

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 09 octobre 2017 à Poitiers
par Anne-Laure BOYER

La représentation du danger chez les
femmes victimes de violences conjugales

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Nématollah JAAFARI

Membres :

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Monsieur le Docteur Michel SAPANET

Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Alexia DELBREIL



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOIA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORLOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Nématholla JAAFARI,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers. Chef du service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale de Poitiers.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous remercie également pour votre enseignement, dont j'ai eu la chance de bénéficier au cours de ces quatre années d'internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Professeur émérite des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de le juger. Je vous remercie également pour votre enseignement dont j'ai eu la chance de bénéficier au cours de ces quatre années d'internat. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Michel SAPANET,

Maître de conférence universitaire en Médecine Légale à la Faculté de Médecine de Poitiers. Chef du service de Médecine Légale du CHU de Poitiers.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie également pour l'accueil que vous m'avez réservé dans votre service qui m'a permis de conforter mon intérêt pour la Médecine Légale. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU,

Psychiatre et Médecin légiste. Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers.

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je te remercie également pour ton enseignement et tes conseils au cours de ma formation. Je suis ravie de retravailler avec toi prochainement. Reçois ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Alexia DELBREIL,

Psychiatre et Médecin Légiste. Praticien Hospitalo-Universitaire.

Je te remercie de m'avoir inspiré ce travail et d'avoir accepté de le diriger. Je te remercie pour ta patience, tes conseils et ton enseignement. Ton exigence et ton souci du détail m'ont incité à approfondir ma réflexion. Reçois mon respect et mon admiration.

Je remercie très sincèrement Béatrice, Nathalie, Carole, Sylvie, Martine, Catherine, Véronique, Françoise et Valérie qui ont accepté de me rencontrer et de me confier leur histoire. Sans elle, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Je remercie chaleureusement toutes les équipes avec lesquelles j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont formée.

Je remercie vivement Delphine qui a pris le temps de retranscrire tous les entretiens.

Dédicaces personnelles

A la mémoire de mon cher papa, qui m'a toujours soutenue et encouragée dans mes choix. Je sais que tu as toujours été fier de moi.

A Guillaume, qui m'a donnée son amour en acceptant mes défauts. Merci pour ta patience, ton soutien, tes conseils et ton amour sans faille.

A ma maman, pour tout l'amour qu'elle me porte. C'est toi qui m'a donnée envie d'apprendre et m'a toujours encouragée, qui m'a appris la valeur du travail, m'a soutenue dans mes ambitions et m'a donné les moyens de les accomplir.

A mon frère Sébastien, pour sa relecture attentive de ce travail et avec le souvenir de la complicité enfantine qui continue de nous unir malgré la distance. Je te souhaite la réussite que tu mérites dans la voie que tu auras choisi.

A ma famille bordelaise, sans oublier les exilés alpins et espagnols, qui m'apporte son soutien inconditionnel et infaillible depuis tant d'années et qui m'a particulièrement soutenue au cours des périodes douloureuses qui ont jalonné mes études.

A ma famille réunionnaise, si loin sur notre petit caillou pour certains, exilés avec moi sur l'hexagone pour d'autres, merci pour votre soutien et vos encouragements pendant toutes ces années.

A Carine et Jean-Philippe, merci pour votre gentillesse et votre générosité ainsi que pour les bons moments passés et à venir.

A Ayeli, mon amie d'enfance, en souvenir de tous ces moments passés à rêver de ce que nous ferions et où nous serions 10 ans plus tard.

A Johana, pour tous les bons moments passés ensemble tout au long de ces années, en espérant que notre amitié se poursuive encore longtemps.

A Clémence, Lisa, Maéva et Mathilde, en souvenir de nos années d'externat et de nos retrouvailles régulières ; que de temps passé depuis notre rencontre au B1 ! Et à Anne-Cécile qui nous a appris cette même année la rigueur de l'examen clinique et de l'observation médicale.

A tous les copains de psychiatrie et de médecine légale.

A tous ceux que j'oublie qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

A tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager les gens et diminuer leurs souffrances.

Table des matières

Liste des enseignants de médecine	2
Remerciements	4
Dédicaces personnelles	6
Table des matières	7
Liste des abréviations	12
Partie 1 : Généralités	13
I - Propos introductifs	13
II - La femme face à la violence	14
A/ Un peu d'histoire	14
B/ La violence à l'égard des femmes aujourd'hui	15
III - Violences conjugales, de quoi parle-t-on ?	16
A/ Conflit de couple, violence conjugale : quelle différence ?.....	16
B/ Le cadre juridique	16
1 - La loi du 22 juillet 1992	16
2 - La loi du 4 avril 2006	17
3 - Le décret du 1er avril 2010	17
4 - La loi du 9 juillet 2010	17
5 - Les textes concernant les professionnels de santé	18
6 - Les sanctions pénales	19
a) Mesures alternatives aux poursuites	20
b) Peines encourues lors de violences physiques	20
c) Peines encourues lors de violences sexuelles	21
C/ Les différents types de violences conjugales	21
D/ Le cycle de la violence	22
E/ Les chiffres de la violence conjugale en France	23
IV - Les acteurs de la violence conjugale	24
A/ Quels sont les hommes qui commettent ces violences	24
B/ Profil des femmes victimes de violences conjugales	25
C/ Les facteurs de risque de violence conjugale	25
V - Les violences conjugales : un problème de santé publique	27
A/ Conséquences sur la santé des femmes	27
B/ Les enfants témoins des violences conjugale	29
VI - Les moyens mis en oeuvre en France pour lutter contre les violences conjugales	30
A/ Les actions gouvernementales	30
1 - L'enquête ENVEFF	30
2 - Les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes	30
3 - Le numéro d'écoute	32

4 - Les journées internationales consacrées aux femmes	32
B/ Les associations	33
Partie 2 : Méthodologie	35
I - Objectifs	35
II - Matériel et méthode	35
A/ Le choix de la méthode	35
1 - Etude épidémiologique qualitative descriptive	35
2 - L'entretien semi-directif	36
B/ La population étudiée	36
1 - Le recrutement des victimes	36
2 - Critères d'inclusion et d'exclusion	37
C/ Le guide d'entretien	37
D/ Recueil des données	39
1 - Méthode de recrutement	39
2 - Le déroulement des entretiens	40
3 - Collecte et analyse des données	40
a) Saisie des données	40
b) L'analyse des données	40
E/ Recueil à partir d'un échantillon témoins de femmes non-victimes de violences conjugales	41
Partie 3 : Résultats	42
I - Résultats du groupe témoin	42
A/ Description de la population témoin	42
B/ Profil des femmes	42
1 - Tranches d'âge	42
2 - Situation maritale	42
C/ Le comportement des femmes non-victimes de violences conjugales face aux actes de violence	43
D/ Les connaissances des termes « conflit de couple » et « violence conjugale »	44
II - Résultats obtenus dans le groupe de femmes victimes de violences conjugales	46
A/ Description de la population	46
B/ Durée des entretiens	49
C/ Profil des femmes	49
1- Taille de l'échantillon	50
2 - Age	50
3 - Situation maritale au moment des violences	50
4 - Nombre d'enfants	51
5 - Origine socio-culturelle	51

6 - Niveau d'études	51
C/ Le parcours de ces femmes	51
D/ Le comportement des femmes victimes de violences conjugales face aux actes de violence	53
E/ Les connaissances des femmes victimes de violences conjugales des termes « conflit de couple » et « violences conjugale »	55
III - Les femmes et la violence	56
A/ Les formes de violence	56
1 - La violence psychologique	57
2 - La violence physique	57
3 - Les violences sexuelles	58
4 - La violence économique	58
B/ Les conséquences physiques et psychiques des violences	58
1 - Les conséquences physiques	58
a) Lésions traumatiques aiguës	58
b) Douleurs chroniques	59
c) Sur le plan gynécologique	59
2 - Les conséquences psychiques	60
a) L'isolement	61
b) L'anxiété	61
c) La dépression	63
d) Idées suicidaires et tentatives de suicide	64
e) Troubles du sommeil	64
f) Etat de stress post-traumatique	64
g) Surconsommation d'alcool	64
h) Surconsommation de benzodiazépines	64
i) Troubles cognitifs	64
Partie 4 : Discussion	65
I - Synthèse des résultats	65
A/ Limites de l'étude	66
1 - La selection	66
2 - La taille de l'échantillon	67
3 - Les biais d'interprétation	67
B/ Force de l'étude	67
II - Les femmes et la violence	68
A/ Influence de l'enfance	68
1 - Violences intra-familiale	68
2 - Décès traumatique	69
B/ Connaissances générales et distinction entre les termes « conflit de couple » et « violences conjugales »	69

1 - Violence conjugale et conflit de couple	69
2 - Les différents types de violence conjugale	70
C/ Comportement adopté face à des actes de violence	70
D/ Antécédents psychiatriques	73
E/ Le conjoint	73
1 - La rencontre	73
2 - Vie commune et mariage	73
F/ Les violences et leurs caractéristiques	74
1 - Installation insidieuse	74
2 - Les formes de violence	74
3 - Elément déclencheur	75
4 - Les facteurs favorisant la violence	76
G/ Les conséquences physiques et psychiques des violences	77
1 - Les conséquences physiques	77
2 - Les conséquences psychiques	77
H/ Les réactions et les sentiments des femmes face à la violence	78
1 - L'incompréhension et l'aveuglement	78
2 - La culpabilité	78
3 - La crainte de la réaction des autres	79
4 - Une distorsion de la réalité du danger	79
I/ La prise de conscience avant le départ	80
III - La représentation du danger	80
IV - Comment améliorer la prise en charge de ces femmes pour éviter les dramas	82
A/ Une prise en charge pluridisciplinaire	82
1 - Suspecter et identifier la violence	83
2 - Evaluer la situation	83
3 - Prise en charge et orientation vers des structures adaptées	84
B/ Les campagnes d'information	85
V - Conclusion	85
 Bibliographie	87
Liste des figures	93
Liste des tableaux	94
Annexes	95
Annexe 1 : Lettre d'information	95
Annexe 2 : Autorisation pour l'enregistrement audio de l'entretien et pour l'utilisation des données enregistrées	96
Annexe 3 : Trame d'entretien	97
Annexe 4 : Questionnaire proposé aux femmes supposées non victimes de violences conjugales	101

Annexe 5 : MADRS	103
Annexe 6 : STAI	105
Résumé	109
Abstract	110
Serment d'Hippocrate	111

Liste des abréviations

ITT : Incapacité Totale de Travail

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ENVEFF : Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France

VCI : Violences conjugales Info

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

CIDFF : Centre National d'Informations sur les Droits de Femmes et des Familles

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

DOM : Département d'Outre-Mer

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

DSM-5 : Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders 5th edition

MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

STAI : State-Trait Anxiety Inventory

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

OPN : Os propres du nez

ISRS : Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

OPJ : Officier de Police Judiciaire

HAS : Haute Autorité de Santé

EMDR : Eye-Movement Desensitization and Reprocessing

Partie 1 : Généralités

I - Propos introductifs

Au cours de mes différents stages d'internat, j'ai été amenée, à de nombreuses reprises, à prendre en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Mon expérience en psychiatrie m'a conduite à apporter des soins à des patientes présentant une souffrance psychique telle qu'elle était à l'origine d'un syndrome anxio-dépressif sévère. Certaines de ces femmes confiaient qu'elles avaient subi des violences dans le cadre de leur vie de couple. Bien souvent, elles avaient entamé cette démarche de soins après s'être séparées du conjoint violent. Elles rapportaient des relations de plusieurs années, ponctuées de propos dévalorisants, d'insultes et de menaces, mais aussi de coups, de tentatives de strangulation voire de viols conjugaux. Quand je leur demandais les raisons pour lesquelles elles n'avaient pas mis un terme à ces relations plus tôt, leurs réponses étaient souvent similaires : une violence qui s'installe insidieusement, la pensée qu'elles pourraient « *guérir* » leur conjoint, la peur de se retrouver seules et face à des difficultés, en particulier financières, l'envie que leurs enfants aient une famille unie... De leurs propos transparaissait une minimisation des actes qu'elles avaient subis. Il semblait qu'en dépit des violences qu'elles décrivaient et de leurs conséquences, elles ne se sentaient pas en danger avec leur conjoint.

Pendant mes deux semestres en médecine légale, j'ai examiné de nombreuses femmes dans les suites immédiates de violences conjugales, afin d'établir un certificat médical mentionnant une Incapacité Totale de Travail (ITT). Ces femmes avaient porté plainte suite à des violences physiques de la part de leur conjoint. Au cours de l'examen, il m'arrivait fréquemment de constater qu'en plus de ces violences qu'elles reconnaissaient comme une agression à leur personne, il existait des violences psychologiques depuis de nombreuses années, voire même des violences sexuelles ou économiques, qu'elles n'avaient pas identifiées ainsi. Pour chacune des femmes rencontrées, il ne s'agissait pas du premier fait de violence dans leur couple et elles relataient pendant l'entretien plusieurs épisodes similaires, bien souvent en les banalisant. J'ai revu certaines de ces femmes plusieurs fois, sans que leur situation n'évolue. L'examen physique que je réalisais retrouvait de nombreuses lésions de localisation et d'importance variable, dont certaines nécessitaient des soins ou pouvaient entraîner une gêne dans les actes de la vie courante. Au-delà de ces blessures physiques parfois incapacitantes, je découvrais, là encore, une véritable souffrance psychique, allant d'une anxiété occasionnelle à un état de stress post-traumatique, en passant par des états dépressifs associés ou non à une crise suicidaire. D'ailleurs, l'une d'entre elle s'est donnée la mort par la suite. Malgré les importantes conséquences physiques et psychiques, ces femmes minimisaient les violences subies et ne semblaient pas réaliser que leur situation pouvait parfois avoir une issue fatale.

C'est dans ce contexte que je me suis questionnée sur la notion de la représentation du danger chez les femmes victimes de violences conjugales. Ces femmes se représentent-elles leur situation comme dangereuse ou bien ne s'agit-il pour elles que d'un mode de relation basé sur la violence, sans gravité perçue ? Cette question n'a que très peu intéressé les études, pourtant nombreuses, menées auprès des femmes victimes de violences conjugales.

Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre d'un projet vaste et pluridisciplinaire sur le féminicide. Après un travail de recherche bibliographique sur la violence conjugale, ses conséquences et sa prise en charge, nous avons choisi de mener une étude qualitative auprès d'une population de femmes victimes de violences conjugales. Nous avons émis l'hypothèse que ces femmes ont un seuil plus élevé quant aux actes qu'elles sont prêtes à tolérer dans leur vie de couple. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons établi une trame d'entretien semi-directive dont l'objectif est de repérer les situations dans lesquelles les femmes subissant des violences dans le cadre de leur vie conjugale pourraient se sentir en danger. Nous avons secondairement proposé à un échantillon de femmes supposées non victimes de violences conjugales, un questionnaire élaboré à partir de cette trame d'entretien, dans le but d'avoir un point de comparaison.

II – La femme face à la violence

A/ Un peu d'histoire

Les femmes ont, pendant des siècles, été placées dans des positions « *inférieures* » à l'homme. Dans l'antiquité, en Grèce et à Rome, les sociétés étaient patriarcales. Les femmes étaient des éternelles mineures : elles avaient le même statut que les enfants et n'étaient pas autorisées à avoir un pouvoir politique ou juridique. Elles étaient toujours soumises à un tuteur, qu'il soit leur père, leur mari ou leur frère, voire même leur fils.

Les principales religions ont continué à véhiculer l'image de la place subordonnée de la femme à l'homme. La religion catholique dit à propos des femmes : « *tes désirs se porteront vers ton mari mais il dominera sur toi* » (Genèse 3-16). Au Moyen-Age, la femme était soumise au pouvoir de son mari, à moins qu'elle n'entre au couvent pour mener une vie spirituelle et religieuse. A la Renaissance, le droit des femmes diminuait encore. Elles étaient exclues des sphères publiques et politiques. Celles qui travaillaient devaient se cantonner aux travaux domestiques. Après la Révolution, la femme a été « *classée* », comme les enfants et les étrangers, dans la catégorie des citoyens « *passifs* ». Il faut attendre une époque bien plus récente pour que les femmes se libèrent de l'emprise masculine : en France, le droit de vote des femmes n'apparaît qu'en 1944 et ce n'est que depuis 1965 qu'une femme peut gérer ses propres biens et exercer une activité professionnelle sans le consentement de son époux [1].

L'image que nous renvoie le passé est celle d'une femme soumise à l'homme, d'abord au père puis au mari. Elle lui doit obéissance quand elle n'est pas simplement considérée comme une possession de l'homme.

B/ La violence à l'égard des femmes aujourd'hui

Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), la violence à l'égard des femmes se définit comme « *tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* » [2].

La violence à l'égard des femmes peut prendre des formes très diverses, allant du harcèlement moral à l'homicide en passant par toutes les formes de violences physiques et/ou sexuelles.

Au bout de cette spirale infernale de violence se situe l'homicide. Dans la littérature, on dénomme fréquemment le « *fémicide* » comme étant l'homicide volontaire d'une femme. Une définition plus large du fémicide englobe tous les meurtres de filles ou de femmes, au simple motif qu'elles sont des femmes, généralement par des hommes, mais aussi parfois avec la complicité de femmes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on retrouve différents types de féminicides [3] :

- le féminicide commis au nom de l'honneur secondaire à une transgression sexuelle ou comportementale, entraînant un homicide de la fille ou de la femme par un membre de sa famille ;
- le féminicide lié à la dot implique le meurtre de jeunes mariées par la belle-famille en lien avec des conflits en rapport avec la dot, notamment une dot insuffisante ;
- le féminicide non-intime, souvent commis au hasard et impliquant généralement une agression sexuelle ;
- enfin, le féminicide intime est le meurtre commis par un époux ou par un petit ami, actuel ou ancien. Il est souvent la conséquence la plus extrême de la violence que subissent les femmes de la part de leur partenaire intime.

Suite à la quatrième conférence mondiale sur les femmes tenue à Pékin en 1995, il est décidé de réaliser une enquête de grande ampleur en France pour connaître l'exacte étendue du problème de la violence envers les femmes : l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) [4]. Elle s'est déroulée via des consultations téléphoniques, en France, de mars à juillet 2000 : 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans ont été interrogées par téléphone sur les violences de toutes formes dont elles ont pu être victime au cours des douze mois précédents, aussi bien dans la sphère publique que dans leur vie privée. Il en est ressorti que 4% des femmes ont subi au moins une agression

physique au cours des douze derniers mois et 11% des femmes déclarent une agression sexuelle au cours de leur vie. Cette étude met en évidence que c'est dans leur vie de couple que les femmes encourent le plus de risque de violence. Elles sont près de 10% à déclarer avoir subi un acte de violence de la part de leur partenaire actuel ou ex-partenaire masculin au cours des douze derniers mois. Le rapport Henrion confirme cette hypothèse : c'est dans la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles [24].

III - Violences conjugales, de quoi parle-t-on ?

A/ Conflit de couple, violence conjugale : quelle différence ?

Le terme « *violence conjugale* » évoque communément la « *scène de ménage* », un scénario banal dans la vie d'un couple soumis aux tensions de la vie quotidienne. Dans ce cas particulier, il serait plus exact de parler de « *conflit de couple* ». En effet, la vie de couple et la vie familiale sont des expériences de vie stressante qui nécessitent de grandes capacités d'adaptation. Il existe de multiples facteurs de stress (argent, éducation des enfants, belle-famille, harmonisation entre vie professionnelle et vie familiale...) qui surviennent dans un contexte de perpétuels changements liés au cycle de la vie [5].

Dans le conflit de couple, les deux conjoints se confrontent, à l'occasion, sur un sujet précis. Malgré une réaction parfois agressive d'un des deux conjoints, il existe un rapport égalitaire entre eux : chacun a la possibilité d'exprimer son point de vue et d'argumenter au cours de la dispute. Ils se sentent donc libres de se faire entendre. Dans certains conflits plus importants, notamment si la dynamique du couple est dysfonctionnelle (conjugopathie), il peut arriver qu'il y ait des gestes d'agressivité d'un conjoint envers l'autre, mais malgré cette agressivité, le rapport reste égalitaire entre eux et chacun peut s'exprimer librement et réagir.

La violence conjugale est un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination. Elle peut se produire durant la relation ou après la fin de la relation [6-7]. Selon Amnesty International, la violence conjugale se caractérise par « *sa persistance, son impact destructeur, son effet de peur, son intention cachée de contrôle et de pouvoir sur l'autre* » [8].

B/ Cadre juridique

1 - La loi du 22 juillet 1992

Dans l'ancien code pénal, les violences commises par le conjoint ou le concubin n'étaient pas reconnues de façon spécifique. Elles relevaient des articles applicables aux voies de faits ou coups et blessures volontaires, voire aux crimes.

Ce n'est qu'en 1992, avec l'adoption de la loi n° 92.683 du 22 juillet, que le nouveau code pénal mentionne expressément que « *la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise* ».

2 - La loi du 4 avril 2006

La « *qualité de conjoint* » est élargie aux concubins, pacsés et anciens conjoints par la loi du 4 avril 2006. Elle prévoit une aggravation des peines pour les conjoints, concubins, mais aussi pour les pacsés ou pour les anciens concubins, conjoints ou anciens pacsés.

Cette loi dispose en outre que la qualité de conjoint ou de concubin « *ne saurait être une cause d'atténuation de la responsabilité en cas de viol au sein du couple* ».

Par ailleurs, un amendement à cette loi adopté par le sénat, punit d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende le fait de priver, dans un couple, l'autre de ses papiers d'identité ou de son titre de séjour.

3 - Le décret du 1er avril 2010

Le 1er avril 2010 est publié le Décret n°2010-355 relatif à l'assignation à résidence avec surveillance électronique et à la protection des victimes de violences au sein du couple. Il rend possible l'utilisation du bracelet électronique pour mieux protéger la victime de violences conjugales.

4 - La loi du 9 juillet 2010

Toujours en 2010, la loi du 9 juillet place la France en tête des pays européens sur les questions relatives aux violences conjugales. Cette loi « *relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants* » a été votée à l'unanimité au Parlement. Ses dispositions les plus marquantes résident dans les mesures de protection du (de la) conjoint(e) victime, notamment les suivantes :

- une ordonnance de protection des victimes qui permet notamment l'éviction du conjoint violent du domicile ;
- l'attribution du domicile conjugal à la victime ;
- la création du délit de harcèlement moral au sein du couple, ainsi que la reconnaissance des violences psychologiques ;
- des mesures de protection des enfants vivant dans le couple.

Les deux articles suivants en sont l'exemple :

- Art. 222-33-2-1 du code pénal : créé par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 31 :

« Le fait de harceler son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours. Les mêmes peines sont encourues lorsque cette infraction est commise par un ancien conjoint ou un ancien concubin de la victime, ou un ancien partenaire lié à cette dernière par un pacte civil de solidarité ».

- Article L222-14, modifié par la loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 25 :

« Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou 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 sont punies :

1° De trente ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné la mort de la victime ;

2° De vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;

3° De dix ans d'emprisonnement et de 150000 euros d'amende lorsqu'elles ont entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours ;

4° De cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende lorsqu'elles n'ont pas entraîné une incapacité totale de travail pendant plus de huit jours.

Les peines prévues par le présent article sont également applicables aux violences habituelles commises par le conjoint ou le concubin de la victime ou par le partenaire lié à celle-ci par un pacte civil de solidarité ».

5 - Les textes concernant les professionnels de santé

Bien que la loi française interdise formellement aux médecins de rompre leur secret médical professionnel par l'article 226-13 du code pénal *« 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 »*, elle a prévu dans certains cas bien précis, des exceptions au précédent article afin de permettre aux professionnels de santé de dénoncer certains abus.

En effet, l'article 226 – 14 du code pénal dispose :

« 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 ».

Par ailleurs, l'article 434-3 du code pénal incite les citoyens et les professionnels de santé à dénoncer certaines situations de violences et d'abus sur les femmes, notamment lors de la grossesse ou lorsqu'il existe un retentissement psychique :

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende ».

Egalement inscrits au sein du code de déontologie médicale, ces textes font maintenant partie du code de santé publique.

6 - Les sanctions pénales

Dans le cadre des violences conjugales, il existe différentes sanctions pénales [10]. Le parquet a l'opportunité des poursuites et le juge pénal toute latitude dans le choix de la

sanction avec application du principe de personnalisation de la peine en fonction de l'individu et de la gravité des violences faites.

L'évaluation du retentissement fonctionnel et de l'ITT en nombre de jours conditionnent le type de poursuites. Dans le cadre des violences volontaires, classiquement, si l'ITT est inférieure ou égale à 8 jours, c'est une infraction de type contravention jugée par le tribunal de police ; si l'ITT est supérieure à 8 jours, c'est un délit jugé par le tribunal correctionnel ; en cas de viol, il s'agit d'un crime jugé par la cour d'Assises.

a) Mesures alternatives aux poursuites

Dans le cas de violences légères et isolées, le procureur peut décider de ne pas poursuivre l'auteur devant le tribunal. Il peut alors avoir recours à différentes mesures alternatives :

- un rappel à la loi ;
- une composition pénale : il s'agit d'une sanction de type compensatoire ou réparatoire. Il peut s'agir d'une amende. Dans le cadre des violences conjugales, il peut également s'agir d'un stage de responsabilisation pour la prévention et la lutte contre les violences au sein du couple (accompli par l'auteur des faits à ses frais) ;
- une médiation pénale, si la victime donne son accord.

b) Peines encourues lors de violences physiques

Des violences conjugales ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours ou n'ayant pas entraîné d'ITT sont punies au maximum de 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende.

