

Membre de l'université Paris Lumières

Hinda HAMDI

**Les stratégies de coping en contexte de violences conjugales :
Étude de leurs effets sur la souffrance psychique et la qualité de vie
des femmes victimes de violences conjugales**

**Coping strategies in the context of domestic violence :
Study of their effects on mental suffering and life quality of
women victims of domestic violence**

**Thèse présentée et soutenue publiquement le Mardi 21 Novembre 2017
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie
de l'Université Paris Nanterre**

Sous la direction de M. le professeur Cyrille BOUVET (Université Paris Nanterre)

Membre du jury :	M. Abdel-Halim BOUDOUKHA	Professeur de Psychologie Clinique, Université de Nantes, France
Directeur de thèse :	M. Cyrille BOUVET	Professeur de Psychologie Clinique, Université Paris Nanterre, France
Rapporteuse :	Mme Marie-Carmen CASTILLO	Professeure de Psychologie Clinique, Université Paris 8 Vincennes-Saint- Denis, France
Rapporteuse :	Mme Suzanne LÉVEILLÉE	Professeure agrégée département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Membre du jury :	Mme Lucia ROMO	Professeure de Psychologie Clinique, Université Paris Nanterre, France

Université Paris Nanterre : 200 Avenue de la République, 92000 Nanterre

Ecole doctorale 139 : Connaissance, langage, modélisation

Equipe d'Accueil 4430, CliPsyD



Hinda HAMDI

Thèse de doctorat en Psychologie Clinique

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 21 Novembre 2017

Les stratégies de coping en contexte de violences conjugales :
Étude de leurs effets sur la souffrance psychique et la qualité de vie des
femmes victimes de violences conjugales

Coping strategies in the context of domestic violence :
Study of their effects on mental suffering and life quality of
women victims of domestic violence

Sous la direction de :

Monsieur le Professeur Cyrille BOUVET

Composition du Jury :

Membre du jury :	Mr. Abdel-Halim BOUDOUKHA	Professeur de Psychologie Clinique, Université de Nantes, France
Directeur de thèse :	Mr. Cyrille BOUVET	Professeur de Psychologie Clinique, Université Paris Nanterre, France
Membre du jury :	Mme Marie-Carmen CASTILLO	Professeure de Psychologie Clinique, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, France
Membre du jury :	Mme Suzanne LÉVEILLÉE	Professeure agrégée département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada
Membre du jury :	Mme Lucia ROMO	Professeure de Psychologie Clinique, Université Paris Nanterre, France

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer mes remerciements les plus sincères à Madame Lucia ROMO, Madame Suzanne LÉVEILLÉE, Madame Marie-Carmen CASTILLO et à Monsieur Abdel-Halim BOUDOUKHA, pour avoir bien voulu honorer de leur présence mon jury de thèse, et avoir évalué mon travail.

Je tiens à remercier chaleureusement mon directeur de thèse, Monsieur Cyrille BOUVET, pour m'avoir montré le chemin de la réussite universitaire et pour m'avoir donné les remarques nécessaires à mon évolution professionnelle. Puisse ce travail être à la hauteur de tous les enseignements que vous m'avez donnés.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à mon mari, Djafar ZEBACHI, pour son soutien et sa présence tout au long de mon parcours. Puisse notre amour symboliser la quiétude et la longévité.

J'aimerais dire ma profonde affection pour mes parents, Hayet et Habib HAMDI, mes deux sœurs, Nadia et Lamia, et mon frère jumeau, Tawfik. Puisse ce travail traduire toute la reconnaissance et l'amour que je vous porte.

A mon petit neveu, Noah, qui illumine la vie de la famille, au quotidien.

Je souhaite avoir une pensée pour ma belle famille, en particulier, ma belle sœur, Sonia ZEBACHI, pour son aide et sa patience. Puisse nos relations continuer à être indéfectibles.

A mes amies, Vanessa, Rachel, Caroline, Damaris et Dahlia pour leur bonne humeur et leur joie communicative. Puisse notre amitié avoir une durée sans fin.

A mes collègues de travail, Laurence, Valérie, Mariam, Nathalie, Baudrine, Karima, Rachid, Régis, Sid, Louis (et tous les autres) pour les relations de travail ensoleillées que nous entretenons. Puisse nos relations continuer à être riches et constructives.

Aux femmes victimes de violences conjugales que j'ai reçues pour leur gentillesse et leur sincérité. Puisse ce travail leur rendre hommage, et œuvrer vers une meilleure connaissance des maltraitances intrafamiliales.

