiné par l'émergence d'un sentiment de culpabilité issu du Surmoi et lié à la transgression de l'interdit fondamental du meurtre. Toute relation intersubjective peut devenir, dans certaines circonstances, le lieu d'une relation d'emprise, si l'un des protagonistes se déclare indûment et par essence, supérieur à l'autre. Certes, il existe des hommes violents du fait d'une pathologie psychiatrique objectivée, mais la plupart du temps, la violence conjugale (tous types confondus) et la relation d'emprise sont le fait d'individus sans trouble psychiatrique vrai et ne bénéficiant donc en aucun cas de l'article sur l'abolition (alinéa 1) ou de l'altération (alinéa 2) du discernement (article 122-2 du code pénal) . Les recherches portant sur l'épidémiologie des auteurs de violence conjugales ont le plus souvent été menées avec des hommes sous obligation de soins, qui ont été violents physiquement et dont l'agression a été suffisamment grave pour parvenir à la

justice. De ce fait, ces études donnent des chiffres importants concernant la prévalence des troubles psychiatriques parmi les auteurs de violences conjugales physiques ou sexuelles.

Si notre propos n'est donc pas de stigmatiser des « catégories » de partenaires violents psychologiquement, il est cependant intéressant d'exposer leur mode de fonctionnement afin de comprendre dans quelle « toile tissée » peuvent être prises au piège les femmes que nous rencontrerons pour notre étude .

Il apparaît important de porter notre attention sur les personnalités narcissiques, notamment sur le pervers narcissique pour comprendre, du côté du conjoint, les rouages de la relation d'emprise et des violences psychologiques.

a) Les personnalités narcissiques

Le mot Narcissisme semble avoir été forgé par Nâcke en 1899 pour commenter des vues de Ellis qui, le premier en 1898, a décrit un comportement pervers en relation avec le mythe de Narcisse.

Freud , dans *Pour introduire le narcissisme* , a placé le narcissisme comme fondateur de l'identité de l'individu : la pensée de chaque individu se déploie en effet grâce à des certitudes accumulées dès la naissance et un environnement relationnel sûr : tous ces éléments permettent de surmonter les pertes jalonnant l'existence , depuis la perte initiale de l'unité mère-bébé jusqu'aux deuils successifs et les événements traumatiques autres.

Kernberg en 1975, donne une définition des personnalités narcissiques proche de ce qu'on définit comme perversion narcissique :

« Les principales caractéristiques de ces personnalités narcissiques sont un sentiment de grandeur, un égocentrisme extrême, une absence totale d'empathie pour les autres bien qu'ils

soient avides d'obtenir admiration et approbation. Ces patients ressentent une envie très intense à l'égard de ceux qui semblent posséder les choses qu'ils n'ont pas ou qui simplement semblent tirer plaisir de leur vie. Non seulement ils manquent de profondeur affective et n'arrivent pas à comprendre les émotions complexes des autres, mais leurs propres sentiments ne sont pas modulés et connaissent de rapides flambées suivies de dispersion. Ils ignorent tout particulièrement les sentiments véritables de tristesse et de deuil ; cette incapacité à éprouver des réactions dépressives est un trait fondamental de leur personnalité. Lorsqu'on les abandonne ou qu'on les déçoit, ils peuvent se montrer apparemment déprimés , mais à un examen attentif, il s'agit de colère, ou de ressentiment avec des désirs de revanche plutôt que d'une véritable tristesse pour la perte de la personne qu'ils appréciaient. »

Chez les personnalités narcissiques, on parle de narcissisme « pathologique » comme grand pourvoyeur de violence, conduisant l'individu à devenir prédateur, utilisant les vulnérabilités et faiblesses de l'autre afin de mieux se rehausser , en empiétant sur le territoire psychique de l'autre jusqu'à le détruire . L'individu narcissique pathologique est à la fois fasciné par son image (mythe de Narcisse) autant qu'il la hait : « Sans image , pas de désir : ni illusion, ni désillusion » (Lopez).

Ces individus sont en quête permanente d'admiration, avec des idées et propos souvent mégalomanes, une intolérance à la critique ; Ils présentent en outre peu voire une absence totale d'empathie, ce qui leur permet de pouvoir posséder l'autre et de le détruire. Repoussant en permanence la culpabilité et la faute sur l'autre, ils sont facilement dominateurs et séducteurs, afin de soumettre et d'isoler l'autre pour mieux le maîtriser. Ils sont souvent en grande difficulté pour aborder leur souffrance qu'ils n'arrivent pas à se représenter et préfèrent l'oublier ou la projeter sur autrui, mécanisme projectif très archaïque (chez le nourrisson c'est l'expulsion du mauvais sein, de la mauvaise mère) . Prisonniers d'une image tellement idéale d'eux-mêmes, ils en deviennent paralysés d'impuissance, d'où le besoin

incessant de réassurance par l'autre , jusqu'à en devenir dépendants : ils ne sont pas demandeurs d'amour mais d'admiration et d'attention. Utilisant leur partenaire tant que celui-ci les valorise, ils le jettent ensuite quand celui-ci a cessé d'être utile et a été vidé de sa substance . L'autre est un miroir réfléchissant qui perd progressivement toute capacité de mentalisation puisque absorbée par le narcissique . Du fait d'un grand vide intérieur, d'une difficulté d'élaboration de leur souffrance, ils réagissent par l'agressivité, l'impulsion et le passage à l'acte .La personnalité narcissique agresse en infligeant à l'autre ce qu'elle redoute le plus.

b) Le pervers narcissique

Il coexiste chez lui une structure de personnalité narcissique et un fonctionnement pervers : du latin per-vertere : retourner, renverser il s'agit bien ici, dans la relation d'emprise, de renverser la situation, de renverser la culpabilité.

« Les individus pervers narcissiques sont ceux qui, sous l'influence de leur soi grandiose, essaient de créer un lien avec un deuxième individu, en s'attaquant tout particulièrement à l'intégrité narcissique de l'autre afin de le désarmer. Ils s'attaquent aussi à l'amour de croyance en soi de l'autre. En même temps, ils cherchent , d'une certaine manière, à faire croire que le lien de dépendance de l'autre envers eux est irremplaçable et que c'est l'autre qui le sollicite » (Eiguer ,1996)

Hirigoyen évoque même un meurtre psychique dans le sens de « faire en sorte que l'autre ne soit rien » par un « empiètement du territoire psychique d'autrui ». Incapable de faire face à ses conflits internes, le pervers narcissique les gère par un mécanisme de projection de ceux-ci vers l'extérieur . Selon Racamier , il s'agit à la fois de se défaire des conflits internes lourds et

de se défaire de la dépendance envers l'objet, notamment l'objet primaire, le sein, « dispensateur à la fois de biens et de dépits » (1992). Ainsi, la relation d'emprise du pervers narcissique vise l'autre dans son désir même : il capte, neutralise, en séduisant puis s'approprie et s'incorpore le désir de l'autre ; sous contrôle et « dévitalise » l'autre qui est ensuite abandonné, sans qu'à aucun moment, il ait pu exister. Il s'agit pour lui de conformer l'autre en un identique. Leur univers relationnel est caractérisé par la « haine de l'amour » (Hurni et Stoll). Pour « amadouer » sa victime, l'individu fait intervenir la séduction, : séduction perverse puisqu'elle utilise les instincts protecteurs de l'autre : séduction narcissique puisqu'il s'agit de chercher dans l'autre l'unique objet de sa fascination à savoir l'image aimable de soi. Il cherche à fasciner l'autre sans se laisser prendre. J.Baudrillard évoque la séduction qui conjure la réalité et manipule les apparences. La séduction perverse n'est pas énergie, elle est de l'ordre des signes et rituels et de leur usage maléfique. La séduction narcissique rend confus, efface les limites de soi et de ce qui est autre : on ne se situe à aucun moment dans un quelconque lien à l'autre mais dans le registre de l'incorporation afin de détruire cet autre, vécu comme menaçant plutôt que complémentaire.

Au total, plus qu'un type de personnalité ou de pathologie, il semble que toutes les femmes victimes du lien d'emprise sont attaquées en tant qu'être de désir.

Il s'agit, et ce quel que soit la modalité (séduction, destruction), de la nier, de gommer ses différences : le désir de la femme est insupportable au compagnon en ceci qu'elle lui renvoie son propre manque d'objet, et à l'angoisse qui en résulte. Il n'existe fondamentalement pas de rencontre puisque l'autre n'est pas ; la rencontre amoureuse semble donc dès le départ une illusion. Elle est remplacée par une relation d'objet, « objet » qui vient tenter de combler justement le manque, angoissant.

Les violences conjugales psychologiques s'inscrivent dans cette relation d'emprise dont nous pouvons aisément imaginer les ravages . Notre travail s'inscrit donc dans un objectif de description du profil clinique de ces femmes « prises au piège ».

PARTIE II

L'ETUDE

Dans cette partie, nous présentons l'étude qui a été menée à partir des urgences médicales, traumatologiques et psychiatriques du Centre Hospitalier Trousseau à Tours.

Nous exposons dans un premier temps les objectifs et hypothèses de l'étude, puis dans une deuxième partie les instruments ayant servi à la réalisation de ce travail, enfin, les analyses statistiques et résultats que nous discuterons dans la dernière partie.

I) OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Le principal objectif de l'étude est d'étudier le profil des femmes victimes de violences psychologiques et d'évaluer si elles présentent cliniquement des dimensions psychopathologiques particulières.

Notre deuxième objectif est de tester l'acceptabilité et la faisabilité d'un dépistage des violences conjugales auprès des femmes concernées au sein des urgences médicales et/ou psychiatriques.

La principale hypothèse du travail est que les femmes victimes de la violence conjugale psychologique ont un profil clinique singulier par rapport aux femmes victimes de violences physiques ou sexuelles.

Notre seconde hypothèse est que ce profil clinique des femmes victimes est préférentiellement du registre dépressif, anxieux ou post-traumatique.

Notre dernière hypothèse implique que les femmes victimes de violences conjugales seraient aidées dans leur démarche d'élaboration et de verbalisation de la situation violente par l'utilisation dans les services d'urgence de questionnaires de dépistage .

Aux vues de la revue de littérature, notre étude apparaît comme une étude pilote sur le sujet.

II) MATERIELS ET METHODES

A) Sujets

Afin de pouvoir recruter le maximum de femmes, nous avons choisi la population des femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier Trousseau de Tours : urgences psychiatriques, traumatologiques et médicales.

Le recrutement a eu lieu sur une période de cinq mois, du 10 avril au 10 septembre 2007, de façon prospective.

Pour la première partie de l'étude, nous avons inclus toute femme âgée de 18 à 75 ans, consultant aux urgences psychiatriques et/ ou traumatologiques et /ou médicales, parlant et comprenant le français couramment, et ayant indiqué à l'accueil ses coordonnées téléphoniques pour être jointe. La patiente doit vivre en couple ou avoir vécu en couple dans les six mois précédents l'étude. La patiente est incluse dans l'étude quel que soit le motif de consultation. Nous incluons les patientes vivant à Tours et dans les deux premières couronnes : nous ne souhaitons en effet pas faire déplacer de trop loin des femmes déjà très éprouvées par leur histoire de vie.

Pour la deuxième partie de l'étude nous avons inclus toutes les femmes remplissant les critères de l'échelle utilisée (échelle WEBS de dépistage des violences conjugales psychologiques : Smith, Earp et al ; 1995), et ayant accepté l'entretien en face à face.

Le moment de ces deux entretiens n'a volontairement pas été choisi au moment de la consultation aux urgences pour ne pas « forcer la confiance » et « piéger la patiente », qui le plus souvent , ne consulte pas pour ce motif.

Nous avons exclu toutes les femmes dont la consultation aboutit à une hospitalisation dans un service de médecine/traumatologie ou psychiatrie ,toutes les femmes ne parlant pas assez bien le français car il aurait été difficile pour elles de répondre aux différentes questions. Nous avons également exclu toutes les femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles.

Un consentement éclairé, libre et écrit a été obtenu de toutes les patientes reçues dans la deuxième partie de l'étude.

Sur cinq mois, la recherche a donc pu être proposée à 628 femmes au téléphone et acceptée par 226 d'entre elles (soit 36% des femmes recrutées aux urgences). La majorité des refus a été relative au fait que les femmes contactées « ne se sentaient pas concernées par le problème » ; 16 d'entre elles ont cependant répondu qu'elles connaissaient une personne victime de violences conjugales, qu'elles soient psychologiques ou physiques.

56 femmes remplissaient les critères d'inclusion de la deuxième partie de l'étude (25%) (remplissaient les critères de l'échelle WEBS donc victimes de violences conjugales psychologiques mais pas de violences physiques ni sexuelles).

43 femmes ont accepté de faire l'entretien en face à face.

La non participation à l'étude des 13 femmes s'explique par diverses raisons :

- crainte de la perte d'anonymat (2)
- sentiment d'abandon et de situation bloquée, insoluble (4)

- départ du domicile conjugal en urgence (1)
- pas de moyen de locomotion avec lieu de résidence trop éloigné (3)
- départ en vacances (1)
- rendez-vous non respecté (1)
- hospitalisation en clinique pour raison médicale (1)

B) Instruments d'étude

1) L'échelle de dépistage de la violence psychologique WEBS (Smith, Earp et al ; 1995)

Cette échelle a été élaborée dans la vague de création d'outils de dépistage des violences conjugales. En effet, les outils alors en place, réalisaient une évaluation quantitative, relative aux comportements violents du conjoint et privilégiaient les questions relatives à ceux-ci, risquant par là d'exclure certains comportements violents, dont une part non négligeable de femmes, notamment les femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Les auteurs sont dès lors, partis du constat que la mesure des « marqueurs physiques » de la violence, échouaient à repérer une partie de ces femmes victimes , puisque la prise en compte d'évènements objectivement observables masquait la violence quotidienne psychologique : l'échelle WEBS a eu donc pour but de traiter de manière qualitative la façon dont la femme expérimente la dimension psychologique de la violence conjugale, en insistant sur la notion de perception du danger, de la menace, la notion de perte de pouvoir, de perte de contrôle. Il a

été constaté que cette approche traitant de l'expérience de la femme était moins intrusive et bénéficiait d'une grande acceptabilité auprès des femmes victimes (Smith, Earp et al ;1995)

Construite à partir de 9 items, la femmes cote chaque items de 6 (tout à fait d'accord) à 1 (pas du tout d'accord) en fonction de la situation citée. On considère qu'un score supérieur ou égal à 20 sur les 9 items indique des violences conjugales psychologiques telles que décrites dans la littérature, c'est-à-dire associant perte de contrôle, menaces , contrôles permanents du conjoint , intimidations, emprise, contrôle économique, etc...

Elle a été utilisée et testée dans des groupes ethniques différents avec une bonne reproductibilité inter-ethnique, une bonne faisabilité et une bonne acceptabilité dans les différents groupes. Elle présente un coefficient alpha de Cronbach de 0.95 à 0.99 témoignant donc d'une forte consistance interne .

Nous avons choisi cet instrument puisque les auteurs ont retenu une définition quasi consensuelle des violences psychologiques conjugales à savoir une situation conjugale répétée, basée sur la domination, utilisant préférentiellement un pattern de comportements de type menaces, insultes, dénigrement, contrôle et isolement.

2) Le MINI (Lecrubier et al ;1992. Sheehan et al ;1998)

Cette interview a été construite en 1992 par Lecrubier et al pour la version française et par Sheehan et al en 1998 pour la version anglophone. Elle a été traduite en plus de 40 langues.

Elle a pour objectif de mettre à la disposition des professionnels de santé, un outil permettant d'élaborer un diagnostic des principaux troubles psychiatriques selon les critères du DSM III-R au moment de sa création puis du DSM IV . La population cible est la population générale.

C'est un entretien structuré comportant seize modules qui a été conçu initialement dans le but de remplacer les outils diagnostiques tels que le CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ou le SCID (Structured Clinical Interview for DSM III R), qui sont plus longs à utiliser.

Il peut être utilisé comme entretien structuré administré par un clinicien et est parfois utilisé comme questionnaire autoadministré. Il présente cependant de meilleures qualités psychométriques lorsqu'il est administré par un clinicien qu'en autoquestionnaire.

Il permet de déterminer une prévalence actuelle et ponctuelle des différents troubles. Toutefois , pour certains troubles, le MINI peut faire des diagnostics sur la vie. Par contre, il n'identifie pas l'âge de début.

L'intégralité du MINI contient 120 questions : c'est un instrument modulaire on l'a vu, c'est à dire que chaque module peut être administré séparément.

Pour chaque trouble, on compte 2 à 4 questions filtres permettant le dépistage des symptômes puis des questions supplémentaires sont posées si les réponses à ces questions préliminaires s'avèrent positives : cette dernière partie permet ainsi de valider ou d'invalider le diagnostic concerné.

Les réponses sont dichotomiques (oui/non). Toutes les questions doivent être cotées, en s'assurant que le patient a compris chaque terme notamment les critères de durée, de fréquence et les alternatives « et » , « ou ». Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments , de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Il existe pour cela une version MINI Plus qui explore ces différents aspects, que nous n'utiliserons pas ici.

La passation se fait en face à face, d'une durée variant de 20 à 40 minutes.

Une étude de validation a été réalisée auprès de 330 patients américains et 40 patients français afin de comparer le MINI avec le SCID; les résultats des 40 patients français ont également été comparés au CIDI (Composite International Diagnostic Interview) : selon le trouble étudié, la sensibilité du MINI variait entre 45 et 96 % , la spécificité entre 86 et 100% et le coefficient de concordance (Kappa) entre 0.43 et 0.90. Les qualités métrologiques du MINI sont particulièrement bonnes pour le diagnostic de la dépression, de l'état maniaque, des troubles paniques, de l'agoraphobie, des troubles psychotiques, de l'anorexie et du PTSD. Ces indicateurs sont encore plus satisfaisants lorsque le MINI est comparé au CIDI.

Concernant les critiques essentielles du MINI, il est critiqué comme un instrument n'étant pas assez spécifique pour permettre des diagnostics. En particulier, il ne permet pas de diagnostiquer les antécédents de troubles. Contrairement à d'autres outils abrégés, les réponses aux items de façon dichotomique ne permettent pas d'évaluer à la fois la sévérité des symptômes ni leur retentissement fonctionnel. De plus, il a été critiqué pour sa surestimation (en terme de prévalence) des troubles psychiatriques.