Si ces violences ont entraîné une ITT supérieure à 8 jours, la peine maximale est de 5 ans de prison et 75 000 euros d'amende.

Si les violences sont fréquentes, elles peuvent être qualifiées de violences habituelles. La peine maximale est alors de :

- 5 ans de prison et 75 000 euros d'amende pour une ITT inférieure ou égale à 8 jours ;
- 10 ans de prison et 100 000 euros d'amende pour une ITT supérieure à 8 jours.

En cas de violence ayant entraîné la mort sans intention de la donner, la peine encourue est de :

- 20 ans de réclusion criminelle si la mort a été causée par un cas unique de violence ;
- 30 ans de réclusion criminelle si la mort a été causée par des violences répétées.

En cas de meurtre ou de tentative de meurtre, la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité.

c) *Peines encourues lors de violences sexuelles*

En cas de viol au sein d'un couple la peine maximale encourue est de 20 ans de réclusion criminelle.

C/ Les différents types de violence conjugale

La violence conjugale peut prendre différentes formes : verbale et/ou psychologique, physique, sexuelle, économique. Toutefois, dans la plupart des cas, ces formes se conjuguent les unes avec les autres, elles sont exceptionnellement isolées [11].

La violence verbale et/ou psychologique est le plus souvent la première à s'installer. Elle consiste à intimider une personne pour établir ou maintenir une domination sur la partenaire. On retrouve différentes attitudes et comportements, notamment : l'isolement (de sa famille et de ses amis), la jalousie pathologique, l'indifférence aux demandes affectives, le dénigrement (montrer à la personne qu'elle ne vaut rien), l'humiliation (rabaissier, ridiculiser), l'intimidation, le chantage, le harcèlement, les insultes, les menaces. Ce type de violence joue essentiellement sur la peur et sur la dégradation de l'image de soi. Elle aboutit à une destruction morale dévastatrice [12] et peut parfois pousser au suicide. Le but de l'agresseur est de créer un climat de tension, de peur et d'insécurité, incitant sa compagne à se conformer à ses exigences par crainte de voir la situation s'aggraver. Souvent, la violence verbale est le prémice d'autres formes de violence.

La violence physique regroupe l'ensemble des atteintes physiques à l'intégrité du corps de l'autre [13] dans le but de lui faire du mal. Elle va de la simple bousculade à l'homicide : pincement, gifle, coup direct ou par projection d'objet ou d'arme, plaquer la personne sur le sol, morsure, brûlure, séquestration... C'est la forme la plus identifiable puisqu'elle peut laisser des traces visibles [14]. Cependant, certains actes ne laissent pas de traces comme frapper au ventre avec le plat de la main, tirer les cheveux, bousculer.

La violence sexuelle [15] correspond au fait d'imposer, par la peur, la force, la contrainte ou la surprise, son désir sexuel à sa partenaire. Une relation sexuelle imposée est souvent occultée parce qu'elle fait partie du « *devoir conjugal* » et touche à l'intimité. Elle englobe différents types de comportements : forcer une femme à avoir des relations sexuelles quand elle ne veut pas, l'humilier/l'insulter/la brutaliser lors des rapports sexuels, la forcer à avoir des rapports sexuels sans protection au risque d'une grossesse non désirée ou d'une infection sexuellement transmissible, la contraindre à agir selon ses fantasmes, la « *prêter* » à un ami pour des relations sexuelles, voire les mutilations génitales [2-3].

La violence économique [16] se définit comme le contrôle financier ou professionnel de l'autre : dévaloriser le travail de l'autre, l'empêcher de travailler, considérer son salaire

comme secondaire, confisquer son salaire ou l'empêcher d'avoir une carte de crédit en sont les principaux exemples. Elle permet à l'agresseur d'ôter toute autonomie à la victime.

D/ Le cycle de la violence

La violence conjugale s'installe progressivement dans le couple avec une escalade progressive dans le recours aux différentes formes de violence [17]. Selon la psychologue Léonor Walker [18], les violences conjugales obéissent à des cycles schématiquement découpés en 4 phases qui peuvent varier en durée et en intensité (figure 1) :

- La phase de tension : la tension monte chez le dominateur et la peur chez le dominé qui fait tout pour le calmer.
- La phase d'agression : l'agresseur passe à l'acte et la victime subit une explosion de violence.
- La phase de déni du conjoint maltraitant avec transfert des responsabilités : l'agresseur tente de justifier son acte, de le minimiser et explique souvent ses gestes par un problème extérieur, comme le stress, l'alcool, le chômage... Il cherche également à rendre responsable sa partenaire qui, selon lui, l'a provoqué (« *elle l'a bien cherché* »). Souvent, celle-ci aura tendance à le croire et à culpabiliser.
- La phase de rémission, la « lune de miel » ou encore le « sursis amoureux » : le conjoint maltraitant tente de se faire pardonner, manifeste des regrets, s'excuse, promet qu'il ne recommencera plus, assure son amour à la victime ; celle-ci croit que la phase de remords révèle la vraie nature de son conjoint et reprend espoir et confiance en celui-ci. Si elle a porté plainte, elle va se rétracter à ce moment là.

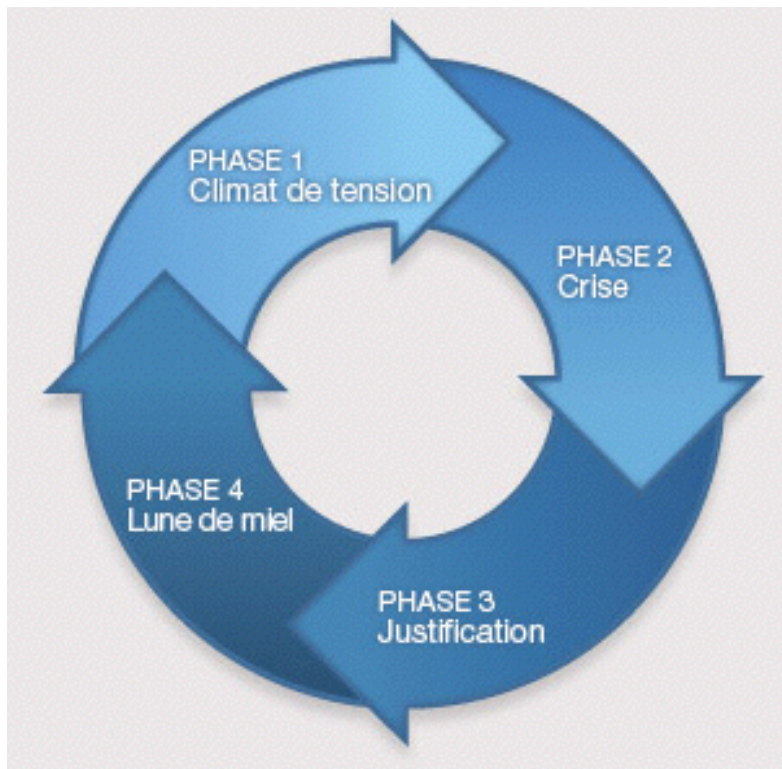


Figure 1 : Les quatre phases du cycle de la violence conjugale (http://violenceconjugale.gouv.qc.ca/comprendre_cycle.php)

Le cycle se répète, la période de rémission devient de plus en plus courte, les scènes de violences deviennent de plus en plus sévères avec une véritable escalade en termes de gravité des actes, des blessures ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves. Ainsi la victime est prise au piège de la spirale de la violence.

E/ Les chiffres de la violence conjugale en France

L'enquête ENVEFF réalisée en 2000 auprès de 6970 femmes âgées de 20 à 50 ans met en évidence que les femmes encourent plus de risque de subir des violences dans la sphère conjugale que partout ailleurs. Au cours des douze derniers mois, 9% des femmes en couple et 9,5% de la totalité des femmes ont subi des violences conjugales. Ces violences sont occultées dans la plupart des cas : au cours de cette enquête, les deux-tiers des femmes révélaient des violences sexuelles de la part de leur compagnon pour la première fois et 39% révélaient des violences physiques pour la première fois [4].

D'autres chiffres, plus récents, sont également alarmants [19] :

- concernant les violences non-mortelles : on estime en moyenne chaque année que 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales dans ses

formes les plus graves (violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint). Sur un an, de novembre 2014 à octobre 2015, 72 873 faits de violences commis sur une femme par conjoint ou ex-conjoint ont été recensés par les forces de sécurité en France métropolitaine, soit 88% des faits totaux de violence conjugale recensés sur cette période. Finalement, une femme âgée de 15 à 44 ans court un plus grand risque de subir un viol et de la violence conjugale que de souffrir d'un cancer, un accident de la route, la guerre et le paludisme réunis. De plus, 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son conjoint ou ex-conjoint.

- concernant les violences mortelles : l'enquête réalisée par le Ministère de l'Intérieur en 2015 révèle que 115 femmes sont décédées, victimes de leur partenaire de vie. Parmi celles-ci, au moins 44 d'entre elles (soit 38%) étaient victimes de violences récurrentes. Les violences conjugales sont la première cause de mortalité chez les femmes européennes âgées de 16 à 44 ans avant les accidents de la route, les cancers, et les guerres.
- enfin, les violences entre conjoints font très souvent des victimes collatérales : en 2015, 36 enfants ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple parental. Il est intéressant de noter que seuls 11 d'entre eux ont été tués par leur père en même temps que leur mère et surtout que 25 d'entre eux ont été tués dans le cadre des violences conjugales sans qu'aucun des deux parents ne soit tué. Parmi les victimes collatérales de violences conjugales en 2015, on dénombre aussi 48 hommes auteurs d'homicide envers leur compagne qui se sont tués dans le même temps et 28 hommes qui ont tenté de le faire.

IV - Les acteurs des violences conjugales

A/ Quels sont les hommes qui commettent ces violences conjugales ?

« Un homme qui bat sa femme, ce n'est ni pathologique ni accidentel, c'est Monsieur tout le monde », dit Viviane Monnier, directrice du foyer parisien Louise Labé, citée dans le Direct Matin du 14-04-2011 [20].

« Les représentations communes des hommes violents (...) les caricaturent sous les traits de monstres, de salauds, de brutes, d'hommes alcooliques appartenant aux classes populaires ou d'hommes en colère qui sous l'effet du stress perdaient le contrôle d'eux-mêmes... » écrit F. Hervier, citée par A. Cornilleau dans sa thèse [21]. Bien que ces représentations soient l'image qui surgit lorsqu'on évoque les violences conjugales, la réalité est loin. Se limiter à cette caricature, c'est diminuer l'importance des violences conjugales et protéger les hommes violents : si un homme frappe sa femme, c'est forcément un problème

psychiatrique, une dépendance à l'alcool, des conditions de vie difficile... Ce ne serait donc pas de sa faute. Et puis si seuls les hommes ayant ce profil sont violents, le problème n'est pas si important que ça, car ils ne représentent pas la majorité des hommes.

Il n'existe pas de profil type d'homme violent selon une étude réalisée à Montréal sur 1500 hommes par Gilles Rondeau : « *les hommes violents ne sont pas fous* ». Aucun homme de l'étude n'a été reconnu comme irresponsable par les experts psychiatres. L'alcool n'est qu'inconstamment retrouvé dans les violences conjugales [22].

B/ Profil des femmes victimes de violences conjugales

Une étude a été menée auprès de 100 femmes victimes de violences conjugales consultant aux urgences médico-légales de l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris à l'aide d'un auto-questionnaire de janvier à juin 2002 [23]. Cette étude met en évidence que toutes les femmes peuvent être concernées par les violences conjugales, indépendamment de leur âge, de leur origine ethnique, du type de relation ou de leur catégorie socio-professionnelle.

« *La violence peut s'exercer dans n'importe quel milieu sans égard à l'âge, la race, l'éducation, la religion, le statut marital, le niveau socio-économique* » peut-on lire dans le rapport Henrion [24].

C/ Les facteurs de risque de violence conjugale

Bien qu'il ne semble pas exister de profil type d'homme violent ni de femme victime de violence conjugale, il existe, selon l'OMS, des facteurs de risque de violence. Cependant, aucun de ces facteurs ne détermine à lui seul l'apparition de comportements violents et il n'existe pas de simple relation de cause à effet. C'est une combinaison de facteurs de risque individuels, relationnels, communautaires et sociétaux qui augmentent le risque d'être victime ou agresseur de violence conjugale. Certains facteurs de risque sont les mêmes pour les victimes et les agresseurs [25].

Parmi les facteurs de risques individuels, on retrouve, selon l'OMS [25]:

- jeune âge (auteurs et victimes) ;
- faible revenu/statut socio-économique (auteurs et victimes) ;
- chômage (auteurs) ;
- faible niveau de scolarité (auteurs et victimes) ;
- être séparée ou divorcée, grossesse (victimes) ;

- mauvais traitements durant l'enfance : abus physique, agression sexuelle et exposition à la violence conjugale (auteurs et victimes) ;
- dépression (victimes) ;
- troubles antisociaux de la personnalité (auteurs) ;
- consommation/abus d'alcool et de toxiques (auteurs et victimes) ;
- tolérance face à la violence, attitude d'acceptation de la violence et de l'inégalité entre les sexes (auteurs et victimes) ;
- violence antérieure (auteurs et victimes).

Parmi les facteurs de risque relationnels, on note selon l'OMS [25] :

- écart de niveau de scolarité entre les conjoints (auteurs et victimes) ;
- partenaires multiples (auteurs) ;
- nombre d'enfants (victime) ;
- conflits conjugaux/insatisfaction conjugale (auteurs et victimes) ;
- durée de la relation (auteurs).

Il existe des facteurs de risque communautaires, qui sont les mêmes pour les auteurs et les victimes [25] :

- acceptation par la communauté de modèles traditionnels relatifs aux rôles des deux sexes ;
- isolement social du couple, manque de soutien social ;
- caractéristiques des quartiers défavorisés :
 - pauvreté, chômage, faible niveau d'alphabétisation
 - tolérance à l'égard de la violence, grande proportion de ménages qui ont recours aux punitions corporelles
 - faible proportion de femmes avec une grande autonomie ou un niveau élevé de scolarité ;
- faible désapprobation de la violence par la communauté.

Enfin, on retrouve des facteurs sociétaux, qui sont également communs aux auteurs et aux victimes [25] :

- normes sociales propices à la violence ;

- normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes (vision stéréotypée de leur rôle, inégalité hommes/femmes).

V – Les violences conjugales : un problème de santé publique

A/ Conséquences sur la santé des femmes

La femme confrontée à la violence de son partenaire risque de subir des atteintes graves à sa santé. Selon l'OMS, les femmes victimes de violences conjugales perdent entre une et quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge ambulatoire d'une femme victime de violences conjugales coûte deux fois et demi plus cher à la société que celle des autres femmes [26]. De façon générale, les femmes victimes de violences conjugales se déclarent en moins bonne santé que les femmes n'en étant pas victimes selon l'étude de T. Vos [27].

Elles souffrent tout d'abord de lésions traumatiques aiguës résultant des violences physiques. Les lésions physiques rencontrées chez ces femmes sont de tous types : érosions, ecchymoses, hématomes, plaies franches ou contuses, brûlures, morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures. Ces lésions sont souvent multiples et d'âge différent. Leur localisation est variable. On retrouve principalement des lésions au niveau du visage et du crâne, du cou et des membres. Ces lésions peuvent être cachées sous les vêtements. Ces lésions peuvent nécessiter des soins en urgence et peuvent occasionner une limitation dans les actes de la vie courante [28-29].

Très souvent, les violences physiques ne sont révélées que par leur issue fatale. D'après le rapport Henrion, les violences conjugales peuvent conduire au décès de la femme sous d'autres formes que l'homicide : suicide de la femme victime de violences conjugales, conséquences sur la santé des violences conjugales (toxicomanies, problèmes coronariens...) [24].

De nombreuses autres études montrent également que ces femmes souffrent plus souvent de douleurs chroniques : douleurs dorsales ou cervicales, céphalées, migraines, douleurs abdominales, douleurs pelviennes... Ces douleurs peuvent être des troubles psychosomatiques, symptômes des violences conjugales ou résulter des blessures reçues par les victimes [30-32].

Le rapport Henrion indique que les pathologies chroniques sont susceptibles d'être aggravées par les violences conjugales. Ceci est expliqué par l'influence directe des violences sur l'état de santé physique et mental de ces femmes, mais également par la conséquence sociale. En effet, par peur de révéler leurs blessures, elles sont plus réticentes à consulter leur médecin, ou alors elles vont espacer leurs rendez-vous de suivi. Il peut aussi arriver que le conjoint contrôle leurs faits et gestes et qu'il les empêche de se rendre chez le médecin [24].

Le stress engendré par les violences a des conséquences physiques sur les victimes. En effet, le stress a un impact sur le système neuroendocrinien. Ainsi, les femmes victimes de violences présentent un taux plus élevé de cortisol que les femmes ne rapportant pas de violences conjugales [33]. Ces modifications peuvent avoir des conséquences lourdes comme un risque accru de développer une hypertension artérielle [27], des problèmes coronariens [27,32], des ulcères gastriques [34].

Différents troubles psychotraumatiques sont presque toujours retrouvés chez les femmes victimes de violences conjugales [35] : des troubles émotionnels (anxiété, colère, honte, phobies), des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites instinctuelles (troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire), mais aussi des troubles cognitifs (troubles de la concentration, troubles de la mémoire, confusion).

Ces troubles peuvent se retrouver individuellement ou se manifester de façon conjointe en s'intégrant dans de véritables pathologies psychiatriques : troubles anxieux généralisés, syndromes dépressifs [29,36], suicides et tentatives de suicide [29,36] estimés à cinq fois supérieur à la population générale [37], états de stress aigu et syndrome de stress post-traumatique [34], ou encore abus de substances psychoactives (consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques) [38-39]. Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale [24]. Elles ont une consommation accrue de médicaments psychotropes (22 % dans l'enquête ENVEFF) [4].

Sur le plan gynécologique, les violences conjugales et en particulier les violences sexuelles entraînent de nombreux troubles. Les victimes de violences sexuelles ont plus de risque de présenter des lésions traumatiques vaginales ou périnéales, secondaires à des rapports non consentis. Elles ont également un risque accru de développer des infections sexuellement transmissibles, des infections génitales et des infections urinaires à répétition. Elles présentent plus souvent des troubles du cycle menstruel et des douleurs pelviennes. Ces femmes ont également de nombreux troubles de la sexualité.

Les violences conjugales sont également un facteur de risque sur le plan obstétrical. La fréquence de violences conjugales chez les femmes enceintes est de 3 à 8%. La grossesse peut être non désirée (conséquence d'un viol conjugal ou d'une interdiction par le conjoint d'utiliser un contraceptif) [40-41]. Ces grossesses sont de déclarations souvent tardives et mal surveillées ; elles peuvent également conduire à des IVG plus ou moins désirées. D'autres grossesses peuvent résulter d'une tentative de « *repartir à zéro* » au cours d'une période d'accalmie. D'autre part, les violences physiques en elle-même peuvent entraîner des répercussions directes pour le fœtus [42] : avortements spontanés, ruptures prématurées des membranes et accouchements prématurés, décollements prématurés du placenta suivis de souffrance et de mort foetale in-utéro, hémorragies voire ruptures utérines.

Une enquête européenne menée par MJ. Saurel-Cubizolles dans 59 maternités de 16 pays révèle que 2,7% des naissances prématurées ont eu lieu dans un contexte de violence. Ces violences ne sont retrouvées que chez 1,7% des femmes ayant accouché à terme [43]. Enfin, les conséquences se répercutent également après l'accouchement : carence ou absence de soins à l'enfant, allaitement déficient ou absent, douleurs abdominales chroniques persistantes.

Ces lourdes conséquences sur la santé des femmes font des violences conjugales un problème de santé publique majeur que l'ensemble des praticiens devrait prendre en compte dans le suivi de leurs patientes.

B/ Les enfants témoins des violences conjugales

Les violences conjugales sont également responsables d'importants traumatismes sur les enfants. Ils grandissent dans un climat d'insécurité et de terreur et peuvent être simples témoins ou parfois même victimes de ces violences. En l'absence de prise en charge, ces enfants développent des traumatismes psychiques pouvant avoir des conséquences graves sur leur développement et sur le développement de leur personnalité. Ils peuvent souffrir :

- de lésions traumatiques pouvant être la conséquence de blessures accidentelles lorsque l'enfant reçoit un coup qui ne lui était pas destiné, ou du fait de violences intentionnelles. Ces blessures peuvent être de tous types et de localisations différentes.
- de troubles psychologiques : notamment des troubles des conduites instinctuelles (sommeil, alimentation) ; des troubles anxieux [44] ; un syndrome dépressif ; un syndrome de stress post-traumatique [45-46].
- de troubles du comportement et de la conduite : les enfants exposés à la violence conjugale peuvent extérioriser leurs troubles émotionnels par des comportements comme l'hyperactivité, l'impulsivité, l'agressivité, la colère, la cruauté envers les animaux [47]. Ils peuvent développer des conduites addictives et sont plus susceptibles d'avoir un comportement violent à l'âge adulte [48].
- des troubles psychosomatiques secondaires au manque de soins ou au traumatisme psychologique engendré par les violences : troubles sphinctériens à type d'énurésie, retards staturo-pondéraux, troubles de l'audition et du langage, infections respiratoires à répétition [24].

VI - Les moyens mis en œuvre en France pour lutter contre les violences conjugales

A/ Les actions gouvernementales

1 - L'enquête ENVEFF

La problématique des violences faites aux femmes a été prise en compte par l'Etat français à partir de 1982. Mais ce n'est qu'en 2001 qu'une première enquête sur les violences au sein du couple est réalisée : l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF). Cette enquête a été pilotée par le Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes, prouvant ainsi l'importance accordée à ce problème de santé publique par la France. Même si les résultats ne corroboraient pas le chiffre de deux millions de « *femmes battues* » véhiculé par les médias, l'enquête a permis de produire des statistiques fiables, et de cerner l'ampleur du silence qui recouvrait les violences envers les femmes en France [4].

2 - Les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes

Depuis 2005, 5 plans interministériels de lutte contre les violences se sont succédés, traduisant l'engagement de l'État en permettant aux femmes victimes de violences d'accéder à leur droit d'être protégées et accompagnées pour sortir des violences et se reconstruire.

a) Le plan interministériel 2005-2007

Le 24 novembre 2004, le ministère lance un plan global de lutte contre les violences faites aux femmes, en particulier les violences exercées dans le cadre conjugal [49]. Ce plan contient 10 mesures phares permettant de fournir des réponses sociales et économiques à la problématique de la violence envers les femmes et assure une meilleure protection juridique des femmes.

La 5^{ème} mesure de ce premier plan s'adresse tout particulièrement aux professionnels de santé : le rôle du médecin est cité comme étant « *essentiel pour repérer des signes de violence et pour écouter les femmes victimes* », tout en mettant en avant la difficulté des médecins face à une femme victime dans l'établissement d'un certificat médical dont le contenu et la qualité sont essentiels pour le bon déroulement de la procédure judiciaire, et qui « *risque de rompre les liens qu'il avait avec l'ensemble de la famille* » s'il s'agit du médecin de famille. Le rapport souligne la nécessité d'améliorer l'accueil des femmes dans les unités médico-judiciaires et d'accroître la vigilance des professionnels à l'égard des femmes au moment de la grossesse lorsqu'elles sont particulièrement vulnérables.

b) Le plan interministériel 2008-2010

Ce premier plan est suivi le 21 novembre 2007 par le lancement d'un plan global triennal de lutte contre les violences faites aux femmes (2008-2010) [50]. Il conforte les mesures déjà mises en place lors du premier plan et les complètes en lançant de nouvelles actions en direction de l'entourage des victimes (auteurs de violences, et enfants exposés aux violences conjugales). Il comporte 32 mesures, articulées autour de 4 grandes orientations : mesurer, prévenir, coordonner et protéger.

Deux des douze objectifs visent particulièrement les professionnels de santé :

- objectif 8 : la formation des professionnels de santé est une priorité « *compte tenu de leur rôle majeur en matière de repérage des violences et d'accompagnement et de prise en charge des victimes* ». Ainsi la problématique des violences conjugales est intégrée au programme de l'Examen Classant National des étudiants en médecine, ce sujet est également rendu prioritaire dans le cadre de la formation continue des professionnels paramédicaux.

- objectif 9 : mobiliser les professionnels de santé sur le repérage des violences faites aux femmes, en actualisant, éditant et diffusant la brochure « *Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels* ».

c) Le plan interministériel 2011-2013

Le 13 avril 2011, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot, a présenté à la commission de lutte contre les violences envers les femmes le nouveau plan triennal 2011-2013, témoignant que la lutte contre les violences faites aux femmes reste une préoccupation majeure du Gouvernement [51]. Ce troisième plan affiche la double ambition de « *maintenir une vigilance collective soutenue* » et « *aborder des questions nouvelles* » et se fixe trois priorités :

- la protection des victimes directes et indirectes ;
- la prévention des violences et des récidives ;
- la solidarité par la responsabilisation de l'ensemble de la société.

d) Le plan interministériel 2014-2016

Ce quatrième plan est construit sur un plus petit nombre de priorités [52]. Son objectif principal est de « *ne laisser aucune violence déclarée sans réponse pénale, sanitaire et sociale* ». Pour se faire, le gouvernement prévoit un doublement du budget consacré à la prévention des violences à l'encontre des femmes. Le « 3919 », numéro d'urgence existant depuis 2007, devient le numéro de référence d'accueil téléphonique et d'orientation des femmes victimes de violence. Le plan assure également une généralisation du téléphone

grave danger pour les femmes victimes de violences conjugales et la création de 1650 nouvelles solutions d'hébergement pour les femmes et leurs enfants.

e) *Le plan interministeriel 2017-2019*

Grace au quatrième plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes, des progrès considérables ont été faits et les violences sont mieux connues et d'avantage dénoncées. Elles demeurent cependant massives. L'objectif du cinquième plan de mobilisation et de lutte contre les violences (2017-2019) [53] est « *de permettre à toutes les femmes victimes de violences, d'accéder à leurs droits, le droit d'être protégées, le droit d'être accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire* » au travers de 3 objectifs principaux :

- assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences conjugales ;
- renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants (les enfants témoins et victimes collatérales des violences conjugales, les femmes jeunes et les femmes en milieu rural) ;
- lutter contre le sexisme qui banalise la culture des violences et du viol.