Résumé

Introduction : Les violences conjugales constituent une source de stress importante pour les femmes qui en sont victimes. Pour faire face au stress perçu, ces dernières ont tendance à mettre en place des stratégies d'adaptation au stress dites stratégies de *coping*. Si celles-ci sont dysfonctionnelles, elles peuvent menacer la santé mentale. Dans cette perspective, l'objectif principal de la présente thèse est de mesurer l'efficacité potentielle de plusieurs stratégies de *coping* sur l'intensité de diverses dimensions psychologiques (l'anxiété état-trait, la dépression, le stress post-traumatique, la dissociation et la perception de la qualité de vie) dans un contexte spécifique de violences conjugales. Et ce, de façon à dégager des applications psychothérapeutiques centrées sur l'apprentissage de stratégies de *coping* qui joueraient un rôle bénéfique sur la santé mentale de femmes victimes de violences conjugales. L'objectif secondaire de cette thèse est de proposer une étude comparative entre un groupe de femmes victimes de violences conjugales et un groupe témoin de femmes non victimes de violences issues de la population générale, selon les variables mesurées.

Méthode : Les données ont été recueillies, selon une approche quantitative (questionnaires d'auto-évaluation scientifiquement valides) et qualitative (guide d'entretien semi-structuré), auprès de 78 femmes victimes de violences conjugales et de 99 femmes issues de la population générale. Des analyses bivariées, multivariées et des tests de comparaison ont été effectués pour tester, sur le plan statistique, nos hypothèses de recherche.

Résultats : Les résultats principaux indiquent que chez des femmes victimes de violences conjugales, les stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur la résolution de problème et centrées sur l'évolution personnelle sont particulièrement efficaces pour le niveau d'anxiété-dépression et pour permettre une perception satisfaisante de la qualité de vie. Les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle jouent un rôle bénéfique sur la perception de la qualité de vie. En revanche, des stratégies de *coping* telles que celles centrées sur l'évasion apparaissent comme néfastes pour toutes les variables psychologiques étudiées. Les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et centrées sur l'acceptation jouent un rôle délétère sur le niveau de stress post-traumatique. Enfin, aucune des stratégies de *coping* mesurées n'a eu de liens favorables avec le niveau de dissociation. Les femmes victimes de violences conjugales souffrant de dissociation à un degré pathologique constituent une population fortement à risque. Concernant l'étude comparative, nos résultats révèlent que les femmes victimes de violences conjugales sont plus anxieuses, plus dépressives, plus psychotraumatisées, plus dissociées et ont une moins bonne perception de la qualité de vie que les femmes issues d'un groupe témoin. Elles utilisent plus de stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur l'acceptation et centrées sur l'évasion, et moins de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social que celles issues du groupe témoin.

Conclusion : Des pistes de réflexion intégrant la question des stratégies de *coping* ont été proposées pour améliorer la prise en charge psychothérapeutique des femmes victimes de violences conjugales. La création de nouvelles stratégies de *coping* davantage spécifiques et adaptées à un contexte de violences conjugales a également été suggérée, et des propositions ont été faites.

Mots-clés : Violences conjugales, *coping*, anxiété, dépression, stress post-traumatique et qualité de vie.

Abstract

Introduction : Domestic violence constitutes an important source of stress for women who are victims. To face the stress felt, the latter tend to set up strategies of adaptation to this stress called coping strategies. If these are dysfunctional, they can threaten mental health. In this perspective, the main objective of the present thesis is to measure the potential efficiency of several coping strategies on the intensity of diverse psychological dimensions (anxiety-state-trait, depression, post-traumatic stress, dissociation and perception of life quality) in a specific context of domestic violence. And thus, to bring out psychotherapeutic applications centered on the learning of coping strategies which would play a beneficial role on the mental health of women victims of domestic violence. The secondary objective of this thesis is to propose a comparative study between a group of women victims of domestic violence and a control group of women who have not been victims of violence, stemming from the general population, according to the measured variables.

Method : The data were collected, according to a quantitative approach (questionnaires of self-assessment scientifically valid) and qualitative (semi-structured interview guide), amongst 78 women victims of domestic violence and 99 women stemming from the general population. Bivariate, multivariate analyses and comparative tests were carried out to test, at a statistical level, our hypotheses of research.

Results : The main results indicate that concerning women victims of domestic violence, the coping strategies centered on the problem, centered on the resolution of the problem, and centered on personal evolution are particularly effective for the level of anxiety-depression and to allow a satisfactory perception of life quality. The coping strategies centered on the autocontrol play a beneficial role on the perception of life quality. However, coping strategies such as those centered on escaping, appear as detrimental for all the psychological variables studied. The coping strategies centered on emotion and centered on acceptance play a noxious role on the level of post-traumatic stress. Finally, none of, the coping strategies measured had favorable links on the level of dissociation. Women victims of domestic violence suffering from dissociation at a pathological degree constitute a population strongly at risk. Concerning the comparative study, our results reveal that women victims of domestic violence are more anxious, more depressive, more pathologically traumatized, more dissociated and have a poorer perception of life quality than women stemming from a control group. They use more coping strategies centered on the problem, centered on acceptance and centered on escaping, and fewer coping strategies centered on research for social support than those stemming from the control group.