3) L'échelle d'évènements de vie de la CAPS (Blake et al ;1990)

La CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) a été construite spécialement pour le diagnostic du PTSD et le travail de recherche inhérent au trouble . Selon les critères du DSM-IV elle permet une évaluation la plus détaillée et complète possible du PTSD au niveau symptomatique, permettant une meilleure compréhension du trouble : à la fois outil diagnostic en terme qualitatif pour le PTSD mais aussi quantitatif de sévérité pour ce trouble. La CAPS a été développée en 1990 (Blake et al. ;1990).Au cours des dix dernières années, elle a été utilisée dans plus de 200 études (Weathers et al. ; 2001). Ces différentes études montrent que

la CAPS a une excellente fiabilité, une très grande homogénéité entre les items, une grande utilité diagnostique ainsi qu'une grande sensibilité au changement. La CAPS peut être utilisée par des cliniciens expérimentés, ou bien des non professionnels formés et entraînés (Blake et al. ;1995). La version française de la CAPS a été réalisée par les laboratoires Smithkline Beecham dans le cadre d'une étude multicentrique visant à obtenir une Autorisation de Mise sur le Marché pour un de leurs produits présenté à la «Food and Drug Administration» américaine. Cet outil de référence est largement utilisé (Foa & Tolin, 2000). C'est donc un instrument diagnostique catégoriel du trouble état de stress post-traumatique (actuel, et par le passé), suivant un entretien clinique standardisé, utilisant des questions standardisées brèves et explicites. La CAPS contient une liste exhaustive des évènements potentiellement traumatiques selon la définition du critère A du PTSD du DSM-IV .Nous utiliserons cette liste d'évènements de vie extraite de la CAPS (la version française a été validée par des laboratoires pharmaceutiques au cours d'études multicentriques).Il apparaît que les expériences listées dans ce questionnaire sont exhaustives et n'omettent pas d'évènements fréquents du même type. Le principe de cette liste est de faire cocher à chaque patient des évènements vécus comme potentiellement traumatiques ; il leur est ensuite demandé si ces évènements remplissent le critère A1 (menace de mort ou blessure sévère ou menace de l'intégrité physique) et le critère A2 (peur intense/ désarroi/horreur) : dans ce cas, l'évènement répond aux critères A du DSM IV et correspond à un évènement traumatique.

C) Procédures de recrutement

1) Première phase de recrutement

Nous avons recueilli chaque semaine les coordonnées téléphoniques de toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion.

Nous avons tenté de contacter le maximum de femmes joignables par téléphone, afin de leur faire passer le questionnaire WEBS permettant de dépister la violence psychologique.

L'entretien téléphonique est réalisé par le même clinicien (C.L) : une attitude aussi empathique que possible a été adoptée afin d'éviter tout stress provoqué par celui-ci et toute méfiance à l'égard de l'investigateur, surtout chez ces femmes très réactives et hypervigilantes. Il leur est d'emblée précisé que l'enquête est anonyme, qu'en aucun cas elle ne débouchera sur une quelconque « stigmatisation » du conjoint.

Avant le démarrage de chaque entretien téléphonique, après avoir présenté l'étude, son objectif et ses modalités de déroulement, nous nous assurons que la femme peut répondre sans difficulté aux questions et qu'elle ne se trouve évidemment pas en présence de personnes qui pourraient la mettre en difficulté, notamment son conjoint. Nous proposons de rappeler dans le cas contraire.

Nous recueillons des éléments sociodémographiques (âge, statut matrimonial, profession et profession du conjoint, nombre d'enfants) et reprecisons la possibilité d'interrompre à tout moment l'entretien téléphonique, avant de faire passer le questionnaire WEBS ; Nous essayons de faire préciser à la femme le type de violence subie (psychologique et/ou physique et/ ou sexuelle) L'entretien téléphonique dure en moyenne 15 minutes. La cotation de l'échelle WEBS est immédiate.

2) L'entretien en face à face

Il est ensuite proposé à toutes les femmes répondant aux critères du questionnaire WEBS (victimes de violences psychologiques mais pas de violences physiques ni sexuelles) un entretien en face à face .

Dans un deuxième temps, nous recevons chaque femme ayant accepté l'entretien. Celui-ci a lieu soit à l'hôpital, soit au domicile de la patiente sur leur demande. 41 patientes ont été reçues à l'hôpital, 2 d'entre elles ont été interviewées au domicile (ces patientes ayant quitté le domicile conjugal avec procédure judiciaire en cours).

Nous rappelons les garanties d'anonymat, les objectifs et le déroulement de l'entretien, la possibilité d'interrompre l'entretien, de poser des questions en cas d'incompréhension, et recueillons le consentement signé, libre et éclairé de la patiente.

Nous reprenons certains éléments sociodémographiques (âge, origine géographique, statut marital, nombre d'enfants, profession de la patiente et du conjoint) et certains éléments d'anamnèse (antécédents médico-chirurgicaux, obstétricaux, psychiatriques y compris d'hospitalisation) .

Nous faisons ensuite passer le MINI suivi du questionnaire d'évènements de vie de la CAPS.

Nous questionnons enfin la femme sur son niveau d'aise vis-à-vis du questionnaire WEBS passé par téléphone (niveau d'acceptation supposé au cours d'un entretien médical), sur la prise en charge aux urgences, sur ses représentations de la situation conjugale.

Un dernier temps est consacré à un entretien libre, au cours duquel la femme peut évoquer d'autres éléments non abordés dans l'entretien systématisé, évoquer son ressenti .

Nous proposons à chaque femme rencontrées les coordonnées de centre spécialisé dans l'écoute et l'accueil de femmes maltraitées ainsi , que , dans certains cas, en fonction de notre évaluation subjective, avec l'accord de la patiente, les coordonnées du CMP auprès duquel

elle peut se rapprocher dans le souhait éventuel d'un suivi. 26 femmes ont accepté les brochures proposées (60%) et 19 femmes (44%) ont accepté les coordonnées d'un CMP .

Chaque entretien a duré en moyenne deux heures, comprenant à la fin de chaque entretien, en général un quart d'heure à une demi heure : pour donner à la femme les documents cités (et ce, sans incitation aucune) , pour évoquer plus librement avec elle la situation, hors cadre de l'étude. Toutes les femmes interviewées ont d'ailleurs souhaité prendre ce temps « libre » proposé au terme de l'étude pour évoquer leur histoire.

Les diverses cotations (MINI et questionnaire d'évènements de vie) se sont faites après chaque entretien, en l'absence de la patiente.

Lors de ces entretiens, la plupart des femmes étaient seules ; trois étaient accompagnées d'un membre de la famille, accompagnant qui n'a pas assisté à l'entretien.

Globalement, les femmes interviewées ont été très attachées à répondre de façon précise sur leur situation conjugale, interview leur permettant, pour bon nombre d'entre elles, d'en parler pour la première fois à un médecin. La première constatation a en effet été le nombre important (27) de femmes qui évoquaient cette souffrance pour la première fois.

Pour bon nombre d'entre elles, d'ailleurs, ce fût le motif principal dans l'acceptation de leur participation à l'étude. Il leur a été précisé que cet entretien pouvait être une « amorce » afin d' « oser » un début d'aide voire de prise en charge psychologique.

III) RESULTATS

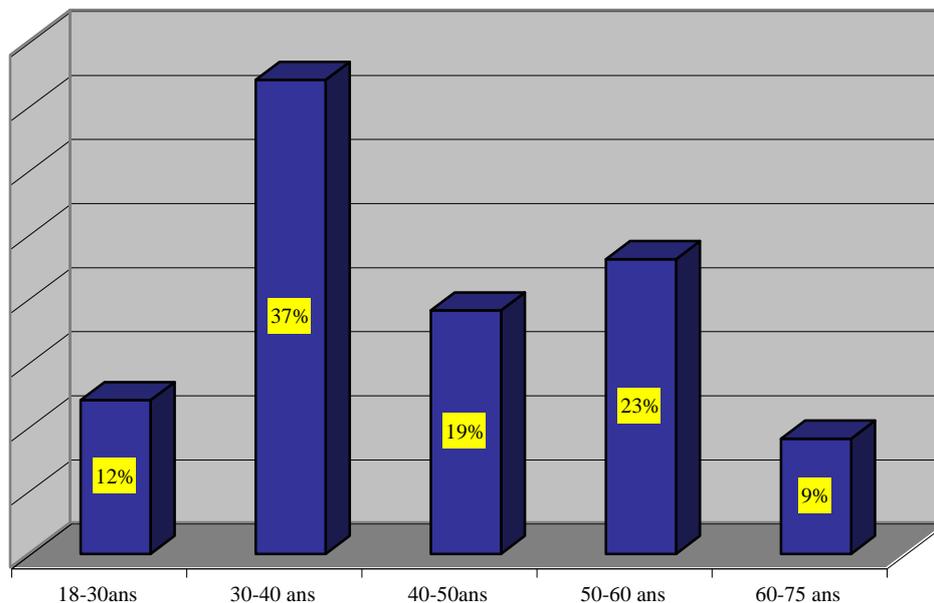
A) Description de l'échantillon

1) Données socio-démographiques

° L'âge moyen des femmes ayant participé à la recherche est de 43 ans (étendue : 26-63ans)

avec la répartition suivante : (graphique I)

Graphique I: Répartition des âges des femmes interviewées



° Concernant le statut marital, vingt trois sont mariées (53.5%) et vingt vivent en concubinage ou sont pacsées (46.5%). Pour vingt neuf d'entre elles c'est la première union (67%). Parmi les quatorze femmes dont c'est la deuxième union, deux ont déjà vécu la même situation avec le conjoint précédent.

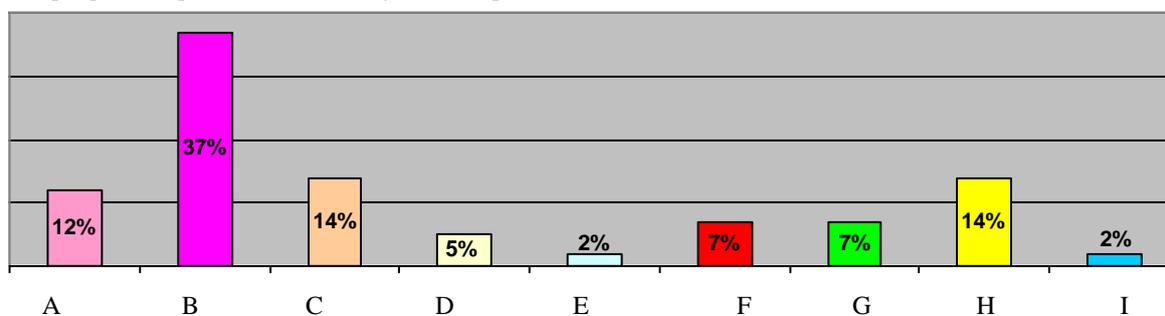
°Elles ont en moyenne 2.8 enfants

° Concernant l'origine géographique ou ethnique, neuf d'entre elles sont d'origine maghrébine et de confession musulmane (21%), une femme est d'origine roumaine (2%).

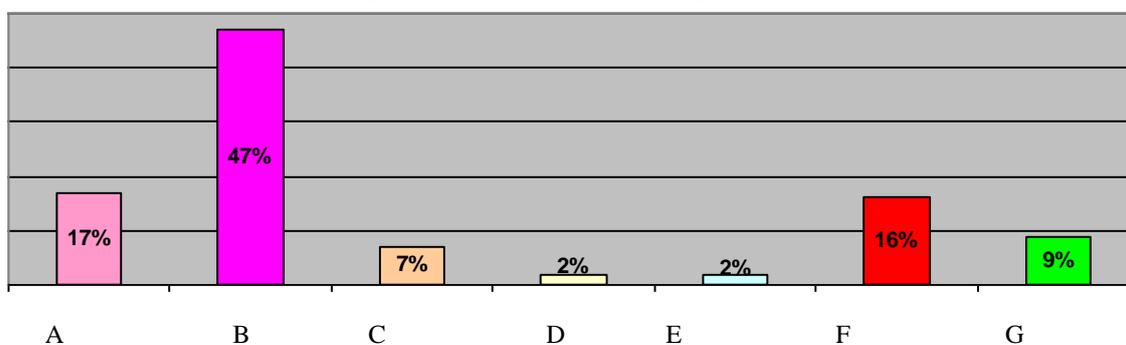
° Deux femmes ont évoqué un alcoolisme chronique chez le compagnon (5%)

° Les catégories socioprofessionnelles des femmes interviewées et des conjoints se répartissent comme suit (graphique II et III) :

Graphique II: Représentation des catégories socioprofessionnelles des femmes



Graphique III: Représentation des catégories socioprofessionnelles des conjoints



Légende:

A: Artisans, commerçants, chefs d'entreprise

B: Cadres, professions intellectuelles supérieures

C: Professions intermédiaires

D: Employés

E: Ouvriers

F: Chômage

G: Retraite

H: Femme au foyer

I: Invalidité

(selon classification INSEE)

Au total, 63% des femmes et 71% des hommes ont un niveau socio-professionnel élevé.

2) Motifs de consultation aux urgences :

a) 19 patientes (44%) ont consulté aux urgences psychiatriques pour :

- *Crise d'angoisse aigue* (8 patientes soit 19%)
- *Tentative de suicide* (6 patientes soit 14%)
- *Altération de l'état général* (perte d'appétit, amaigrissement) (3 patientes adressées par leur médecin traitant directement en consultation psychiatrique)
- *Troubles du sommeil* à type d'insomnie quasi complète : 2 femmes soit 5%

b) 24 patientes (56%) ont consulté aux urgences médicales :

◦ *Douleurs abdominales*, résistantes aux antalgiques classiques, sans cause organique retrouvée à l'examen : 12 patientes (28%) ; Pour ces 12 patientes il existe plusieurs consultations aux urgences dans l'année écoulée (jusqu'à 4 consultations pour l'une d'elle) sans qu'il ne leur ait été proposé à aucun moment une consultation avec le psychiatre des urgences.

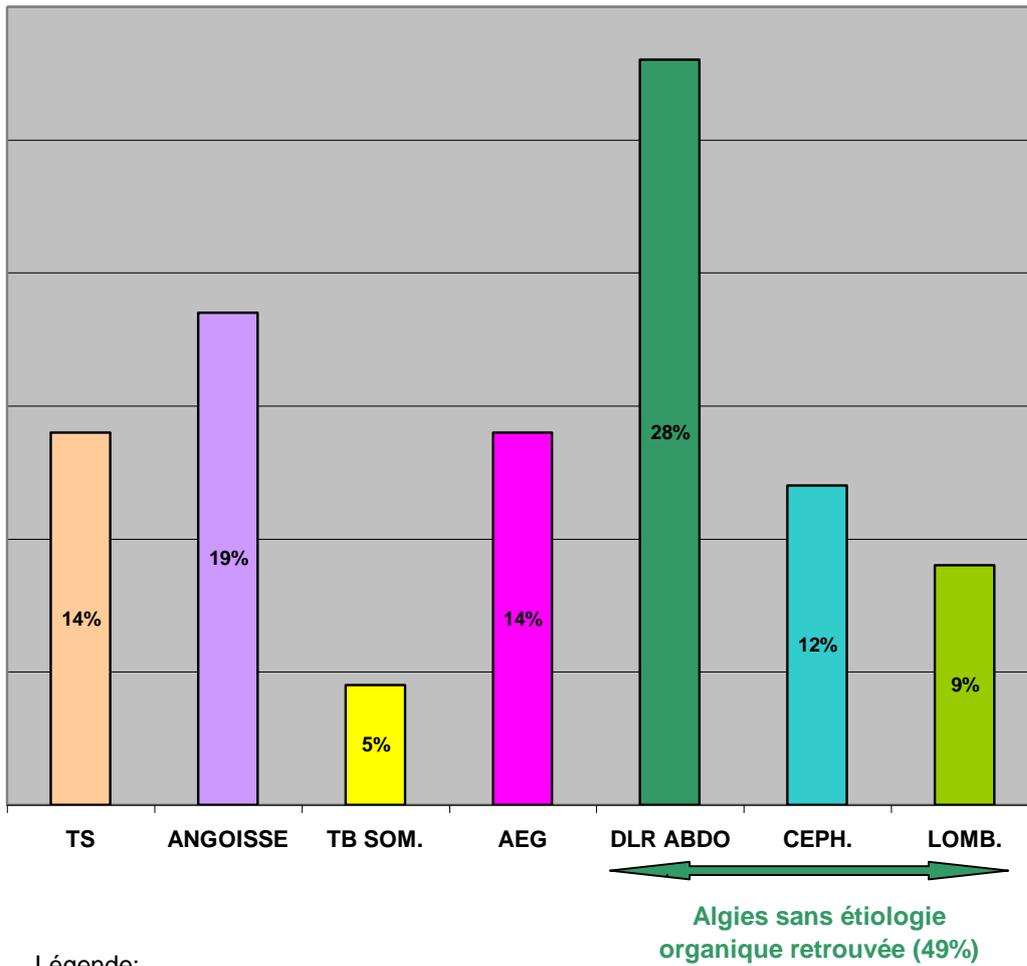
◦ *Céphalées* résistantes aux antalgiques classiques, sans cause organique retrouvée à l'examen: 5 patientes (12%). Pour trois d'entre elles, il existe plusieurs consultations aux urgences dans l'année écoulée y compris une orientation chez un neurologue .

◦ *Lombalgies/sciatalgies*: 4 patientes (9%). Pour une d'entre elles il existe deux consultations dans l'année écoulée.

◦ *Altération de l'état général* : 3 patientes adressées par le médecin traitant (7%)

Au total, 49% des consultantes viennent pour un tableau algique sans étiologie retrouvée : prépondérance de la plainte douloureuse diffuse.

Graphique IV: Motifs de consultations aux urgences



Légende:

TS: Tentative de suicide

Angoisse: Crise d'angoisse aigue

Tb.som: Trouble du sommeil

AEG: Altération de l'état général

Dir.abdo: Douleurs abdominales

Céph.: Céphalées

Lomb.: Lombalgies

3) Anamnèse psychiatrique

a) Antécédents psychiatriques (graphique V)

° Trois des femmes interviewées ont fait un **épisode dépressif** unique (elles étaient toutes les trois avec leur compagnon actuel : pour deux d'entre elles en post-partum , pour une d'entre elles au moment de sa retraite) ,soit 7%

° Trois d'entre elles ont déjà fait une **tentative de suicide** (7%), pour l'une d'elle pendant l'enfance, pour deux d'entre elles à l'adolescence. Ces trois femmes ont été hospitalisées à cette période (7%)

° Une d'entre elles a été suivie pour **anorexie à l'adolescence** (2%) et présente toujours des troubles du comportement alimentaire, dont les caractéristiques ne sont pas suffisantes pour parler actuellement d'anorexie.