3 - Le numéro d'écoute

Le 3919 VCI (Violences Conjugales Info) [54] est mis en place en mars 2007. Facile à mémoriser et gratuit depuis une ligne fixe, le 3919 VCI n'apparaît pas sur les factures téléphoniques. Des écoutantes formées et cadrées dispensent une écoute anonyme, professionnelle, et personnalisée, orientant les appelantes en fonction de leurs besoins. Le 3919 VCI est géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), réseau national de 68 associations en France. On recense plus de 65803 appels traitables en 2015, soit plus du triple qu'en 2007. L'appel à ce numéro est aussi devenu gratuit depuis les téléphones portables.

4 - Les journées internationales consacrées aux femmes

Pour clore ce chapitre, il n'est pas inutile de faire un rappel sur deux journées mondiales consacrées aux femmes : le 25 novembre et le 8 mars.

Le 23 février 1994, l'assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Le 17 décembre 1999, l'ONU a proclamé la journée du 25 novembre la *Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes*.

Le 8 mars célèbre la *Journée Internationale des Femmes*. Elle est officialisée depuis 1977 par les Nations Unies. En France, cette journée n'est officiellement reconnue qu'en 1982.

B/ Les associations

Le rôle des associations d'aide aux victimes et de lutte contre les violences faites aux femmes, est primordial en France. Certaines ont initié la lutte contre les violences faites aux femmes bien avant que des mesures gouvernementales ne soient mises en place.

Cette thèse ne serait pas complète sans au moins en citer quelques unes parmi celles qui existent en Nouvelle-Aquitaine [55].

Association Pour l'Accueil des Femmes En Difficulté (APAFED)

Créée en 1984 à Bordeaux, cette association propose une écoute téléphonique 24h/24 et 7j/7 pour venir en aide aux femmes victimes de violences conjugales et à leurs enfants. Une équipe professionnelle pluridisciplinaire permet un accompagnement administratif, juridique, médical, social, familial et professionnel au sein d'une structure de jour. Des structures d'hébergement en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale), en appartement relais (en collocation ou en appartements individuels) sont également disponibles pour les femmes avec ou sans enfants.

Centre National d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)

Il regroupe 7 centres en Nouvelle-Aquitaine (114 centres départementaux en France) qui informent les femmes victimes de violences conjugales, viols, agressions et harcèlement sexuels, mariages forcés. Les CIDFF les accompagnent dans leurs démarches judiciaires, médico-sociales et professionnelles. Ils s'inscrivent dans un large partenariat local.

Comités Femmes Solidaires

Femmes Solidaires est un mouvement féministe créé en 1945. L'association défend les valeurs de laïcité, mixité, égalité pour les droits des femmes. Avec un réseau de 187 associations locales en France, dont 3 en Nouvelle-Aquitaine, Femmes Solidaires agit pour faire reculer toutes les formes de discrimination et de domination. Elle lutte contre toutes les formes de violences et s'adresse à toutes les femmes en leur permettant d'oser une parole.

La Maison de Simone

L'association La Maison de Simone créée en juin 2008, a pour objectif l'accueil et l'information des femmes victimes de violences conjugales avec ou sans enfants, le soutien et l'accompagnement dans leurs démarches et leur recherche d'autonomie, la gestion d'une structure d'hébergement, ainsi que l'information et la sensibilisation des personnes relais.

La Maison des Femmes

Située à Bordeaux (33), cette association offre aux femmes victimes de violences, un lieu d'accueil, d'écoute et d'accompagnement. Elle assure également un rôle de sensibilisation aux droits des femmes.

Le Planning Familial (MFPE)

Organisation non gouvernementale (ONG) féministe et d'éducation populaire de 8 centres en Nouvelle-Aquitaine (et 70 associations départementales en métropole et dans les DOM), le Planning Familial milite depuis 1956 pour la reconnaissance des droits des femmes à disposer de leur corps et inscrit son action dans un combat pour une société plus juste, fondée sur l'égalité, la mixité, le respect entre femmes et hommes, la laïcité et la lutte contre toutes les formes de violences.

Partie 2 : Méthodologie

I - Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de déterminer si les femmes victimes de violences conjugales se sentent en danger au sein de leur relation de couple.

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer les notions qu'ont les femmes victimes de violences conjugales sur la distinction entre le « *conflit de couple* » et la « *violence au sein du couple* », ainsi que leurs connaissances des différents types de violence décrits (violences physiques, violences psychologiques, violences sexuelles et violences économiques) ;
- de déterminer si des facteurs psychiatriques et addictologiques ont une influence sur la représentation du danger chez les victimes de violences conjugales.

Le critère de jugement principal est le ressenti subjectif des victimes de violences conjugales, évalué au moyen d'une trame pré-établie au cours d'un entretien semi-structuré standardisé.

Les critères de jugements secondaires sont :

- l'existence d'une symptomatologie clinique psychiatrique ;
- l'existence d'un trouble de la personnalité sous-jacent ;
- l'existence d'un trouble lié à l'usage de substances ;
- l'existence d'une pathologie psychiatrique (dans les antécédents et actuellement) selon les critères du DSM-5 [56].

II – Matériel et méthode

A/ Le choix de la méthode

1 - Étude épidémiologique qualitative descriptive

Il nous est apparu que la méthode la plus adaptée pour répondre à l'objectif de ce travail était une étude épidémiologique qualitative descriptive. En effet, lors des premières ébauches du questionnaire d'étude, nous avons progressivement réalisé que nous ne cherchions pas à faire émerger un relevé de données quantifiables mais plutôt à analyser un ressenti et un comportement individuel face à une situation singulière, afin non pas de démontrer et de mesurer mais plutôt d'observer et de comprendre. L'étude qualitative permet de dégager les facteurs subjectifs et d'explorer au mieux les émotions, les sentiments des

patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles [57]. Au vu de la population étudiée, de leur vécu et des objectifs de l'étude, ces critères sont ici d'autant plus importants et notre choix s'est alors arrêté sur cette méthode.

2 - L'entretien semi-directif

L'entretien individuel semi-directif est apparu comme étant le plus approprié à la réalisation de cette étude. Ce type d'entretien a une structure souple, constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer, desquels il est possible de diverger pour étudier une idée plus en détail [58].

A ces questions ouvertes favorisant le récit, ce sont ajoutées des questions fermées permettant le recueil des données socio-démographiques et des antécédents, mais aussi pour aborder avec précision les types de violences subies par ces femmes ainsi que leurs conséquences physiques et psychiques.

B/ La population étudiée

1 - Le recrutement des victimes

Nous avons inclus les femmes victimes de violences conjugales dans deux départements : la Vienne (86) et la Charente-Maritime (17).

Le recrutement s'est effectué de deux façons différentes :

- Dans la Vienne, le recrutement s'est fait à l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) de Poitiers. Les femmes convoquées à l'UMJ pour un examen médical sur réquisition judiciaire sans urgence ont été vues le jeudi après-midi sur la période du 20 février au 20 juin 2017 par le médecin légiste, en présence de l'investigateur, qui a poursuivi son entretien seul après accord de la victime de participer à l'étude. Les femmes nécessitant un examen médical sur réquisition judiciaire en urgence ont été recontactées par l'investigateur et convoquées à une date ultérieure pour un entretien avec leur accord réalisé à l'UMJ. Au cours de leur examen avec le médecin légiste, il leur avait été remis une lettre d'information sur l'étude menée.
- En Charente-Maritime, le recrutement s'est effectué parmi les patientes du secteur III de psychiatrie (secteur de Rochefort) ayant rapporté au cours de leur suivi un vécu de violences conjugales. Les intervenants de l'équipe de soin ont remis aux victimes une lettre d'information sur l'étude menée et elles ont été contactées par l'investigateur afin de convenir d'un rendez-vous.

Nous avons également contacté via email les CIDFF (centre d'information sur le droit des femmes et de la famille) de la Vienne et de la Charente-Maritime qui n'ont pas donné suite à ces courriels.

2 - Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Femme âgée de plus de 18 ans ;
- Victime de violence conjugale de la part de son conjoint ou d'un ex-conjoint ;
- Vue à l'UMJ du C.H.U. de Poitiers (Vienne – 86) suite à une plainte, pour examen médical sur réquisition ou suivie en psychiatrie par le Secteur III de Charente-Maritime (17).

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Non ou mauvaise connaissance de la langue française ;
- Existence d'un retard mental d'après le dossier médical ;
- Existence d'une pathologie mentale psychotique d'après le dossier médical de la victime ou décelée au cours de l'entretien à partir des critères du DSM-5 ;
- Refus de la victime de participer à l'étude ;
- Non présentation de la victime à l'entretien malgré accord téléphonique.

C/ Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est semi-directif. Il comprend des questions à réponses fermées, des questions à réponses courtes et précises permettant le recueil des données socio-démographiques et des antécédents ainsi que des questions ouvertes qui offrent à la personne la possibilité de s'exprimer librement et de raconter son histoire. Le guide d'entretien utilisé dans ce travail a été élaboré suite à une recherche bibliographique et à partir de nombreux entretiens et examens que j'ai pu réaliser auprès des femmes victimes de violences conjugales dans le cadre de l'examen sur réquisition judiciaire à l'UMJ du C.H.U. de Poitiers, pendant mes deux semestres de médecine légale.

Ce guide d'entretien comprend 8 parties.

La première partie concerne les caractères généraux et comprend des questions à réponses courtes concernant l'âge, le niveau d'étude, les sources de revenu et l'origine culturelle de la victime et de son agresseur.

La seconde partie s'intéresse aux connaissances de la victime des termes « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* ». Elle comprend plusieurs questions ouvertes permettant à la victime d'en donner des définitions. Les réponses de la victime sont retranscrites dans le guide d'entretien, telles qu'elles sont données. L'évaluation des réponses de la victime à ces

questions s'est faite grâce à un code en 4 chiffres : 0, elle ne connaît pas la définition ; 1, elle pense connaître la définition mais celle-ci est erronée ; 2, elle connaît partiellement la définition ; 3, elle connaît la définition. Cette seconde partie comprend également une question à réponse fermée à laquelle la victime doit indiquer quel a été son comportement face à différents actes qui lui ont été proposés. Dans le cas où elle n'aurait pas été soumise à ce type d'acte, elle devait proposer le comportement qu'elle adopterait. Les réponses étaient graduées de 1 à 5 : 1, je reste avec mon compagnon ; 2, l'idée de partir m'effleure ; 3, j'en discute avec mon compagnon : si cela se reproduit, je pars ; 4, je pars temporairement ; 5, je pars définitivement.

La troisième partie concerne le parcours de vie et les antécédents de la victime. Elle comprend plusieurs questions à réponses fermées. Les réponses positives sont suivies de questions à réponses ouvertes pour permettre à la victime de s'exprimer librement sur son vécu et son ressenti. Certaines questions traitant des antécédents psychiatriques ne concernent que les victimes pour lesquelles le dossier médical psychiatrique est accessible.

La quatrième partie s'intéresse à la situation conjugale de la victime lors des violences. Elle comprend des questions fermées et des questions à réponses courtes et précises.

La cinquième partie concerne les faits de violence dans le couple. Elle contient essentiellement des questions à réponses courtes et des questions fermées.

La sixième partie s'intéresse à la représentation du danger et comprend des questions fermées suivies de questions ouvertes permettant à la victime de s'exprimer librement quant à son ressenti sur la dangerosité de sa situation.

La septième partie reprend les données cliniques psychiatriques retrouvées au cours de l'entretien, une évaluation objective de l'existence d'un épisode dépressif actuel à l'aide de l'échelle de dépression *Montgomery et Asberg (MADRS)* ainsi que l'existence d'une anxiété retrouvée à l'aide de l'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberg (*STAI*). L'échelle *MADRS* est une échelle d'hétéro-évaluation de la sémiologie dépressive. Elle fournit un indice évocateur de la gravité de la dépression et son évolution. Elle comprend 10 items. Nous avons choisi cette échelle d'une part pour sa simplicité et sa rapidité de passation, et d'autre part pour son orientation vers un diagnostic de dépression (score > 15/60). Un diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère peut être suspecté lorsque le score est supérieur à 34. L'échelle *STAI* est une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété composée de deux parties permettant d'évaluer l'anxiété-trait, c'est-à-dire ce que ressent le sujet en général, et l'anxiété-état, c'est-à-dire la réaction émotionnelle du sujet à un moment précis. Chaque partie comprend 20 items gradués en quatre degrés en fonction de l'intensité ou de la fréquence de survenue de la proposition. Le score de chaque échelle est calculé séparément et varie entre 20 et 80. En fonction du score, les niveaux d'anxiété-état et d'anxiété-trait sont établis de la façon suivante :

- Très élevée > 65 ;

- Elevée de 56 à 65 ;
- Moyen de 46 à 55 ;
- Faible de 36 à 45 ;
- Très faible < 35.

La huitième et dernière partie est optionnelle. Elle ne concerne que les victimes vues en entretien au décours d'un examen médical réalisé sur réquisition judiciaire à l'UMJ du C.H.U. de Poitiers. Cette partie reprend les constatations du médecin légiste concernant les lésions retrouvées à l'examen (lésion principale et localisation principale), les éventuels soins que ces lésions ont nécessité, leur retentissement sur les actes de la vie courante et l'ITT établi par le médecin légiste.

Le guide d'entretien est en Annexe 1.

D/ Recueil des données

1 - Méthode de recrutement

La période de recrutement s'est déroulée du 20 février au 20 juin 2017. Au cours de cette période, chaque femme qui s'est présentée à l'UMJ pour un examen médical établi sur réquisition recevait un courrier rédigé par mes soins qui expliquait mon travail et leur proposait que je les contacte afin de convenir ensemble d'un rendez-vous. Aucune ne s'est opposée à cet appel et j'ai pu récupérer les coordonnées de chacune de ces femmes.

Un premier contact téléphonique m'a permis de me présenter et de m'assurer que cette personne était toujours d'accord pour participer à mon étude. En cas de réponse positive, je lui en expliquais le déroulement et les modalités, et nous avons fixé une date et une heure d'entretien qui se déroulait dans les locaux de l'UMJ du C.H.U. de Poitiers, afin de garantir le calme et l'anonymat.

En parallèle, l'équipe de soins du secteur III de psychiatrie de Charente-Maritime m'a contactée pour me communiquer les coordonnées téléphoniques des femmes inscrites dans un parcours de soins psychiques qui acceptaient de me rencontrer. De la même façon, un premier contact téléphonique m'a permis de me présenter. Nous avons ensuite convenu d'une date et d'une heure de rendez-vous et les entretiens se sont réalisés au Centre Médico-Psychologique (CMP) de Rochefort pour les mêmes soucis de calme et d'anonymat.

Enfin, j'ai sollicité directement certaines de ces femmes au cours de leur hospitalisation en unité de psychiatrie dans le service où j'exerçais la fonction d'interne et celles-ci ont été reçues dans un bureau médical du Centre Hospitalier de La Rochelle.

2 - Le déroulement des entretiens

Sur les 9 entretiens réalisés, 8 ont été enregistrés avec un dictaphone afin de permettre une retranscription intégrale du discours des participantes, après avoir obtenu leur accord écrit, en leur assurant le respect de l'anonymat et du secret médical. J'avais également la possibilité de prendre des notes au cours de l'entretien, mais j'ai très peu écrit, préférant écouter. Le seul entretien qui n'a pas été enregistré pour des raisons techniques a été retranscrit à partir des notes prises au cours de son déroulement.

Il était précisé aux participantes qu'il s'agissait d'une étude, qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses et qu'elles étaient libres d'exprimer leur ressenti et leurs opinions sans crainte de jugement de notre part.

Les entretiens ont donc été réalisés sur différents sites :

- à l'UMJ du C.H.U. de Poitiers.
- dans le bureau médical de l'interne du secteur III de Charente-Maritime.
- au CMP du secteur III de Charente-Maritime « *Le Pavois* » à Rochefort.

La durée des entretiens était de 30 à 90 minutes avec une moyenne située autour de 60 minutes.

3 - Collecte et analyse des données

a) Saisie des données

Une fois les entretiens enregistrés, ils ont été retranscrits intégralement à l'aide du logiciel *Word* par une secrétaire médicale, puis réécoutés et corrigés par l'investigateur. Nous nous sommes attachés à ce que l'entretien soit retranscrit en intégralité, mot à mot, en respectant les données non verbales comme les moments de blanc, les soupirs, les pleurs, les hésitations et les rires. Les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude. Les données ont ensuite été regroupées par pertinence et intégrées dans un tableau *Excel*.

b) L'analyse des données

Ayres, Kavanaugh and al. décrivent deux types d'approches répandues dans l'analyse des données qualitatives [59] :

- l'approche au cas par cas considère chaque récit individuel comme un tout, une histoire en soi. Cela présente l'avantage d'explorer la richesse contextuelle de chaque expérience individuelle, mais rend plus difficile une comparaison des cas et nécessite de multiples récits pour développer des généralisations.

- l'approche transversale permet de dégager des caractéristiques ou des thèmes communs, mais présente l'inconvénient de laisser de côté toute la richesse du contexte.

Les auteurs de l'article proposent d'associer l'analyse par cas et l'analyse transversale des données [59] et c'est ce que nous nous sommes attachés à faire, d'une part pour nous permettre d'entendre les paroles de chacune de ces femmes avec leur spécificité et leur individualité et d'autre part, pour appuyer un certain nombre de messages récurrents.

E/ Recueil de données à partir d'un échantillon témoins de femmes non-victimes de violences conjugales

Nous avons émis l'hypothèse que les femmes victimes de violences conjugales ont un seuil plus élevé quant aux actes qu'elles sont prêtes à tolérer dans leur vie de couple. Afin d'avoir un point de comparaison, et pour vérifier cette hypothèse, nous avons proposé à un échantillon de femmes supposées non-victimes de violences conjugales un questionnaire élaboré à partir de la trame d'entretien.

Ce questionnaire comportait, outre des données socio-démographiques, un ensemble de questions à réponses fermées portant sur le comportement qu'elles adopteraient dans le cas où elles subiraient un certain nombre d'actes de violence dans le cadre de leur vie de couple. Les réponses étaient graduées de 1 à 5 : 1, je reste avec mon compagnon ; 2, l'idée de partir m'effleure ; 3, j'en discute avec mon compagnon : si cela se reproduit, je pars ; 4, je pars temporairement ; 5, je pars définitivement. Enfin, quatre questions ouvertes permettaient de faire un état des lieux de leurs connaissances quant aux définitions des notions de « *conflit de couple* » et de « *violence conjugale* ».

Partie 3 : Résultats

I - Résultats du groupe témoin

A/ Description de la population témoin

La période de recrutement s'est étendue du 20 mai au 20 juin 2017. Au cours de cette période, 128 femmes ont répondu au questionnaire laissé en ligne. Sur ces 128 réponses obtenues, 12 étaient incomplètes et n'ont pas été prises en compte. Une femme a mentionné avoir des antécédents de violence subie et sa réponse n'a pas été prise en compte.

115 réponses ont donc été analysées.

B/ Profil des femmes

1 - Tranches d'âge

Près de la moitié des femmes ayant répondu à notre enquête (49,5%) sont âgées entre 28 et 35 ans. Le graphique suivant montre les réponses en fonction des tranches d'âge (Figure 2).

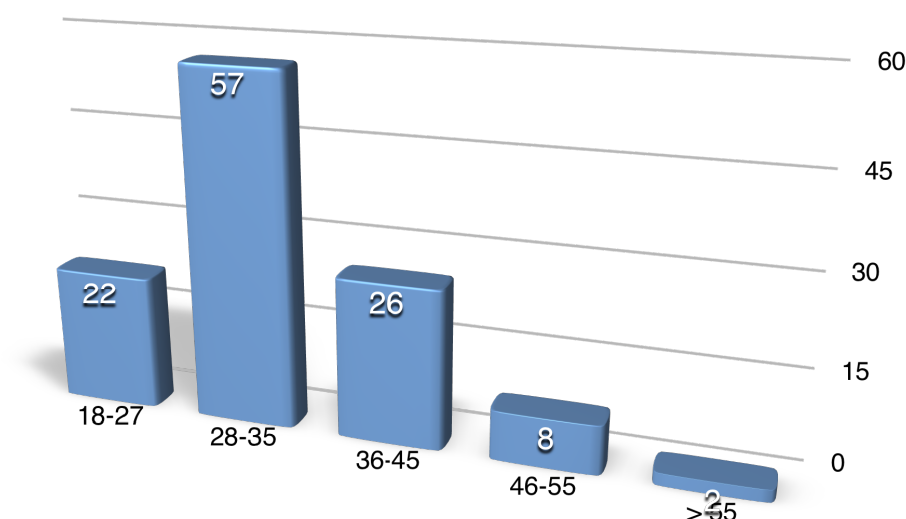


Figure 2 : Répartition de la population témoin par tranche d'âge

2 - Situation maritale

Les femmes engagées dans une relation de couple (quel que soit le type de relation) ont majoritairement répondu à notre questionnaire (81%). La figure suivante montre la répartition des répondantes en fonction de leur situation maritale (figure 3).

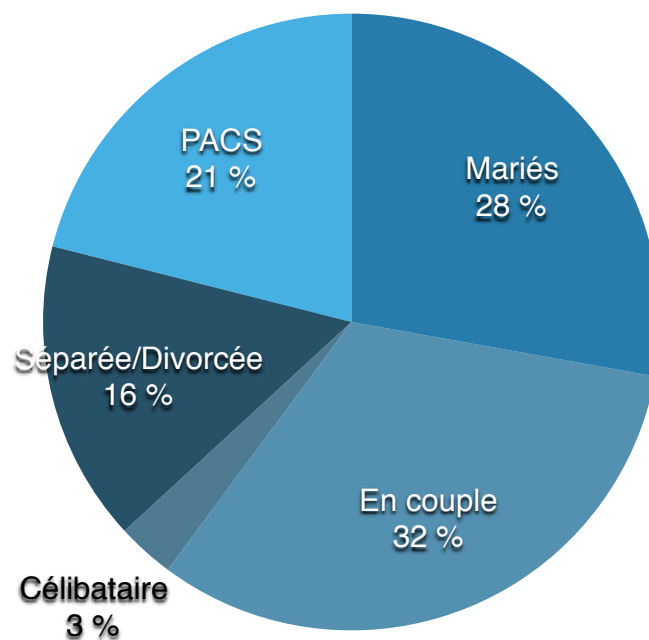


Figure 3 : Répartition des répondantes en fonction de leur situation matrimoniale

C/ Le comportement des femmes non-victimes de violence conjugale face aux actes de violence

Dans le tableau suivant sont détaillées les réponses des femmes à la question du comportement qu'elles adopteraient si elles subissaient différents actes de violence dans leur vie de couple (tableau 1).

Tableau 1 : Comportement des femmes non victimes de violences conjugales devant un acte de violence survenu dans leur vie de couple

	Reste avec le conjoint	Réflexion	Discussion avec le conjoint	Départ temporaire	Départ définitif
Se faire rabaisser/dénigrer	5 (4,3%)	9 (7,8%)	87 (75,6%)	7 (6,1%)	7 (6,1%)
Se faire insulter	7 (6,1%)	6 (5,2%)	63 (54,8%)	15 (13%)	24 (20,9%)
Saisie des poignets/épaules	5 (4,3%)	10 (8,7%)	41 (35,6%)	23 (20%)	36 (31,3%)
Se faire pousser	3 (2,6%)	12 (10,4%)	41 (35,6%)	25 (21,7%)	34 (29,6%)
Se faire secouer	3 (2,6%)	7 (6,1%)	19 (16,5%)	37 (32,2%)	49 (42,6%)
Se faire tirer les cheveux	2 (1,7%)	5 (4,3%)	14 (12,2%)	21 (18,3%)	73 (63,5%)
Recevoir une claque	2 (1,7%)	2 (1,7%)	11 (9,6%)	24 (20,9%)	76 (66,1%)
Recevoir un coup de poing	1 (0,9%)	0	2 (1,7%)	1 (0,9%)	111 (96,5%)
Menace avec un objet	2 (1,7%)	6 (5,2%)	12 (10,4%)	7 (6,1%)	88 (76,5%)
Recevoir un coup avec un objet	2 (1,7%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	3 (2,6%)	108 (93,9%)
Menace de mort	2 (1,7%)	0	3 (2,6%)	3 (2,6%)	107 (93%)
Se faire serrer le cou	1 (0,9%)	4 (3,5%)	9 (7,8%)	4 (3,5%)	97 (84,3%)
Accepter un rapport sexuel pour « avoir la paix »	18 (15,6%)	12 (10,4%)	34 (29,6%)	3 (2,6%)	48 (41,7%)
Contrainte physique à avoir un rapport sexuel	1 (0,9%)	4 (3,5%)	9 (7,8%)	4 (3,5%)	97 (84,3%)

D/ Analyse des connaissances des termes « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* »

Le tableau ci-dessous regroupe les réponses des femmes non-victimes de violences conjugales aux questions de définition des termes « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* » (tableau 2). L'évaluation de leurs réponses à ces questions s'est faite à l'aide

d'un code en 3 chiffres : 1, elle pense connaître la définition mais celle-ci est erronée ; 2, elle connaît partiellement la définition ; 3, elle connaît la définition.