Conclusion : Lines of thought integrating the topic of coping strategies were proposed to improve the psychotherapeutic care of women victims of domestic violence. New strategies of coping, more specific and adapted to a context of domestic violence, have also been suggested, and proposals were made.

Keywords : Domestic violence, *coping*, anxiety, depression, post-traumatic stress and life quality.

Sommaire

Partie 1 : Introduction.....	8
Partie 2 : Revue de la littérature	11
2.1 Les violences conjugales.....	11
2.1.1 Définitions	11
2.1.2 Une violence faite aux femmes.....	14
2.1.3 Ampleur des violences conjugales dans le Monde	15
2.1.4 Ampleur des violences conjugales en France	16
2.1.5 Typologie des violences conjugales	17
2.1.5.1 Les violences psychologiques et verbales.....	18
2.1.5.2 Les violences physiques.....	21
2.1.5.3 Les violences sexuelles.....	23
2.1.5.4 Les violences de privation économique.....	25
2.1.5.5 Violence situationnelle / Terrorisme conjugal	26
2.1.6 Processus en jeu dans les violences conjugales	27
2.1.6.1 L'emprise psychologique	27
2.1.6.2 La manipulation	31
2.1.7 Effets des violences conjugales sur la santé.....	34
2.1.7.1 Sur le plan psychopathologique	35
2.1.7.1.1 Etat de la question	35
2.1.7.1.2 Le stress post-traumatique	40
2.1.7.1.3 La dissociation traumatique	44
2.1.7.1.3.1 La conception Janetienne.....	44
2.1.7.1.3.2 Sémiologie de la dissociation traumatique	45
2.1.7.1.3.3 La dissociation structurelle de la personnalité.....	47
2.1.7.1.4 La mémoire traumatique	50
2.1.7.2 Conséquences des violences conjugales sur le plan somatique.....	52
2.1.7.3 Conséquences des violences conjugales sur les enfants qui y sont exposés	54
2.1.7.3.1 Données statistiques concernant l'exposition des enfants aux violences conjugales	54
2.1.7.3.2 Conséquences des violences conjugales sur la santé des enfants qui y sont exposés	55
2.1.7.3.3 Théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence.....	61
2.1.7.3.4 Conséquences des violences conjugales sur la parentalité des femmes victimes...	63
2.1.8 Facteurs de risque des violences conjugales.....	65
2.1.8.1 Le niveau socioculturel.....	65
2.1.8.2 Les antécédents de maltraitance.....	66

2.1.8.3	La situation conjugale	68
2.1.8.4	Caractéristiques liées aux auteurs et aux victimes	69
2.1.8.5	Sexisme et discriminations	70
2.1.8.6	Le milieu de vie	71
2.1.9	Les déclencheurs des violences conjugales	72
2.1.10	Les obstacles à la séparation d'avec le conjoint violent	73
2.1.11	La rupture d'avec le conjoint violent : un processus	75
2.1.12	Caractéristiques du profil des femmes victimes de violences conjugales	77
2.1.13	Caractéristiques du profil des auteurs de violences conjugales	84
2.2	Stress et stratégies de coping	90
2.2.1	Modèle biomédical du stress	91
2.2.2	Modèle transactionnel du stress	91
2.2.2.1	Les stratégies de coping.....	93
2.2.3	Coping, antécédents de maltraitance et violences conjugales.....	96
2.2.4	Coping et violences conjugales	100
2.2.4.1	Variables influençant le coping en contexte de violences conjugales.....	100
2.2.4.2	Types de coping utilisés en contexte de violences conjugales	102
2.2.4.3	Effets des stratégies de coping sur la santé mentale	106
2.2.4.4	Effets des stratégies de coping sur les violences conjugales.....	113
2.2.5	Coping chez les enfants exposés aux violences conjugales	114
Partie 3 : Problématique		120
3.1	Questions de recherche	121
3.2	Objectifs de l'étude.....	121
3.3	Intérêt clinique.....	121
3.4	Variables mesurées.....	122
3.5	Hypothèses de recherche.....	125
3.5.1	Hypothèses opérationnelles découlant de l'hypothèse de recherche n°1	125
3.5.2	Hypothèses opérationnelles découlant de l'hypothèse de recherche n°2	130
3.5.3	Hypothèses opérationnelles découlant de l'hypothèse de recherche n°3	135
Partie 4 : Méthodologie		137
4.1	Population de l'étude	137
4.1.1	Groupe clinique.....	137
4.1.2	Groupe de comparaison	139
4.2.	Critères d'inclusion et d'exclusion	140
4.2.1	Groupe clinique.....	140
4.2.2	Groupe de comparaison	140
4.3	Procédure de recrutement	141