° Cinq d'entre elles ont été suivies pour **troubles anxieux** (12%)

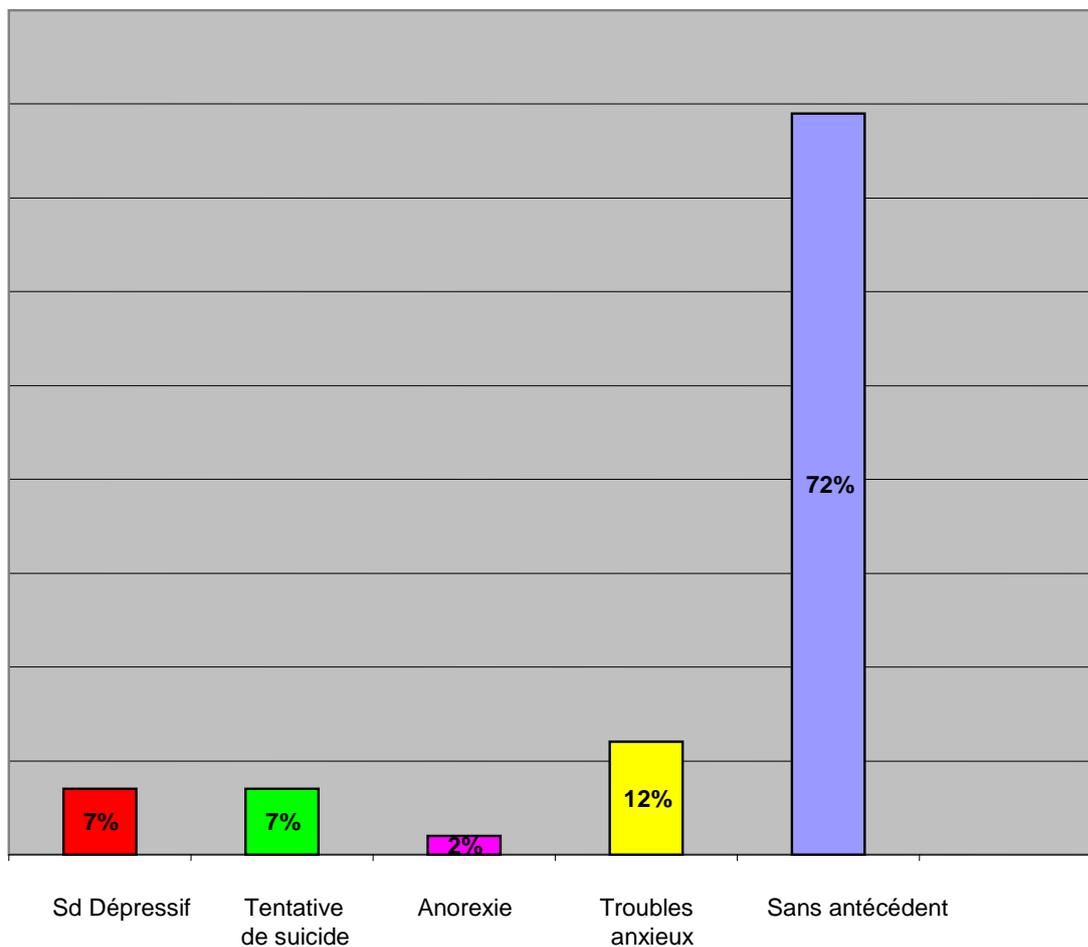
° Au total, 31 femmes (72%) n'ont pas d'antécédent psychiatrique

b) Suivi psychiatrique/psychologique individuel et de couple :

Neuf femmes (21%) voient actuellement un thérapeute mais deux d'entre elles n'ont pas encore évoqué la situation conjugale avec leur thérapeute (5%) car le thérapeute n'a pas abordé le sujet directement.

Une femme consulte avec son conjoint en thérapie de couple (2%)

Graphique V: Antécédents psychiatriques



Les patientes ayant présenté un syndrome dépressif sont distinctes de celles ayant fait des tentatives de suicide.

Seules les patientes ayant fait des tentatives de suicide ont été hospitalisées.

Les patientes ayant eu un syndrome dépressif étaient suivies en ambulatoires.

Le type de troubles anxieux n'a pas été précisé par les patientes .

c) Consommations de substances addictogènes et de traitements psychotropes
(graphique VI)

- ° **Tabagisme actif** (>1/2 paquet/j): 24 patientes soit **56%**
- ° **Consommation chronique d'alcool** (>6 mois et quotidien): 2 patientes soit **5%**
- ° **Consommation de cannabis régulière** (plus de 5 joints par semaine) :1 patiente soit **2%**
- ° **Consommation de psychotropes**: 23 patientes soit **53%** dont:

-13 consomment un seul type de psychotrope:

- ° anxiolytiques de type benzodiazépines : 8 femmes
- ° hypnotiques: 3 femmes
- ° antidépresseurs: 2 femmes

- 10 consomment plus d'un psychotrope :

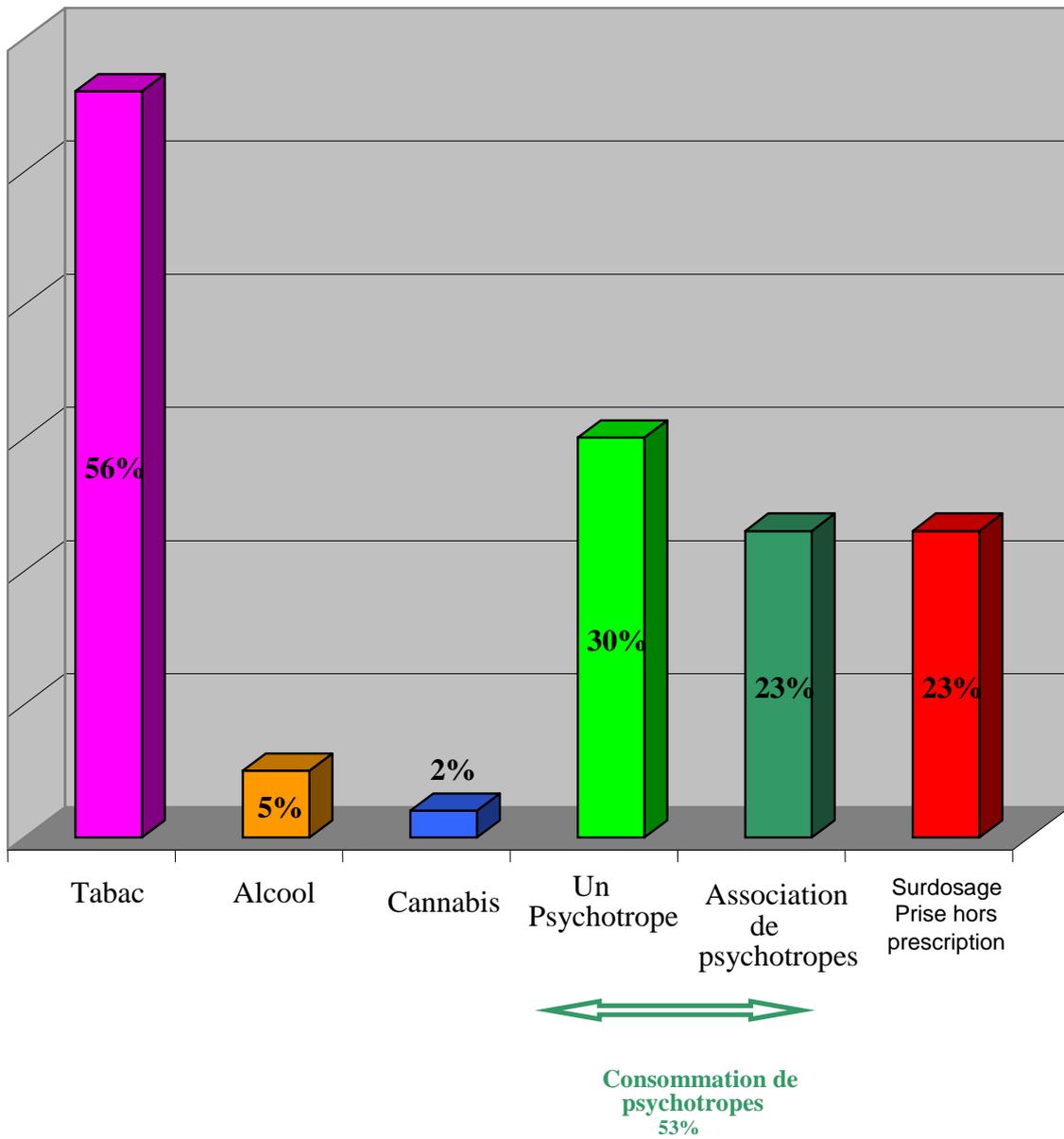
- ° anxiolytiques et hypnotiques: 8 femmes
- ° anxiolytiques et antidépresseurs: 1 femme
- ° anxiolytiques ,antidépresseurs et hypnotiques: 1 femme

- 10 patientes (23%) avouent une consommation anarchique et surdosée des médicaments psychotropes prescrits.

- Pour 9 femmes le traitement est prescrit par un psychiatre. Pour 14 , il l'est par le généraliste.

° 10 patientes ne consomment pas de traitement psychotrope ni de toxique soit 23%

Graphique VI : Consommation de substances addictogènes et de psychotropes



4) Antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux

a) Antécédents médicaux :

- **Algies multiples** pour 21 femmes (céphalées, lombo-sciatiques, douleurs abdominales) qui ont motivé de nombreuses consultations aux urgences mais aussi des consultations spécialisées (neurologie, rhumatologie, gastro-entérologie) avec prescription multiples (antalgiques, myorelaxants, spasmolytiques). Une proposition d'aide psychologique n'a été proposée qu'à 5 d'entre elles.

- **Diabète non insulino-dépendant mal équilibré** chez une patiente (relié directement par la patiente à une mauvaise hygiène de vie du fait de la situation anxiogène et stressante)

- **Hypertension artérielle mal équilibrée** chez deux femmes (relié directement par les patientes à la situation anxiogène et stressante)

Au total, nous retrouvons 49% de douleurs diffuses non étiquetées.

b) Antécédents obstétricaux

Ils ont volontairement été mis à part du fait de leur part non négligeable. Ainsi, nous retrouvons :

- **Fausse couche spontanée précoce** (premier trimestre) : 5 femmes soit 12%

- **Interruption volontaire de grossesse** : 7 femmes soit 16%

° cinq femmes avec le conjoint actuel (dont 3 femmes l'ont fait sans en informer le compagnon et deux femmes l'ont fait sous la pression de celui-ci)

° deux femmes lors d'une précédente union

- **Accouchement prématuré** (Acc.Prém.): 6 femmes soit 14%

- **Mort Foetale in utéro** (MFIU): 1 femme soit 2%

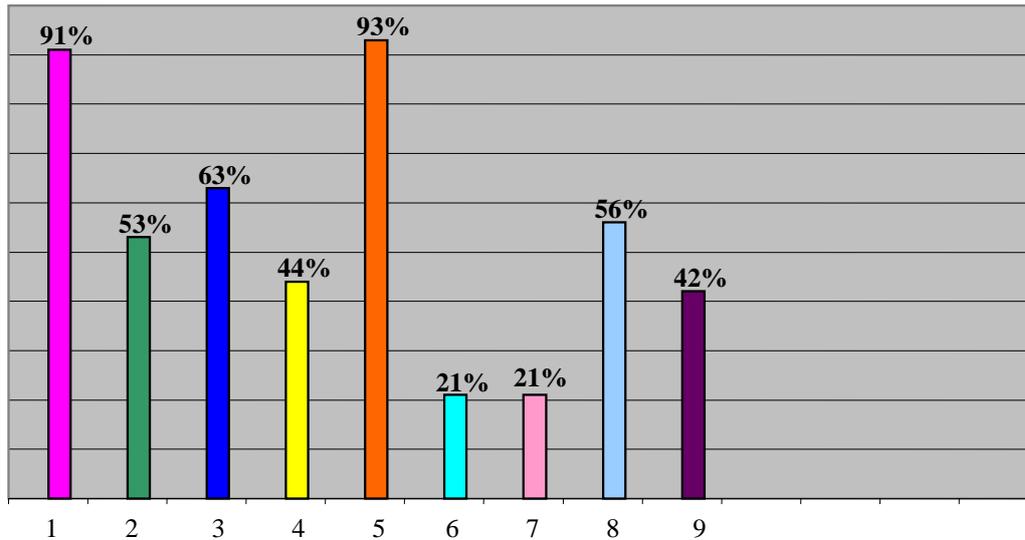
Au total, nous retrouvons 44% d'antécédents obstétricaux (hors grossesse)

B) Caractéristiques et représentations des violences psychologiques

subies

1) Typologie des violences psychologiques (graphique VII)

Graphique VII: Typologie des violences psychologiques



Légende:

- 1 : Insultes
- 2: Chantage affectif (chantage au suicide, menace de partir avec les enfants, menace de rupture)
- 3: Contrôle des sorties, des visites, des appels téléphoniques
- 4: Menaces de mort
- 5: Isolement familial, social
- 6: Menace directe sur les enfants
- 7: Menace d'une hospitalisation en psychiatrie
- 8: Pression, contrôle économique
- 9: Menace de divulguer des éléments intimes à la famille, aux collègues de travail

2) Représentations des violences par les femmes interviewées

Vingt trois des femmes (53.5%) qualifient le comportement de leur conjoint de violent

Sur les 20 femmes (43.5%) ne qualifiant pas de violent le comportement de leur compagnon

(aucun terme n'a été suggéré ici)

° 3 d'entre elles parlent d'abus de pouvoir (15%)

- ° 2 d'entre elles parlent de domination (10%)
- ° 2 d'entre elles parlent d'emprise (10%)
- ° 1 d'entre elles parle de machisme (5%)
- ° 12 d'entre elles parlent de harcèlement moral ou psychologique (28%)

Vingt deux femmes (51%) font un lien entre leurs difficultés psychologiques actuelles et la situation conjugale d'emprise.

Vingt neuf femmes (67%) font un lien entre la situation conjugale et le motif de leur consultation aux urgences :

- ° Toutes les femmes ayant consulté aux urgences psychiatriques font un lien (19 patientes)
- ° Pour les femmes ayant consulté initialement aux urgences médico-traumatologiques (n=24) dix patientes (42%) relient leur motif de consultation à la situation actuelle. Parmi elles on retrouve les 3 patientes venues pour altération de l'état général et 7 patientes venues pour tableau algique sans cause organique retrouvée.

3) Représentations subjectives de leur état psychique vis à vis de la situation

Trente neuf femmes (91%) éprouvent de la culpabilité voire une responsabilité dans la situation conjugale psychologiquement violente.

Trente et une femmes (73%) se sentent inutiles, vides, sans ressource vis-à-vis de la situation.

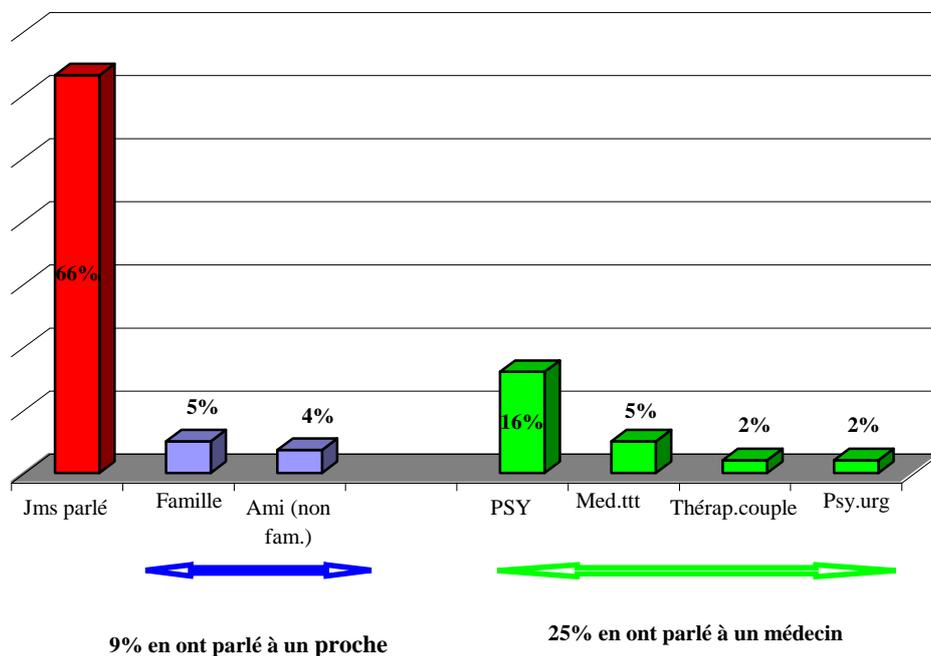
Douze femmes (28%) ont le sentiment d'avoir été dépossédées de leur psychisme, de leur capacité à réfléchir, à penser. Elles ont le sentiment de ne plus prendre de décisions pour elle-même.

Vingt neuf femmes (67%) ont l'impression d'être dépendantes psychiquement de leur conjoint.

Deux femmes décrivent lors d'épisodes particulièrement menaçants (menaces de mort répétées) de véritables épisodes dissociatifs avec déréalisation, dépersonnalisation, impression de sentiments et de ressentis émoussés, tels une anesthésie psychique.

4) Interlocuteurs privilégiés concernant la situation conjugale

Graphique VIII: Interlocuteurs privilégiés concernant la situation conjugale



Légende:

Jms parlé: Jamais parlé

Psy: Psychiatre actuel

Med.Traitant: Médecin traitant

Thérap.couple: Thérapeute de couple

Psy.urg: Psychiatre aux urgences psychiatriques

Les femmes suivies par un psychiatre libéral (21%), estiment avoir mis plusieurs semaines à plusieurs mois avant d'évoquer la situation avec leur psychiatre ; pour 5% d'entre elles, le sujet n'a pas encore été évoqué.

Au total, dans notre échantillon, 66 % des femmes n'avaient jusqu'à notre étude jamais parlé de la situation.