Grâce à l'étude de bibliographie préalablement réalisée, nous avons admis les définitions suivantes :

- le « *conflit de couple* » est une confrontation occasionnelle sur un sujet précis, une tension de la vie quotidienne, les deux protagonistes étant sur un pied d'égalité ;
- la « *violence conjugale* » est l'utilisation de la force ou de la contrainte d'un membre du couple sur l'autre, pour perpétuer des relations hiérarchisées ;
- la principale différence entre le « *conflit de couple* » et la « *violence conjugale* » est la notion de domination de l'un sur l'autre dans la « *violence conjugale* » [5-8].

Tableau 2 : Analyse des connaissances des termes « *conflit de couple* » et « *violences conjugales* » chez les femmes non-victimes de violences conjugales

	1	2	3
Conflit de couple	13 (11,3%)	33 (28,7%)	69 (60%)
Violence conjugale	9 (7,8%)	58 (50,4%)	48 (41,7%)
Différence entre conflit de couple et violence conjugale	13 (11,3%)	55 (47,8%)	47 (40,9%)

Le tableau ci-dessous montre la répartition des femmes non-victimes de violences conjugales en fonction des actes qu'elles identifient comme correspondant à des violences conjugales (tableau 3). Presque toutes les femmes identifient les insultes, le dénigrement, les menaces et les coups comme étant des violences conjugales (98,3% des femmes pour les violences verbales et 100% des femmes pour les violences physiques). Quarante-cinq femmes (39,1%) mentionnent des violences sexuelles comme des violences conjugales. Seules 5 femmes (4,3%) y incluent les violences économiques et financières.

Tableau 3 : Répartition en fonction des actes identifiés comme étant des violences conjugales chez les femmes non-victimes de violences conjugales

	Verbale/ psychologique	Physique	Sexuelle	Financière/ économique
Type de violences conjugales	113 (98,3%)	115 (100%)	45 (39,1%)	5 (4,3%)

II – Résultats obtenus dans le groupe de femmes victimes de violences conjugales

A/ Description de la population

La période de recrutement s'est étendue du 20 février 2017 au 20 juin 2017. Au cours de cette période, 51 individus ont été identifiés comme étant victimes de violences conjugales :

- 47 personnes à l'UMJ de Poitiers ;
- 4 personnes via le secteur 3 de psychiatrie de Charente-Maritime.

Parmi ces 51 individus, 10 d'entre eux ne correspondaient pas aux critères d'inclusion préétablis (4 hommes ; 1 mineure ; 1 femme ayant subi des violences de la part de la femme de son amant ; 1 femme ayant subi des violences de la part de la maîtresse de son compagnon ; 3 femmes ne se sont pas présentées à l'UMJ pour l'examen médical sur réquisition malgré la convocation).

32 femmes ont été secondairement exclues selon les critères suivants :

- 18 femmes n'ont pas répondu à la sollicitation ;
- 1 femme a refusé de participer lorsque nous lui avons présenté l'étude ;
- 7 femmes ont accepté par téléphone de participer à l'étude, mais ne se sont pas présentées au rendez-vous fixé ;
- 6 femmes avaient laissé un mauvais numéro et n'ont pas pu être contactées.

Sur une période de 4 mois, nous avons donc recruté 9 sujets répartis comme suit :

- 6 sujets via l'UMJ du C.H.U de Poitiers. En 2016, 123 individus ont été reçus à l'unité médico-judiciaire de Poitiers dans un contexte de violences conjugales. En considérant le nombre de consultants comme stable d'une année sur l'autre, notre échantillon représente 4,9% des consultants pour violences conjugales sur une année ;

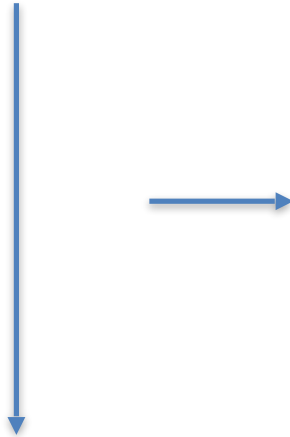
- 3 sujets via le Secteur 3 de psychiatrie de la Charente-Maritime.

Le taux de participation à l'étude était de 21,9% sur la période de recrutement choisie (9/41).

Le diagramme des flux ci-dessous (figure 4) décrit le recrutement de notre échantillon.

51 individus identifiés comme étant victimes de violences conjugales sur la période de temps screenée :

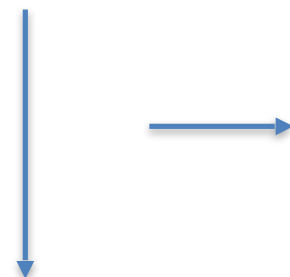
- 4 personnes en psychiatrie ;
- 47 personnes à l'UMJ de Poitiers.



10 personnes ne correspondaient pas aux critères d'inclusion :

- 4 hommes ;
- 1 mineure ;
- 1 femmes ayant subi des violences de la part de la femme de son amant ;
- 1 femme ayant subi des violences de la part de la maîtresse de son compagnon ;
- 3 femmes ne se sont pas présentées à l'UMJ malgré la convocation.

41 femmes ont été incluses dans cette étude et ont été sollicitées pour y participer.



Critères d'exclusion : 32 femmes ont été secondairement exclues pour les motifs suivants :

- 18 non réponse à la sollicitation ;
- 1 refus de participation ;
- 7 non présentation malgré leur accord donné ;
- 6 faux numéro.

Femmes victimes de violences conjugales incluses : 9 réponses analysées

Figure 4 : Diagramme des flux

B/ Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens est de 51,7 minutes. L'entretien le plus long a duré 115 minutes et le plus court 30 minutes.

La figure ci-dessous récapitule la durée d'entretien pour chacune de ces femmes (figure 5).

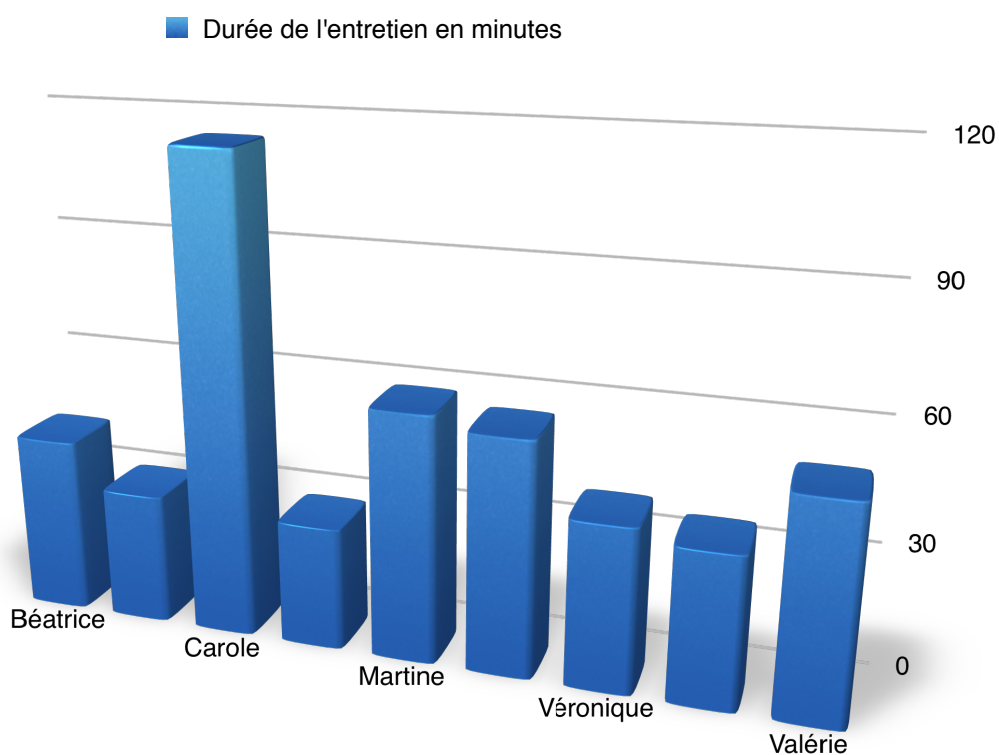


Figure 5 : Durée des entretiens par victime

C/ Profil des femmes

Le profil des femmes retenues pour notre étude est varié, de par leur âge, leur profil socioculturel, mais aussi le type de relation de couple qu'elles entretenaient (tableau 4).

Tableau 4 : Profil des femmes victimes de violences conjugales de l'échantillon

	Age (ans)	Profession	Age du partenaire (ans)	Profession du partenaire	Durée du couple (ans)	Nombre d'enfants	Statut marital au moment des violences	Type de violences
Béatrice	57	sans	52	intérimaire	5	3	en couple	verbales, sexuelles
Nathalie	28	esthéticienne	30	responsable technique	8	2	mariés	verbales, financières, physiques
Carole	56	ASH nuit	60	sans	34	3	mariés	verbales, sexuelles, financières
Sylvie	42	sans	47	agriculteur	20	3	mariés	verbales, physiques
Martine	27	assistante maternelle en formation	27	surveillant de prison en formation	5	4	concubinage	verbales, physiques, financières
Catherine	39	vendeuse	36	vendeur	14	1	mariés	verbales, physiques, sexuelles
Véronique	45	secrétaire	47	garagiste	12	4	mariés	verbales, physiques
Françoise	46	sans	49	sans	22	3	mariés	verbales, physiques, sexuelles
Valérie	46	infirmière libérale	51	ingénieur	26	3	mariés	verbales, physiques

1 - Taille de l'échantillon

Je me suis entretenue avec 9 femmes : Béatrice, Nathalie, Carole, Sylvie, Martine, Catherine, Véronique, Françoise et Valérie. Les prénoms ont été modifiés pour préserver leur anonymat.

2 - Age

La moyenne d'âge est de 42,9 ans. La plus jeune femme, Martine, a 27 ans et la plus âgée, Béatrice, a 57 ans.

3 - Situation maritale au moment des violences

Au moment où les violences ont commencé, 7 femmes étaient mariées, une vivait en concubinage avec son compagnon et une était dans une relation de couple sans vie commune. L'auteur des faits était, pour l'ensemble de ses femmes, leur partenaire de vie officiel.

4 - Nombre d'enfants

Toutes les femmes de notre échantillon ont des enfants. Pour Béatrice, Martine et Véronique, certains ou tous leurs enfants sont issus d'une union précédente.

5 - Origine socio-culturelle

Béatrice, Nathalie, Carole, Sylvie, Catherine, Véronique et Valérie ainsi que leurs compagnons respectifs sont français. Martine est d'origine mahoraise et son compagnon est antillais. Françoise et son ex-mari sont portugais.

6 - Niveau d'études

Trois femmes ont suivi des études supérieures. Trois femmes ont un bac professionnel. Deux femmes n'ont aucun diplôme et la dernière a l'équivalent du BEPC.

D/ Le parcours de ces femmes

La présentation du parcours de ces femmes est volontairement succincte. Elle retrace le parcours unique de chacune de ces femmes. Ces trajectoires sont basées uniquement sur les propos des femmes interrogées.

Béatrice, 57 ans, rencontre un nouveau compagnon peu après son divorce. Elle se sent seule, d'autant plus que ses 3 enfants ont quitté le domicile, et passe beaucoup de temps avec son amant. Il se montre jaloux et possessif : Béatrice n'a plus le droit d'aller faire ses courses seule, de parler à des amis ni d'emmener sa petite-fille en promenade. Il vérifie également les horaires de retour à la maison et, lorsque Béatrice est en retard, il peut se montrer agressif verbalement. Béatrice tente de se séparer de lui, mais lorsqu'il s'excuse et se montre gentil, ils se remettent ensemble. La situation se dégrade à nouveau avec des comportements d'insultes et de menaces. Un harcèlement téléphonique s'impose peu à peu à la victime. Il a recours à des comportements de vol pour s'assurer qu'elle reviendra chez lui le jour suivant. Ces scénarios se reproduisent de nombreuses fois jusqu'à ce qu'il menace Béatrice avec un couteau. Cette fois elle décide de porter plainte.

Nathalie, 28 ans, rencontre son compagnon très tôt. La violence, uniquement verbale dans un premier temps, s'installe suite à la naissance de leur premier enfant. Son mari l'insulte et la dénigre régulièrement. Des violences économiques s'installent également : il dévalorise son travail, dénigre son salaire, exige d'elle qu'elle reste à la maison en lui imposant des tâches ménagères tout en lui demandant de travailler d'avantage pour ramener plus d'argent. Après la naissance de leur second enfant, Nathalie quitte son mari et part s'installer chez sa mère. C'est lorsqu'elle vient récupérer ses affaires qu'elle reçoit un premier coup. Par la suite, leurs différentes rencontres pour la garde des enfants est ponctuée de coups et de bousculades qui s'ajoutent aux violences verbales qu'elle connaissait déjà.

Carole, 56 ans, vient d'une famille nombreuse. Lorsqu'elle rencontre son mari, elle s'installe rapidement avec lui. Très tôt, les violences verbales et financières s'installent : elle n'a pas le droit d'avoir accès à l'argent, son chéquier et sa carte bancaire lui sont confisqués. Carole et ses filles se font fréquemment dénigrer et subissent des menaces de mort. Des violences sexuelles sont également présentes. Pendant très longtemps, Carole consomme de l'alcool de façon abusive pour « *tenir le choc* ». Finalement, après 34 ans de vie commune elle se réfugie chez son aînée dans un contexte d'angoisses importantes. Sa fille la conduit aux urgences et une hospitalisation en psychiatrie est organisée. Là, Carole se livre et commence à se détendre. Elle trouve alors le courage d'annoncer à son mari qu'elle souhaite divorcer. Après de nombreuses menaces, elle reçoit une dernière lettre dans laquelle il lui annonce : « *puisque je n'arrive pas à t'atteindre par nos filles, je vais faire quelque chose que tu n'oublieras jamais* ». Ce soir là, il se jette sous un train.

Sylvie, 42 ans, se met en couple vers l'âge de 22 ans. Son mari se montre peu présent, ce qui est source de conflit. Un jour, alors qu'elle lui demande de rester avec elle plutôt que d'aller à la chasse, son mari la saisit par les cheveux et la met à terre. A partir de là, Sylvie mentionne subir quasi quotidiennement des violences verbales ainsi que des bousculades. Après 20 ans de relation, elle quitte le domicile conjugal. Malgré cette séparation, Sylvie et son mari continuent de se voir pour la garde de leurs enfants. Ces moments d'échanges restent sources de tension et il continue de se montrer violent, tant verbalement que physiquement. Une procédure de divorce est en cours.

Martine, 27 ans, est originaire de Mayotte. Elle a déjà subi des violences lors d'une précédente relation. Plus tard, elle se met en couple avec un homme qui se montre infidèle, ce qui est à l'origine d'un conflit de couple. Alors qu'elle est enceinte de leur premier enfant, Martine apprend que son compagnon l'a trompée une nouvelle fois. Elle lui fait alors savoir qu'elle ne souhaite pas vivre ainsi. Cette phrase déclenchera un premier déferlement de violence. Ce n'est que plus tard, après quelques années de violences à l'origine de lésions dont certaines ont entraîné des gênes dans les actes de la vie courante, que Martine décide de partir. Ce départ fait suite à une parole de sa fille, témoin d'une scène de violence : « *papa ce n'est pas bien ce que tu as fait, je ne suis pas contente* ».

Catherine, 39 ans, a déjà vécu une relation ponctuée d'agressivité et de conflits. Elle entame une nouvelle relation avec un homme qui se montre jaloux, possessif et harcelant. Catherine n'a pas le droit de rentrer trop tard à la maison et ne peut pas avoir d'amis. Elle tente de se séparer de lui, mais ils reprennent leur relation après avoir obtenu des excuses. C'est après leur mariage et la naissance de leur unique enfant que la violence s'intensifie avec une apparition de violences physiques ayant pour conséquences de nombreuses contusions, mais aussi plusieurs luxations du pouce. Après 10 ans de relation durant laquelle Catherine tente plusieurs fois de quitter son mari, il la frappe devant leur enfant. Ce sont finalement les paroles de sa mère : « *tu pars, il va te tuer* », qui la poussent à la rupture de

façon définitive. Elle est actuellement en procédure de divorce et consulte régulièrement au CMP dans un contexte de syndrome anxio-dépressif évoluant depuis plusieurs années.

Véronique, 45 ans, rencontre son mari alors qu'elle a déjà un enfant d'une première union. Les violences, verbales puis physiques, s'installent lorsqu'elle débute une nouvelle grossesse. Malgré leur intensification, Véronique ne décide de partir qu'après plusieurs années. Depuis, elle a rencontré un nouveau compagnon, mais son ex-mari la harcèle quotidiennement. Elle envisage de déménager dans un autre département pour se rapprocher de son compagnon actuel et se mettre en sécurité.

Françoise, 46 ans, et son mari sont originaires du Portugal. Les violences débutent après la naissance de leur premier enfant avec des gifles et des coups de pieds quotidiens. Leur intensité s'accroît, engendrant des contusions, des plaies et plusieurs fractures. Des violences envers leurs enfants sont également présentes. Après une courte séparation, Françoise subit également des violences sexuelles. Encouragée par son fils aîné devenu adulte, Françoise se sépare définitivement de son mari. Malgré le divorce, ce dernier continue de la harceler et de la violenter. Les menaces de mort sont très fréquentes.

Valérie, 46 ans, est témoin de violences conjugales au cours de son enfance. Elle est victime d'un accident du travail dans le cadre de sa profession d'infirmière : un patient, confus, tente de la faire tomber par la fenêtre. A la suite, elle présente un état de stress post-traumatique, son mari est alors d'un grand soutien à son égard. Après 20 ans de mariage Valérie se rend compte que son mari lui est infidèle. Il change de comportement en étant rabaisant et dénigrant envers elle et leurs enfants. Des violences physiques sont également présentes. L'intensification des violences verbales avec des insultes à caractère sexuel, des menaces de mort et des menaces de violences physiques avec arme n'entraînent pas chez Valérie une peur de mourir comme ce fut le cas le jour de son accident du travail. Elle minimise les violences qu'elle subit et leurs conséquences traumatologiques. Elle souhaite cependant s'éloigner de son mari et entame une procédure de divorce.

E/ Le comportement des femmes victimes de violences conjugales face aux actes de violence

Le tableau ci-dessous regroupe les comportements qu'ont adopté les victimes de violences conjugales face aux actes de violence (tableau 5). Dans certains cas, elles n'ont pas subi ce type de violence ; elles ont alors indiqué comme réponse le comportement qu'elles pensent qu'elles imaginent adopter.

Tableau 5 : Comportement des femmes victimes de violences conjugales devant un acte de violence survenu dans leur vie de couple

	Reste avec le conjoint	Réflexion	Discussion avec le conjoint	Départ temporaire	Départ définitif
Se faire rabaisser/dénigrer	9 (100%)	0	0	0	0
Se faire insulter	9 (100%)	0	0	0	0
Saisie des poignets/épaules	9 (100%)	0	0	0	0
Se faire pousser	9 (100%)	0	0	0	0
Se faire secouer	9 (100%)	0	0	0	0
Se faire tirer les cheveux	7 (77,8%)	0	2 (22,2%)	0	0
Recevoir une claque	7 (77,8%)	0	2 (22,2%)	0	0
Recevoir un coup de poing	5 (55,5%)	1 (11,1%)	0	0	3 (33,3%)
Menace avec un objet	4 (44,4%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0	3 (33,3%)
Recevoir un coup avec un objet	3 (33,3%)	0	0	2 (22,2%)	4 (44,4%)
Menace de mort	7 (77,8%)	0	0	0	2 (22,2%)
Se faire serrer le cou	5 (55,5%)	1	0	0	3 (33,3%)
Accepter un rapport sexuel pour « avoir la paix »	7 (77,8%)	0	1 (11,1%)	1 (11,1%)	0
Contrainte physique à avoir un rapport sexuel	3 (33,3%)	0	3 (33,3%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)

F/ Les connaissances des femmes victimes de violences conjugales des termes « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* »

Le tableau ci-dessous regroupe les réponses des femmes victimes de violences conjugales aux questions de définition des termes « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* » (tableau 6). L'encodage des réponses s'est fait de la même façon que pour les femmes non-victimes.

Tableau 6 : Analyse des connaissances des termes « conflit de couple » et « violences conjugales » chez les femmes victimes de violences conjugales

	1	2	3
Conflit de couple	Béatrice Catherine Véronique Françoise	Nathalie Martine Carole Sylvie	Valérie
Violence conjugale	Nathalie Carole Sylvie Catherine	Béatrice Nathalie Martine Véronique Françoise Valérie	0
Différence entre conflit de couple et violence conjugale	Béatrice Nathalie Sylvie Martine Véronique Françoise	Carole Catherine Valérie	0

Le tableau ci-dessous montre la répartition des femmes victimes de violences conjugales en fonction des types de violences conjugales qu'elles identifient comme telles (tableau 7).

Tableau 7 : Répartition en fonction des actes identifiés comme étant des violences conjugales chez les femmes victimes de violences conjugales

	Verbale/ psychologique	Physique	Sexuelle	Financière/ économique
Type de violences conjugales	Béatrice Nathalie Sylvie Martine Catherine Véronique Valérie	Béatrice Nathalie Carole Sylvie Martine Catherine Véronique Françoise Valérie	Sylvie	0

III - Les femmes et la violence

A/ Les formes de violence

La figure 6 ci-dessous montre le nombre de femmes de notre échantillon affectées par les différents types de violences.

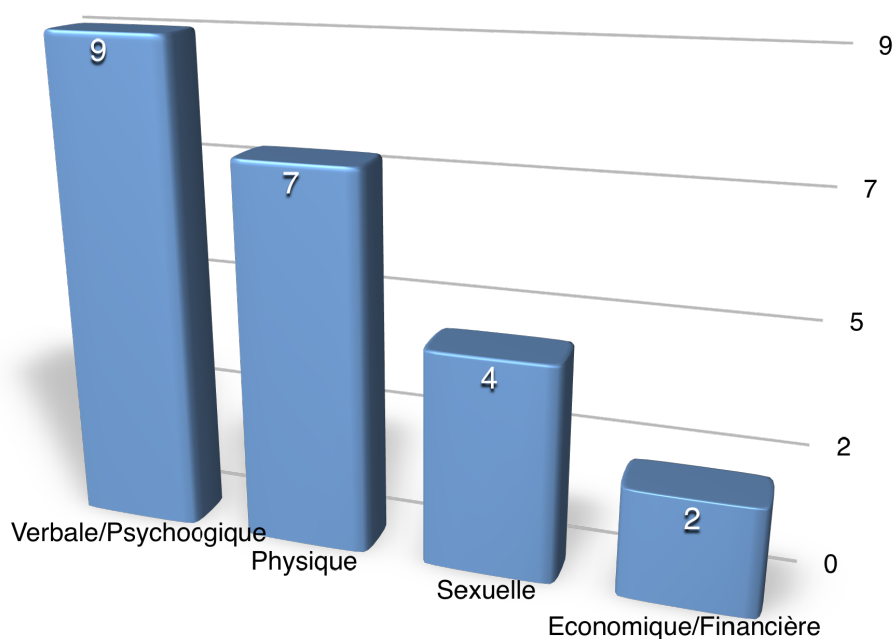


Figure 6 : Les formes de violence subies (nombre de femmes affectées)

1 - La violence psychologique

Les 9 femmes de notre étude ont mentionné des violences verbales qui étaient :

- des insultes : « *sale pouffiasse* » (Béatrice), « *je suis une pourriture de merde* » (Nathalie), « *cette connasse de femme* » (Carole), « *connasse, espèce de salope* » (Catherine), « *il m'a traitée de vache, de pute* » (Françoise) ;
- des reproches : « *t'es pas rentrée à 4h* » (Béatrice), « *je n'avais plus le droit de voir mes copines* » (Véronique) ;
- des humiliations ou des propos dévalorisants : « *je suis une folle, une malade mentale, une tarée* » (Nathalie), « *je ne t'aime plus, t'es bonne à rien* » (Sylvie), « *il me compare à beaucoup de femmes, de ses vidéos ou de ses fantasmes* » (Martine), « *vas te faire soigner, (...), tu iras toute seule à ton mariage de merde, (...), tu me dégoutes, je veux plus voir ta gueule* » (Catherine), « *t'es nulle, tu sers à rien* » (Véronique), « *t'es qu'une incapable, tu n'as pas d'éducation* » (Valérie) ;
- mais aussi des menaces de violences : « *je vais t'attacher dans le buisson là-bas au milieu des arbres* » (Béatrice), « *une fois je me suis retrouvée face à un véhicule et il voulait me foncer dessus* » (Catherine), « *il me menaçait d'un couteau* » (Carole), « *il a voulu me frapper avec la hache, (...) il a allumé la tronçonneuse et a dit qu'il allait s'en servir sur moi* » (Valérie) ;
- voire même des menaces de mort : « *je vais tuer toute ta famille* » (Béatrice), « *il m'a menacée de mort plusieurs fois* » (Martine), « *ce n'est pas fini, je vais te tuer et je vais enterrer ton corps* » (Françoise).