4.3.1	Groupe clinique	141
4.3.2	Groupe de comparaison	142
4.4	Instruments de mesure	142
4.5	Traitement statistique	155
Partie 5 : Résultats.....		157
5.1	Caractéristiques principales du groupe clinique	157
5.2	Distribution des variables étudiées	163
5.2.1	Groupe clinique	163
5.2.2	Groupe de comparaison	164
5.3	Analyses univariées	165
5.3.1	Groupe clinique/Groupe de comparaison	165
5.3.2	Comparaison Groupe clinique/Groupe de comparaison.....	176
5.4	Analyses statistiques concernant les variables de confusion.....	176
5.5	Résultats de l'étude n°1 portant sur le groupe clinique	179
5.5.1	Analyses bivariées.....	179
5.5.1.1	Synthèse des analyses bivariées.....	196
5.5.2	Analyses multivariées.....	197
5.5.2.1	Synthèse des analyses multivariées	223
5.6	Résultats de l'étude n°2 : Etude comparative	226
5.6.1	Synthèse de l'étude comparative	234
Partie 6 : Discussion		236
6.1	Discussion générale.....	236
6.1.1	Discussion concernant les résultats de la « WCC »	236
6.1.2	Discussion concernant les résultats de la « WCC-R »	238
6.1.3	Discussion concernant les résultats de l'étude comparative	244
6.1.4	Discussion concernant l'impact clinique de nos résultats	245
6.2	Limites de la recherche	268
Partie 7 : Conclusion		271
Références bibliographiques.....		274

Partie 1 : Introduction

Les violences conjugales suscitent un intérêt croissant dans le champ de la victimologie. Leurs effets psychopathogènes (Panaghi, Ghahari, Ahmadabadi & Yoosefi, 2008) ainsi que la perception de stress (Smith, Murray & Coker, 2010) qu'elles produisent sont particulièrement étudiés. Pour faire face au stress perçu, les femmes confrontées à des violences conjugales ont tendance à mettre en place une quantité importante de stratégies d'adaptation au stress dites stratégies de *coping* (Panaghi, Ghahari, Ahmadabadi & Yoosefi, 2008). Si celles-ci sont dysfonctionnelles, elles peuvent menacer la santé mentale (Lazarus & Folkman, 1984). C'est pour pallier à cela que de nombreuses études ont essayé de cibler les stratégies de *coping* qui joueraient un rôle bénéfique sur la santé mentale (Taft, Resick, Panuzio, Vogt & Mechanic, 2007). La présente thèse s'inscrit dans la continuité de ces études. En effet, son objectif principal sera de mesurer l'efficacité potentielle des stratégies de *coping* sur l'intensité de diverses dimensions psychologiques (l'anxiété état-trait, la dépression, le stress post-traumatique, la dissociation et la perception de la qualité de vie) dans un contexte spécifique de violences conjugales. Cela permettra de proposer des applications cliniques centrées sur l'apprentissage de stratégies de *coping* qui joueraient, dans un contexte de violences conjugales, un rôle modérateur sur l'intensité de l'anxiété état-trait, de la dépression, du stress post-traumatique et de la dissociation d'une part, et qui seraient impliquées dans une meilleure perception de la qualité de vie, d'autre part. Nous proposerons également dans le cadre de cette thèse une étude comparative selon ces variables entre un groupe témoin de femmes non victimes de violences et un groupe de femmes victimes de violences conjugales. Les résultats de cette démarche permettront de documenter la littérature actuelle sur les différences existantes entre les femmes victimes de violences conjugales et les femmes non victimes de violences en ce qui concerne les stratégies de coping utilisées et les variables psychologiques mesurées.

Ainsi, nous commencerons par proposer une revue de la littérature articulant les deux notions clés de ce travail de recherche : les violences conjugales et le *coping*.

La première partie abordera la question des violences conjugales sous divers aspects : sa définition, son ampleur en France et dans le monde, les différents types de violences conjugales, les mécanismes en jeu dans les violences conjugales, les conséquences des violences conjugales sur la santé psychique et physique des femmes qui en sont victimes et des enfants qui y sont exposés, les facteurs de risque des violences conjugales, et enfin, les caractéristiques relatives aux femmes battues ainsi qu'aux auteurs de violences conjugales.

La deuxième partie de la revue de la littérature portera sur le concept de *coping*. Nous commencerons par introduire deux modèles du stress : le modèle biomédical et le modèle transactionnel. Nous poursuivrons notre présentation par la définition du concept de *coping*. Enfin, nous examinerons la question du *coping* à la fois chez les femmes victimes de violences conjugales et chez les enfants et adolescents qui sont exposés à des violences conjugales.