C) Evaluation des diagnostics psychiatriques par le MINI

(graphique IX)

- **Alcoolisme chronique**: 2 femmes soit **5%**
- **Dépendance à une substance (actuelle)** de type psychotrope anxiolytique (benzodiazépines): 6 femmes soit **14%**
- **Anxiété généralisée**: 3 femmes soit **7%**
- **Trouble panique**: 3 femmes soit **7 %**
- **Agoraphobie**: 2 femmes soit **5%**
- **Episode dépressif majeur actuel**: 2 femmes soit **5%**
- **PTSD** (Syndrome de Stress Post-traumatique): 4 femmes soit **9%**
- 21 femmes n'ont aucun trouble psychiatrique au moment de l'examen par la MINI soit 48%

Au total , 52% des femmes interviewées ont un diagnostic psychiatrique au MINI

28% des femmes ont un trouble anxieux et 19% une dépendance à une substance

Pour les comorbidités nous retrouvons :

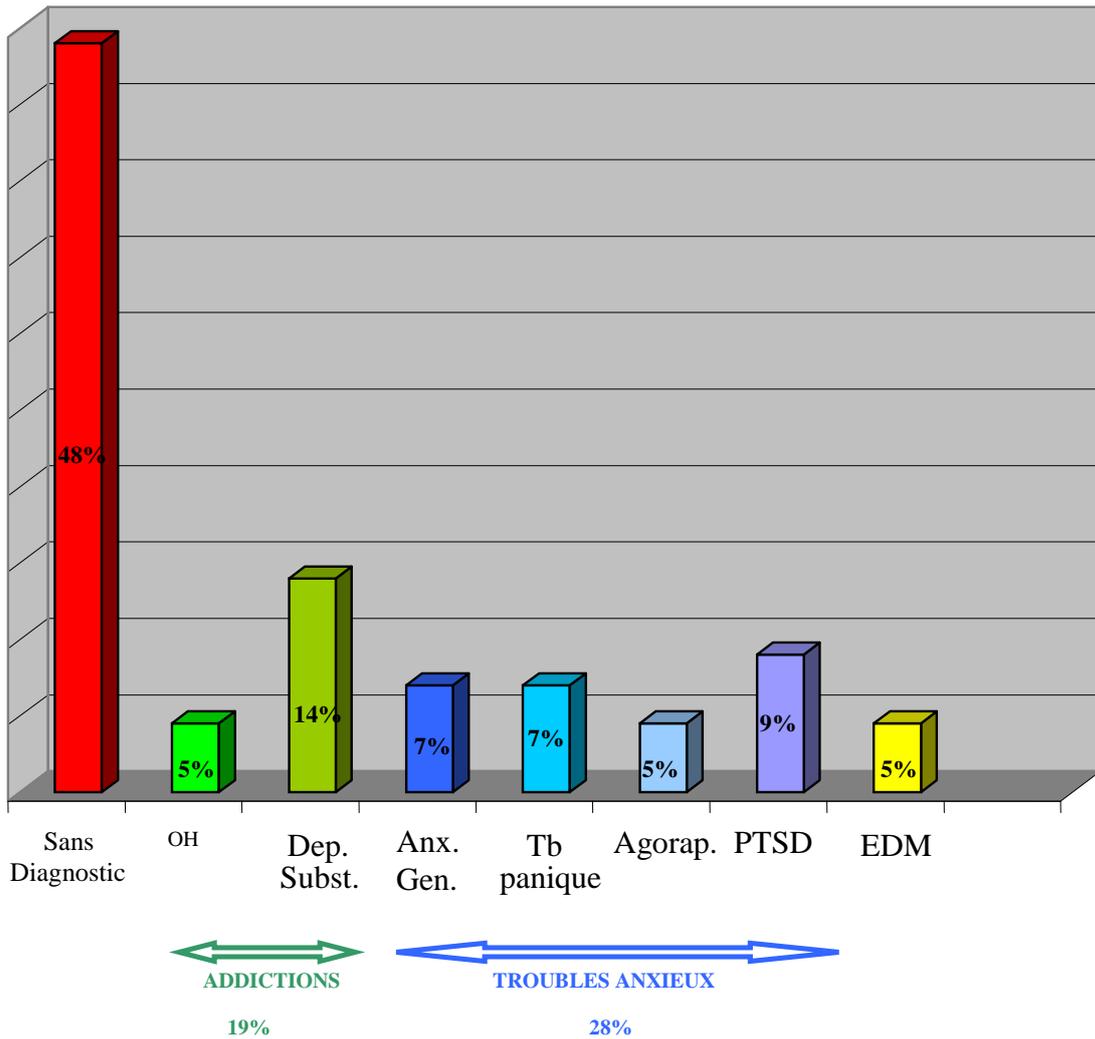
Anxiété généralisée + dépendance à une substance : 1 femme

Episode dépressif majeur + Anxiété généralisée : 1 femme

Episode dépressif majeur + Trouble panique : 1 femme

Alcoolisme chronique + Dépendance à une substance : 1 femme

Graphique IX : Diagnostics psychiatriques évalués par la MINI



Légende:

OH: Alcoolisme chronique
 Dep.subst: Dépendance à une substance
 Anx.gen.:Anxiété généralisée
 Agorap. : Agoraphobie

Tb Panique: Trouble panique
 PTSD: Sd de stress post-traumatique
 EDM: Episode dépressif majeur

D) Évènements de vie des femmes interviewées

1) Évènements de vie potentiellement traumatiques (liste CAPS) et évènements traumatiques (critères A du DSMIV) (graphique X)

Maltraitance physique pendant l'enfance et l'adolescence: 3 femmes (7%) ; 2 d'entre elles ont été victimes de maltraitance physique pendant l'enfance (hors maltraitance sexuelle) et 1 a été victime d'agression sexuelle à l'adolescence. Toutes les 3 ont désigné ces évènements de vie comme potentiellement traumatisants (échelle d'évènements de vie de la CAPS) et ces évènements remplissent les critères A du DSM IV (évènement traumatique): 7%

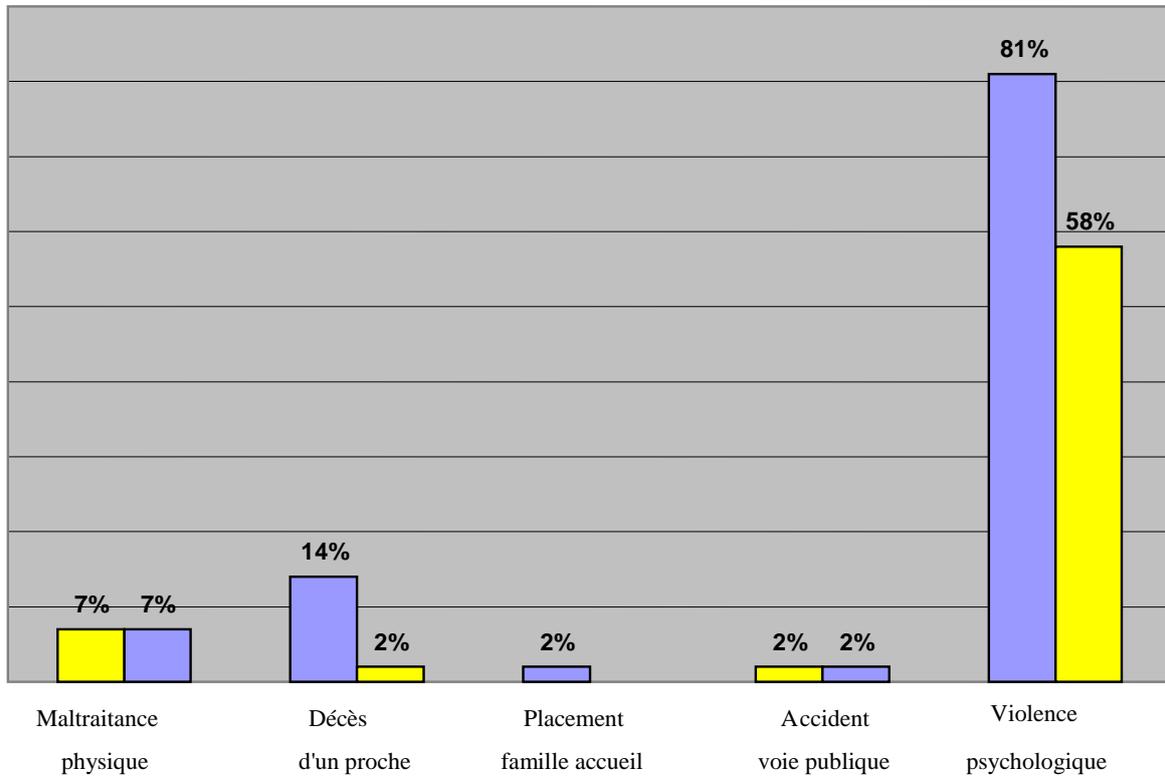
Décès d'un des parents pendant l'enfance ou l'adolescence : 6 femmes (14%) ont désigné cet évènement comme potentiellement traumatisant; pour 1 femme , qui a perdu sa mère à 10 ans d'une mort brutale (suicide par précipitation dont elle a été témoin), l'évènement remplit les critères A (évènement traumatique): 2%

Placement en famille d'accueil : 1 femme (2%) a désigné l'évènement comme potentiellement traumatisant.

Accident de la voie publique (AVP): 1 femme a été victime d'un AVP (AVP au cours duquel deux personnes sont décédées) et a désigné l'évènement comme potentiellement traumatisant, évènement qui remplit les critères A du DSM IV (évènement traumatique): 2%

Violence conjugale psychologique avec menace de mort, menace de l'intégrité physique ou menace sur les enfants: 35 femmes (81%) ont désigné l'évènement comme potentiellement traumatisant, évènement qui remplit les critères A chez 25 d'entre elles (évènement traumatique dans 58 %)

Graphique X: Évènements de vie potentiellement traumatiques(liste CAPS)
et évènements de vie traumatiques (critère A du DSM IV)



Légende:

Évènement listé comme potentiellement traumatique (liste CAPS): ■

Évènement traumatique (critère A du DSM IV): ■

2) Évènements traumatiques et diagnostics psychiatriques :

Les évènements de vie traumatiques se répartissent comme suit chez les femmes parmi lesquelles on a retrouvé un diagnostic à la MINI :

Diagnostic d'EDM (n=2): 1 femme avec antécédent de maltraitance physique pendant l'enfance (vécu comme traumatique)

1 femme avec antécédent de mort violente dans la famille (vécu comme traumatique).

Les deux patientes ont également désigné la violence psychologique comme traumatique.

Diagnostic de troubles anxieux (n=8) : 1 femme avec antécédent d'AVP (vécu comme traumatique)

6 femmes ont également désigné la violence psychologique comme traumatique

Diagnostic de PTSD: (n=4): 4 femmes avec violences conjugales psychologiques vécues comme traumatiques

Diagnostic de dépendance à une substance (n=6): 3 femmes avec violences psychologiques vécues comme traumatiques.

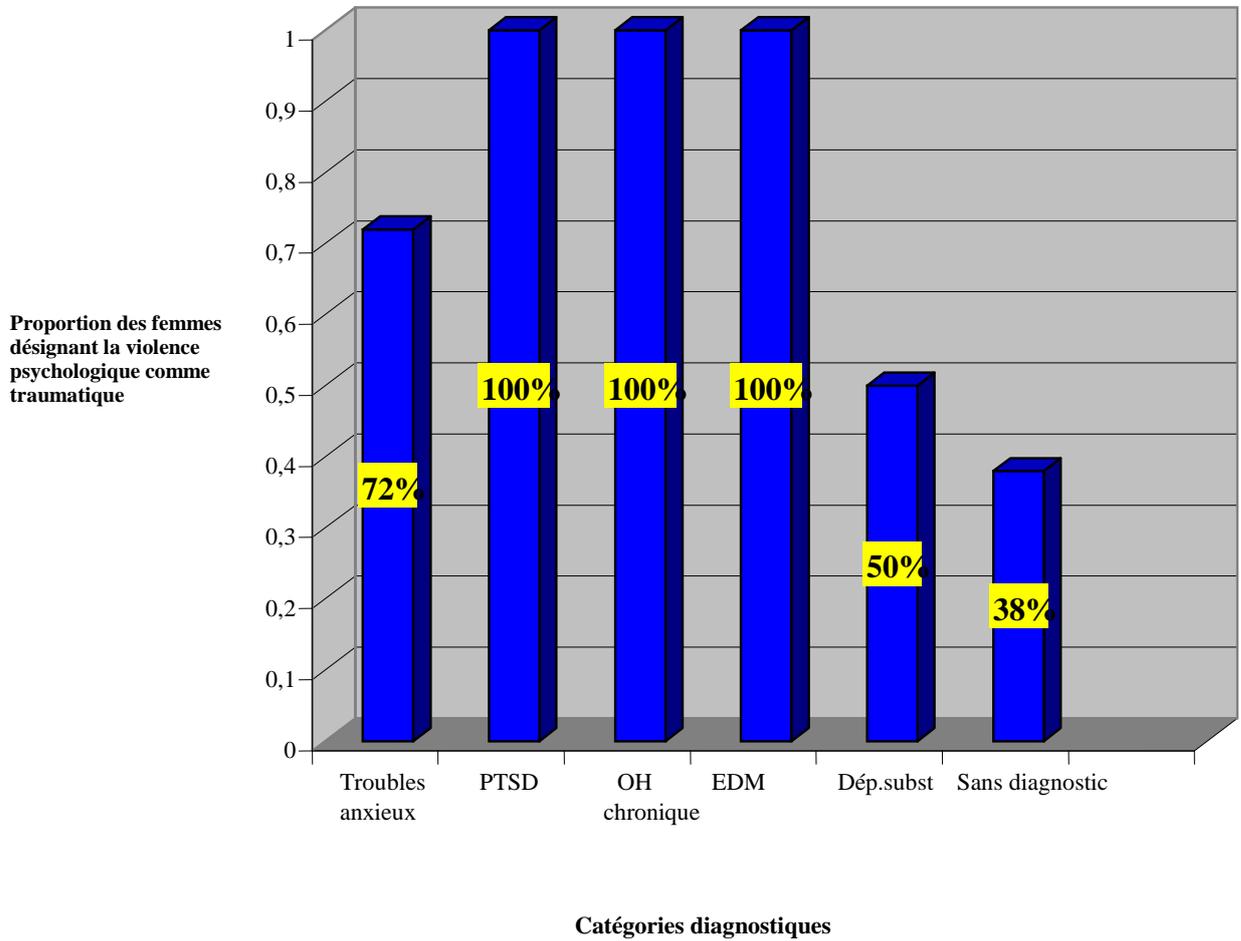
Diagnostic d'alcoolisme chronique (n=2): 2 femmes avec violences conjugales psychologiques vécues comme traumatiques

Sans diagnostic (n=21): 2 femmes avec antécédents de maltraitance physique (vécue comme traumatique)

8 femmes avec violences psychologiques vécues comme traumatiques.

La corrélation entre violence psychologique vécue comme traumatique et les diagnostics psychiatriques retrouvés à la MINI est représentée au graphique XI :

Graphique XI: Violences psychologiques vécues comme traumatiques et diagnostics psychiatriques



Légende:
PTSD: Syndrome de stress post-traumatique
OH chronique: Alcoolisme chronique
EDM: Episode dépressif majeur
Dép. Subst: Dépendance aux substances

E) Acceptabilité et faisabilité d'un questionnaire de dépistage

1) Niveau d'aise par rapport à chaque item du questionnaire WEBS

Niveau d'aise Items WEBS	Pas à l'aise	A l'aise	Tout à fait à l'aise
Question 1 Je ressens une insécurité dans ma propre maison	(2%)	(33%)	(65%)
Question 2 Je me sens honteuse des choses qu'il me fait	(23.25%)	(30.25%)	(46.5%)
Question 3 J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire	(37%)	(35%)	(28%)
Question 4 J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière	(16%)	(19%)	(65%)
Question 5 J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma vie, ni de pouvoir, ni de protection	(9%)	(35%)	(56%)
Question 6 Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de la dire	(46.5%)	(30.25%)	(23.25%)
Question 7 J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle	(5%)	(42%)	(53%)
Question 8 Il peut m'effrayer sans lever la main sur moi	(56%)	(32%)	(12%)
Question 9 Il a un regard qui me transperce et me terrifie	(74%)	(14%)	(12%)

Tableau 1 : Niveau d'aise vis-à-vis du questionnaire WEBS

Légende : **Item en rouge** : item relatif aux impressions, sentiments, ressentis de la patiente

Item en bleu : item relatif aux comportements du compagnon

Item en vert : item relatif aux agirs et aux réactions de la femme

2) Acceptation du dépistage systématique et d'une prise en charge

Trente trois femmes (77%) auraient accepté que le médecin urgentiste leur fasse passer le questionnaire WEBS tel quel, le jour où elles sont venues consulté. Dix (23%) ne l'auraient pas accepté.

Trente huit femmes (88%) auraient préféré que le médecin urgentiste leur pose des questions directes, courtes, sur le sujet ; Cinq d'entre elles n'auraient pas souhaité être questionnées sur le sujet (12%)

Concernant la prise en charge aux urgences au moment de la consultation :

Seules dix femmes (23%) auraient accepté de rencontrer une assistante sociale aux urgences, au terme de la consultation; 77% d'entre elles n'auraient pas accepté cette entrevue.

Pour les patientes ayant consulté aux urgences médicales- traumatologiques (n=24) seize (67%) d'entres elles auraient souhaité que le médecin urgentiste leur propose de voir un psychiatre aux urgences.

Trente quatre femmes (79%) auraient souhaité recevoir une plaquette d'information concernant l'aide juridique, sociale, psychologique disponibles (numéros verts, coordonnées d'un Centre Médico-Psychologique par exemple).

IV) DISCUSSION

L'objectif principal de ce travail a été de dessiner le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Notre étude a regroupé 43 patientes (ayant consulté aux urgences médicales, traumatologiques ou psychiatriques du service d'urgences de l'hôpital Trousseau à Tours), patientes victimes de violences conjugales psychologiques, ayant accepté l'évaluation diagnostique par le MINI. Nous avons sollicité de façon systématique ces patientes sur une période de 5 mois.

Ce travail s'inscrit dans les recommandations nationales relatives aux violences conjugales.

Du fait du peu de chiffres inhérents aux violences psychologiques, nos comparaisons se feront par rapport aux femmes victimes de violences physiques et/ ou sexuelles et par rapport aux femmes de la population générale.