2 - La violence physique

La violence physique n'a pas été présente dans tous les couples : elle est rapportée par 7 femmes parmi les 9 rencontrées. Elle prend diverses formes, allant de saisies aux coups avec des objets, en passant par des coups avec la main, le poing ou les pieds : « *il m'a saisie au cou et repoussée contre le mur, puis il m'a donnée une claque* » (Nathalie) ; « *il m'a tirée par les cheveux et mise à terre* » (Sylvie) ; « *il m'a soulevée et m'a plaquée contre le mur et il m'a étranglée (...) il m'a jetée par terre et m'a donné des grands coups sur la tête (...) il a pris mon téléphone et il me l'a enfoncé dans la bouche* » (Martine) ; « *il m'a cognée à plusieurs reprises au sol* » (Catherine) ; « *il m'a poussée et quand je suis tombée au sol, il m'a donné des coups de pied dans tout le corps* » (Véronique) ; « *il a essayé de m'étrangler et il m'a donnée un coup de pied dans le ventre. Je suis tombée et là il a posé son genou sur moi et j'ai vu le coup de poing américain : il m'a donné quatre coups au visage* » (Françoise) ; « *il m'a tirée au sol par les pieds (...) et m'a donné des coups de poing et des coups de pied dans tout le corps* » (Valérie).

3 - Les violences sexuelles

Sur les 9 femmes de notre étude, 4 femmes ont évoqué des violences sexuelles, principalement sous la forme de rapports sexuels forcés « *pour avoir la paix* », sans contrainte physique : « *je me disais toujours ça va passer, comme ça il me fichera la paix (...) je fermais les yeux, des fois ça m'arrivait de pleurer, et après dès que c'était fini, (...) je me sentais sale et je me sentais en fait comme une prostituée* » (Carole), « (...) *et puis vous donnez votre corps car vous voulez avoir la paix* » (Catherine), « *j'avais peur qu'il me frappe, alors je l'ai laissé faire* » (Béatrice).

Lorsque son conjoint insiste devant son refus, une 5ème femme tient bon et son compagnon en profite pour justifier son infidélité : « *c'est parce que je refusais qu'il aille voir ailleurs* » (Martine).

4 - La violence économique

On retrouve également des violences économiques. Elles ont touché 2 femmes sur les 9 de notre échantillon. Ces violences ont pris deux formes principales. La première est l'influence sur la vie professionnelle. Plusieurs femmes expliquent en effet que leur conjoint dévalorisait leur travail, l'empêchait de travailler, considérait leur salaire comme insuffisant ou secondaire : « *ton salaire de merde, qu'est-ce que tu crois que tu peux payer avec ça* » (Carole). D'autres expliquent aussi que leur conjoint confisquait leur salaire ou les empêchaient d'avoir une carte de crédit : « *j'étais son moyen de financement, (...) disons que c'est lui qui a la carte et le chéquier* » (Carole), « *je suis endettée aujourd'hui : je lui envoyais de l'argent, il me l'a demandé plusieurs fois et à chaque fois je le faisais* » (Martine).

B/ Les conséquences physiques et psychiques des violences

1 - Les conséquences physiques

a) *Lésions traumatiques aiguës*

Les 7 femmes de notre étude rapportant des violences physiques décrivent des lésions traumatiques aiguës au décours immédiat des violences. Le tableau 8 ci-dessous récapitule les lésions physiques principales suite aux violences subies.

Tableau 8 : Lésions physiques principales suite aux violences

	Lésion(s) principale(s)	Localisation(s) principale(s)	Nécessité de soins	Gêne dans les actes de la vie courante
Nathalie	ecchymoses	visage	non	non
Sylvie	ecchymoses	membres	non	non
Martine	plaie ecchymoses fracture	visage OPN	oui	oui
Catherine	luxation articulaire ecchymoses	pouce membres	oui	oui
Véronique	ecchymoses	membres	oui	oui
Françoise	fractures hématomes	dents membre supérieur visage	oui	oui
Valérie	ecchymoses	membres tronc	non	oui

Parmi celles-ci, Nathalie, Sylvie, Martine, Françoise et Valérie ont été examinées par un médecin légiste. Des lésions traumatiques aiguës sont retrouvées et décrites par le médecin pour Françoise et Valérie : il s'agit pour Françoise d'importantes contusions (ecchymoses et hématomes) au niveau du visage associées à une fracture du nez, et pour Valérie d'ecchymoses d'âge différent sur l'ensemble du corps. L'examen met en évidence chez Martine des cicatrices dont la localisation correspond aux plaies qu'elle allègue.

Bien que Nathalie et Sylvie aient toutes deux mentionné des contusions suite aux épisodes de violence, le jour de leur examen avec le médecin légiste, il n'est pas retrouvé de lésions traumatiques récentes ou anciennes.

b) Douleurs chronique

Véronique mentionne des migraines récurrentes depuis plusieurs années.

Valérie se plaint de cervicalgies et de lombalgies depuis plusieurs mois, la gênant dans les actes de la vie courante.

c) Sur le plan gynécologique

Martine, dont le compagnon se montrait violent envers elle car elle n'acceptait pas qu'il lui soit infidèle, rapporte une salpingite suite à des rapports sexuels avec lui.

Carole et Catherine mentionnent des troubles de la sexualité avec une diminution de leur libido suites aux agressions sexuelles de leurs maris : « *Mais je n'avais plus d'envie, on m'insulte et après il faudrait que je sois amoureuse... puis en plus je me suis rendue compte*

au dernier rapport sexuel ... je me suis dit c'est pas normal que je voulais plus, que je l'aimais plus » (Carole), « Je n'ai plus aucune envie d'avoir une relation avec un homme. C'est terminé » (Catherine).

2 - Les conséquences psychiques

Alors que seule Valérie mentionne un antécédent psychiatrique antérieur aux faits de violences, les 9 femmes de notre échantillon décrivent des conséquences psychologiques plus ou moins marquées, secondaires aux violences qu'elles ont subies.

Ces séquelles psychologiques comprennent des troubles émotionnels (anxiété, colère, honte), des troubles psychosomatiques, des troubles des conduites instinctuelles (troubles du sommeil), des troubles cognitifs (troubles de la concentration, troubles de la mémoire, confusion), mais aussi de véritables pathologies psychiatriques parmi lesquelles des syndromes dépressifs, des tentatives de suicide ou encore des abus de substances psychoactives (consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de médicaments anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques).

La figure ci-dessous regroupe les principales conséquences psychiques décrites par ces femmes ou retrouvées selon les critères du DSM-5 (figure 7).

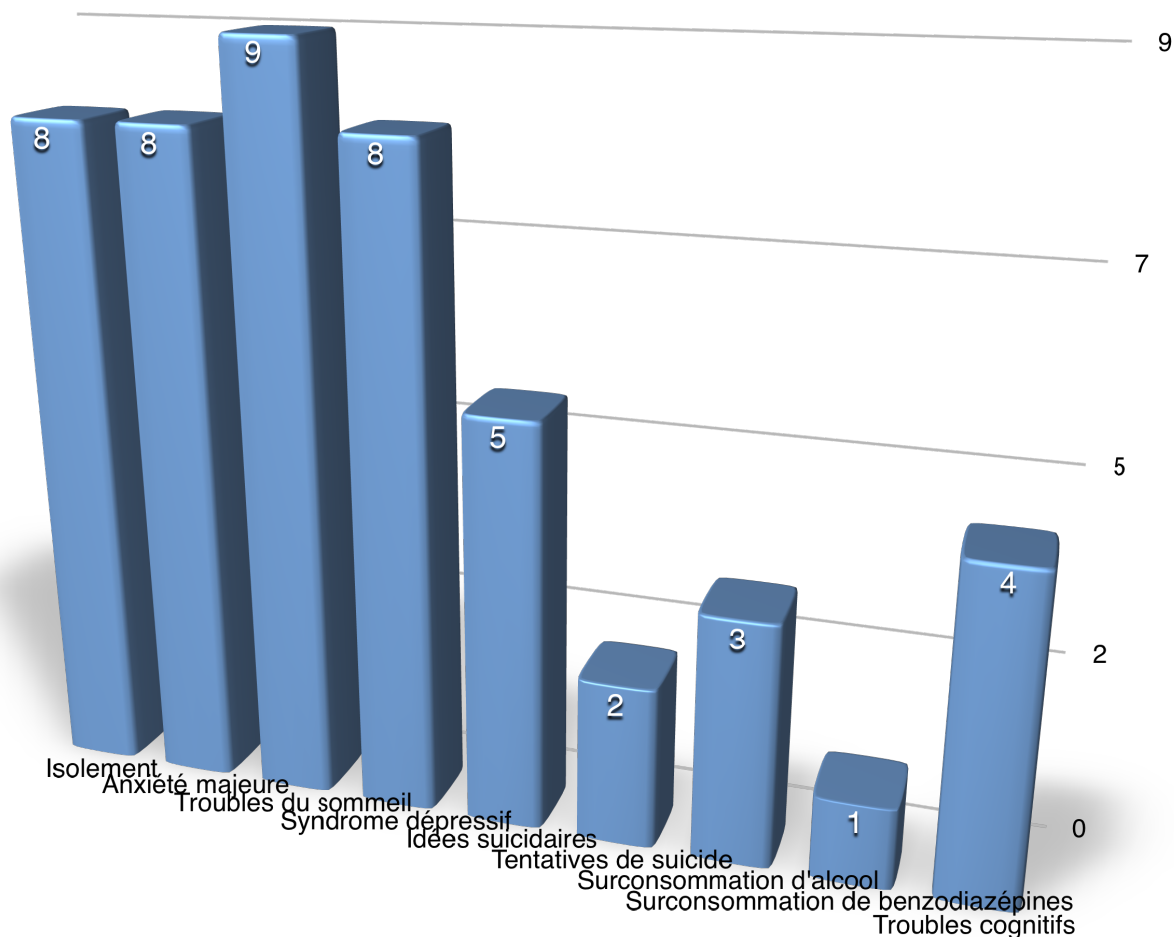


Figure 7 : Conséquences psychiques des violences

a) L'isolement

Sur les 9 femmes de notre échantillon, 8 rapportent un isolement dont l'importance est proportionnelle à la durée de leur relation.

b) L'anxiété

Seule 1 femme de notre échantillon ne verbalise pas d'anxiété secondaire aux violences qu'elle a subi.

Chacune des 9 femmes de cette étude a rempli l'échelle d'auto-évaluation STAI permettant d'évaluer l'anxiété-état (STAI-A), c'est-à-dire la réaction émotionnelle de la personne à un moment précis, et l'anxiété-trait (STAI-B), c'est-à-dire ce que ressent la personne en général. La figure ci-dessous reprend les niveaux d'anxiété des femmes victimes de violences conjugales en fonction de leurs réponses à ces questionnaires (figure 8).

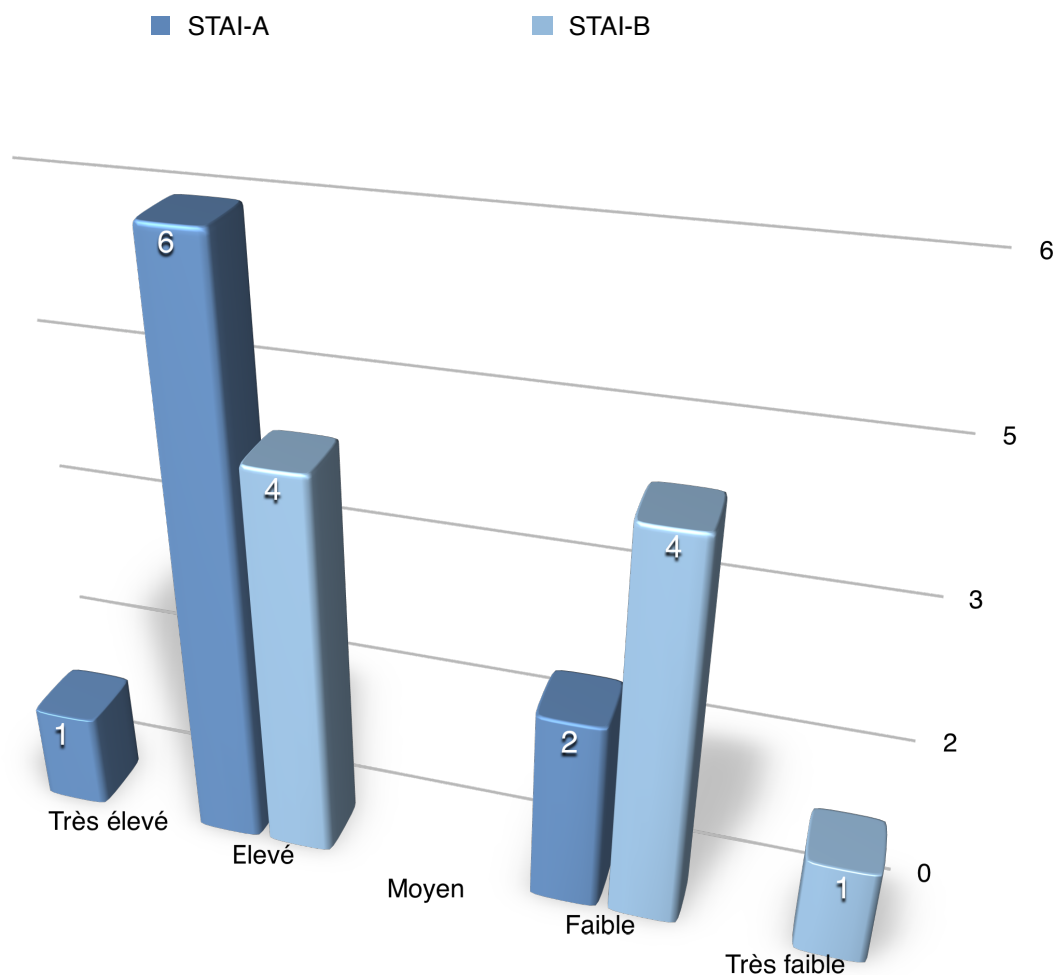


Figure 8 : Niveau d'anxiété des femmes victimes de violences conjugales en fonction de leur réponse à l'auto-questionnaire STAI

La figure montre qu'au moment où les entretiens se sont réalisés, 7 femmes sur 9 avaient un niveau d'anxiété-état élevé à très élevé et deux avaient un niveau d'anxiété faible. Parmi ces deux femmes, l'une d'elles, Catherine, présentait un niveau d'anxiété-trait élevé. Catherine est séparée de son mari depuis environ 18 mois lorsque nous nous rencontrons et les dernières violences qu'elle a subies remontent à peu près à ce moment là. Elle ne craint plus à l'heure actuelle son compagnon mais garde un fond d'anxiété permanent et décrit des reviviscences de scènes de violence régulières. Les 7 femmes ayant un niveau d'anxiété-état élevé à très élevé mentionnent des faits de violence récents. Pour ces femmes, le niveau d'anxiété-trait varie de faible à élevé en fonction de la durée des violences ou de leur intensité. En effet, le couple de Béatrice n'a duré que 5 ans, bien que le couple de Valérie ait duré 26 ans, les violences n'existent que depuis 1 à 2 ans, et enfin, Sylvie et Véronique

décrivent des violences et leurs conséquences plus modérées que les autres victimes. Enfin, Carole, Martine et Françoise présentent une anxiété-trait et une anxiété-état élevées l'une comme l'autre et ont subi des violences importantes tant dans leur durée que leur intensité.

Parmi les 9 femmes de notre étude, 6 ont déjà pris ou prennent actuellement un traitement anxiolytique de type benzodiazépine.

c) La dépression

Nous nous sommes appuyés sur les critères du DSM-5 pour repérer une dépression caractérisée chez ces femmes et nous l'avons retrouvé chez 6 d'entre elles. En effet, ces femmes ont déclaré avoir présenté pendant les années où elles ont subi des violences, ou présenter actuellement les symptômes suivants :

- une humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée ;
- une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée ;
- une perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids, une diminution ou une augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
- une insomnie ou une hypersomnie presque tous les jours ;
- une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
- une fatigue ou une perte d'énergie presque tous les jours ;
- un sentiment de dévalorisation ou une culpabilité excessive ou inappropriée ;
- une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou une indécision presque tous les jours ;
- des pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou une tentative de suicide ou un plan précis pour se suicider (5 femmes sur 9).

Chez les 6 femmes présentant au moins 5 des symptômes mentionnés ci-dessus, ces symptômes entraînent une souffrance significative ainsi qu'une altération de leur fonctionnement social.

En parallèle, l'échelle MADRS d'hétéro-évaluation de la sémiologie dépressive a été réalisée pour l'ensemble des femmes de cette étude et nous a orienté vers un diagnostic de dépression (score > 15/60) pour ces 6 mêmes femmes.

Parmi les 9 femmes de notre étude, 5 prennent actuellement un traitement antidépresseur de type ISRS.

d) Idées suicidaires et tentatives de suicide

Véronique et Valérie ont tenté au moins une fois de mettre fin à leurs jours par intoxication médicamenteuse volontaire et ont été hospitalisées en psychiatrie au décours de ces tentatives de suicide.

Catherine a présenté des idées suicidaires récurrentes et s'est plusieurs fois mise en bord de rivière avec sa voiture se demandant si elle allait s'y jeter. Françoise et Carole rapportent également avoir eu des idées suicidaires sans scénario précis.

e) Troubles du sommeil

Toutes les 9 femmes de notre enquête ont mentionné des troubles du sommeil au décours immédiat des violences subies ou persistant encore actuellement, se présentant sous la forme de difficulté à s'endormir, de cauchemars récurrents et/ou de réveils nocturnes fréquents avec difficulté de ré-endormissement.

Parmi les 9 femmes de notre étude, 6 ont déjà pris ou prennent actuellement un traitement à visée hypnotique de type benzodiazépine.

f) Etat de stress post-traumatique

Parmi les 9 femmes de notre échantillon, 4 décrivent des symptômes envahissants d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT). Ces symptômes sont en lien avec les violences qu'elles mentionnent avoir subies. Deux d'entre elles mentionnent également sursauter lorsqu'elles entendent un bruit un peu fort, sans pour autant éviter certaines situations. On ne retrouve cependant pas de véritable ESPT constitué, selon les critères du DSM-5, parmi cet échantillon de femmes.

g) Surconsommation d'alcool

Trois des femmes victimes de violences conjugales interrogées ont révélé des consommations excessives d'alcool : « *et là, une bière, deux bières, trois bières ... on se met régulièrement des « races » pour oublier* » dit Catherine.

h) Surconsommation de benzodiazépines

Véronique rapporte une surconsommation en benzodiazépines depuis plusieurs années.

i) Troubles cognitifs

L'entretien avec Carole a permis de mettre en évidence des troubles cognitifs importants avec des troubles de la mémoire et des confusions ainsi que des troubles de la concentration. Ces troubles de la concentration ont également été retrouvés en moindre mesure chez 3 autres des femmes de notre échantillon.

Partie 4 : Discussion

I – Synthèse des résultats

La violence conjugale est une problématique complexe liée à un phénomène d'emprise que le partenaire violent instaure progressivement au sein de la relation, bien souvent sans que sa victime ne s'en rende compte. À l'apogée de cette spirale infernale de violence se trouve l'homicide conjugal, passage à l'acte fatal indissociable des violences écrivent M. Cusson et J. Marleau, cités par A. Delbreil [60]. La complexité de la situation entraîne une difficulté à prendre en charge de manière optimale les femmes victimes et à prévenir le passage à l'acte.

Les femmes incluses dans cette étude confirment, au travers des diverses violences qu'elles ont subies, le processus progressif de contrôle et d'emprise que leur partenaire installe sur elles. Ainsi, elles se retrouvent dans un état d'aveuglement de leur situation, marquées par la culpabilité et le déni.

Pour qu'elles puissent réagir à cette violence, les femmes rapportent la plupart du temps un événement marquant à l'origine de leur prise de conscience. S'installe ensuite un temps de réflexion sur les possibles retombées d'une séparation avec tout particulièrement des difficultés financières, mais aussi l'appréhension de se retrouver seule. Cette période est marquée de plusieurs séparations, souvent de courte durée, avant de reprendre leur relation à l'identique. Malgré la répétition des violences et leurs conséquences négatives sur leur santé physique et mentale, elles n'ont pas conscience d'une potentielle issue fatale et n'arrivent pas à accepter l'échec de leur relation. C'est souvent une simple violence « *de trop* » ou une phrase marquante d'un proche qui apporte à ces femmes une preuve définitive sur les risques qu'elles encourent à poursuivre leur vie ainsi.

En dépit de leur volonté de passer à autre chose, la violence du partenaire peut parfois se poursuivre après la séparation sous la forme d'un harcèlement pouvant être accompagné de passages à l'acte avec de nouvelles violences physiques.

Outre les conséquences d'ordre physique, la santé mentale de ces femmes est marquée par des symptômes dépressifs, des manifestations anxieuses et psychosomatiques, un abus de substances psychoactives et parfois des tentatives de suicide. À cette large palette de symptômes peuvent s'associer des symptômes d'ESPT avec des reviviscences de scènes de violences [61]. Cette symptomatologie s'installant parfois sur un psychique déjà fragilisé par des abus pendant l'enfance, accentue la vulnérabilité des victimes qui sont dans une constante quête affective les empêchant de prendre conscience de la réalité de la situation.

En donnant la parole à 9 femmes confrontées aux violences conjugales, cette enquête a permis d'étudier leurs trajectoires, de la rencontre avec leur compagnon à l'installation insidieuse des violences et leurs conséquences, tant psychique que physique, mais aussi d'aborder la problématique de la représentation du danger.

A/ Limites de l'étude

1 - La sélection

Dans cette étude j'ai été confrontée à un biais de recrutement et à un biais de volontariat.

Le recrutement de ces femmes s'est principalement effectué par l'intermédiaire de l'UMJ. Les femmes victimes de violences conjugales sont examinées par le médecin légiste à l'UMJ sur réquisition judiciaire. Cette réquisition est établie par l'officier de police judiciaire (OPJ) dans le cadre d'une enquête suite à un dépôt de plainte. L'objectif de cet examen est d'établir un certificat médical descriptif des lésions observées mentionnant si celles-ci sont compatibles avec les faits décrits par la victime et de déterminer la durée d'incapacité totale de travail (ITT) au sens pénal du terme, c'est-à-dire la durée pendant laquelle la victime n'a pas été en totale capacité d'effectuer les actes de la vie courante du fait de ces lésions [62]. Le rendez-vous à l'UMJ a lieu le plus tôt possible après les faits, souvent le lendemain ou le surlendemain au plus tard. Lorsque le coupable présumé des faits est placé en garde-à-vue, ce rendez-vous a lieu le jour même, en urgence. Du fait de cette très courte durée entre le dépôt de plainte et la présentation de la victime à l'UMJ, il ne m'était pas possible de m'organiser pour rencontrer ces femmes le jour même de leur rendez-vous avec le médecin légiste. Par conséquent, la majorité d'entre elles ont reçu une lettre d'information sur l'étude menée (Annexe 1) et il leur était proposé d'être rappelées dans le cas où elles seraient d'accord pour participer à cette étude. Sur les 33 femmes ainsi recontactées, 6 ont laissé un faux numéro, 18 n'ont jamais répondu à la sollicitation téléphonique, 1 a finalement refusé au moment du premier contact téléphonique et 7 ont accepté de participer à l'étude mais ne se sont pas présentées au rendez-vous le jour convenu. Seule 1 femme a accepté de revenir à distance de son rendez-vous avec le médecin légiste et s'est effectivement présentée le jour convenu. Les 5 autres femmes recrutées via l'UMJ ont été rencontrées le jour même de leur rendez-vous et ont tout de suite accepté de participer à l'étude. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces difficultés de recrutement. L'hypothèse la plus probable est qu'il peut être difficile pour ces femmes, qui pourtant ont effectué la démarche de porter plainte contre leur compagnon et qui étaient d'accord sur le principe de confier leur vécu à une inconnue, de concrétiser ce cheminement. D'autre part, certaines de ces femmes peuvent avoir porté plainte « *seulement* » pour des violences psychologiques et j'ai supposé qu'elles déclinent l'entretien car elles considèrent qu'elles ne sont pas « *suffisamment crédibles* » pour témoigner de violences conjugales.

Le biais de sélection se rencontre également chez les femmes recrutées par l'intermédiaire des services de soins de psychiatrie : en effet, il s'agit pour la majorité de femmes engagées dans des soins bien souvent suite à une rupture d'avec le compagnon violent. Cette rupture associée à une démarche de soins sous-entend que ces femmes ont déjà, dans une certaine mesure, pris conscience de la dangerosité de leur situation.

Enfin concernant le biais de volontariat, l'hypothèse la plus probable est que des femmes volontaires pour parler des violences qu'elles subissent dans le cadre de leur vie de couple ont déjà un regard critique sur leur situation qu'elles estiment au moins anormale, voire dangereuse.

2 - La taille de l'échantillon

Les obstacles méthodologiques sont également liés à la taille de l'échantillon.

Entre le 20 février et le 20 juin 2017, 41 femmes victimes de violences conjugales ont été identifiées et contactées. Finalement, seuls 9 entretiens ont été réalisés. Il est apparu que bien que le recrutement ait été effectué auprès de femmes ayant porté plainte ou étant engagées dans des soins psychiques, cet engagement restait précaire et elles changeaient souvent d'avis très rapidement.