Cette revue de la littérature sera suivie d'une description méthodologique des deux recherches proposées dans le cadre de la présente thèse (étude de l'effet des stratégies de coping sur la souffrance psychique et la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales / étude comparative entre des femmes victimes de violences conjugales (dissociées à un degré pathologique Vs non dissociées à un degré pathologique) et des femmes non victimes de violences selon les stratégies de *coping* utilisées et les variables psychologiques étudiées). La partie « méthode » comprendra leurs objectifs et leurs intérêts scientifiques, la description des variables étudiées, les hypothèses de recherche et les hypothèses opérationnelles qui y sont rattachées, la description des deux populations étudiées (groupe clinique Vs groupe de comparaison), les critères d'inclusion et d'exclusion retenus, la procédure qui a été menée ainsi que les considérations éthiques et déontologiques dont nous avons tenu compte. Pour clôturer cette partie, les instruments de mesure ainsi que la procédure statistique seront présentés.

La partie suivante portera sur les résultats des deux études menées. Cette partie « résultats » comprendra des analyses statistiques descriptives, des analyses univariées, des analyses bivariées et multivariées ainsi qu'une analyse comparative des deux groupes étudiés selon les variables mesurées.

La partie « discussion » aura pour objets de mettre en perspective les résultats de la présente thèse avec les données actuelles de la littérature sur le sujet, de décrire les limites des études menées, et d'en décliner des implications et des perspectives pour les recherches futures.

Pour finir, l'ensemble de ce travail sera repris et synthétisé dans le cadre d'une conclusion.

Partie 2 : Revue de la littérature

2.1 Les violences conjugales

2.1.1 Définitions

Les définitions existantes des violences conjugales utilisées pour la présente revue de la littérature proviennent essentiellement d'organismes qui se donnent pour mission de dénoncer et de lutter contre les violences conjugales. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) définit la violence conjugale comme « *tout acte de violence au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie* ». Cette définition insiste sur les effets de la violence perpétrée, ainsi que sur ses différentes formes.

L'Organisation des Nations-Unies (ONU, 2010) propose plusieurs définitions plus larges du phénomène en insistant sur la privation arbitraire de liberté que ces violences génèrent chez les femmes qui en sont victimes. Elles élargissent les effets de ces violences tout autant à leur vie privée qu'à leur vie publique, et soulignent le processus cyclique qui est en jeu dans les violences conjugales. Ainsi, selon l'ONU (2010), « *la violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée* ». L'ONU (2010) distingue, par ailleurs, dans la définition des violences faites aux femmes qu'elle propose, le « *conflit conjugal* » de la « *violence conjugale* ». D'après l'ONU (2010), « *le conflit implique interaction, débat. Il est à même d'entraîner une négociation et de faire évoluer les points de vue. La violence conjugale est un processus de domination au cours duquel l'un des deux conjoints installe et exerce une emprise sur l'autre en usant de tromperie, de séduction, de menaces, de contraintes ou de tout autre moyen à l'encontre de toute femme, et ayant pour but et pour effet de chercher à*

l'intimider, de la punir, ou de l'humilier, ou de la maintenir dans des rôles stéréotypés liés à son sexe, ou de lui refuser sa dignité humaine, son autonomie sexuelle, son intégrité physique, mentale et morale, ou d'ébranler sa sécurité personnelle, son amour-propre, sa personnalité, ou de diminuer ses capacités physiques ou intellectuelles». Enfin, l'ONU (2010) propose une définition plus détaillée du cycle répétitif et progressif des violences conjugales ainsi que de ses caractéristiques. Dans cette définition, « *la violence conjugale se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. Les spécialistes appellent cette progression « l'escalade de la violence ». Elle procède, chez l'agresseur, selon un cycle défini par des phases successives marquées par la montée de la tension, l'agression, la déresponsabilisation, la rémission et la réconciliation. A ces phases correspondent chez la victime la peur, la colère, le sentiment qu'elle est responsable de la violence et, enfin, l'espoir que la situation va s'améliorer. Toutes les phases ne sont pas toujours présentes et ne se succèdent pas toujours dans cet ordre. La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie.* » (ONU, 2010).

Il est à noter que le caractère cyclique des violences conjugales mis en avant dans cette définition a été développé à l'origine, par Léonore Walker. Cette dernière avait effectivement proposé en 1979, une compréhension cyclique des violences conjugales. Cet aspect cyclique inhérent aux violences conjugales renvoie à un processus qui se déroule en quatre phases. La première phase est la phase d'escalade de la violence. On retrouve, ici, une tension chez l'homme, et de la peur chez la femme. La deuxième phase est la phase d'explosion de la violence. On retrouve durant cette phase, des agressions perpétrées par l'homme et de la colère ainsi que de la tristesse chez la femme. La troisième phase est la phase de transfert de responsabilité où l'on retrouve du déni et un transfert de responsabilité chez l'homme, et une culpabilisation et une responsabilisation de la femme quant aux violences qui ont été perpétrées. Enfin, la quatrième phase est la phase de « lune de miel » où l'on retrouve une rémission, un sursis amoureux chez l'homme et un espoir de changement chez la femme (Walker, 1979).