L'originalité de notre travail vient du fait qu'aucune étude descriptive n'a jusqu'alors été faite uniquement sur les femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Cette première étude descriptive sur le sujet, peut constituer un travail préliminaire à des études ultérieures de corrélation, relatives par exemple à l'impact psychopathologique de ces violences .

A) L'échantillon :

1) Modalités de recrutement

Si nous pouvons considérer cet échantillon comme relativement représentatif de la population consultant aux urgences Trousseau, la constitution de cet échantillon a toutefois rencontré un

certain nombre d'écueils. Le recrutement en effet été rendu difficile notamment lors de la première phase de recrutement par appel téléphonique. 226 femmes ont d'emblée refusé l'entretien et treize femmes (remplissant les critères d'inclusion de la deuxième phase de l'étude) ont refusé ou n'ont pu se présenter à l'entretien en face à face, ; il est probable qu'un certain nombre d'entre elles aient refusé celui-ci à l'annonce du thème « violences conjugales », ne reconnaissant pas le caractère violent des comportements harcelants du conjoint ou craignant une effraction dans leur intimité ; il est envisageable que ces femmes soient victimes d'un contrôle par leur compagnon tel, qu'il leur a été impossible de répondre : peut-être ces femmes, sont-elles victimes du terrorisme conjugal tel que décrit par Johnson . Enfin, ces femmes victimes étant dans une période de vie douloureuse, entraînant on l'a vu, parfois, un réel remaniement de leur sens critique, une négation identitaire, ont parfois pu être en grande difficulté pour accepter l'entretien face à un psychiatre. La crainte majeure exprimée par certaines a été la perte de l'anonymat, la crainte de « conséquences négatives » sur elles et leurs compagnons, la crainte de la désignation du compagnon comme « agresseur » : ainsi, notre population de 43 femmes n'est-elle peut-être pas représentative de l'ensemble des femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Une autre difficulté de recrutement est inhérente à la durée limitée de celui-ci (5 mois) et à la période de vacances scolaires d'été, limitant la disponibilité de ces femmes. Toutefois, le recrutement s'est fait de façon exhaustive et l'étude a ainsi pu être proposée à toute femme identifiée selon les critères d'inclusion.

Concernant le mode de recrutement des femmes victimes de violences conjugales par le questionnaire WEBS, celui-ci n'ayant pas été validé, ni testé en terme de sensibilité et de spécificité en France, il peut exister un biais de sélection inhérent à l'utilisation de ce questionnaire. Cependant, si le questionnaire WEBS n'a pas encore été validé en France, il a déjà été testé dans des pays francophones tels que le Canada par exemple et a montré une

forte consistance interne. De ce fait, nous avons pris le parti de questionner directement la femme sur l'existence de violences psychologiques afin d'affiner notre recrutement et ne pas perdre des femmes victimes de violences psychologiques qui ne répondraient pas aux critères du WEBS. Il ne s'agissait pas dans nos objectifs d'étudier la sensibilité et la spécificité du questionnaire mais bien son acceptabilité auprès des femmes.

2)Données socio-démographiques

a) Age des patientes de l'échantillon

Il est plus élevé que celui des données actuelles de la littérature chez les femmes victimes de violences physiques : il semblerait que, les femmes plus « âgées » aient plus de recul pour repérer la violence psychologique. En effet, elles ont été les plus représentées parmi celles qui ont défini le comportement de leur conjoint comme violent, alors que les plus jeunes parlent de machisme ou de domination.

b) Origine géographique

Dans toutes les études internationales, il existe une surreprésentation des femmes maghrébines dans les échantillons de femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles graves ; Il semble que cela ne soit pas le cas dans notre étude concernant les violences psychologiques. En effet, elles ne représentent que 9 % de notre échantillon. Il n'est pas impossible toutefois que ce pourcentage soit sous-évalué du fait de nos critères de recrutement initiaux (Femmes parlant parfaitement le français pouvant comprendre certaines nuances dans les différents tests notamment lors de la passation du MINI). De plus, deux des

femmes d'origine maghrébine rencontrées lors de l'étude ont évoqué le fait que le harcèlement moral ou psychologique n'était pas reconnu comme tel dans leur culture et leurs traditions, puisque la domination masculine et le contrôle de la femme sont des éléments culturels et constitutifs du couple. D'autre part, elles ont ajouté que le contrôle masculin sur la femme était un élément transgénérationnel et commençait dès l'enfance par la toute puissance patriarcale puis celle des frères. Il est donc probable que les femmes maghrébines qui ont refusé l'étude ne reconnaissent pas ces comportements comme violents.

c) Statut socioéconomique des femmes et de leurs conjoints

Les résultats ne sont pas identiques à ceux notés dans les études internationales ou françaises relatives aux situations de violences conjugales physiques ou sexuelles. En effet, dans ces situations, on note préférentiellement un risque accru dans les milieux associant précarité sociale, professionnelle, bas niveau socio-économique. Dans notre étude, les femmes victimes de violences conjugales psychologiques et leurs conjoints ont un profil différent : les femmes ont majoritairement une profession de cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires (63%) ; leur conjoint n'a pas le profil des hommes violents classiquement décrit dans le cas de violences physiques (précarité sociale, chômage, alcoolisme) : dans notre étude, 70% des conjoints ont au contraire une profession de cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires et seuls 5% d'entre eux présentent un alcoolisme chronique (contre 12% pour les hommes violents physiquement en France et jusqu'à 30 à 40 % dans les études internationales).

Il semble que se dessine là un profil singulier des femmes victimes de violences conjugales psychologiques ou de harcèlement moral: on peut peut-être expliquer ce profil par la personnalité narcissique du conjoint, valorisé dans des situations sociales plus élevées et en

couple avec des compagnes qui les valorisent également de part leur situation sociale ; de plus , les femmes interviewées évoquent une vie sociale et mondaine fréquente où les marques de coups « feraient désordre » ; dans le cas de violences psychologiques, celles-ci ne laissent pas de traces...Deux des femmes interviewées ont d'ailleurs employé le terme de « violence bourgeoise mondaine » et de « violence huppée ».

d) Motifs de consultations aux urgences,

Il existe une répartition homogène des femmes de l'échantillon entre urgences médico-traumatologiques et psychiatriques ; il est important de souligner que dans 49% des cas, le motif de consultation correspond à des algies sans cause organique retrouvée (algies retrouvées dans les antécédents médicaux, évoluant souvent depuis plusieurs années) : nous nous situons là dans le registre du trouble somatoforme associant douleurs persistantes, sentiment de détresse dans un climat de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux. Ces tableaux algiques complexes souvent résistants aux antalgiques, associés à une fatigue, une raideur musculaire, des troubles du sommeil, une irritabilité, nous ont d'emblée évoqué la « fameuse » fibromyalgie , « maladie » moderne reliée , dans 70% des cas à un tableau de PTSD. (Cohen, Neumann et al; 2002). En effet, on sait que la douleur chronique inexplicée peut être une manifestation somatique d'une souffrance psychique souvent non prise en charge. Le lien entre traumatismes psychiques, symptômes post-traumatiques, dissociation psychique et troubles somatoformes, est actuellement bien documenté (Cohen, Neumann et al;2002). Les manifestations dissociatives sont plus couramment décrites dans leur composante psychique d'où le terme de dissociation psychique mais la dissociation se manifeste également par la voie corporelle, alors dénommée dissociation somatoforme ou conversion. La dissociation somatoforme peut se manifester par des expériences somatiques

négatives (analgésie, anesthésie, trouble de la perception) et/ou des expériences somatiques positives (activité motrice, douleur), pouvant être évaluées à l'aide du Questionnaire de dissociation somatoforme (SDQ-20) (El Hage ; 2004) ; On sait que parmi les troubles post-traumatiques (troubles anxieux et dépressifs, somatisation, troubles de la personnalité, troubles dissociatifs), les troubles dissociatifs somatoformes sont courants .Les patients souffrant de dissociation somatoforme rapportant généralement de multiples symptômes somatoformes, sont de grands utilisateurs des services de santé mais reçoivent rarement les traitements appropriés.. D'après Nijenhuis (2003) même si les troubles somatoformes ne sont pas référencés comme troubles dissociatifs dans le DSM-IV, la forte corrélation entre eux indiquerait que la dissociation somatoforme (conversion) et les symptômes somatoformes seraient des manifestations d'un seul et même phénomène.

Cohen et al. évoquent le fait que dans la fibromyalgie, il est possible que la douleur psychique moins bien admise sur le plan socioculturel soit transformée en douleur physique, tel un mécanisme adaptatif nouveau. Ces auteurs s'interrogent sur la possibilité de concevoir la fibromyalgie comme une forme somatisée du PTSD . Ainsi, le PTSD surviendrait plus dans le cas de dissociation psychique péritraumatique et la fibromyalgie lors de dissociation somatoforme péritraumatique? Dans un article récent, nous nous étions questionné sur l'idée de fibromyalgie en terme de pathologie du traumatisme psychique (El HAge, Lamy et al ;2006) Lors de l'examen de ces femmes souffrant d'un syndrome douloureux chronique il est important ainsi, de tenir compte précocement de la dimension psychique, et de rechercher des antécédents d'histoire traumatique, notamment de situation conjugale violente, afin d'éviter la chronicité de la souffrance et l'émergence de comorbidités psychiatriques.

Il serait souhaitable , aux vues de notre hypothèse, de revoir ces patientes afin de leur faire passer des tests d'évaluation de la fibromyalgie de type Fibromyalgia Impact Questionnaire validé en français (FIQ, à 30 items) (Burckhard , Clark et al ; 1991) et le London

Fibromyalgia Epidemiology Study-Screening Questionnaire traduit en français (LFES-SQ, à 6 items)(Perrot, Dumond et al ;2002-White, Harth et al ;1999) . Ces questionnaires ne tiennent pas compte de l'histoire traumatique mais permettraient une étude de prévalence de la fibromyalgie chez les femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Ces multiples données et nos résultats nous incitent à poursuivre des études complémentaires auprès de femmes victimes de violences conjugales psychologiques afin d'évaluer la prévalence des épisodes dissociatifs péritraumatiques, du syndrome de stress post-traumatique et celle de la fibromyalgie.

Ainsi, il semble d'emblée intéressant , de proposer aux femmes qui consultent régulièrement aux urgences pour ces tableaux algiques, une consultation avec un psychiatre soit dans le cadre des urgences, soit de proposer les coordonnées d'un centre médico-psychologique, en insistant sur la dimension possiblement psychologique de ces douleurs.

e) Antécédents psychiatriques

28% de femmes ont des antécédents psychiatriques ; Comparés aux 68% de femmes ayant un ou des évènements traumatiques et aux 35 % ayant des antécédents psychiatriques divers parmi les femmes victimes de violences physiques, nos résultats nous permettent d'avancer l'hypothèse qu'il n'existe pas forcément de vulnérabilité psychiatrique pour ces femmes victimes de harcèlement moral et violences psychologiques au sein du couple. D'ailleurs la faible proportion de femmes ayant vécu, dans une union précédente, la même situation violente, appuie cette idée .

f) Antécédents médicaux , chirurgicaux, obstétricaux.

On retrouve la symptomatologie algique décrite dans les motifs de consultations : il serait important de prendre en compte ces premiers résultats afin : de questionner ces femmes (qui consultent souvent à plusieurs reprises pour des motifs similaires) sur la situation conjugale et de proposer une consultation psychiatrique (soit au sein des urgences, soit dans un CMP, soit en libéral) ; Il semble primordial que les professionnels de santé qui interviennent dans les services d'urgence soient attentifs à inclure dans leur recueil anamnestique des éléments simples sur la situation conjugale.

Les antécédents obstétricaux sont également à remarquer : si les données de littérature ont appuyé grandement sur le risque de complications obstétricales des violences physiques au sein du couple, il semble, que, en dehors de violence physique, la violence psychologique puisse jouer un rôle (selon les représentations subjectives des femmes interviewées) dans la survenue de complications telles que l'accouchement prématuré, la fausse couche ; Le taux de prévalence des fausse-couche spontanées dans la population générale est de 3 à 5 % contre 12% dans notre étude. Le taux d'accouchement prématuré est en moyenne de 3 à 6 % dans la population générale contre 14% dans notre étude. Toutes les femmes ayant rapporté ces antécédents estiment qu'il existe un lien entre la survenue de ces complications et le contexte conjugal anxiogène ; de plus, toutes les femmes ayant vécu une interruption volontaire de grossesse, estiment l'avoir fait , soit sous la contrainte de leur conjoint qui ne souhaitait pas cet enfant, soit en cachette de celui-ci, ne voulant pas exposer l'enfant à la situation conjugale violente. Ainsi, il semble primordial de prendre en compte ces résultats afin de poursuivre l'exploration auprès de femmes enceintes vivant dans un climat de couple psychologiquement violent, afin de concrétiser l'idée d'un lien entre climat de couple violent et conséquences

négatives sur la grossesse. Ces résultats mettent en exergue l'importance d'une prise en compte et en charge de cette anxiété lors de la grossesse, afin de prévenir les conséquences négatives possibles mais également sur la dépression postnatale : en effet, Sutter et Malay en 2004 ont montré que l'anxiété maternelle pendant la grossesse est un facteur prédictif de l'intensité de la dépression postnatale : plus la femme est dans un climat anxigène pendant sa grossesse et plus la dépression est sévère en postpartum. Si les dépistages des violences conjugales physiques semblent de plus en plus routiniers dans les services de gynéco-obstétrique (recommandations dans le suivi de grossesse), il semble nécessaire, aux vues des premiers résultats de notre étude, de rechercher par des questions simples, la notion de climat conjugal psychologiquement violent et anxigène, climat qui pourrait avoir un impact non négligeable sur la poursuite de la grossesse et son bon déroulement, ainsi que sur le bien-être psychique de la femme lors de cet événement de vie bouleversant en soi ; une étude complémentaire dans les services de gynéco-obstétrique semblent donc ici indispensable pour poursuivre l'étude, et ce de façon prospective, sur plusieurs années, pour permettre d'évaluer la fréquence des situations conjugales violentes psychologiques (de type relation d'emprise et harcèlement moral) et de déterminer le retentissement en terme psychopathologique sur la mère, les dimensions anxieuses, dépressives et leur retentissement sur le déroulement sur la grossesse.

g) Consommations de substances et de psychotropes

Dans notre échantillon, il existe un pourcentage élevé de femmes fumeuses (56%) comparé au pourcentage de femmes fumeuses dans la population générale (source INPES 2000) de 27%. Le tabagisme correspond chez les femmes victimes de violences conjugales psychologiques à un dérivatif anxiolytique, indiqué par toutes.

La consommation de psychotropes est également importante (53%) ; ce pourcentage est beaucoup plus élevé que ceux relevés dans les études relatives à la violence physique ou sexuelle conjugale : en effet, on note une consommation chez 30% des femmes évoquant un épisode violent (physique), 20% chez celles évoquant plusieurs épisodes, contre 10% chez les femmes ne déclarant pas de violence conjugales. Notre taux élevé est également nettement supérieur aux taux dans la population générale (24% de femmes consomment des psychotropes dont 42% d'anxiolytiques et 21% d'hypnotiques essentiellement) (EROPP 2005). Une explication de cette surconsommation, bien supérieure à celle des femmes victimes de violences physiques, peut être donnée par le fait que ces femmes vivent dans un climat permanent d'hypervigilance, de tension, d'angoisses vis-à-vis des attaques répétées et pluriquotidiennes de leur compagnon ; il n'existe selon ces femmes que très peu de moment d'apaisement contrairement à ce qui peut être décrit chez les femmes victimes de violences physiques (phase post-critique et phase de latence) : ainsi le climat d'hypervigilance et de stress prolongé des femmes victimes de harcèlement psychologique de leur conjoint peut être à l'origine de cette surconsommation de psychotropes, comme un anesthésiant psychique. Il semble donc primordial de tirer la sonnette d'alarme auprès des professionnels de santé vis à vis de ces prescriptions : chacun devrait, par des questions simples, pouvoir aborder la question du climat conjugal, afin de dépister une éventuelle situation de violence psychologique, moins facilement repérée par la patiente comme anxiogène et violente : ainsi, une proposition de psychothérapie pourrait venir se rajouter aux prescriptions encore trop souvent systématique de psychotropes. A l'inverse, il convient de se demander devant une patiente consommatrice de psychotropes (voire surconsommatrice) depuis une période longue, si celle-ci ne se trouve pas dans une situation conjugale complexe et de lui poser des questions simples mais directes relatives au climat conjugal, afin de détecter une éventuelle situation violente psychologiquement.

B) Caractéristiques et représentations des violences psychologiques

La typologie des violences psychologiques retrouvée dans l'étude correspond à celle retrouvée dans les définitions d'auteurs internationaux avec une forte proportion de femmes victimes d'insultes, d'isolement familial et social, de contrôles des sorties, des visites, des appels téléphoniques. Les 44 % de femmes victimes de menaces de mort directes expliquent le pourcentage fort (58%) de femmes décrivant l'évènement « violence psychologique » comme traumatique. On peut d'ailleurs être marqué par le relatif faible taux de syndrome de stress post-traumatique de ces femmes , par rapport aux taux d'évènements traumatiques . Il conforte l'idée d'habituation, à la situation voire de résilience chez ces femmes victimes. Il conforte enfin l'idée désormais admise, que, pour un même traumatisme , on ne retrouve pas d'un individu à l'autre le développement d'une symptomatologie post-traumatique.

La notion de « violence économique » nouvellement décrite par les auteurs prend dans notre étude toute son importance puisque représentant 56% de la violence décrite par les femmes. Il semble primordial aux vues de ces premiers résultats d'inclure celle-ci dans la définition des violences psychologiques et de l'intégrer aux questions posées aux femmes sur la situation conjugale. Cette pression économique (contrôle des dépenses, confiscation de tout moyen de paiement notamment) a été jugée par ces femmes comme particulièrement anxiogène. Enfin, la menace d'une hospitalisation en psychiatrie est également plutôt originale dans la typologie des violences et peu retrouvée dans les descriptions internationales sur le sujet.