L'échantillon est petit et non représentatif de la population. Des chercheurs en sociologie précisent cependant à ce propos que : « *L'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretien est, de manière générale, de taille plus réduite que celui d'une enquête par questionnaire, dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Une seule information donnée par entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans les questionnaires* » [63].

Un échantillon de femmes victimes de violences conjugales plus important aurait cependant pu permettre d'obtenir d'autres catégories de réponse et d'autres profils de victimes.

3 - Les biais d'interprétation

La réalisation des entretiens et l'analyse des réponses ont été effectuées par la même personne. Bien que je me sois employée à avoir l'attitude la plus neutre possible quant à l'analyse et l'interprétation des résultats, mes propres opinions et représentations sur le sujet ont pu interférer.

B/ Force de l'étude

La principale force de ce travail est son caractère novateur.

Alors que l'enquête ENVEFF, en 2000, a tiré une véritable sonnette d'alarme sur l'ampleur du phénomène des violences conjugales et que depuis, de multiples travaux sur les conséquences dévastatrices des violences sur la santé physique et mentale de ces femmes ont été effectués, la problématique et sa prise en charge n'ont que très peu évolué [4]. La plupart des travaux réalisés sur le sujet sont quantitatifs. Parmi les études qualitatives existant sur la question, la plupart s'intéressent au point de vue des soignants.

Ce travail met l'accent sur le vécu de ces femmes, en particulier sur leur ressenti quant à la notion de dangerosité. En effet, le dépistage et la prise en charge des victimes de violences conjugales peuvent s'avérer plus délicats si ces dernières ont une représentation erronée de la violence et du danger.

De plus, cette enquête s'inscrit dans un travail plus vaste et pluridisciplinaire : en effet, la problématique n'est pas uniquement médicale, mais aussi sociale et juridique. Il est nécessaire qu'à chaque étape d'un travail organisé en réseau, chaque interlocuteur soit en mesure de se représenter qu'une situation en apparence banale peut en réalité être potentiellement dangereuse.

II - Les femmes et la violence

A/ Influence de l'enfance

Les femmes de cette étude rapportent très peu de violences intra familiales dans l'enfance. Certaines rapportent cependant des drames familiaux et nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une fille dont l'enfance ou l'adolescence a été la scène d'un drame gardera une fragilité psychologique augmentant le risque de violences conjugales futures. Par ailleurs, cette jeune fille pourra chercher à quitter le plus tôt possible son domicile, dès son premier amour. Cela a été le cas pour Nathalie, Carole et Valérie.

1 - Violences intra familiales

Dans notre échantillon, seules 3 femmes sur 9 ont été témoin de violences conjugales pendant leur enfance, de la part de leur père ou de leur beau(x)-père(s) envers leur mère. Parmi ces 3 femmes, deux d'entre elles ont également subi les violences de la part de cette même personne durant cette même période : Véronique se rappelle d'un père « *colérique* » qui lui « *tirait les cheveux si elle ramenait de mauvais résultats scolaires à la maison* » et Valérie rapporte « *avoir reçu un coup de poing* » de la part de son beau-père et se souvient « *d'un gros hématome au niveau du visage* ».

Pourtant, l'enquête ENVEFF a objectivé que 68% des femmes victimes de violences conjugales physiques ou sexuelles rapportaient un antécédent de maltraitance dans l'enfance, l'adolescence ou avec un partenaire précédent [4].

Comment expliquer cette différence ? La principale hypothèse que j'ai proposée est qu'une partie des femmes de l'étude n'a pas reconnu comme violents des comportements qui pourtant l'étaient. Carole, par exemple, rapporte des parents qui « *buvaient tous les deux* », des « *mots très durs* » ainsi que des « *éclats de voix et des bruits sourds le soir lorsque nous étions couchés* » et une volonté partagée avec ses frères et sœurs de « *ne plus jamais parler du passé (...) ils étaient décédés tous les deux donc c'était fini* ».

Par ailleurs, Martine, non maltraitée pendant son enfance, rapporte des violences de la part d'un premier compagnon.

De plus, il est retrouvé, dans le dossier médical de Catherine, la notion d'abus sexuel pendant son enfance, de la part du fils de son beau-père. De nombreuses études ont également recherché le lien entre des antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance et l'existence de violence conjugale au sein du couple plus tard. De la même façon que les femmes victimes de violences physiques ou témoins de violences conjugales pendant leur enfance, les femmes ayant subi des abus sexuels pendant leur enfance sont plus susceptibles d'être victime de violences à l'âge adulte.

Enfin, même lors d'une enfance qui peut paraître « *normale* », il peut avoir existé des carences affectives pouvant être à l'origine d'une personnalité de type dépendante à l'âge adulte, entravant le fonctionnement relationnel et augmentant le risque d'être une victime.

2 - Décès traumatiques

Le père de Carole décède alors qu'elle est âgée de 22 ans. Deux semaines plus tard, elle rencontre celui qui deviendra son mari : « *j'étais très proche de mon papa et je crois que j'ai cherché à combler le manque qu'a provoqué son départ* ».

Le père de Valérie décède alors qu'elle est encore enfant et celle-ci grandit avec sa mère et plusieurs beaux-pères successifs, tous violents envers sa mère, même lorsque celle-ci est enceinte.

Je n'ai pas spécifiquement posé cette question de décès traumatique au cours de l'enfance de ces femmes. Il est donc possible que certaines d'entre elles aient vécu un deuil douloureux pendant leur enfance ou leur adolescence, sans le mentionner le jour de l'entretien.

B/ Connaissances générales et distinction entre conflit de couple et violence conjugale

1 - Violence conjugale et conflit de couple

Il a été proposé aux femmes victimes de violence conjugale d'apporter une définition aux termes « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* » dans le but d'observer si elles font une différence entre les deux phénomènes.

Parmi les 9 femmes rencontrées, seule 1 d'entre elle était capable de donner une définition exacte du terme « *conflit de couple* » ; 4 en donnaient une définition inexacte et 4 en donnaient une définition incomplète. Chez les femmes non-victimes de violence la majorité d'entre elles (69%) connaissent exactement la définition de ce terme.

Concernant le terme « *violence conjugale* », aucune des 9 femmes victimes rencontrées n'apporte une définition complète et exacte du terme. Parmi celles-ci, 4 ne la connaissent pas et 5 en proposent une définition incomplète. Le terme « *violence conjugale* » n'est pas non plus parfaitement défini par les femmes non victimes de violences : seules 41,7% en donnent une définition parfaitement exacte. Finalement, on observe peu de différence entre les femmes de notre échantillon et celles dans la population générale où 50,4% d'entre elles donnent une définition incomplète comparée à 55,5% de notre échantillon.

La distinction entre le conflit de couple et la violence conjugale n'est pas faite par 5 des 9 femmes rencontrées. Les 4 autres ne font qu'une distinction incomplète entre ces deux termes. Pour Béatrice par exemple, les violences conjugales et le conflit de couple « *c'est la même chose (...) et il faut se séparer* ». Seules 40,9% des femmes non victimes de violences conjugales distinguent parfaitement les deux situations et pour 47,8% des femmes de la population générale, cette distinction reste incomplète.

De ces résultats, j'ai émis l'hypothèse qu'une connaissance inexacte du terme « *conflit de couple* » peut donner aux femmes l'impression que leur situation est « *normale* » et « *banale* » et les induire dans une fausse impression de sécurité. Il peut y avoir une difficulté pour ces femmes à comprendre la problématique de leur situation et les risques encourus.

2 - Les différents types de violence conjugale

Les violences physiques sont, de façon générale, plus reconnues bien que moins fréquentes que les violences psychologiques. Les violences sexuelles et économiques sont, quant à elles, presque méconnues. « *Au départ, la violence conjugale, j'étais persuadée que c'était que de se prendre des coups, qu'il fallait que ça fasse des marques.* » (Carole). Ainsi, 100% des femmes de notre échantillon et 100% des femmes de la population générale citent les violences physiques. Elles ne sont plus que 7, soit 77,7% dans notre échantillon et 98,3% dans la population générale à mentionner les violences psychologiques. Alors que 39,1% des femmes de la population générale mentionnent les violences sexuelles, une seule parmi les 9 femmes de notre échantillon en parle spontanément. Enfin, les violences économiques ne sont connues que par 4,3% des femmes de la population générale et aucune des femmes de notre échantillon ne les cite.

C/ Comportement adopté face à des actes de violence

Nous avons examiné le comportement qu'adoptaient les 9 femmes incluses dans notre étude face aux divers actes de violence qui leur ont été présentés selon une graduation d'intensité. Puis, nous avons comparé ces réponses avec celles de femmes supposées non victimes de violences conjugales. Il leur était proposé d'échelonner leurs réponses de 1 à 5 : 1 correspond à l'acceptation complète du comportement par l'action de rester avec son compagnon et 5 correspond au refus total du comportement en mettant fin immédiatement et

de façon définitive à la relation. Par cette graduation, l'objectif est de déterminer une corrélation entre l'acceptation d'un acte et les notions de violence et de danger. La violence se définit dans le langage courant comme le fait « *d'abuser de la force dans le but de contraindre quelqu'un à réaliser un acte déterminé contre sa volonté* » (Larousse). L'OMS en donne une définition plus large : « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* » [64]. On admettra que c'est un acte qui s'oppose à la conciliation et au dialogue. J'ai donc supposé qu'une femme qui va tenter de discuter d'une situation donnée avec son compagnon considère que la situation en question est bien un phénomène de violence.

L'étymologie du terme danger, issu du mot latin *domnarium* - pouvoir - contient à l'origine l'idée d'une domination et d'une puissance arbitraire qui expose à un mal quelconque celui sur lequel elle s'exerce. Dans le langage courant, le danger est un « *acte constituant une menace ou un risque pour quelqu'un ou quelque chose* » (Larousse). En psychiatrie, on considère que le danger est ce qui « *menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose* » [65]. On admettra que le comportement à adopter lorsqu'on est soumis à un danger est l'éviction de la situation dangereuse. J'ai donc supposé qu'une femme qui se sent en danger dans une situation de violence va mettre un terme à sa relation de façon définitive pour se protéger.

J'ai ainsi déterminé qu'une femme donnant une réponse de 3 ou plus considère que le comportement proposé est violent et qu'une femme donnant une réponse à 5 se sent en danger face à un tel comportement.

Parmi les femmes non-victimes de violences conjugales, sur les 115 réponses analysées, la majorité d'entre elles discuterait de la situation avec leur conjoint, considérant que les comportements suivants sont des violences :

- se faire rabaisser/dénigrer (75,6%) ;
- se faire insulter (54,8%) ;
- se faire saisir par les poignets/épaules (35,6%) ;
- se faire pousser (35,6%).

La majorité de ces femmes partirait immédiatement, considérant qu'elles sont en danger, dans les situations suivantes :

- se faire secouer (42,6%) ;
- se faire tirer les cheveux (63,5%) ;
- recevoir une claque (66,1%) ;

- recevoir un coup de poing (96,5%) ;
- se faire menacer de violences avec un objet (76,5%) ;
- recevoir un coup avec un objet (93,9%) ;
- se faire menacer de mort (93%) ;
- se faire serrer le cou (84,3%) ;
- accepter un rapport sexuel pour « *avoir la paix* » (41,7%) ;
- se faire contraindre physiquement à avoir un rapport sexuel (84,3%).

Or, les 9 femmes victimes de violences conjugales de notre échantillon ont toutes accepté de se faire rabaisser ou dénigrer, de se faire insulter, d'être saisies par les poignets ou les épaules, d'être poussées et secouées. Elles parlent de violence, avec le recul, lorsque l'on mentionne ces actes. Elles ne les ont pourtant pas considérés en tant que tels sur le moment.

Pour 7 d'entre elles, le fait de se faire tirer les cheveux, de recevoir une claque, de se faire menacer de mort ou d'accepter un rapport sexuel pour « *avoir la paix* » n'est pas non plus considéré comme un acte de violence. Et elles sont encore 5 à être restées après avoir reçu un coup de poing ou s'être fait serrer au niveau du cou.

Leurs réponses sont plus hétérogènes en cas de menace de coup ou de coup avec un objet et en cas de contrainte physique à avoir un rapport sexuel : dans ces cas, au moins 5 femmes sur 9 considèrent qu'il s'agit de violences et tentent de réagir.

Finalement l'hypothèse de départ se vérifie pour ces 9 femmes : dans le cadre de leur vie de couple, elles ont une tolérance plus élevée quant aux actes qu'elles sont prêtes à accepter. Alors que les femmes supposées non-victimes de violences conjugales se représentent spontanément la totalité des actes qui leur ont été proposés comme étant de la violence et qu'elles entameraient une discussion avec leur conjoint dans le but de stopper immédiatement ce comportement, les femmes victimes de violences conjugales n'ont aucune réaction lorsqu'elles sont soumises à ce même type d'acte. En plus de se représenter ces actes comme étant violent, la majorité des femmes non-victimes se sentent en danger à partir d'une certaine intensité de violence et mettraient un terme immédiatement et de façon définitive à leur relation si un tel acte se produisait. Là encore, les femmes victimes de violences conjugales sont très peu nombreuses à réagir face à de tels actes et leur réaction reste inférieure à celle attendue dans une telle situation.

D/ Antécédents psychiatriques

Bien que l'on retrouve des fragilités et une probable personnalité pathologique chez la majorité des femmes interrogées, seule 1 femme sur 9 mentionne un antécédent psychiatrique précédant l'apparition des violences dans son couple : il s'agit d'un état de stress post-traumatique secondaire à un accident du travail.

E/ Le conjoint

En relisant les retranscriptions des différents entretiens, je me suis aperçue qu'aucune femme sauf Catherine n'a nommé son conjoint par son prénom. Et lorsque Catherine mentionne le prénom de son mari, c'est en rapportant des propos qu'elle a pu lui tenir « *Jean, je ne t'appartiens plus !* ».

Est-ce là une volonté de nier leur existence, de nier la relation, de dissocier le couple afin de pouvoir raconter leur histoire et se construire ?

1 - La rencontre

Carole, Véronique et Valérie évoquent un coup de foudre réciproque. Carole déclare : « *Je l'aimais, c'était le coup de foudre, (...) deux semaines après, on s'est installés ensemble et on ne s'est plus quittés* ». Son attirance est très forte pour cet homme qu'elle vient juste de rencontrer. Véronique raconte « *Il était beau, grand et fort* ». C'est la véritable « *illusion amoureuse* » de L. Daligand [66].

La thèse de D. Bour-Nicolas, citée par L. Daligand observe qu'un grand nombre de femmes victimes de violences conjugales évoquent un coup de foudre pour décrire leur rencontre avec le conjoint violent. La relation est d'emblée fusionnelle, ils ne forment plus qu'un. « *Oui, mais lequel ?* » [66].

Pour Carole, Sylvie, Françoise et Valérie, il s'agit d'un premier et unique compagnon.

2 - Vie commune et mariage

Sur les 9 femmes de cette étude, 7 sont mariées à leur compagnon violent. Seule Martine vit en concubinage. Béatrice n'a jamais vécu avec son compagnon. Le mariage, Catherine le décrit comme une façon d'emprisonner la femme victime : « *C'est lui qui a voulu qu'on se marie. Ça va avec aussi. Il vous renferme bien sûr. Moi le mariage j'en avais rien à foutre (...) donc on dit « oui » quand même, on suit, on se sent un peu flatté mais voilà quoi* ».

Lorsque Valérie parle de ses premières années avec son mari, elle décrit une relation « *parfaite* » et un homme fort et protecteur : « *on s'est toujours portés l'un l'autre, toujours soutenus et protégés* ». Même aujourd'hui, la possibilité qu'il puisse être dangereux pour elle lui semble impossible.

F/ Les violences et leurs caractéristiques

1 - Installation insidieuse

La violence s'installe de manière insidieuse, progressive et imperceptible aux yeux des femmes. Elles sont aveuglées par leur histoire d'amour et ne jugent pas les changements de comportement de leur conjoint comme suffisamment notables pour s'en inquiéter. Elles les intègrent dans l'évolution du couple et des « *concessions* » qu'elles doivent faire pour sa réussite : « *Sincèrement pendant plusieurs années, j'ai dit « amen » à toutes ses conneries* » (Catherine). Les femmes en viennent à penser que leur situation est « *normale* » et qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter ni de se sentir en danger : « *bah en fait je pensais que c'était normal parce que c'était mon mari* » (Carole).

L. Daligand confirme que le premier acte de violence est rarement isolé mais les femmes ne s'aperçoivent pas ou nient la violence initiale : elles rapportent une agression physique, un coup ou une blessure visible comme première violence, alors que les dénigrements, les insultes, les humiliations et les menaces existent déjà depuis un moment [66].

2 - Les formes de violence

Quand il y a violence, la violence psychologique ou verbale est omniprésente. Elle débute de façon insidieuse, les autres types de violences pouvant se rajouter au fil du temps. Ainsi, les 9 femmes de notre étude ont mentionné des violences psychologiques qui étaient : des insultes, des reproches, des humiliations ou des propos dévalorisants, des menaces de violences physiques, voire des menaces de mort.

Ces violences psychologiques sont souvent décrites comme plus douloureuses que les violences physiques que certaines d'entre elles ont pu subir. D'ailleurs, lorsqu'on lui pose la question d'éventuelles blessures suite aux violences, Catherine dit : « *En fait moi c'est plus les mots sur le moment qui me faisaient mal plutôt que les coups (...) les mots ça détruit. Même des fois ça m'est arrivé de lui dire (...) « je préférerais prendre une baffe plutôt que d'entendre ce que tu me dis » !* ».

L. Daligand le confirme : « *Les violences psychiques sont les plus humiliantes et les plus dégradantes. Elles ne laissent pas de trace sur la chair mais sur l'âme. Et malheureusement, ces plaies béantes de l'âme passent souvent inaperçues sous l'œil expert du clinicien* » [66].

Dans cet échantillon, la violence physique a été présente chez 7 femmes. Il s'agit essentiellement de violences portées à mains nues (coups, mains apposées au niveau du cou, cheveux tirés ...). L'enquête ENVEFF ne rapporte pourtant que 2,5% d'agression physique dans le cadre des violences conjugales [4]. Pour expliquer cette différence, j'ai supposé que j'ai rencontré majoritairement des femmes victimes de violences physiques dans cette enquête car les femmes victimes « *seulement* » de violences psychologiques considèrent qu'elle ne sont pas « *suffisamment crédibles* » pour témoigner de violences

conjugales, ou même pour porter plainte, et la plainte a été le principal mode de recrutement dans cette enquête.

Les violences sexuelles ont concerné 4 femmes sur les 9 de cet échantillon. Là encore, l'enquête ENVEFF avait retrouvé 0,9% de viols et autres pratiques sexuelles imposées [4]. L'hypothèse principale que je propose pour expliquer cette différence est très bien verbalisée par Carole : « *je pensais que c'était normal quand mon mari allait aussi loin, bah en fait, il me violait* ». Beaucoup de femmes ne reconnaissent pas les violences sexuelles comme des violences conjugales, considérant que cela fait partie du « *devoir conjugal* ». Les violences sexuelles au sein du couple ne sont finalement pas si rares, simplement, elles sont souvent non identifiées par les victimes.

Enfin, les violences économiques ont touché 2 femmes sur les 9 de cet échantillon. Il est à noter que ce type de violence a été difficile à retrouver car ces femmes ne connaissaient pas les violences économiques. A la question « *avez-vous subi des violences économiques ?* », elles répondaient invariablement « *non* ». Mais en adoptant une formulation différente du type « *est-ce que vous avez accès à une carte de crédit ?* » ou bien « *est-ce que vous aviez accès à votre salaire ?* », elles étaient en mesure de rapporter des violences économiques avec plus de détails.

3 - Élément déclencheur

Avec le recul, toutes ces femmes citent facilement un événement précis qui a marqué soit le début des violences, soit son intensification.

Pour 6 femmes sur les 9 de cet échantillon, c'est au cours de la première grossesse ou juste après la naissance de leur premier enfant en commun que les violences ont commencé : « *Bah oui, un enfant ça passe avant tout de toute façon (...) je pense (...) qu'il a eu du mal à l'accepter* » (Nathalie). La littérature affirme elle aussi que pour la majorité des femmes victimes de violences, celle-ci débute à l'occasion d'une grossesse ou d'un accouchement. J.O. Richardson, en 2002, a écrit qu'une femme enceinte avait deux fois plus de risque d'être victime de violences conjugales [67]. « *L'attente d'un enfant est au cœur de la violence* » écrit L. Daligand [66].

L'une des femmes de notre échantillon ajoute que le comportement violent de son compagnon s'est intensifié lorsqu'elle a accepté de l'épouser après la naissance de leur enfant : « *on vous offre une bague de fiançailles, donc vous avez 10 minutes de bonheur (...) et puis (...) c'est parti pour 10 ans* » (Catherine).

Pour 2 femmes sur 9, les violences ont commencé lorsqu'elles ont constaté l'infidélité de leur conjoint et qu'elles leur ont signifié qu'elles ne pouvaient pas l'accepter. Pour une 3ème femme, les violences ont également commencé suite à une remarque concernant un comportement de son compagnon : « *il m'a tiré les cheveux et mise à terre parce qu'un dimanche je lui avais demandé de ne pas aller à la chasse pour rester avec moi* » (Sylvie).

Ainsi, des événements clés dans la vie de couple semblent modifier les relations entre l'homme et la femme : la naissance d'un enfant en particulier, mais aussi le mariage ou tout simplement une demande concernant un mode de vie (refus d'une polygamie ou refus de prioriser les loisirs avant la vie de couple).

Une fois la violence instaurée dans le couple, divers facteurs, souvent d'une extrême banalité, semblent favoriser la survenue d'un épisode de violence.

4 - Facteurs favorisant la violence

Une fois la domination de l'homme installée, la plupart des femmes décrivent « *une tension constante* » où la violence peut naître de comportement ou de phrase totalement anodine : « *Je ne comprenais pas ce qu'il me demandait, il y a des choses que je ne pouvais pas lui donner d'ailleurs (...) et puis je ne sais pas, j'ai dit un mot - lequel je n'en sais rien - qui ne lui a pas plu, et je m'en suis pris une* » (Catherine) ; « *Si j'avais eu l'idée de faire un truc de travers (...) il faudrait que je bosse (...) que la maison soit rangée nickel et tout ça ... mais bon ... je peux pas tout faire !* » (Nathalie) ; « *Un rien pouvait l'énerver, alors on faisait attention* » (Véronique).

Plusieurs femmes citent également l'influence de l'alcool sur le comportement violent de leur partenaire : « *Le matin il était doux, puis il boit et là c'était l'enfer !* » (Véronique) ; « *Il arrêtais pas de boire, et c'était souvent quand il avait bu ...* » (Françoise) ; « *C'était pire s'il avait bu...* » (Sylvie). En effet, l'enquête ENVEFF retrouve un alcoolisme du conjoint dans 12% des situations de violence conjugale [4].

Un autre facteur pouvant favoriser la violence est évoqué par plusieurs femmes : il s'agit de la jalousie de leur agresseur, même en l'absence de faits concrets : « *faut pas que je parle à un homme dans la rue, même s'il me demande l'heure* » (Béatrice) ; « *(...) et lui il était persuadé que j'avais une aventure avec le mari de ma copine et que je le connaissais depuis longtemps...* » (Carole).

Dans le cas de Martine, dont le compagnon avait « *plusieurs relations* », les violences semblent survenir à chaque fois qu'elle tente de se sortir de cette relation non exclusive. Lorsqu'elle lui dit : « *si tu ne veux pas t'engager (...) s'il te plait prends tes affaires et va-t'en* », il la plaque contre un mur et la menace d'un couteau. La séparation de couple est d'ailleurs une circonstance pouvant expliquer un passage à l'acte homicide au sein du couple [60]. La situation présentée par Martine doit conduire à la plus grande vigilance.

Enfin, l'instabilité professionnelle chez les conjoints de Béatrice, Carole et Françoise peut être retenue comme facteur favorisant. En effet, elle est reconnue dans l'enquête ENVEFF comme facteur favorisant chez 26% des individus auteurs de violences [4].

Dans la majorité des cas, il semble que la violence soit rythmée par l'agresseur qui impose sa volonté dans chaque détail de leurs vies, sans que la victime puisse prendre du recul et

analyser les faits. La situation dégénère progressivement et l'homme poursuit et augmente son contrôle en créant un climat de terreur rythmé par ses choix.

G/ Les conséquences physiques et psychiques des violences

1 - Les conséquences physiques

Les 7 femmes de notre échantillon ayant subi des violences physiques ont toutes mentionné la présence de lésions traumatiques aiguës : contusions, plaies, luxations articulaires diverses, voire même fractures. Le plus intéressant dans ces lésions est la minimisation qu'elles en font : « *Non, je n'ai jamais été blessée, juste des bleus* » dira Valérie dont le certificat médical établi par le médecin légiste rapporte « *des ecchymoses multiples des quatre membres et du tronc, d'âges différents, à l'origine d'une gêne douloureuse à la station assise* », justifiant d'une ITT de 3 jours. Catherine aura le même type de réponse qui commence par la négative puis ajoute « *il y a eu des bleus et tout sinon non... et j'ai eu le pouce luxé* ». Martine, de son côté, mentionne les différentes lésions traumatiques aiguës en les reconnaissant plus facilement en tant que telles. On retrouve cependant dans sa façon de s'exprimer la même banalisation que pour les autres.