Le gouvernement du Québec (1995), lui, propose une définition des violences conjugales qui insiste sur des rapports de force asymétriques inscrits dans l'histoire entre les sexes qui en seraient à l'origine. Ainsi, selon lui, « *la violence à l'égard des femmes traduit des rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers et ayant freiné la promotion des secondes, et (...) elle compte parmi les principaux mécanismes sociaux auxquels est due la subordination des femmes aux hommes. La violence à l'égard des femmes désigne tout acte de violence dirigé 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.* » (Gouvernement du Québec, 1995).

Toutes ces définitions mettent l'accent sur le caractère asymétrique, destructeur, cyclique, progressif des violences conjugales, ainsi que sur ses différentes caractéristiques et manifestations. Enfin, elles soulignent les conséquences des violences conjugales sur la santé et sur la dignité des femmes qui en sont victimes. Nous choisissons de sélectionner pour la présente étude la définition du professeur Henrion (2001) qui nous paraît être la plus complète en intégrant toutes les caractéristiques des violences conjugales qui viennent d'être mentionnées. En effet, la définition du Professeur Henrion (2001), englobe toutes les composantes à l'œuvre dans les violences conjugales en insistant sur le caractère répétitif, cyclique, progressif, asymétrique du procédé ainsi que sur ses manifestations et sur ses conséquences sur la santé psychique des femmes qui en sont victimes. Ainsi, selon lui, « *les violences conjugales se caractérisent par un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce dans le cadre d'une relation privilégiée, une domination qui s'exprime par des agressions physiques, psychiques ou sexuelles. Elles se distinguent des conflits de couples en difficulté. La violence se manifeste au cours de scènes répétées, de plus en plus sévères, qui entraînent des blessures ainsi que des séquelles affectives et psychologiques extrêmement graves. Elles obéissent à des cycles où, après les moments de crise, s'installent des périodes de rémission au cours desquelles la femme reprend l'espoir de la disparition des violences. Cependant, la fréquence et l'intensité des scènes de violence augmentent avec le temps, pouvant aboutir au suicide de la femme ou à un homicide.* » (Henrion, 2001, p. 9).

Par ailleurs, la présente thèse n'étudiera que les violences conjugales sous l'angle d'une violence faite aux femmes pour des raisons à la fois méthodologiques (éviter un biais inter-sexes) et théoriques. Les arguments théoriques de ce choix sont développés dans la section qui suit.

2.1.2 Une violence faite aux femmes

Les violences conjugales s'inscrivent dans le cadre plus large des violences faites aux femmes. Les statistiques relatives aux violences conjugales font ressortir que les femmes sont davantage touchées que les hommes par ce type de maltraitance (Tjaden & Thoennes, 2000 ; Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999 ; cité par l'OMS, 2002, p. 99). C'est la raison pour laquelle, la présente thèse ne s'intéressera qu'aux femmes victimes de violences conjugales. Ces dernières sont victimes des formes de violence les plus graves et ont davantage de risque d'être blessées comparativement aux hommes dans la même situation de violence (Tjaden & Thoennes, 2000 ; Centre Canadien de la Statistique Juridique, 2000 ; Morse, 1995 ; Brush, 1990 ; cité par l'OMS, 2002, p. 104). Une étude menée au Canada révèle que les femmes en contexte de violences conjugales ont un risque trois fois plus élevé d'être blessées, un risque cinq fois plus élevé de recevoir des soins médicaux et un risque cinq fois plus élevé de craindre pour leur vie comparativement aux hommes dans le même contexte de violences domestiques (Centre Canadien de la Statistique Juridique, 2000, cité par l'OMS, 2002, p. 105). Par ailleurs, lorsque les femmes sont violentes, il s'agit pour la majorité des cas d'un état de légitime défense (Johnson & Ferraro, 2000 ; DeKeseredy & al., 1997 ; Saunders, 1986 ; cité par l'OMS, 2002, p. 105).

Ainsi, les violences conjugales semblent davantage toucher les femmes que les hommes. Cet argument a, entre-autres, motivé notre choix de nous intéresser exclusivement aux femmes victimes de violences conjugales. Il convient, cependant, de ne pas négliger pour autant la présence de biais de sélection importants dans les recherches menées. En effet, les hommes ont moins tendance que les femmes à consulter un professionnel de la santé mentale. Cet élément est aussi susceptible d'expliquer la représentativité féminine importante dans les recherches portant sur les violences conjugales. Cette appréciation inter-sexes étant faite, un

autre questionnement s'impose à nous : quel est l'ampleur des violences conjugales à l'échelle mondiale ?