Les résultats relatifs aux représentations des femmes victimes objectivent que près de 50% des femmes n'imaginent pas ce qu'elles subissent comme violence. Il faut leur donner, dans l'aide apportée, le moyen de décoder cette violence psychologique et de repérer les comportements abusifs : en les aidant à reconnaître ces comportements violents, on peut

espérer mobiliser plus facilement leurs ressources, leur faisant prendre conscience du caractère « anormal » et injuste, d'une situation qu'elles banalisent encore trop souvent. Le thérapeute, doit, me semble-t-il prendre position concernant la situation, sans stigmatiser le conjoint, mais en nommant la violence.

« Nommer implique de rendre visible l'invisible , de définir comme inacceptable ce qui paraissait acceptable et de montrer constamment que ce qui semblait naturel pose problème »
(P.Romito)

Il semble primordial d'aider la patiente à démasquer les procédés de violence indirecte, souvent masqués par le conjoint.

Si 51 % des femmes établissent un lien entre la situation conjugale et leurs difficultés psychologiques, et 67% entre la situation violente et le motif de consultation, il semble qu'il existe encore un déni relatif chez les femmes venant pour raisons « médicales » comparé aux femmes consultant directement aux urgences psychiatriques. La raison de cette différence vient du fait que les femmes consultant aux urgences psychiatriques ont pour certaines déjà débuté un travail psychothérapeutique donc ont avancé dans leur réflexion concernant la situation violente. Ces résultats nous exhortent une fois de plus à être vigilant lors de consultations médicales multiples aux urgences : il faut aider ces femmes à sortir du déni inhérent au lien entre leur consultation et la situation conjugale. Les questionner sur ce sujet lors de leur venue aux urgences pourrait constituer un « électrochoc » chez elle et venir faire effraction afin d'amorcer un travail de réflexion sur leur situation.

Les femmes (91%) éprouvant un sentiment de culpabilité ou de responsabilité vis-à-vis de la situation nous confirment le phénomène d'inversion de culpabilité classiquement décrit dans l'emprise. Si beaucoup de psychothérapies exhortent d'habitude les patientes à se rendre plus responsables de leur destin, il s'agira ici ,bien au contraire, à réaliser le processus inverse c'est-à-dire à se déprendre de cette culpabilité. Il faut aider la patiente à repérer les distorsions

de la communication et tous les mécanismes d'emprise en nommant ce qui est agressif. Ce travail doit pouvoir aider la patiente à reconnaître des émotions légitimes, jusque là censurées (notion d'émoussement affectif et émotionnel décrit par les patientes).

Le sentiment de vacuité, d'inutilité ressenti chez 73% d'entre elles, confirme la faible estime d'elle-même et l'atteinte narcissique. Ces résultats nous exhortent à prendre en compte cette notion afin de les aider dans un travail psychothérapeutique à retrouver une bonne image d'elle-même, un sentiment d'existence à part entière, donc à renforcer leur narcissisme ; enfin, la prise de conscience de la perte de leur capacité critique, de leur capacité à penser pour elle-même (28%), d'être dépendantes psychiquement (67%) peut permettre à la femme de rétablir une symétrie dans la relation. Il importe pour toutes ces femmes d'apprendre à poser des limites, à refuser ce qui ne convient pas pour sortir de la confusion : redevenir maître de ses choix. Pour reprendre les paroles d'une des patientes il faut être capable de passer de la question « Est-ce que je l'aime assez pour supporter ça » à la question « Est-ce que cette relation est bonne pour moi ? » donc reconnaître le caractère destructeur de celle-ci. Enfin, si 9% seulement des femmes ont évoqué la situation à un membre de la famille, c'est par crainte de l'incompréhension et du jugement. Si seulement 25% en ont parlé à un médecin, c'est par crainte d'être jugée et stigmatisée, avec l'impression que « cela ne changerait rien ». Ces résultats nous incitent à réfléchir à une conduite à tenir précise, organisée et surtout clairement expliquée aux femmes victimes qui pourraient être dépistées aux urgences : ainsi, le fait de proposer une aide concrète, pluridisciplinaire pourrait aider ces femmes à mieux verbaliser leur situation et leur donner confiance.

C) Dimensions psychopathologiques évaluées par la MINI

L'écueil principal de cette évaluation diagnostique a été l'absence d'évaluation des profils de personnalité des femmes (non inclus dans la MINI). Il serait souhaitable dans une étude ultérieure d'évaluer d'éventuels troubles de personnalité afin d'affiner l'idée d'une « vulnérabilité ».

D'autre part, il est probable que les qualités psychométriques du MINI, aient donné des taux de prévalence sur-estimés.

1) Troubles anxieux :

Il semble que les troubles anxieux soient fortement représentés chez les femmes victimes de violences conjugales psychologiques puisqu'ils totalisent 28 % dans notre échantillon : contre 20 % retrouvés dans les études sur les violences physiques, contre 15 % dans la population générale sur 12 mois et 21% sur la vie entière.

Si l'on considère chaque trouble anxieux, il existe également spécifiquement une sur-représentation pour ceux –ci par rapport à la population générale (pas de données sur la prévalence spécifiques de chaque trouble anxieux chez les femmes victimes de violences physiques). Ainsi, nous obtenons :

Pour le Trouble anxiété généralisée (actuelle, sur les 6 derniers mois) 7% dans notre échantillon pour une prévalence sur 12 mois en population générale de 2.1% et de 6% pour la vie entière.

Pour le Trouble panique, 7 % contre 1.2% (sur 12 mois) et 3% (vie entière) en population générale.

Pour l'agoraphobie, 5 % contre 0.6% (12 mois) et 1.8% (vie entière) en population générale. Cette surreprésentation des troubles anxieux peut expliquer la forte consommation de traitements psychotropes essentiellement anxiolytiques et hypnotiques.

L'étude a mis en évidence un nombre élevé de femmes souffrant de PTSD (9.5%) contre 2.2% sur 12 mois et 3.9% (vie entière) en population générale (HAS juin 2007) : les 4 femmes souffrant de PTSD ont indiqué la situation conjugale comme seul événement traumatique , aucune n'ayant relevé d'autres événements traumatiques dans leurs antécédents. L'hypothèse principale expliquant ces données vient peut être du type de violences psychologiques subies ; en effet, contrairement à d'autres femmes interviewées, ces quatre femmes ont décrit un climat conjugal hautement anxiogène fait de harcèlements pluriquotidiens, de menaces de coups fréquentes, de menace de mort , de menace de leur retirer les enfants ou de les tuer, menace de causer du tort à des membres de la famille, menace d'hospitaliser leur conjointe en psychiatrie...etc. Ce climat de terreur, proche du terrorisme conjugal décrit par Johnson, est assimilé par ces femmes comme un réel traumatisme , traumatisme venant faire effraction dans leur psyché ; les retentissements traumatiques sont d'autant plus forts que le traumatisme est répété, quotidien, perpétré par « la personne aimée » : ainsi l'absence d'autres événements de vie traumatiques chez ces 4 femmes souffrant de PTSD conforte l'hypothèse selon laquelle, la violence conjugale psychologique, en dehors de toute atteinte à l'intégrité physique, peut être considérée comme un véritable traumatisme psychique (dans ce sens où cette violence, véritable effraction de la psyché, vient ébranler le sentiment identitaire, la perception du soi, l'estime de soi, sa valeur) . Deux de ces femmes décrivent lors de menaces de mort de véritables épisodes dissociatifs avec déréalisation, dépersonnalisation ; on peut sans difficulté imaginer que la répétition de ces traumatismes psychiques , parfois quotidiens, puisse aboutir à des ravages , notamment au développement de troubles anxieux, avec au

maximum, développement d'un véritable PTSD. On sait que la perception subjective du danger ou du traumatisme est presque aussi essentielle, dans la production du PTSD, que la sévérité objective de l'événement lui-même, pour une population vulnérable. Ainsi, il n'est pas étonnant chez ces femmes de décrire de véritables PTSD puisqu'elles sont quotidiennement émotionnellement impliquées, ce qui peut suffire à développer le trouble.

Comme nous l'avons indiqué précédemment une étude ultérieure serait souhaitable pour déterminer la prévalence exacte du syndrome de stress post-traumatique au sein des femmes victimes de violences psychologiques. En effet, si le taux de PTSD dans notre échantillon semble inférieur aux données de la littérature, il faut rappeler que les taux des études sont relatifs aux femmes associant au moins violence physique et psychologique ou les trois types.

2) Épisodes dépressifs :

Nous retrouvons une prévalence de 5 % dans notre échantillon contre 12% (vie entière) dans la population générale (Psychiatrie et santé mentale, projet de plan 2005-2008) et 38 à 83% dans les échantillons de femmes victimes de violences physiques (associant le plus souvent violences psychologiques).

Il semble qu'il existe un continuum entre l'épisode actuel et l'épisode relevé à l'adolescence ; de plus, toutes les femmes dépressives cumulent deux événements de vie traumatiques (à savoir maltraitance pendant l'enfance ou mort brutale d'un parent et violence conjugale psychologique).

Les deux femmes ayant un épisode dépressif actuel ont également un deuxième diagnostic (troubles anxieux) ce qui correspond aux résultats en population générale qui relèvent une association fréquente entre troubles anxieux et dépressifs. Cela correspond également à la

littérature sur les femmes victimes de violences conjugales qui associent un épisode dépressif majeur à un autre diagnostic.

Nos résultats vont à l'encontre de notre hypothèse de départ puisque nous supposions un profil dépressif chez ces femmes : nous expliquons ce faible taux de syndrome dépressif par le caractère anxiogène de la violence psychologique, amenant les femmes à être dans un état d'hypervigilance et d'hyperexcitation, état basal d'hyperactivation psychique, qui pourraient les « protéger » d'un effondrement dépressif.

D'autre part, rappelons que les taux de prévalence retrouvés dans la littérature sont ceux des femmes cumulant au moins deux types de violences conjugales.

3) Dépendance à une substance

Si nos chiffres relatifs à la dépendance à une substance sont concordants avec les chiffres de la population victime de violence physique et/ ou sexuelle, ceux-ci sont inférieurs pour l'alcoolisme chronique. L'explication nous a été donnée par les femmes qui expliquent que, du fait de leurs obligations professionnelles et du niveau de responsabilité conséquents, elles ne pouvaient pas de permettre d'apparaître alcoolisées sur leur lieu de travail , craignant de perdre pied et en conséquence craignant de perdre leur emploi (emploi qui, rappelons le, est souvent le lieu « soupape » pour échapper au conjoint).Ainsi, elles expliquent une surconsommation de tabac et de psychotropes, plus « socialement admis » et « politiquement correct ».

Il n'existe , en outre, pas de toxicomanie lourde dans notre échantillon, ce qui va encore une fois dans le sens du profil sociodémographiques des patientes et de leur nécessité de « donner le change », ne leur permettant pas des troubles du comportement liés à l'utilisation d'une

substance telle que l'héroïne ou la cocaïne, plus fréquemment usitées chez les femmes victimes de violences physiques.

D) Acceptabilité et faisabilité d'un questionnaire de dépistage des violences conjugales aux urgences

La dernière hypothèse de notre travail concernait le fait que les femmes victimes de violences conjugales auraient facilement accepté un questionnaire de dépistage aux urgences afin de pouvoir leur proposer une prise en charge plus adaptée.

En effet, le premier constat concernant cette prise en charge concerne le fait que 67% de ces femmes auraient souhaité voir un psychiatre lors de leur consultation aux urgences, sur proposition du médecin qui les a examinés. Trop de femmes consultent encore de nombreuses fois aux urgences pour le même motif, sans qu'à aucun moment la question du climat conjugal soit posée.

Il existe donc une demande d'aide psychologique et de soutien chez ces femmes, aide qui ne passe pas forcément par une judiciarisation du conflit conjugal ni une demande sociale (par exemple fuite du domicile) : en effet, très peu auraient accepté de voir une assistante sociale aux urgences ; la demande est donc plus une demande personnelle, que nous analysons comme une recherche d'appui, de soutien, afin de les aider à restaurer progressivement l'estime d'elle-même et les aider à prendre conscience, progressivement, du caractère violent de la relation ; Aucune d'entre elles ne souhaitaient être jugées ni stigmatisées comme victimes mais souhaitaient être soutenues pour, à leur tour, soutenir et aider leur couple voire amener leur compagnon à prendre conscience d'une situation impossible (et peut être les

amener à être aidés) . Force a donc été de constater que la demande d'aide allait majoritairement dans le sens d'un « sauvetage du couple » plus que d'une fuite de celui-ci.

Les résultats de l'étude concernant l'idée d'un dépistage aux urgences chez ces femmes a rencontré un accueil encourageant et a confirmé l'intérêt majeur et l'importance accordée par ces femmes sur le sujet. Elles y ont vu le moyen d'évoquer avec le médecin une situation qu'elles n'auraient pas évoqué spontanément, par crainte , pour la majorité d'entre elles, que le médecin ne reconnaissent pas cette situation conjugale d'emprise comme une violence et banalise celle-ci.

La formule du questionnaire WEBS et le niveau d'aise des femmes concernant chaque questions nous a apporté des éclairages supplémentaires, dont il faudrait tenir compte pour d'autres études utilisant des questionnaires de dépistage : les questions relatives aux sentiments propres de la femme, son ressenti, le vécu de l'expérience violente, ont un niveau d'aise élevé : les femmes sont globalement très à l'aise pour évoquer tout ce qui est relatif à leur expérience et à la façon dont elles vivent celle-ci. Les questions impliquant directement les agirs du conjoint en terme de harcèlement psychologique, d'emprise, de domination, c'est à dire toutes les questions commençant par « il » ont un niveau d'aise très bas ; les femmes éprouvent un malaise certain à l'évocation de leur compagnon et de ses agirs harcelants ; enfin, les questions évoquant les réactions de la femme en terme de relation avec l'extérieur, de réactions concrètes, ont un niveau d'aise moyen. Les femmes se sont en effet, rendues compte, avec ces questions concernant leurs « réactions » et leurs possibilités d'agir, qu'elles étaient piégées dans la relation et engluées dans celle-ci. C'est la raison pour laquelle ce type d'items les a mises mal à l'aise.

Au total, le questionnaire WEBS est bien accepté par les femmes victimes de violences psychologiques ; la passation au téléphone n'a pas été particulièrement anxiogène pour elles et elles auraient accepté une passation en face à face y compris dans le cadre des urgences.

Pour les femmes interviewées, le questionnaire reflète bien la situation vécue, sans insister sur les agissements du compagnon, sans le stigmatiser, mais appuie sur le ressenti et le vécu de la femme, sans la victimiser. Elles se sentent davantage comprises et prises en compte, valorisées et reconsidérées, ce qui n'est plus le cas dans le couple.

Il semble cependant que des questions simples, courtes, directes, relatives au ressenti de la femme pourraient être plus pratiques en terme de dépistage de routine et pour les études à venir. En effet, l'écueil principal du WEBS est relatif aux catégories de réponses possibles dont les nuances ont parfois été difficiles à comprendre pour les femmes.

Ainsi, les résultats concernant l'acceptabilité et le niveau d'aise vis-à-vis du questionnaire WEBS nous indiquent qu'il serait peut être souhaitable de revoir le type de questionnaire dans les études françaises et de n'y inclure que des questions relatives au ressenti et réactions des femmes ; questions directes évoquant plutôt la notion de « climat conjugal » plutôt que d'évoquer les termes de violences ou de harcèlement, termes vis-à-vis desquels les femmes se disent plutôt mal à l'aise.

V) CAS CLINIQUE

(Les propos entre guillemets sont ceux repris littéralement de l'entretien avec la personne interviewée)

Il s'agit de la rencontre avec une femme, contactée par téléphone et remplissant les critères du questionnaire WEBS, victime de violences conjugales psychologiques.

Madame X. a 46 ans, elle est mariée depuis 26 ans, c'est sa première union. Elle a 2 enfants (24 et 22 ans).

Elle travaille comme directrice des ressources humaines dans une société privée, son compagnon est chef d'une entreprise privée. Il est fortement engagé dans la vie associative de sa ville, notamment la vie politique et sportive. Celui-ci n'a pas de problème d'alcool.

Madame X. a consulté aux urgences pour des lombalgies, tenaces, qui durent depuis deux ans, douleurs qui ont motivé de nombreuses consultations aux urgences depuis un an et demi et également une consultation chez un rhumatologue. Les diverses consultations n'ont pas objectivé de causes organiques, et Mme X. a reçu des différents praticiens des ordonnances d'antalgiques simples, puis à base morphinique et des myorelaxants.

Elle note également deux fausses couches dans ses antécédents obstétricaux, fausse couche entre les deux grossesses de ses enfants dont l'aînée est née prématurée.

Elle ne désigne aucun antécédent de vie potentiellement traumatique pendant l'enfance ou l'adolescence.

Elle décrit sa vie de couple comme idyllique pendant deux ans (« fusionnelle », « comme les deux doigts de la main ») et compare son couple aux oiseaux « les inséparables » (« si l'un des deux meurt, l'autre se laisse dépérir »).

La situation se tend à l'annonce de la grossesse du premier enfant, le conjoint n'a alors aucune réaction : réaction froide, « masculine », cartésienne et pragmatique » dit-elle. Il n'investit pas

cette grossesse : dès les premières modifications corporelles, il semble prendre ses distances, dit se sentir étranger à la situation, se sent mal à l'aise avec les nouvelles formes de sa femme. Il a le sentiment qu'il ne la partage plus tout seul. Rapidement, il devient de plus en plus exigeant vis-à-vis de sa compagne, refusant par exemple, les demandes de celle-ci de rester à la maison lors de cocktails organisés au sein de l'entreprise du conjoint. Les premières pressions psychologiques apparaissent alors que Mme X. se plaint de violentes contractions. (5ème mois) : il lui reproche de ne pas être capable de mener cette grossesse à terme, lui dit qu'elle va perdre cet enfant « qu'elle n'est pas prête à accueillir ».

Les réflexions concernant son corps qui change sont quotidiennes : il l'a qualifié de propos injurieux, relatifs à sa prise de poids (baleine, grosse vache) et la prévient même de possibles relations adultérines si elle « continue à se déformer ». Ces moments alternent malgré tout avec des moments de grande tendresse de la part du conjoint, moments où il l'assure de tout son amour et de tout son soutien. Il ramène d'ailleurs souvent des accessoires pour le bébé à venir (chambre, poussette), pense aux prénoms. En public, en famille, il fait l'éloge de cette femme « si courageuse » et magnifique. Mme X. met ainsi ces moments d'agressivité sur le compte de l'angoisse, ancienne chez le compagnon, puisque relative à sa propre relation avec ses parents. Il est effectivement en conflit avec sa mère, « qu'il a eu du mal à lâcher », sans que Mme X. ne connaisse vraiment les raisons de la querelle. Elle analyse ainsi ces épisodes d'angoisses comme une angoisse à devenir père, de transmettre. Elle analyse, elle comprend, elle excuse.