2 - Les conséquences psychiques

Nous avons retrouvé des conséquences psychologiques plus ou moins marquées, secondaires aux violences subies, pour l'ensemble de notre population.

Dans son article publié en 2006, MA. Pico-Alfonso démontre que les séquelles psychologiques sont très fréquentes chez les victimes de violences conjugales, qu'il s'agisse de violences physiques et psychologiques ou de violences psychologiques seules. Pour étudier les conséquences des violences sur la santé psychique des femmes, elle a réalisé 75 entretiens de femmes victimes de violences physiques et verbales, 55 entretiens de femmes victimes de violences verbales seules, et 52 entretiens de femmes non victimes de violences conjugales. Elle a alors observé une augmentation en nombre et en intensité des syndromes dépressifs, des états anxieux, des états de stress post-traumatiques et des idées suicidaires chez les deux groupes de femmes victimes de violences par rapport au groupe de femmes non-victimes. En revanche, il n'existe aucune différence significative en termes de nombre ou d'intensité des symptômes psychiatriques entre les deux groupes de femmes victimes de violences [29].

Dans notre étude, les femmes ont mentionné un isolement : petit à petit, elles ont été privées des liens amicaux et familiaux pour se retrouver seules face à leur conjoint. « *Le prédateur a isolé sa proie* » [66]. L'importance de cet isolement est proportionnel à la durée de leur relation : là où pour Béatrice, 5 ans de relation, il s'agit de moins voir sa famille, de ne pas « *avoir le droit* » de voir sa petite fille aussi souvent qu'avant, Carole, 34 ans de relation, n'a aucun ami et n'a plus de contacts avec sa famille.

Nous avons également mis en évidence la présence d'une dépression caractérisée chez 6 des 9 femmes de notre échantillon. Parmi celles-ci, 2 d'entre elles ont déjà fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire et 3 autres ont eu des idées suicidaires. La dépression est en effet le premier trouble psychiatrique retrouvé chez les victimes de violences conjugales, et dans son article publié en 2014, M. Voyer mentionne un taux de prévalence allant de 35 à 63% selon les études [61].

Parmi les 9 femmes de cette étude, on retrouve des symptômes d'anxiété allant d'un niveau élevé à très élevé chez 8 d'entre elles, objectivés par la STAI. En plus de cette anxiété, on retrouve chez certaines de ces femmes des souvenirs répétitifs et involontaires de certaines scènes de violence qu'elles ont subies, sous formes de cauchemars, mais aussi de reviviscences diurnes. Sans pour autant retrouver de véritable ESPT, ces symptômes font partie de la clinique de l'ESPT.

Enfin, nous avons retrouvé chez les femmes de cette étude un abus de substances psychoactives : alcool (3 sur 9) et benzodiazépines (1 sur 9), mais aussi de tabac (9 sur 9). Dans la littérature, cet abus est fréquent et peut être interprété comme une tentative d'automédication pour faire face à l'anxiété et à la violence qui la provoque [24].

H/ Les réactions et les sentiments des femmes face à la violence

Face aux violences auxquelles elles sont soumises, ces femmes expriment divers sentiments participant à leur difficulté à évaluer leur relation conjugale.

1 - L'incompréhension et l'aveuglement

Très souvent, elles expliquent ne pas comprendre le comportement de leur conjoint et sont incapables de réagir au premier acte de violence : « *je me suis dit que c'était quand même pas normal, que je lui demande de rester avec moi et qu'il se mette dans cet état là ... mais je pensais que c'était juste un accident...* » (Sylvie). Elles se disent que cet acte est isolé, et à la question d'un éventuel ressenti de danger dans ces situations, elles sont étonnées car pourquoi leur homme, leur protecteur, serait-il un danger pour elles ? Comme le mentionne R. Coutanceau dans son livre Amour et violence [68], la femme soumise à une agression physique ne comprend pas ce qu'il s'est passé et refuse de croire à la fatalité de la situation. Elle se persuade que, comme elle est globalement heureuse dans son couple, la situation qui vient de se produire n'est qu'accidentelle.

2 - La culpabilité

Elle se présente sous deux formes principales : la culpabilité subjective et la culpabilité vis-à-vis de leurs enfants.

Une culpabilité subjective s'installe progressivement en elles : elles se remettent en question, pensant être trop exigeantes et à l'origine du problème. Cette idée de culpabilité est alimentée par les propos de leur compagnon : « *Et il m'a dit « c'est de ta faute, t'avais qu'à pas m'énerver » ! »* (Martine) ; « *Quand on est rabaissé depuis trop longtemps, bah après on finit par y croire et puis après on n'ose plus rien faire »* (Carole), mais aussi par leur attitude après l'agression, il apparaît calme et essaye de se réconcilier avec sa femme, il fait tout pour se faire pardonner, demande de l'aide, parle de thérapie et de suicide. Elles interprètent leur comportement violent comme une manifestation de leur détresse et en viennent à penser que si elles sont coupables du comportement de leur homme, elles le sauvent - et leur couple en même temps - en modifiant leur façon de faire [68]. Elles essaient donc d'en faire encore plus pour eux de manière à les rendre le plus heureux possible et faire disparaître leur détresse. Ainsi, Nathalie explique que son compagnon « *aimait bien que tout soit rangé nickel* » alors elle essayait « *de tout ranger avant qu'il soit là, comme ça il ne s'énervera plus* ».

Lorsqu'elles commencent à prendre conscience que leur situation n'est pas normale et que les actions de leur conjoint sont punissables une autre forme de culpabilité s'impose à elles, une culpabilité vis-à-vis de leurs enfants : « *Je pense à ma fille qui aime beaucoup son papa, je me disais que si son papa va en prison, elle va m'en vouloir* » (Martine) ; « *On se dit « c'est le père de ma fille, je peux pas le faire mettre en prison » »* (Catherine). À ce moment là, le fait que leur enfant puisse grandir sans leur père qui serait en prison et surtout que leur enfant puisse leur reprocher plus tard d'en être la cause, devient plus fort que toute pensée de se protéger elle-même.

3 - La crainte de la réaction des autres

Les femmes victimes expliquent aussi avoir du mal à se confier car leur conjoint se dissimule souvent sous un masque de bienveillance et de bonté devant les autres : « *Tout le monde le prend pour quelqu'un de bien donc je ne voulais pas que les gens pensent que je dis ça pour leur retourner le cerveau : j'ai caché* », confie Martine. La situation de Martine n'est pas unique, la plupart du temps, l'homme violent ne se montre jamais ainsi aux autres qui tombent dans le panneau et son à mille lieux d'imaginer que cette personne courtoise et serviable qu'ils admirent est en fait si violent.

4 - Une distorsion de la réalité du danger

Lorsque son compagnon la plaque contre un mur et la menace de la tuer en utilisant un couteau, Martine décrit sa réaction : « *Je me suis énervée parce qu'il m'a insultée et moi je l'ai insulté aussi* ». Martine ne voit pas le danger pourtant immédiat et reste focalisée sur les mots prononcés par son compagnon avant les menaces : « *Tu te foutas pas de ma gueule* ». Elle oublie les menaces de mort et la violence de l'utilisation d'une arme blanche. Le contexte de survenue de ce déferlement de violence est à rappeler pour essayer de comprendre sa réaction : Martine constate une nouvelle infidélité de la part de son

compagnon et elle lui fait savoir que s'il n'est pas capable de s'engager, il peut partir. La réaction est violente et il prétexte qu'il n'a pas tout chamboulé dans sa vie pour qu'elle le laisse tomber ainsi. On peut alors interpréter que Martine pense qu'il tient encore à elle et l'aime malgré ses écarts de fidélité. Elle ne voit que l'aspect positif de sa relation, occulte la violence et ne reste concentrée que sur les insultes qu'elle intègre dans un « *simple* » conflit que le couple surmontera car, ne dit-on pas que « *l'amour triomphe de tout* » ?

I/ La prise de conscience avant le départ

Pour la majorité des femmes de cette étude, il aura fallu l'intervention d'un tiers pour qu'elles prennent conscience du danger de leur situation. L'exemple de Catherine est frappant : « *Je suis allée voir ma mère pour me confier et elle m'a dit « tu pars, il va te tuer ». (...) Ma mère m'a fait prendre conscience que oui, ça pouvait aller encore plus loin (...) elle a eu le mot-clé* ». Elle ajoute dans la suite de la conversation « *Une fois, je me suis quand même un peu retrouvée face à un véhicule et il voulait me foncer dessus (...) je ne me suis pas sentie en danger* ». Et là, c'est le déclic. Elles mentionnent cependant que ce déclic apparaît secondairement : elles ont souvent déjà pris conscience de la violence et réfléchi à ses conséquences mais avaient besoin d'un fait marquant ou d'une intervention extérieure pour consolider leur choix.

III - La représentation du danger

Au travers de cette enquête, se sont dégagées deux principales idées :

- d'une part, il semblerait que les femmes victimes de violences conjugales se fassent une idée inexacte de ce que sont les violences conjugales, qu'elles confondent parfois avec la notion de conflit de couple. Il en résulte une impression de « *normalité* » et de « *banalité* » qui les place dans une fausse impression de sécurité. Carole l'exprime d'ailleurs : « *Au départ, je pensais que c'était le mariage* ». Pendant très longtemps, elles sont donc dans l'incapacité de comprendre la problématique de leur situation et les risques encourus, tout simplement parce qu'elles sont insuffisamment informées ;
- d'autre part, il semblerait que dans le cadre de leur vie de couple, ces femmes aient une tolérance plus élevée face aux actes qu'elles sont prêtes à supporter. Bien qu'avec du recul elles soient capables de parler de violence pour de nombreuses situations et surtout de réaliser le potentiel danger qu'elles ont encouru, lorsqu'elles y ont été confrontées initialement, elles n'étaient pas en capacité d'avoir ce raisonnement.

La question de leur ressenti du danger leur a été posée plusieurs fois au cours des entretiens. La réponse spontanée de Nathalie résume les propos de 5 d'entre elles suite à cette question : « *Bah danger ... (rires), il avait pas de couteau donc je me sentais pas en*

danger (...) on se sent rabaissée, mais non, pas en danger ». Pourtant, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), on considère que le danger est ce qui « *menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose* ». Peut-on considérer que quelqu'un qui se fait menacer, insulter, rabaisser, dénigrer est en sûreté ? Et que dire de quelqu'un qui a reçu ne serait-ce que des gifles ? La présence d'une arme est-elle absolument nécessaire pour se sentir en danger ? Les réponses des 4 autres femmes sont plus complexes à analyser. Alors que la violence est présente dans leur couple à un degré élevé depuis déjà de nombreuses années, ces femmes ne ressentent la sensation de danger que depuis les derniers faits de violence. Et là encore, à l'exception de Carole qui a peur que son compagnon la « tue », la représentation du danger pour ces femmes reste faible, Valérie « *s'inquiète un peu* », Sylvie et Martine ont « *peur d'être tapées* », ce qui est déjà arrivé. Finalement, seule 1 femme sur 9 mentionne un danger de mort, et cette crainte n'est présente que depuis peu de temps alors que les violences sont présentes depuis de nombreuses années. Les autres femmes expliquent qu'il faudrait qu'elles soient menacées d'une arme pour se sentir en danger. Pourtant, certaines d'entre elles ont rapporté des menaces avec un couteau de cuisine, avec un pied de biche ou même une tronçonneuse. Il aura fallu que ces situations se répètent pour que l'idée du danger apparaisse.

D'une façon plus générale, en dehors de leur vie de couple, les femmes interrogées associent la notion de danger aux termes autres/inconnus/étrangers. Il paraît donc cohérent de dire que leur compagnon, qu'elles connaissent, qui vit avec elles, et qui est parfois le père de leurs enfants, ne peut pas être dangereux. Elles sont dans l'illusion que, malgré les insultes, les menaces et les coups, elles sont en sécurité dans leur cocon familial et que le danger se trouve à l'extérieur.

Dans cette même lignée, un autre point peut être soulevé. Pour ces femmes, le danger de la solitude semble supérieur au danger des violences subies. Dans son livre *Amour et violence*, R. Coutanceau émet l'idée que la séparation peut être un thème répétitif de crainte, de cauchemar nocturne, car l'investissement amoureux est toujours là [68]. Finalement, on peut admettre que tant que l'attachement et l'investissement affectif sont présents, il peut être difficile pour ces femmes d'être lucide quant au danger d'une telle relation. Rappelons que la notion de violence conjugale sous-entend la domination d'un partenaire sur l'autre qui est soumis et dépendant. La femme battue espère garder son homme car elle craint la solitude. Elle souhaite avoir moins peur et modifier son propre comportement pour que son compagnon change. Elle se soumet alors à lui pour ne pas perdre son amour. Elle ferme les yeux, méconnaît la réalité, banalise et minimise les violences qu'elle endure car le danger véritable réside, pour elle, dans la solitude et la perte de son amour. MJ Grihom écrit d'ailleurs : « l'absence de l'autre y est synonyme de disparition subjective et de mort ». Elles cherchent ainsi à maintenir à tout prix le lien d'amour qui représente illusoirement la sécurité [69].

Comment s'instaure ce lien pathologique ? Au travers des différents résultats de cette enquête, j'ai soulevé l'existence de violences ou de drames familiaux dans l'enfance de plusieurs de nos victimes. Le constat de cette revictimisation pose la question de la répétition entre ces différents événements de vie, mais aussi celle de facteurs de vulnérabilité à l'emprise [70]. Dans son livre *La répétition des scénarios de vie*, J. Cottraux [71] explique comment le poids du passé façonne la personnalité des individus qui les pousse ensuite à réagir de la même manière dans les différentes circonstances qui s'offriront à eux. Ainsi, la fragilité psychologique qui suit l'enfance ravagée de drames peut être à l'origine d'un véritable trouble de la personnalité, souvent de type dépendante, dont les caractéristiques de soumission peuvent entraver le fonctionnement. Sur ce fonctionnement déjà fragile s'installe une violence, d'abord verbale puis physique, économique et sexuelle. L'homme violent nie la gravité de ses actes et rejette la responsabilité sur la victime qui en éprouve une culpabilité. Il s'excuse par la suite et installe une période de « *lune de miel* » faite de promesses, de projets et d'espoir d'amour. La victime pense pouvoir changer son compagnon, elle se dit que la situation n'était pas si grave, qu'elle était accidentelle et qu'il sera facile de changer l'histoire, puisque, dans le fond, elle est heureuse. Elle se persuade que son compagnon, si amoureux, ne peut pas être dangereux pour elle et l'histoire continue. A nouveau les tensions apparaissent chez l'homme violent et les craintes de la victime resurgissent. L'attachement peu sûr qui s'est créé entraîne alors une quête affective : « *si je ne l'ai plus, que vais-je faire toute seule ?* », « *il m'aime et tient à moi* », « *il est gentil dans le fond et on est heureux* ». L'emprise s'est cristallisée [72]. A partir de là, la victime n'est plus en capacité de réfléchir et de constater qu'elle est en danger.

Enfin, la crainte de ne pas s'en sortir seule, en particulier sur le plan financier, apparaît pour ces femmes comme un plus grand danger que le fait de rester en couple.

IV - Comment améliorer la prise en charge de ces femmes pour éviter les drames

Les violences conjugales font l'objet d'un plan de prévention national avec une volonté d'améliorer le dépistage et la prise en charge des victimes.

A/ Une prise en charge pluridisciplinaire

La prise en charge se doit d'être multifactorielle et pluridisciplinaire. Les professionnels de santé amenés à rencontrer des victimes de violences conjugales doivent être en mesure de reconnaître les situations comportant un risque léthal. Cette nécessité s'applique également aux professionnels de la justice et des milieux socio-éducatifs [73].

1 - Suspecter et identifier la violence

Le rôle du médecin généraliste est central. Situé en première ligne du parcours de soins, le médecin généraliste doit questionner les femmes au moindre doute, les écouter, les informer sur les violences et les orienter vers des structures adaptées (associations, commissariat ou gendarmerie pour dépôt de plainte). Il devrait être en mesure d'évaluer les risques pour la sécurité de la femme et de ses enfants [74].

Le rôle du psychiatre n'est cependant pas à négliger. Les conséquences des violences conjugales sur le psychisme sont majeures. Les troubles psychiatriques présentés suite aux violences sont divers, ce qui rend le dépistage des violences et leur prise en charge parfois complexe. En effet, outre la prise en charge des victimes de violences extraites de leur situation conjugale et engagées dans des soins, il n'est pas rare que le psychiatre prenne en charge des femmes consultant au CMP pour une problématique anxio-dépressive alors qu'elles sont toujours soumises au quotidien à des violences de différentes natures. Il est alors important, au cours d'une consultation, de pouvoir évaluer les antécédents de violence subie afin de pouvoir orienter au mieux la victime et lui venir en aide.

Selon une étude menée par C. Morvant, les troubles psychologiques, la demande de médicaments à visée psychique ou antalgique et les lésions traumatiques sont les principaux motifs de consultation qui permettent aux médecins, généralistes comme psychiatres, de repérer la violence conjugale [12]. La consultation de gynécologie-obstétrique est également un moment propice au dépistage de la violence conjugale : en effet, celle-ci peut débuter avec la grossesse, ce qui est le cas de 6 femmes sur les 9 de notre étude. Dans une étude Nord-Américaine, 25,9% des gynécologues obstétriciens femmes et 18,9% des gynécologues obstétriciens hommes réalisent un dépistage actif de la violence domestique et, depuis plus de dix ans, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande vivement le dépistage systématique de la violence conjugale [75-76].

Les signes fonctionnels d'appel pour repérer la violence conjugale sont donc nombreux, mais non spécifiques : c'est peut être une des raisons pour laquelle les médecins ne la repèrent pas suffisamment, malgré la présence de ces troubles.

2 - Evaluer la situation

D'une façon concomitante, il est nécessaire de laisser parler la patiente afin d'évaluer son histoire, les types de violences subies, les éventuelles lésions secondaires aux violences et surtout sa sécurité : risque suicidaire, risque léthal, présence d'arme à la maison, menaces de mort, risque encouru par les enfants [12].

Il est également important d'avoir connaissance de la situation socio-professionnelle de la victime, afin de pouvoir au mieux la guider (situation professionnelle, moyens financiers à sa disposition, situation familiale, isolement social etc...).

Sortir du processus de violence peut être long. Tout en aidant la victime à prendre conscience du processus de violence, il est nécessaire de respecter son rythme.

3 - Prise en charge et orientation vers des structures adaptées

Sur le plan somatique, la prise en charge proposée sera fonction des lésions.

Sur le plan psychique, la prise en charge thérapeutique est nécessaire avec tout un arsenal de psychotropes (anxiolytiques et antidépresseurs principalement), mais non suffisante. Différentes thérapies peuvent être proposées aux victimes :

- la thérapie cognitive peut aider à modifier les interprétations dysfonctionnelles de la réalité, en séparant les faits de leurs interprétations [71] ;
- l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements du passé.

Outre cette prise en charge médicale, il est nécessaire d'informer les femmes de leurs droits sociaux afin de faciliter leur situation une fois qu'elles ont quitté leur conjoint : les femmes subissant des violences ont parfois un trouble de l'attachement, voir une personnalité dépendante. Elle craignent la solitude et ont un sentiment, souvent erroné, de leur incapacité à affronter seules le quotidien. Il est alors important qu'elles puissent bénéficier, dès le début de leur prise en charge, d'un suivi social et d'une aide aux ouvertures des droits. Le rôle central de l'assistante sociale est ici à souligner.

En France, il existe de nombreuses associations d'aide aux victimes dont les coordonnées peuvent leur être remises, notamment :

- les CIDFF, relais essentiel de l'action des pouvoirs publics en matière d'accès aux droits pour les femmes, de lutte contre les discriminations sexistes et de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes (<http://www.infofemmes.com/>) ;
- la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) qui gère le numéro d'écoute national 3919 (Violence Femmes Info) ;
- la fédération nationale GAMS (Groupe Femmes pour Abolition des Mutilations Sexuelles et Mariages Forcés) engagée dans la lutte contre toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles (<http://www.federationgams.org/>) ;
- le planning familial qui milite pour la reconnaissance des droits des femmes à disposer de leur corps (<http://www.planning-familial.org/>).

B/ Les campagnes d'information

Le 25 novembre est le jour qui a été choisi comme journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes. Chaque année à cette occasion, le gouvernement français lance une campagne pour faire avancer les mentalités et faire connaître largement la ligne téléphonique 3919, numéro d'écoute et d'orientation, anonyme et gratuit, disponible pour toutes les femmes victimes de violences, 7 jours sur 7. L'objectif de ces campagnes publicitaires est de sensibiliser le grand public aux violences conjugales afin de faire avancer les mentalités, mais aussi d'informer les victimes des situations à risque dans le but de modifier leur vision du danger pour leur faire adopter un comportement visant à se protéger ainsi que leurs enfants [73]. Ces campagnes publicitaires véhiculent également l'idée que ces femmes ne sont pas seules et qu'elles peuvent être écoutées et accompagnées.

Ces campagnes d'informations sont diffusées dans l'ensemble du territoire, dans les commerces de proximité, dans plusieurs milliers de points d'affichage et dans les relais locaux de l'Etat (services publics, associations ...). Ainsi, elles sont visibles dans les lieux de la vie quotidienne des femmes.

V - Conclusion

Chaque année, on estime que 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales. Par ailleurs, en 2015, 115 femmes sont décédées, victimes de leur partenaire de vie officiel. Parmi celles-ci, au moins 44 d'entre elles (soit 38%) étaient victimes de violences récurrentes. Mon étude portant sur les violences au sein du couple a donné la parole à un groupe de femmes confrontées à ce problème de santé publique. Elle a permis de recueillir leurs sentiments, leurs opinions et leur ressenti face à ces violences. L'objectif était d'apprécier la façon dont ces femmes victimes se représentent le danger avec lequel elles vivent quotidiennement.

En effet, le silence des femmes soumises à la violence conjugale est un frein à sa prise en charge. Ces femmes sont dans le déni, minimisent, banalisent, se montrent ambivalentes quant à une éventuelle prise en charge. L'idée que leur perception du danger soit tout simplement altérée a alors été évoquée.

Le témoignage des femmes de cette enquête illustre le mécanisme complexe d'emprise psychologique dont elles sont victimes. Survenant souvent chez des femmes déjà fragilisées par des drames familiaux au cours de leur enfance ou leur adolescence, l'installation insidieuse de cette emprise a pour conséquence une culpabilité et un déni les empêchant de réagir à cette violence. Aveuglées par l'amour, entièrement dépendantes de leur conjoint, elles se trouvent dans une fausse impression de sécurité qui les rend plus tolérantes à certains actes que pourraient leur faire subir leur conjoint, en comparaison à un échantillon

de femmes supposées non-victimes de violences. Malgré des actes de plus en plus violents, elles sont dans l'incapacité de concevoir qu'elles sont potentiellement en danger. D'ailleurs, elles associent ce terme « *danger* » aux mots « *étranger* », « *inconnus* », et voient finalement le danger dans le fait de quitter leur compagnon et de se retrouver seule. Notre étude a par ailleurs mis en évidence que, comparativement à un groupe de femmes supposées non victimes de violences conjugales, les femmes victimes ont un seuil plus élevé quant aux actes qu'elles sont prêtes à tolérer dans le cadre de leur vie de couple.

Nous avons également constaté que ces femmes ont une connaissance inexacte des situations de « *conflit de couple* » et « *violence conjugale* », pouvant les amener à confondre les deux, à leur donner la fausse impression que leur situation est « *normale* » et « *banale* » et de nouveau à les induire dans une fausse impression de sécurité.

La prise en charge des femmes victimes de violences conjugales se doit d'être pluridisciplinaire et multifactorielle, dans le but de prévenir les drames. Le rôle des professionnels de santé est particulièrement important. Les médecins se doivent d'être attentifs aux motifs de consultation mais aussi aux attitudes de la femme, de leurs enfants ou même de leur conjoint, afin de pouvoir au mieux suspecter et identifier la violence. Une évaluation de la situation et des risques est ensuite nécessaire afin d'orienter au mieux la victime et de mettre en place une prise en charge adaptée. Cette attention toute particulière des professionnels de santé et la prise en charge qui en découle est d'autant plus importante que le déni complet de la situation est une des principales caractéristique de la violence conjugale. Ainsi, l'aveuglement et le déni qui marquent les victimes de violences conjugales, auxquels s'ajoutent les conséquences psychiques importantes de ces violences, les rendent incapables de se protéger elles-mêmes, voire même de protéger leurs enfants. Il est donc absolument indispensable que la prévention vienne de l'extérieur et notamment des professionnels de santé.

Il serait intéressant de compléter ce travail par un travail qualitatif sur la représentation du danger encouru par leurs patientes chez les médecins, mais également chez l'ensemble des intervenants dans les situations de violences conjugales (autres professionnels de santé, professionnels de la justice, milieux socio-éducatifs). Ces résultats pourraient ainsi mettre en évidence les idées reçues de ces différents professionnels au sujet des violences conjugales et proposer une amélioration de la prise en charge des victimes, par une amélioration de la connaissance du fonctionnement psychique de chacun.