2.1.3 Ampleur des violences conjugales dans le Monde

D'après le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (2002), les violences conjugales existent dans tous les pays, et dans tous les groupes sociaux, économiques, religieux et culturels. L'ampleur des violences conjugales dans le monde est relativement importante, comme en témoignent de nombreuses études menées à l'échelle internationale. Ainsi, Watts et Zimmerman (2002) rapportent que 10 à 50% des femmes ayant vécu en couple ont connu des périodes de violences conjugales et qu'entre 3 à 52% d'entre elles ont subi des violences conjugales au cours de l'année passée. Par ailleurs, dans le monde, 10 à 69% des femmes déclarent avoir été agressées physiquement par un partenaire intime de sexe masculin à un moment donné de leur vie. Le pourcentage de femmes agressées par un partenaire durant l'année précédant l'enquête varie de 3% au moins en Australie, au Canada et aux Etats-Unis, à 27% des femmes ayant déjà vécu en couple au Nicaragua, à 38% des femmes actuellement mariées en République de Corée, et à 52% des Palestiniennes actuellement mariées en Cisjordanie et dans la bande de Gaza (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999, cité par l'OMS, 2002). Les violences physiques s'accompagnent dans la majorité des cas de violences psychologiques et sexuelles. En effet, une étude menée au Japon a révélé que sur 613 Japonaises qui avaient été victimes de violence une fois, 57% avaient subi trois types de violence (physique, psychologique et sexuelle). Moins de 10% de ces femmes n'avaient subi que des violences physiques (Yoshihama & Sorenson, 1994, cité par l'OMS, 2002). Par ailleurs, il ressort de la littérature internationale que les agissements constitutifs de violences conjugales sont souvent répétés. Ainsi, 60% des femmes participant à une enquête menée au Nicaragua, victimes de violences durant l'année précédant l'étude, avaient été agressées plus d'une fois et 20% avaient subi des violences graves plus de six fois (Ellsberg & al., 1999, cité par l'OMS, 2002) ; Le nombre moyen de violences physiques subies au cours de l'année précédant l'enquête par des femmes anglaises victimes de violences conjugales était de 7 (Mooney, 1993, cité par l'OMS, 2002) ; Et, aux Etats-Unis, ce chiffre s'élevait à 3 (Tjaden & Thoennes, 2000, cité par l'OMS, 2002). Il est à noter, aussi,

que les violences conjugales peuvent aboutir au meurtre de la femme victime comme en témoignent de nombreuses recherches réalisées dans le Monde. Ainsi, des études menées en Australie, au Canada, en Israël, en Afrique du Sud, et aux Etats-Unis indiquent que 40% à 70% des femmes victimes d'homicide ont été assassinées par leur conjoint dans un contexte de violences conjugales (Mouzos, 1999 ; Bailey & al., 1997, cité par l'OMS, 2002).

Les violences conjugales semblent, ainsi, ne pas résister aux frontières géographiques. Et ce, à l'échelle mondiale. A un niveau plus localisé sur le plan géographique, qu'en est-il de l'ampleur des violences conjugales en France ?

2.1.4 Ampleur des violences conjugales en France

L'Enquête Nationale sur les Violences Faites aux Femmes (ENVEFF) conduite en France en 2000, sur un échantillon de 5908 femmes âgées de 20 à 59 ans indique que 9,5% des femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête et étant toujours en couple pendant l'étude ainsi que 30,7% ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête mais n'étant plus en couple pendant l'étude déclarent avoir subi des violences conjugales. Ces violences conjugales comprenaient soit du harcèlement moral ou des insultes répétées, soit du chantage affectif, soit des violences physiques ou sexuelles, ou encore le tout conjugué. De manière plus globale, une femme sur dix ayant vécu en couple au cours des 12 mois précédent l'enquête a été en situation de violences conjugales au cours de l'année 2000, en France. Une proportion de 37% de l'échantillon a subi des pressions psychologiques. Celles-ci étaient répétées pour 24,2% de l'échantillon. Et, pour 7,7% de l'échantillon, il s'agissait de harcèlement moral. Une proportion de 4,3% de l'échantillon était concernée par des insultes et des menaces verbales. Pour 1,8% de l'échantillon, ces dernières étaient répétées et pour 1,8% de l'échantillon, il s'agissait de chantage affectif. Une proportion de 2,5% de l'échantillon a fait l'objet d'agressions physiques. Et, celles-ci étaient répétées pour 1,4% de l'échantillon. Enfin, 0,9% des femmes de l'échantillon ont été victimes de viols et autres pratiques sexuelles imposées de la part de leur conjoint au cours de l'année 2000.

Par ailleurs, en France, au cours de l'année 2008, la délégation aux victimes du ministère de l'intérieur a constaté que 184 personnes sont décédées, victimes de leur partenaire ou ex-partenaire de vie (conjoint, concubin, pacsé ou ex dans les trois catégories). Les résultats présents dans ce rapport indiquent que tous les deux jours en France, un homicide est commis au sein du couple ; que 156 femmes sont décédées en une année, victimes de leur compagnon ou ex-compagnon ; qu'une femme est tuée par son partenaire ou ex-partenaire tous les 2 jours et demi ; Enfin, dans 84,4% des cas de violences conjugales, ce sont les femmes qui en sont victimes.