Progressivement, il va lui refuser d'aller se reposer chez ses parents et lui interdit de recevoir des amis à la maison, évoquant la « honte de leur montrer le tableau ».

Le jour de l'annonce du sexe de l'enfant est gravé dans l'esprit de Mme X. : une fille. A cette annonce, le conjoint (sortant d'un cocktail, un peu éméché) lui reproche de n'avoir pas été capable de lui donner un fils, lui expliquant qu'il préférerait qu'elle perde l'enfant, qu'il veut

une descendance et menaçant de la tuer si elle ne lui donne jamais de fils. Mme X. se souvient au moment des menaces de mort d'avoir eu l'impression d'être spectatrice d'un film, de n'être plus vraiment dans la pièce et se sent comme « engourdie » : elle se souvient que le regard violent (« presque inhumain ») de son conjoint à ce moment la glace de telle sorte que pendant plusieurs semaines, elle ne dort que quelques heures par nuit, craignant qu'il ne lui fasse du mal, restant à l'affût du moindre de ses gestes.

Le lendemain, elle est hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré, « court moment de répit » : le conjoint ne vient pas voir sa femme pendant la semaine d'hospitalisation. Elle consultera trois fois aux urgences gynécologiques ce mois-ci pour contractions.

Au cours du 7^{ème} mois, la situation est de plus en plus tendue : le mari expliquant à la famille que sa femme est fragile et perd pied, qu'il craint pour la vie de l'enfant à venir. Les insultes sont pluriquotidiennes, autant pour la femme que pour l'enfant à venir, qualifiée de « bâtarde ».

Au début du 8^{ème} mois, alors que l'accouchement est imminent, le mari refuse d'emmener sa femme à la maternité, convaincu qu'elle se fait des idées : il l'accuse d' « être folle, comme (sa) mère d'ailleurs »). C'est finalement à la fin de la nuit qu'il accepte de l'accompagner : il n'assiste pas à l'accouchement.

A la maternité puis en famille à leur retour de la maternité, le conjoint fait preuve, devant la famille d'une extrême prévenance vis-à-vis de sa femme, tout en la critiquant, quand elle est seule, sur la façon dont elle s'occupe de sa fille, craignant même pour sa santé mentale.

Les deux autres grossesses ayant abouti à des fausses couches se sont déroulées dans le même climat, jusqu'à la quatrième grossesse, celle du fils cadet. La grossesse s'est passée sans un nuage.

Mme X. décrit ensuite une relative accalmie, même si le climat conjugal persiste tendu : insultes, dénigrement sont fréquents, mais « supportables » ; Elle reste, comme « si (elle) ne pouvait rien faire d'autre » : amis, famille, tous lui envient ce couple « si parfait »

La situation se dégrade à nouveau au départ du fils de la maison : à nouveau « seuls » les comportements de contrôle s'accroissent : contrôle des dépenses, confiscation des moyens de paiement, contrôles des visites.

Madame X. a décidé d'être suivie depuis deux ans par un psychiatre (en cachette de son conjoint) qui y verrait là la confirmation de son hypothèse selon laquelle « sa femme est folle ».

Il y a un an, il l'a à nouveau menacée de mort, alors qu'elle évoquait de nouveaux projets de vie pour elle. Elle « osait » faire des projets qui excluaient le compagnon, projets destinés, selon lui, à « trouver un amant ». Cette fois, les menaces ont été précises (menace de la poignarder) et plus traumatisantes d'après Mme X. puisque accompagnées de rires sarcastiques et de propos banalisant l'uxoricide. Mme X se souvient « comme si c'était hier » du propos : « Je comprends pourquoi certains hommes plantent leur femmes, c'est tout ce qu'elles méritent, toutes les mêmes, ce genre de trucs pourrait t'arriver, méfies-toi... »

Elle a finalement choisi de quitter le domicile conjugal, sous l'impulsion de ces enfants, qui dit-elle « n'ont jamais compris pourquoi je restais »

Elle regrette simplement de ne pas avoir évoqué la situation bien plus tôt, à son généraliste par exemple, ou encore plus tôt, au gynécologue, lors de sa première grossesse il y a 24 ans... Elle précise qu'au départ de la relation et pendant une bonne dizaine d'années ensuite, elle ne considérait pas le comportement du conjoint comme violent mais essayait de l'excuser et de comprendre ce qu'elle avait pu faire pour le contrarier.

Mme X. a accepté de venir parler de sa situation de façon très spontanée : au MINI, on retrouve chez Mme X un PTSD. Le seul événement traumatique correspond à la violence

conjugale psychologique notamment les deux épisodes avec menaces de mort. Les flashbacks sont relatifs aux deux épisodes de menaces de mort, elle revoit sans cesse le regard inhumain du conjoint, fait des cauchemars récurrents où son conjoint lui arrache un bébé du ventre avec les mains. Elle reste hypervigilante le soir au coucher et présente une insomnie d'endormissement qu'aucun hypnotique n'arrive à faire céder. Elle est très mal à l'aise vis-à-vis de sa fille aînée qui est enceinte de six mois : à chaque visite de celle-ci en effet, elle se remémore systématiquement ce traumatisme. Elle a du rencontrer son ex-conjoint il y a quelques mois pour régler le divorce : elle décrit au moment de recroiser son regard pour la première fois, cette impression de flottement qu'elle avait ressenti le jour du traumatisme : elle décrit l'impression d'un monde « qui tourne sans (elle) », d'être détachée de son corps, impression que la scène se passe sans elle.

Ses douleurs lombaires ont persisté, même après la rupture conjugale. Aucun médecin rencontré pour ses douleurs ne lui a posé une question sur le climat conjugal, sur ses évènements de vie.

CONCLUSION

L'originalité de notre étude a été de définir le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques, profil qui se distingue singulièrement de celui des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles au sein du couple. Les pathologies anxieuses et post-traumatiques ainsi que l'inquiétante consommation de psychotropes, sont à prendre particulièrement en compte dans cette population et exhortent à poursuivre chez ces femmes, des études de corrélation entre les violences psychologiques conjugales et leurs conséquences psychopathologiques. La forte prévalence d'une composante somatoforme dans la symptomatologie chez ces femmes (fibromyalgie ?), nous exhorte à nous questionner sur l'intérêt à rechercher chez toutes ces femmes consultant aux urgences, la notion de traumatisme psychique de type violence psychologique. Si le lien entre violences conjugales psychologiques et clinique psychotraumatique devait se confirmer fortement, nous aurions à nous poser la question du dépistage de ces femmes, afin de prévenir précocement la survenue de ces troubles. Avant d'étudier la faisabilité et l'intérêt du dépistage, il semble important de poursuivre notre étude descriptive par une enquête familiale contextuelle afin de préciser le profil des conjoints (personnalité, antécédents traumatiques) et d'étudier l'impact de ce type de violence sur les enfants. Une étude relative à la qualité de vie de ces femmes victimes pourrait en outre être utile afin d'évaluer l'impact possible de campagnes de dépistage et de programmes de prise en charge.

Fort de ces études complémentaires, nous pourrions enfin repenser la réponse proposée aux femmes dans une prise en charge pluridisciplinaire associant professionnels de santé (dès l'accueil aux urgences), services sociaux et judiciaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence, 1992
2. American Psychiatric Association: DSM-III-R . Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition revised). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987
3. American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
4. Anzieu D. : La scène de ménage, Nouvelle Revue de Psychanalyse,1986, n°33, pp. 201-209
5. Anzieu D. Le Moi-peau. Paris, Dunod, 1985
6. Anzieu D, Houzel D et al.: Les enveloppes psychiques, 2^o édition. Paris,Dunod, 2000.
7. Arias, I., Dankwort, J., et al. Violence against women: The state of batterer prevention programs. The Journal of Law, Medicine, and Ethics, 2002, 30,157-165.
8. Arias I, Ikeda RM. Etiology and surveillance of intimate partner violence. In: Lutzker JR, editor. Preventing violence: research and evidence-based intervention strategies. Washington: American Psychological Association, 2006
9. Balle C., La menace: un langage de violence ,1976
10. Balier C. : Psychanalyse des comportements violents, 1988, Paris, Puf.
11. Bates L.: A little encouragement”: health services and domestic violence’,paper to the Seeking Solutions conference, Gold Coast, Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse.2001

12. Baudrillard J. : De la seduction, 1979.
13. Beck A.T. : Cognitive therapy of depression: New perspectives. Dans P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), Treatment of depression: Old controversies and new approaches 1983, 265-290
14. Bensley L, Van Eenwick J. et al: Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. Am J Preven. Med , 2003,25: 38-44
15. Bergeret J.: La violence fondamentale. Paris, Dunod, 1984
16. Biglan A., Lewin, L.: A contextual approach to the problem of aversive practices in families. In G. R. Patterson , Depression and aggression in family interaction 1990,103-129
17. Blake DD, Weathers FW, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD scale. Journal of Traumatic Stress 1995; 8(1):75-90. Review.
18. Blake DD, Weathers FW, et al.: A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. Behavior Therapist 1990;13:187-188.
19. Blatt S. J.: Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. Psychoanalytic Study of the Child,1974, 24,107-157.
20. Boucher S. , Fortin A. et al : Vulnérabilité à la dépression chez les femmes victimes de violence conjugale : contribution de la dépendance et l'autocritique Canadian Journal of Behavioural Science, 2006
21. Bradley D.,Smith P. : The Domestic Violence Sourcebook, 2002
22. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgie impact questionnaire: development and validation. J Rheumatol. 1991; 18: 728-33.
23. Campbell JC.: Health consequences of intimate partner violence. Lancet, 2002, 359(9314): 1331–1337.

24. Campbell JC.: Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 2002,162: 1157–1163.
25. Campbell, J. C., Soeken, K.L.: Women's response to battering over time: An analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*,1999, 14,21-40.
26. Cascardi M., O'Leary K.D.et al: Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women .*Journal of family violence* , 1999.
27. Cascardi M., O'Leary K.D.et al.: Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*,1999, 14, 227-249.
28. CIM10: Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, Organisation Mondiale de la Santé.
29. Clark, A. H., Foy, D. W.: Trauma exposure and alcohol use in battered women, *Violence against Women*, January, 2000, vol. 6, no. 1, pp. 37-48.
30. Cohen M., Deamant C. et al. . Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV. *American Journal of Public Health* 2000,90(4), 560-565.
31. Cohen H., Neumann.L.et al: Prevalence of Post- Traumatic Stress Disorder in Fibromyalgia Patients: Overlapping Syndromes or Post-Traumatic Fibromyalgia Syndrome? *Semin. Arthritis Rheum.* , 2002.
32. Coid A, Petruckevitch G. et al: Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *The Lancet*,2001, Volume 358, Issue 9280, Pages 450-454
33. Coker A.L., Smith P.H., et al.: Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 2000,5, 451-457.

34. Coutanceau R.:Rapport sur les violences conjugales du 21 mars 2006
35. Coutanceau R. : Amour et violence : Le défi de l'intimité, 2006
36. Crocq L.: Les victimes psychiques, *Victimologie* 1 ,1994 26–33
37. Damiani C. : Les victimes, violences publiques et crimes privés,1997, éd. Bayard, Paris. 1037
38. Desjours C. : Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale,Le Seuil, 1998
39. Dorey R. (1981) : La relation d'emprise, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 24, p. 117-140.3, June
40. Dutton M.A.: Post-traumatic therapy with domestic violence survivors. In M.B. Williams & J.F. Sommer (Eds.), *Handbook of post-traumatic therapy* , 1994, 146-161.
41. Edleson J.L, Syers M.: The effects of group treatment for men who batter: An 18month followup study. *Research in Social Work Practice*, 1991
42. Ehrensaft M.K, Terrie E. et al: Is Domestic Violence Followed by an Increased Risk of Psychiatric Disorders Among Women But Not Among Men? A Longitudinal Cohort Study, *Am J Psychiatry* 2006,163:885
43. Eiguer, A. : Le pervers narcissique et son complice. Paris,1996 , Dunod.
44. Eisenstat, S., Bancroft, L.: Domestic Violence, *The New England Journal of Medicine*. 1999, Vol. 341, No. 12: pp886-892
45. Eisenstat SA, Bancroft L.: Domestic violence. *The New England Journal of Medecine* 1999;341(12):886-92.
46. El-Hage W. : Validation de la version française du SDQ-20. Questionnaire de Dissociation Somatoforme. *Revue Francophone Stress & Trauma*. 2004; 4: 291-7.

47. El-Hage W., Lamy C. et al: Fibromyalgie, une maladie du traumatisme psychique ? Presse médical, novembre 2006, tome 35, n°11, cahier 2.

48. El-Bassel N, Gilbert L, et al . : Relationship Between Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Longitudinal Study Among Women Receiving Methadone American Journal of Public Health. 2005, vol 95, No. 3,465-470

49. Ellsberg MC, Heise L. et al : Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. Studies in Family Planning, 1991,32(1): 1-16

50. Ferenczi, S. : Réflexion sur le traumatisme, in Oeuvres complètes - IV, 1934 . pp. 139-147. (Edition Payot 1982)

51. Foa EB, Tolin DF.: Comparison of the PTSD symptom scale-interview version and Clinician-Administered PTSD scale. Journal of Traumatic Stress 2000;13(2):181-191.

52. Fogarty CT, Burge S, et al.: Communicating with patients about intimate partner violence:Screening and interviewing approaches. Family Medicine.2002;34: 369- 75

53. Freud S. : Pour introduire le narcissisme 1914

54. Fulfer et al. : Using Indirect Questions to Detect Intimate Partner Violence: The SAFE-T Questionnaire J Interpers Violence.2007; 22: 238-249

55. Gilbert P.: Varieties of submissive behavior as forms of social defense: Their evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert, Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy ,2000, 3-45

56. Gillioz L., Depuy J., et al : Domination et violence dans le couple, Éd. Payot,1997

57. Golding J. M.: Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis" Journal of Family Violence , 1999,Vol.14, No.2;

58. Gonzales de Olarte E., Gavilano Llosa P. : Does poverty cause domestic violence? Some answers from Lima. In Morrison, A. R., and Biehl, M. L. (eds.), *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*, Inter-American Development Bank, John Hopkins University Press, 1999, Washington, DC, pp. 35–50.
59. Haute Autorité à la Santé: Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves ,juin 2007.
60. Heise L., Ellsberg M. et al: Ending Violence against Women. Population Reports, 1999, série L, n° 11.
61. Heise L.: Reproductive freedom and violence against women: Where are the intersections? *The Journal of Law, Medicine and Ethics* , 1993,21(2): 206-216
62. Henrion R. : Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé. Rapport au Ministre Délégué à la Santé. 2001 Paris. La Documentation française.
63. Henrion R : Les violences familiales. Recommandations. *Bull Acad Natle Méd*, 2002,186: 75-84.
64. Heritier F. : De la violence. Séminaires. 1996 et 1999 Odile Jacob.
65. Hirigoyen M.F : Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien.1998
66. Hirigoyen M.F : Femmes sous emprise : Les ressorts de la violence dans le couple 2006
67. Hirigoyen M.F. : Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien,1998, éd. Syros, Paris
68. Hurni, M. ,Stoll, G. : La haine de l'amour. La perversion du lien.1996 Paris: L'Harmattan.

69. INSEE. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Recensement de la population de 1999. INSEE Première, Juillet 2001.
70. Janet P. : L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique* 1904;1:417-453.
71. Janssen PA.: Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003 ,188(5): 1341–1247.
72. Johnson H., Sacco V.F : Researching violence against women: Statistics Canada's national survey', *Canadian Journal of Criminology*, 1995, July, 281-304
73. Johnson H: Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence Against Women', *Journal of Marriage and the Family*,1995, 57, 283-94.
74. Johnson H: Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence Against Women*, 2006,12(11), 1-16.
75. Johnson H.: Violence and abuse in personal relationships: Conflict, terror, and resistance in intimate partnerships. In A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* 2006 , 557-576,. Cambridge: Cambridge University Press.
76. Jun HJ., Rich-Edward JW. et al: Women's Experience With Battering and Cigarette Smoking: Added Risk Related to Co-Occurrence With Other Forms of Intimate Partner Violence . *American Journal of Public Health*,2007
77. Karli P.: *L'homme agressif*. 1987.Odile Jacob.
78. Karli P.: *Les racines de la violence. Réflexions d'un neurobiologiste*, 2002,Odile Jacob.
79. Kernberg O : *La personnalité narcissique*, Dunod éd. Paris, Seuil, 1975

80. Krug E.G., Dahlenberg L.L., et al : Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la santé. Genève 2002
81. Laborit H.:L'agressivité détournée. 1970 Édition 10/18. Seuil.
82. Laborit H. : Éloge de la fuite. Paris, Robert Laffont,1976
83. Lecomte, Tucker et al : Homicide in women. A report of 441 cases from Paris and its suburb over a 7-year period, Journal of Clinical Forensic Medicine, 1998, 5 (1) 15-6
84. Lecrubier Y, Sheehan D et al: The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. European Psychiatry. 1997; 12: 224-231
85. Lempert B. : Désamour /Ed. du Seuil, 1994.
86. Lifton R.: Thought reform and the psychology of totalism : a study of brainwashing in China, 1967, Ed. Harmondsworth, Penguin.
87. Lopez G.: Le vampirisme au quotidien, 2000.
88. Lorenz K.: L'agression, une histoire naturelle du mal. 1969,Flammarion.
89. Mastre C. : La Spirale de l'Ubris_-Violence fondamentale et relation d'emprise dans le couple, approche clinique de 5 cas de violence masculine dans le couple- Mémoire de maîtrise de psychopathologie, Paris, Université René Descartes, 1985,
90. Mc Cauley J., Kern D.E.,et al.: The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann. Intern. Med. 1995, 123 : 737-746.
91. Meloy, J.: The Psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspectives, San Diego, California: Academic Press, 1998.
92. Mooney J.: The Hidden Figure: Domestic violence in North London. London: 1993, Police and Crime Prevention Unit