Bibliographie

- 1 - Souffron K. Les violences conjugales. Editions Milan. 2007
- 2 - ONU, Organisation des Nations Unies. Déclaration sur l'élimination des violences à l'égard des femmes. 1993. Disponible sur <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
- 3 - OMS, Organisation Mondiale de la santé. Le féminicide, comprendre et lutter contre les violences faites aux femmes. 2012. Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86253/1/WHO_RHR_12.38_fre.pdf?ua=1
- 4 - Jaspard M, Brown E, Condon S et coll. Les violences envers les femmes. Une enquête nationale, ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Ministère délégué à la Parité et à l'Égalité professionnelle. Paris. La Documentation Française. 2002
- 5 - Maison Femmes Québec. Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. Et si c'était plus que de la chicane ? Des repères pour différencier la violence conjugale de la chicane. 2005. Disponible sur <http://maisons-femmes.qc.ca/wp-content/uploads/2012/06/fascicule.pdf>
- 6 - Salmona M. Violences conjugales. 2010. Disponible sur <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-conjugales.html>
- 7 - Jaspard M. Les violences contre les femmes. Paris. La Découverte. Coll. "Repères".2005
- 8 - Amnesty International. Qu'est-ce que la violence conjugale ? Disponible sur <https://www.amnesty.be/camp/droits-des-femmes/violence-conjugale/article/qu-est-ce-que-la-violence-conjugale>
- 9 - Code pénal. Ed. Dalloz. 2017
- 10 - Couturier M. Les évolutions du droit français face aux violences conjugales : De la préservation de l'institution familiale à la protection des membres de la famille. Dialogue. 2011;191(1):67-78
- 11 - Hirigoyen MF. Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple. Oh ! Editions. 2005
- 12 - Morvant C, Lebas J, Cabane J. et al. Violences conjugales : du dépistage à la prise en charge des victimes. Rev Prat MG. 2005;19(702/703):945-54
- 13 - Poyet Poulet A. Le médecin généraliste face aux violences conjugales. Évaluation de la formation médicale continue en Pays de la Loire [Thèse de Doctorat de Médecine]. Nantes: Université de Nantes Faculté de médecine. 2006
- 14 - Kuker O. Cause de la persistance d'une situation de violence conjugale [Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Assistant du Service Social]. Mulhouse: Institut supérieur social de Mulhouse. 2005

- 15 - Madou G. Violences conjugales : faire face et s'en sortir. Puit fleuri. 2007
- 16 - Morbois C, Casalis MF. La violence masculine à l'encontre des femmes. ADSP. 2000; 31:42-48
- 17 - D'Hauwe P. Le médecin généraliste face à la violence conjugale. Santé conjugale. 2008 janv;43:68-75
- 18 - Walker L. The battered women. 1979
- 19 - MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes. 2015 nov. Disponible sur http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
- 20 - Monnier V. Direct Matin. 14-04-2011
- 21 - Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans [Thèse de Doctorat de Médecine]. Paris: Université Paris 6 - Pierre et Marie Curie. 2012
- 22 - Welzer Lang D. Les hommes violents. Petite bibliothèque Payot. 2005
- 23 - Vasseur P. Profil de femmes victimes de violences conjugales. La Presse Médicale. 2004 Dec;33(22):1566-8
- 24 - Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. La documentation française. 2001
- 25 - OMS - Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. Aide-mémoire. Novembre 2016
- 26 - OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé, Chapitre 4 : la violence exercée par les partenaires intimes. Genève. 2002:97-136
- 27 - Vos T, Astbury J, Piers LS, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bull World Health Organ. 2006 Sep;84(9):739-44
- 28 - Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts Ch, Garcia-Moreno C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence : an observational study. Lancet. 2008 Apr 5;371(9619):1165-72
- 29 - Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health : depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. J Womens Health (Larchmt). 2006 Jun;15(5):599-611

- 30 - Campbell J, Jones AS, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002 May 27;162(10):1157-63
- 31 - Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002 Apr 13;359(9314):1331-6
- 32 - Vives Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escriba-Aguir V, Miralles JJ. The effects of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health* .2011 Mar;33(1):15-21
- 33 - Valladares E, Pena R, Ellsberg M, Persson La, Högberg U. Neuroendocrine response to violence during pregnancy : impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):818-23
- 34 - Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, Mckeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med*. 2000 May;9(5):451-7
- 35 - Salmona M. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales, In *Violence conjugale et famille*, sous la direction de Coutanceau R et Salmona M, Ed Junod, Paris. 2016:98-107
- 36 - Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts Ch, Garcia-Moreno C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence : an observational study. *Lancet*. 2008 Apr 5;371(9619):1165-72
- 37 - Stark E, Flitcraft AH. Spouse abuse. In *Violence in America : a Public Health Approach* edited by Rosenberg M, Mercy J. Oxford University Press. 1991
- 38 - Yoshihama M, Horrocks J, Bybee D. Intimate partner violence and initiation of smoking and drinking : a population-based study of women in Yokohama, Japan. *Soc Sci Med*. 2010 sep;71(6):1199-207
- 39 - Shannon L, Logan T, Cole J, Walker R. An examination of women's alcohol use and partner victimization experiences among women with protective orders. *Subst Use Misuse*. 2008 Jul;43(8- 9):1110-28
- 40 - Salmona M. La grossesse à l'épreuve des violences conjugales. In *Violence conjugale et famille*, sous la direction de Coutanceau R. et Salmona M., Ed. Junod, Paris.2016:64-76
- 41 - Stockl H, Hertlein L, Himsl I, Hasbargen U, Friese K, Stockl D. Intimate partner violence and its association with pregnancy loss and pregnancy planning. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Jan;91(1):128-33

- 42 - Morvant C, Lebas J, Cabane J, Leclercq V, Chauvin P. Dossier violences conjugales. La revue du praticien. 2005 sep;19(702/703):945-54
- 43 - Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse, J Gynecol Obstet Reprod. 2002;34, Suppl 134:S47-53
- 44 - Litrownik AJ, Newton R, Hunter WM. Exposure to family violence in young at-risk children : a longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. Journal of Family Violence. 2003;18:59–73
- 45 - Dube SR, Anda RF, Felitti VJ. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span : findings from the adverse childhood experiences study. JAMA. 2001;286:3089-3096
- 46 - Dube SR, Anda RF, Felitti VJ. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children : implications for health and social services. Violence Vict. 2002;17:3-17
- 47 - Fantuzzo JW, Mohr WK. The prevalence and effects of child exposure to domestic violence. The Future of Children. 1999;9(3):21–32
- 48 - Kalmuss D. The intergenerational transmission of marital aggression. Journal of Marriage and the Family. 1984;46:11–19
- 49 - Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les hommes et les femmes. Premier plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2005 - 2007 : 10 mesures pour l'autonomie des femmes
- 50 - Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les hommes et les femmes. Deuxième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2008 - 2010 : Douze objectifs pour combattre les violences faites aux femmes
- 51 - Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les hommes et les femmes. Troisième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011 - 2013
- 52 - Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les hommes et les femmes. Quatrième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2014 - 2016
- 53 - Secrétariat d'Etat en charge de l'égalité entre les hommes et les femmes. Cinquième plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2017- 2019 : Le sexisme tue aussi
- 54 - Fédération Nationale Solidarité Femmes : <http://www.solidaritefemmes.org/appeler-le-3919>

55 - stop-violences-femmes.gouv.fr

56 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013

57 - Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. et al., Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 9(84):142-5

58 - Britten N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research. BJM. 1995;311:251-253

59 - Ayres L., Kavanaugh K., Knafl KA. Within case and across case approaches to qualitative data analysis. Qualitative Health Research. 2003;13(6):871-83

60 - Delbreil A., Voyer M., Senon JL., Violence et homicide au sein du couple. In Psychocriminologie, sous la direction de SENON JL., Ed Dunod, Paris. 2012:283-93

61 - Voyer M, Delbreil A, Senon JL. Violences conjugales et troubles psychiatriques. L'information psychiatrique. 2014;90:663-71

62 - Ordre National des Médecins Conseil Départemental de la Vienne, Ordre des Avocats de Poitiers. Bulletin n°30. 2010 sept

63 - Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan, Paris. 1992 (2001)

64 - OMS. Global Consultation on Violence and Health. Violence : a public health priority,. Genève. 1996

65 - HAS, Haute Autorité de Santé. Audition publique – Rapport d'orientation de la commission d'audition. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011 mar:4

66 - Daligand L. Violences conjugales en guise d'amour. Albin Michel. 2006

67 - Richardson JO. et al. Identifying domestic violence : cross sectional study in primary care. BJM. 2002;324:274-77

68 - Coutanceau R. Amour et Violence : le défi de l'intimité. Ed. Odile Jacob. 2001 (2006)

69 - Grihom MJ. Les motifs du silence : violence sexuelle et lien de couple. In Le corps en lambeaux, sous la direction de BODIOU L. Ed Presses universitaires de Rennes. 2016

70 - Smith J. Facteurs de vulnérabilité à l'emprise. In Violence et Famille : Comprendre pour prévenir, sous la direction de Coutanceau R et Smith J, Ed Dunod. 2011:229-38

- 71 - Cottraux J. La répétition des scénarios de vie : demain est une autre vie. Ed. Odile Jacob. 2001 (2003)
- 72 - Laloum A. Groupe de parole destiné aux femmes victimes de violences conjugales. In Violence conjugale et famille, sous la direction de Coutanceau R et Salmona M. Ed Junod, Paris. 2016
- 73 - Delbreil A, Senon JL. L'homicide conjugal : questions de prévention ? In Le corps en lambeaux, sous la direction de BODIOU L. Ed Presses universitaires de Rennes. 2016
- 74 - Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. Exercer. 2010;92:75-81
- 75 - Collective. Clinical aspects of domestic violence for obstetrician/gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. 1994
- 76 - Collective. Domestic violence. American College of Obstetricians and Gynecologists. Technical Bulletin no. 209. 1995

Liste des figures

<i>Figure 1</i> : Les 4 phases du cycle de la violence	23
<i>Figure 2</i> : Répartition de la population témoin par tranche d'âge	42
<i>Figure 3</i> : Répartition des répondants en fonction de leur situation maritale	43
<i>Figure 4</i> : Diagramme des flux	48
<i>Figure 5</i> : Durée des entretiens par victime	49
<i>Figure 6</i> : Les formes de violences subies (nombre de femmes affectées)	56
<i>Figure 7</i> : Conséquences psychiques des violences	61
<i>Figure 8</i> : Niveau d'anxiété des femmes victimes de violences conjugales en fonction de leur réponse à l'auto-questionnaire STAI	62

Liste des tableaux

<i>Tableau 1</i> : Comportement des femmes non victimes de violences conjugales devant un acte de violence survenu dans leur vie de couple	44
<i>Tableau 2</i> : Analyse des connaissances des termes « conflit de couple » et « violence conjugale » chez les femmes non-victimes de violences conjugales	45
<i>Tableau 3</i> : Répartition en fonction des actes identifiés comme étant des violences conjugales chez les femmes non-victimes de violences conjugales	46
<i>Tableau 4</i> : Profil des femmes victimes de violences conjugales de l'échantillon	50
<i>Tableau 5</i> : Comportement des femmes victimes de violences conjugales devant un acte de violence survenu dans leur vie de couple	54
<i>Tableau 6</i> : Analyse des connaissances des termes « conflit de couple » et « violence conjugale » chez les femmes victimes de violences conjugales	55
<i>Tableau 7</i> : Répartition en fonction des actes identifiés comme étant des violences conjugales chez les femmes victimes de violences conjugales	56
<i>Tableau 8</i> : Lésions physiques principales suite aux violences	59

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information

Mesdames,

Je m'appelle Anne-Laure BOYER et je fais actuellement une enquête au sujet des violences conjugales pour ma thèse de fin d'études de médecine.

J'ai, au cours de ma formation, été confrontée à plusieurs reprises à ces violences. C'est donc un sujet que je souhaite approfondir pour ce travail de fin d'études.

Je cherche en particulier à connaître les différents type de violences qui peuvent exister au sein du couple et le ressenti des femmes face à ces violences. Et pour cela, je m'intéresse plus particulièrement à vous, les principaux protagonistes. En effet, il m'est apparu important de vous donner la parole pour connaître vos sentiments et votre opinion. Je voulais pour cela vous rencontrer pour discuter de votre histoire, votre parcours, vos sentiments et votre expérience... et entendre ce que vous pourrez me raconter.

Cet entretien sera anonyme et prendra la forme d'une discussion de 45-60 minutes. Il sera enregistré seulement avec votre accord pour que je puisse retranscrire vos mots avec le plus de fidélité.

Grace aux données recueillies nous souhaitons améliorer l'aide et le soutien apportés aux femmes victimes de violences conjugales, tant sur le plan médical que social ou judiciaire.

Vous pouvez si vous le souhaitez laisser vos coordonnées à l'équipe soignante ou aux personnels de l'association, selon votre cas, **afin que je vous recontacte pour prendre un rendez-vous.**

Dans l'attente de vous rencontrer,

Anne-Laure BOYER

Annexe 2 : Autorisation pour l'enregistrement audio de l'entretien et pour l'utilisation des données enregistrées

Je soussigné(e) _____

- reconnaît avoir été informée des objectifs de l'étude à laquelle je participe.
- autorise par la présente Anne-Laure BOYER à enregistrer en audio l'entretien réalisé.
- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires).
- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront **anonymisées** : ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Lieu et date : _____

Signature :

Annexe 3 : Trame d'entretien

- ☐ Plainte actuelle ou ancienne
- ☐ Absence de plainte

1 - Caractères généraux

La victime :

- 1.1 Age
- 1.2 Niveau d'études
- 1.3 Sources de revenu
- 1.4 Origine culturelle

L'agresseur :

- 1.5 Age
- 1.6 Niveau d'études
- 1.7 Sources de revenu
- 1.8 Origine culturelle

2 - Conflit de couple et violence conjugale

- 2.1 Selon vous, qu'est-ce qu'un « *conflit de couple* » ?
- 2.2 Comment définissez-vous la « *violence conjugale* » ?
- 2.3 Connaissez-vous les différents types de violence conjugale ?
- 2.4 Selon vous, quelle est la différence entre un conflit de couple et la violence conjugale ?
- 2.5 Quel a été votre comportement face à ces différents actes ?

1 = Vous êtes restée avec votre compagnon.

2 = L'idée de partir vous a effleurée.

3 = Vous en avez discuté avec votre compagnon : si cela se reproduit, vous partirez.

4 = Vous êtes partie temporairement.

5 = Vous êtes partie définitivement.

- Vous faire rabaisser ou dénigrer ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire insulter ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire saisir par les poignets ou les épaules ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire pousser ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire secouer ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire tirer les cheveux ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir une claque ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir un coup de poing ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

- Vous faire menacer avec un objet ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir un coup avec un objet ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir des menace de mort ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire serrer le cou ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Accepter un rapport sexuel pour « *avoir la paix* » ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Etre contrainte physiquement à avoir un rapport sexuel ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3 - **Parcours de vie/Antécédents**

3.1 Avez-vous subi des violences pendant l'enfance ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de la part de qui ? De quel type ? Pendant combien de temps ?

3.2 Avez-vous déjà subi des violences conjugales dans une autre relation de couple ? ☐ Oui
☐ Non

Si oui, de quel type ?

3.3 Antécédents psychiatriques :

- pathologie psychiatrique connue ? ☐ Oui ☐ Non (Optionnel, sur dossier)
- trouble de la personnalité ? ☐ Oui ☐ Non (Optionnel, sur dossier)
- suivi psychiatrique régulier ? ☐ Oui ☐ Non
- traitement actuel ou ancien ? ☐ Oui ☐ Non
- antécédent d'hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

4 - **Situation conjugale actuelle**

4.1 Depuis combien de temps la relation dure-t-elle ?

4.2 Vivez-vous ensemble ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis combien de temps ?

4.3 Existe-t-il des conflits dans le couple ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis quand ? Sur quel sujet ?

4.4 Avez-vous des enfants en commun ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui combien ? De quel âge ?

4.5 Y a-t-il des enfants d'une union précédente ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui combien ? De quel âge ?

4.6 Ces enfants vivent-ils dans le même logement que le couple ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, sont-ils présents lors les situations de violences ? ☐ Oui ☐ Non

4.7 Ces enfants ont-ils un suivi en pédopsychiatrie ? ☐ Oui ☐ Non

4.8 Ces enfants subissent-ils des violences ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel type ?

5 - Les faits de violence dans ce couple

5.1 Quel est le type de violence dans le couple ?

- ☐ Verbale/psychologique/menaces
- ☐ Physiques
- ☐ Sexuelles
- ☐ Financières

5.2 A quel moment les violences ont-elles commencé ?

5.3 A quelle fréquence les violences surviennent-elles ?

5.4 En cas de violences physiques :

a) De quel type de lésions s'agit-il ?

b) Ont-elles nécessité des soins ? ☐ Oui ☐ Non

c) Ces lésions ont-elles entraîné une gêne dans les actes de la vie courante ?

☐ Oui ☐ Non

6 - La représentation du danger

6.1 Concernant les derniers faits, vous êtes-vous sentie en danger ? ☐ Oui ☐ Non

Vous êtes-vous déjà sentie en danger au cours de faits similaires ? ☐ Oui ☐ Non

6.2 Si oui à une de ces questions, que s'est-il passé pour que vous vous sentiez en danger dans ces situations ?

6.3 Si la réponse à ces dernières questions est négative, quels actes/quels types de violence pourraient provoquer le sentiment de danger chez vous ?

6.4 De façon générale, quel type de situations interprétez-vous comme étant dangereuse ?

6.5 Existe-t-il des situations de violence au cours desquelles vous ne vous sentez pas en danger ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pouvez-vous décrire ces situations ?

7 - L'entretien psychiatrique

7.1 Existence d'une symptomatologie psychiatrique.

7.2 Résultat à l'échelle MADRS/60

7.3 Auto-questionnaire STAI :

- anxiété-état (Y-A)/80
- anxiété-trait (Y-B)/80.

8 - La consultation UMJ sur réquisition judiciaire (optionnel)

8.1 Descriptif des lésions en lien avec les faits.

Ces lésions ont-elles nécessité des soins ? ☐ Oui ☐ Non

8.2 Ces lésions entraînent-elle une gêne dans les actes de la vie courante ?

Action	Sans difficulté	Difficile	Impossible seul	Action	Sans difficulté	Difficile	Impossible seul
Se lever/se coucher				Faire ses courses			
S'habiller/se déshabiller				Se déplacer/marcher			
Se doucher/se laver				Conduire			
Préparer les repas				Faire son ménage			
Prendre ses repas				Prendre ses médicaments			
Sortir de chez soi				Avoir une vie sociale			

8.3 ITT établi par le médecin légiste concernant ces faits.

Annexe 4 : Questionnaire proposé aux femmes supposées non victimes de violences conjugales

Je vous remercie du temps que vous passerez à remplir ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ! Ce questionnaire est strictement **anonyme** et **aucun jugement ne sera porté**. L'objectif est d'analyser, chez les gens, le ressenti du caractère dangereux de certaines situations de la vie de couple.

1/ Partiriez-vous si au cours de votre vie conjugale votre compagnon vous faisait les actes suivants ?

1 = Non, vous restez avec votre compagnon.

2 = L'idée de partir vous effleure.

3 = Vous en discutez avec votre compagnon : si cela se reproduit, vous partirez.

4 = Vous partez temporairement.

5 = Oui, vous partez définitivement.

- Vous faire rabaisser ou dénigrer ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire insulter ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire saisir par les poignets ou les épaules ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire pousser ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire secouer ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire tirer les cheveux ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir une claque ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir un coup de poing ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire menacer avec un objet ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir un coup avec un objet ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Recevoir des menace de mort ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Vous faire serrer le cou ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Accepter un rapport sexuel pour « *avoir la paix* » ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- Etre contrainte physiquement à avoir un rapport sexuel ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2/ En quelques mots, comment définissez-vous le conflit de couple ?

3/ En quelques mots, comment définissez-vous la violence conjugale ?

4/ Quelle est selon vous la principale différence entre le « *conflit de couple* » et la « *violence conjugale* » ?

5/ Connaissez-vous les différents types de violence conjugale ?

Questions facultatives :

- Votre âge
- Votre situation maritale actuelle

Merci !

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaye sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI FORME Y-A

C.D. SPIELBERGER, 1983

Traduction française : M.B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

Outil d'évaluation 1

NOM :

PRENOM :

SEXE : ☐

AGE :

DATE :

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **à l'instant, juste en ce moment**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **actuels**.

		Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1	Je me sens calme.	☐	☐	☐	☐
2	Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.	☐	☐	☐	☐
3	Je suis tendu(e), crispé(e).	☐	☐	☐	☐
4	Je me sens surmené(e).	☐	☐	☐	☐
5	Je me sens tranquille, bien dans ma peau.	☐	☐	☐	☐
6	Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).	☐	☐	☐	☐
7	L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.	☐	☐	☐	☐
8	Je me sens content(e).	☐	☐	☐	☐
9	Je me sens effrayé(e).	☐	☐	☐	☐
10	Je me sens à mon aise.	☐	☐	☐	☐
11	Je sens que j'ai confiance en moi.	☐	☐	☐	☐
12	Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.	☐	☐	☐	☐

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
13 J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).	☐	☐	☐	☐
14 Je me sens indécis(e).	☐	☐	☐	☐
15 Je suis décontracté(e), détendu(e).	☐	☐	☐	☐
16 Je suis satisfait(e).	☐	☐	☐	☐
17 Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse).	☐	☐	☐	☐
18 Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).	☐	☐	☐	☐
19 Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).	☐	☐	☐	☐
20 Je me sens de bonne humeur, aimable.	☐	☐	☐	☐

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION STAI FORME Y-B

C.D. SPIELBERGER, 1983
Traduction française : M.B. SCHWEITZER et I. PAULHAN, 1990

Outil d'évaluation 2

NOM :

PRENOM :

SEXE : ☐

AGE :

DATE :

CONSIGNES

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **généralement**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **habituels**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21 Je me sens de bonne humeur, aimable.	☐	☐	☐	☐
22 Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e).	☐	☐	☐	☐
23 Je me sens content(e) de moi.	☐	☐	☐	☐
24 Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.	☐	☐	☐	☐
25 J'ai un sentiment d'échec.	☐	☐	☐	☐
26 Je me sens reposé(e).	☐	☐	☐	☐
27 J'ai tout mon sang-froid.	☐	☐	☐	☐
28 J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.	☐	☐	☐	☐
29 Je m'inquiète à propos de choses sans importance.	☐	☐	☐	☐
30 Je suis heureux(se).	☐	☐	☐	☐
31 J'ai des pensées qui me perturbent.	☐	☐	☐	☐

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
32 Je manque de confiance en moi.	☐	☐	☐	☐
33 Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.	☐	☐	☐	☐
34 Je prends facilement des décisions.	☐	☐	☐	☐
35 Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.	☐	☐	☐	☐
36 Je suis satisfait(e).	☐	☐	☐	☐
37 Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.	☐	☐	☐	☐
38 Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement.	☐	☐	☐	☐
39 Je suis une personne posée, solide, stable.	☐	☐	☐	☐
40 Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.	☐	☐	☐	☐

Résumé

Introduction :

La violence conjugale est une problématique complexe liée à un phénomène d'emprise que le partenaire violent instaure progressivement sans que sa victime ne s'en rende compte. Ces violences, à la fois psychologiques, physiques, sexuelles et économiques, alternent avec des phases de rémission et ont de nombreuses répercussions sur la santé des femmes, la conséquence la plus grave étant le décès.

Objectif et méthode :

Notre étude qualitative par entretien semi-directif auprès de 9 femmes victimes a cherché à mettre en évidence la représentation que ces femmes ont du danger dans les violences conjugales. Nous avons comparé certaines de leurs réponses à celles données par un groupe témoin de femmes supposées non victimes.

Résultats :

Nous avons mis en évidence une confusion du terme « *violence conjugale* » avec celui de « *conflit de couple* » par les femmes victimes de violences conjugales, à l'origine d'une banalisation de leur situation. Nous avons également constaté un seuil de tolérance aux sévices conjugaux plus élevé chez les femmes victimes que chez les femmes non victimes.

Discussion :

Les violences sont à l'origine de troubles psychiatriques importants entretenant une vulnérabilité psychique souvent pré-existante aux violences. Ces femmes ont souvent un trouble de l'attachement, voire une personnalité dépendante. Elles craignent la solitude et ont un sentiment souvent erroné de leur incapacité à affronter seules le quotidien, leur donnant l'illusion qu'un danger plus grand les guette si elles mettent fin à leur relation.

Conclusion :

La prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire, avec des professionnels en mesure de reconnaître les situations à risque morbide voire létal.

Mots-clés :

Femme ; Violence ; Danger ; Homicide conjugal ; Troubles psychiatriques ; Prévention

Abstract

Domestic violence is a complex issue linked to a phenomenon of hold gradually instaured by the violent partner without its victim realizing it. These violences, which are simultaneously psychological, physical, sexual and economic, alternate with stages of remission and have numerous repercussions on women's health, the most critical consequence being death.

Our quantitative study consisting of semi-directive interview with 9 victim women was meant to highlight the representation of danger these women have. We compared some of their answers with the answers provided by a control group of women assumed non-victim.

We highlighted a confusion between the term « *domestic violence* » and the term « *couple conflict* » made by women victims of domestic violence, confusion from which originates the trivialisation of the situation. We also noticed a highest threshold tolerance to domestic seivces with victim women when compared with non-victim women.

Violences are the source of important psychiatric disorders nurturing a psychic vulnerability often preexisting said violences. These women often suffer an attachment disorder, if not a depending personality. They fear loneliness and often wrongly feel that they cannot face alone the everyday life, giving them the illusion of a greater threat if they were to terminate their relationship. Care must be multidisciplinary, handled by professionals capable of identifying situations with morbid to lethal risk.

Key words :

Women ; Violence ; Danger ; Spousal homicide ; Psychiatric disorders ; Prevention

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