93. Morvant C. : Le médecin face aux violences conjugales: analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes. Thèse. Paris. 2000.
94. Nathan T. La migration des âmes , Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie 1988,11 25-42
95. Nijenhuis ER, Van Dyck R. et al :. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003; 24: 87-98.
96. O'Leary D. K., Cano A.: Marital discord and partner abuse: Correlates and causes of depression. Dans S. R. Beach , Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice 2001, 163-182. Washington, DC : American Psychological Association
97. Perrone N., Nannini M.: Violence et abus sexuels dans la famille. Une approche systémique et communicationnelle. ESF, Paris.1995
98. Perrot S, Dumont D, et al : le "French Group for Quality of Life research", Coste J. Qualité de vie dans le syndrome de la fibromyalgie Validation du QIF, version française du FIQ. Rev Med Interne. 2002; 23: 163-4.
99. Pico-Alfonso, M. A.. Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 2005, 29(1), 181–193
100. Punukollu M.: Domestic violence: Screening made practical. Journal of Family Practice, 2003,52(7), 537-543.
101. Post R. D., Willett A. B et al : A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. American Journal of Psychiatry,1980, 137, 974–975.
102. Racamier P.-C. : De la perversion narcissique.1987.
103. Racamier, P.-C. : Pensée perverse et décervelage . 1992

104. Ramsay, J., Richardson, J.: Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, *BMJ*, 2002, vol. 325, pp. 314-318
105. Ratner P.: The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health* 1993;84: 246-9.
106. Rhodes K. V, Levinson W.: Interventions for intimate partner violence against women, *JAMA*, 2003, vol. 289, no. 5, pp. 601-605.
107. Richardson J.O., Coid J., et al.: Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*, 2002, 324: 274-277.
108. Rodriguez M., Bauer H. et al: Screening and Intervention for Intimate Partner Abuse: Practices and Attitudes of Primary Care Physicians. *The Journal of the American Medical Association*. 1999, 282(5).
109. Romito P.: Un silence de mortes ; Collectif nat. p. droits des femmes, Syllepse, Nouvelles Questions féministes, 2006
110. Ruffiot A, Eiguer A et al : La thérapie familiale psychanalytique, Paris 1981
111. Sackett L.A., Saunders D.G.: The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 1999, 14, 105-117.
112. Seligman P.: *Human helplessness : theory and applications* / New York : Academic Press, 1980.
113. Sheehan DV, Lecrubier Y et al. : Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry*. 1997; 12:232-241
114. Shengold L.: *Meurtre d'âme*. Calmann-Lévy, 1998.
115. Silvestre M., Heim C. et al. : Couple et violence, *Thérapie familiale*, 1995, Vol.16, N°3 , pp 293-302

116. Smith PH, Earp JA, et al.: Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) Scale. *Womens Health* 1995;1:273-88
117. Sofsky W. : *Traité de la violence*.1998 , Gallimard.
118. Souchon H. : Les femmes battues, *Revue de la police nationale*, n° 114,1980
119. Souffron K. : *Les Violences conjugales*, Toulouse : Milan, 2000.
120. Stark E., Flitzcraft A.H.: Women and Children at Risk: A Feminist Perspective on Child Abuse , *International Journal of Health Services*,1988, 18, 1, 97-118.
121. Stark E., Flitzcraft A.H. . "Woman Battering, Child Abuse and Social Heredity: What is the Relationship?", in N. Johnson (ed.), *Marital Violence*, 1985,147-171.
122. Stewart D. E., Ceccuti A.: Physical abuse in pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*, 1993,149, 1257-1263.
123. Stewart D E.: Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy, *Canadian Medical Association Journal*,1994, 151, 1601-1604.
124. Stocker Bram : *Dracula* ,1897
125. Sugg N.K, Inui T.: Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. Opening Pandora's Box. *Journal of the American Medical Association* 1992, 267(23): pp. 3157-3160.
126. Sullivan C., Bybee D.I: Findings from a Community-based Program for Battered Women and their Children. *Journal of Interpersonal Violence*,2002,17(9): 915-936.
127. Taft, A.: Violence against women in pregnancy and after childbirth, *Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse Issues Paper* 6,2002
128. Taket A : Routinely asking women about domestic violence in health settings *BMJ*, 2003;327:673-676

129. Thomas A., Telmon N. et al. : La violence conjugale dix ans après.
Concours Med, 2000, 122 : 2041-2044

130. Tolman R.M, Jody R. : A Review of Research on Welfare and Domestic
Violence Journal of Social Issues, , 2000

131. Vest JR, Catlin TK et al: Multistate analysis of factors associated with intimate
partner violence. Am J Prev Med. 2002 Apr;22(3):156-64

132. Walker L: The Battered Woman. 1979 New York: Harper

133. Walker, L.: The Battered Women Syndrome, 1984,New York, Springer

134. Watts C, Zimmerman C.: Violence against women: global scope and
magnitude. Lancet 2002, 359(931). 1232-1237

135. Weathers, F. W., Keane, et al.: Clinician-administered PTSD scale: A review
of the first ten years of research. Depression and Anxiety, 2001,13, 132-156

136. Welzer-Lang D.: Les hommes violents, Lierre & Coudrier, 1991 ,Paris

137. Welzer-Lang D.: Arrêtes , tu me fais mal : la violence domestique 60
questions, 59 réponses, 1992, Montréal, Paris, éd. Le Jour, V.L.B.

138. White KP, Harth M, Speechley M, Ostbye T. Testing an instrument to screen
for fibromyalgia syndrome in general population studies: the London Fibromyalgia
Epidemiology Study Screening Questionnaire. J Rheumatol. 1999; 26: 880-4.

139. Winnicott D.W : La théorie de la relation parent–nourrisson, De la pédiatrie à
la psychanalyse, Payot, 1969, Paris ,1960,, pp. 237–256

140. Winnicott D.W : Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, Jeux et
réalité, Gallimard, Paris ,1975. 7–39

141. Yoshihama M.: Violence against Asian Pacific women perpetrated by male intimates. Paper presented at the 102nd American Psychological Association Convention, Los Angeles, 1994
142. Yoshihama M.: Domestic violence in Japan: Research, program development and emerging movements. In A. Roberts (Ed.), Battered women and their families: 1998
143. Zink T. Domestic violence. *Clinical & health affairs* 1997;80:26-32
144. Zuroff D. C., Santor D et al : Dependency, self-criticism, and maladjustment. in J. S. Auerbach, K. J. Levy et C. E. Schaffer, *Relatedness, Self-Definition and Mental Representation* ,2005.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Articles des codes pénal et civil relatifs aux violences faites au conjoint

CODE PENAL

Article 221-4

Le meurtre est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est commis :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;

4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

6° A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

7° A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

8° Par plusieurs personnes agissant en bande organisée.

9° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité.

Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article. Toutefois, lorsque la victime est un mineur de quinze ans et que le meurtre est précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie, la cour d'assises peut, par décision spéciale, soit porter la période de sûreté jusqu'à trente ans, soit, si elle prononce la réclusion criminelle à perpétuité, décider qu'aucune des mesures énumérées à l'article 132-23 ne pourra être accordée au condamné ; en cas de commutation de la peine, et sauf si le décret de grâce en dispose autrement, la période de sûreté est alors égale à la durée de la peine résultant de la mesure de grâce.

Article 222-13

Les violences ayant entraîné une incapacité de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné aucune incapacité de travail sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises :

1° Sur un mineur de quinze ans ;

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur.

3° Sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les père ou mère adoptifs ;

4° Sur un magistrat, un juré, un avocat, un officier public ou ministériel, un militaire de la gendarmerie nationale, un fonctionnaire de la police nationale, des douanes, de l'administration pénitentiaire ou toute autre personne dépositaire de l'autorité publique, un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, un gardien assermenté d'immeubles ou de groupes d'immeubles ou un agent exerçant pour le compte d'un bailleur des fonctions de gardiennage ou de surveillance des immeubles à usage d'habitation en application de l'article L. 127-1 du code de la construction et de l'habitation, dans l'exercice ou du fait de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

4° bis Sur le conjoint, les ascendants et les descendants en ligne directe des personnes mentionnées au 4° ou sur toute autre personne vivant habituellement à leur domicile, en raison des fonctions exercées par ces personnes ;

4° ter Sur un agent d'un exploitant de réseau de transport public de voyageurs ou toute autre personne chargée d'une mission de service public ainsi que sur un professionnel de santé, dans l'exercice de ses fonctions, lorsque la qualité de la victime est apparente ou connue de l'auteur ;

5° Sur un témoin, une victime ou une partie civile, soit pour l'empêcher de dénoncer les faits, de porter plainte ou de déposer en justice, soit en raison de sa dénonciation, de sa plainte ou de sa déposition ;

5° bis A raison de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, de la victime à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

5° ter A raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

6° Par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

9° Avec préméditation ou avec guet-apens ;

10° Avec usage ou menace d'une arme ;

11° Dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux ;

12° Par un majeur agissant avec l'aide ou l'assistance d'un mineur.

13° Dans un moyen de transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ;

14° Par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.

Les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75000 euros d'amende lorsque l'infraction définie au premier alinéa est commise sur un mineur de quinze ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur. Les peines sont également portées à cinq ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende lorsque cette infraction, ayant entraîné une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours, est commise dans deux des circonstances prévues aux 1° et suivants du présent article. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100000 euros d'amende lorsqu'elle est commise dans trois de ces circonstances

Article 222-17

La menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes dont la tentative est punissable est punie de six mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende lorsqu'elle est, soit réitérée, soit matérialisée par un écrit, une image ou tout autre objet. La peine est portée à trois ans d'emprisonnement et à 45000 euros d'amende s'il s'agit d'une menace de mort).

Article 222-22

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire.

Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables.

Article 222-24

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;

5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;

8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications ;

9° Lorsqu'il a été commis à raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

10° Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;

11° Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité .12° Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.

Article 222-48-1

Les personnes physiques coupables de tortures ou d'actes de barbarie ou des infractions définies aux articles 222-23 à 222-32 peuvent également être condamnées à un suivi socio-judiciaire selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-13.

Les personnes physiques coupables des infractions définies aux articles 222-8, 222-10, 222-12, 222-13 et 222-14 peuvent également être condamnées à un suivi socio-judiciaire, selon les modalités prévues par les articles 131-36-1 à 131-36-13, lorsque l'infraction est commise soit par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité, ou par son ancien conjoint, son ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à elle

par un pacte civil de solidarité, soit, sur un mineur de quinze ans, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime.

Pour les infractions prévues par l'alinéa précédent, le suivi socio-judiciaire est obligatoire en matière correctionnelle lorsqu'il s'agit de violences habituelles, sauf en cas de condamnation à une peine d'emprisonnement assortie de sursis avec mise à l'épreuve ou si le tribunal correctionnel considère, par décision spécialement motivée, qu'il n'y a pas lieu de prononcer cette mesure ; en matière criminelle, la cour d'assises délibère de façon spécifique sur le prononcé d'un suivi socio-judiciaire.

Article 226-13

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 226-14

L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

CODE CIVIL

Article 220-1

Si l'un des époux manque gravement à ses devoirs et met ainsi en péril les intérêts de la famille, le juge aux affaires familiales peut prescrire toutes les mesures urgentes que requièrent ces intérêts.

Il peut notamment interdire à cet époux de faire, sans le consentement de l'autre, des actes de disposition sur ses propres biens ou sur ceux de la communauté, meubles ou immeubles. Il peut aussi interdire le déplacement des meubles, sauf à spécifier ceux dont il attribue l'usage personnel à l'un ou à l'autre des conjoints.

Lorsque des violences exercées par l'un des époux mettent en danger son conjoint, un ou plusieurs enfants, le juge peut statuer sur la résidence séparée des époux en précisant lequel des deux continuera à résider dans le logement conjugal. Sauf circonstances particulières, la jouissance de ce logement est attribuée au conjoint qui n'est pas l'auteur des violences. Le juge se prononce, s'il y a lieu, sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale et sur la contribution aux charges du mariage. Les mesures prises sont caduques si, à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de leur prononcé, aucune requête en divorce ou en séparation de corps n'a été déposée.

La durée des autres mesures prises en application du présent article doit être déterminée par le juge et ne saurait, prolongation éventuellement comprise, dépasser trois ans.

Article 212

Les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance.

ANNEXE 2 :

Version française de la Liste des événements vécus, de l'échelle d'évaluation standardisée du Syndrome de stress post-traumatique pour le DSM IV (CAPS : Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale)

Une liste d'événements difficiles à vivre ou très stressants sont répertoriés ci-dessous. Pour chaque événement, cochez une ou plusieurs des cases de droite en précisant: (a) Cela **vous est arrivé** personnellement, (b) vous avez été **témoin** de cet événement, (c) vous **avez appris** que cet événement est arrivé à quelqu'un de votre entourage, (d) cela **n'est pas applicable** à votre situation.

Evènement	Cela m'est arrivé	J'ai été témoin	J'ai appris que cela s'est passé	Non applicable à ma situation
1. Catastrophe naturelle (par exemple, inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Accident de transport (par exemple, accident de voiture, naufrage en bateau, déraillement de train, catastrophe aérienne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident de travail ou domestique graves survenu pendant une occupation non professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Exposition à une substance toxique dangereuse (produits chimiques, radiations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agression physique (par exemple, avoir été attaqué, battu, poignardé, tabassé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Agression avec une arme (par exemple, avoir été visé, menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, tout autre acte sexuel commis de force ou sous la menace d'une arme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre "expérience" sexuelle pénible, commise contre son gré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Combat ou exposition à une zone en guerre (en tant que militaire ou en tant que civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Captivité (par exemple avoir été kidnappé, retenu en otage ou prisonnier de guerre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maladie ou blessure menaçant la survie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Souffrance humaine grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mort soudaine, violente (par exemple, homicide, suicide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mort soudaine, inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blessure grave, dommage important ou mort causés par vous à quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Autre événement très stressant ou expérience pénible. Préciser:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parmi les événements vécus (cela m'est arrivé, j'ai été témoin), quelles sont d'après vous les situations les plus stressantes que vous avez rencontrées au cours de votre vie?

Événement 1 :

A1 : Menace de mort ?	NON	OUI
Blessure sévère ?	NON	OUI
Menace de l'intégrité physique ?	NON	OUI
A2 : Peur intense/désarroi/horreur ?	NON	OUI
Critère A rempli ?	NON	OUI

A noter que pour remplir le critère A il faut :
Remplir au moins un des trois items A1
ET remplir le critère A2

Dans ce cas ; l'événement est considéré comme traumatique

ANNEXE 3 :

Traduction française (non validée en France) du questionnaire de dépistage

Women's experience with battering scale (WEBS)

- 1- Je ressens une insécurité dans ma propre maison
- 2- Je me sens honteuse des choses qu'il me fait
- 3- J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire
- 4- J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière
- 5- J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma propre vie, ni de pouvoir, ni de protection
- 6- Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de la dire
- 7- J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle
- 8- Il peut m'effrayer sans lever une main sur moi
- 9- Il a un regard qui me transperce et me terrifie

Réponses : pas du tout d'accord=1 ;parfois d'accord = 2 ; un petit peu d'accord = 3 ;un peu d'accord = 4 ;parfois d'accord = 5 ;tout à fait d'accord = 6.

Si total > ou égal à 20 : femme victime de violences conjugales psychologiques

ANNEXE 4 :

Formulaire de consentement

Je soussignée, Madame (nom, prénom)

Madame Céline Lamy, interne en psychiatrie m'a proposé de participer à une recherche organisée au CHU de Tours sur :

« Profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques »

Elle m'a clairement précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

J'ai reçu une information claire , compréhensible, précisant les modalités de déroulement de cette étude clinique et exposant le but de la recherche, la méthode utilisée, la durée et les contraintes éventuelles.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles pour la bonne compréhension de l'étude et de recevoir des réponses claires et précises

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche décrite dans les conditions ci-dessus.

Je suis consciente que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles .

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire à Madame Lamy, en la joignant dans son service au 0247474775.

Fait à Tours le

Signature (Céline Lamy)

Signature de la personne sollicitée précédée de « lu et approuvé »

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne
verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les
secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Vu, le Directeur de Thèse

Signature

Vu le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

178 Pages- 2 tableaux- 12 graphiques- 4 annexes

Résumé :

Les violences conjugales sont devenues un sujet d'intérêt général et un véritable problème de santé publique, inhérent aux conséquences tant physiques que psychologiques à court, moyen et long terme. Violences d'autant plus insoutenables qu'elles s'inscrivent dans l'intimité et l'huis clos familial, elles restent souvent non révélées, car indicibles.

Les études internationales se sont beaucoup penchées sur le profil clinique et les conséquences psychopathologiques des violences physiques et sexuelles au sein du couple mais peu sur le profil clinique des femmes victimes de ces violences « invisibles » nommées violences psychologiques ou harcèlement moral : violences sournoises, quotidiennes, elles peuvent s'inscrire dans une véritable relation d'emprise, dans laquelle la femme est piégée.

Dans ce contexte, cette étude se propose de définir le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Nous avons recruté, grâce au questionnaire WEBS, les femmes victimes de violences conjugales psychologiques ayant consulté aux urgences, pour évaluer leur profil psychopathologique avec le MINI et avons questionné chacune d'entre elles sur leurs événements de vie avec l'échelle d'événements de vie de la CAPS. Nous avons enfin questionné chacune sur le questionnaire WEBS et sur leur niveau d'aise par rapport à celui –ci.

Il apparaît dans ce travail l'importance de la prise en compte de ce type de violence dans la prise en charge des patientes consultant aux urgences : leur profil se distingue singulièrement des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles, tant sur le plan sociodémographique que clinique (anamnèse psychiatrique, événements de vie traumatiques, diagnostics psychiatriques). Notre travail pointe enfin l'importance d'études complémentaires notamment familiales contextuelles et d'études relatives à la pertinence d'un dépistage systématique.

Mots-clés :

- Violences conjugales psychologiques
- Relation d'emprise
- Pathologie du lien
- Syndrome de stress post-traumatique
- Dépistage systématique des violences conjugales

Jury :

Président : Professeur Vincent CAMUS , Clinique Psychiatrique Universitaire, Tours

Membres : Professeur Philippe GAILLARD , Clinique Psychiatrique Universitaire, Tours
Professeur Catherine BARTHELEMY, CH Bretonneau , Pédopsychiatrie, Tours
Professeur Jean-Bernard GARRE, CHU Angers, service psychiatrie
Docteur DUBOIS-CARMAGNAT, CPU, Tours
Docteur Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE, CPU, Tours.

Date de soutenance de thèse : 25 octobre 2007