Une étude plus récente montre que chaque année en France, 201 000 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur partenaire ou ex-partenaire. En même temps, 83 000 sont les victimes de viol ou tentative de viol par un agresseur connu ou inconnu. L'impact de ces violences sur la santé et la qualité de vie globale des femmes qui en sont victimes est considérable (Simon, 2014).

Les violences conjugales apparaissent, donc, en France, tout comme à l'échelle mondiale comme largement présentes. Ces violences conjugales se déclinent comme nous venons de le voir en différents types de violences. Revenons plus précisément sur ces types de violences : quels sont les différents types de violences conjugales ? A quoi renvoient-ils ? Et, quelles sont leurs fréquences sur le plan statistique ?

2.1.5 Typologie des violences conjugales

Les violences conjugales peuvent comprendre différents types de violences. Il s'agit des violences psychologiques et verbales (encore appelées dans certaines études, violences émotionnelles ou violences intellectuelles), des violences physiques, des violences sexuelles et des violences dites de privation économique. Cette partie a pour objectif de définir ces types, de les décrire, et de proposer quelques données statistiques.

2.1.5.1 Les violences psychologiques et verbales

Dans sa section « autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique », le DSM-5 (2016) décrit les sévices psychologiques sur l'épouse ou la partenaire comme : *« incluant les actes non accidentels verbaux ou symboliques effectués par un partenaire aboutissant ou comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages significatifs chez l'autre partenaire. Cette catégorie doit être utilisée lorsque de tels sévices psychologiques se sont produits durant l'année écoulée. Les actes de sévices psychologiques incluent le fait de critiquer sévèrement ou d'humilier la victime, de la soumettre à un interrogatoire, de restreindre sa capacité à aller et venir librement, de l'empêcher de chercher de l'assistance (p. ex. pour faire appliquer la loi, pour utiliser des ressources légales, de protection ou médicales), de la menacer d'agression physique ou sexuelle, de faire mal ou menacer de faire mal à des personnes ou abîmer ou menacer d'abîmer des choses auxquelles elle tient, de l'empêcher de façon injustifiée d'accéder à ou d'utiliser des ressources économiques, de l'isoler de sa famille, de ses amis ou des ressources de son support social, de la traquer et de tenter de lui faire croire qu'elle est folle. »* (DSM-5, 2016).

Souffron (2007) définit les violences psychologiques et verbales comme : *« une atteinte à l'intégrité psychique. Elles jouent principalement sur la peur et la dégradation de l'image de soi. D'une part, l'homme violent instaure un climat de tension, de peur, voire de terreur par des cris, des ordres, des menaces. D'autre part, il s'attaque à l'identité de sa partenaire en critiquant ce qu'elle est (son physique, sa façon de s'habiller...), ce qu'elle fait et ce qu'elle pense. La répétition de marques de mépris et de dénigrement, les insultes et les humiliations participent à la dégradation de l'image que les femmes ont d'elles-mêmes. »* (Souffron, 2007, p. 6). Ainsi, les violences psychologiques et verbales ont pour visée une atteinte à l'intégrité psychique. Les leviers principaux de ces violences sont l'instauration d'un climat de peur chez la victime et la dégradation de son estime de soi. Les stratégies à l'œuvre dans ce type de violences sont les cris, les ordres, les menaces et les critiques, sur ce qui constituent l'identité, les pensées et les comportements de la victime. Ces critiques diverses et variées prennent la forme d'un mépris affiché, d'un dénigrement constant, d'insultes répétées et d'humiliations. Pour Souffron (2007) ces violences sont insidieuses et hautement destructrices même si elles

ne laissent pas de traces apparentes. Par ailleurs, elles peuvent s'accompagner d'un processus d'isolement qui coupe les victimes de leurs relations familiales, amicales et/ou professionnelles, les empêchant ainsi d'obtenir du soutien social (Souffron, 2007).

Pour Hirigoyen (2005), les violences psychologiques ont à la fois pour objectifs de provoquer la soumission de la victime et de conserver pour l'auteur un contrôle et un pouvoir sur elle. En effet, d'après Hirigoyen (2005), on parle de violences psychologiques « *lorsqu'une personne adopte une série d'attitudes et de propos qui visent à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne. (...). Ces procédés sont destinés à soumettre l'autre, à le contrôler et à garder le pouvoir. (...). Ces procédés sont le contrôle, l'isolement, la jalousie pathologique, le harcèlement, le dénigrement, la disqualification, les humiliations, les actes d'intimidation, l'indifférence aux demandes affectives et les menaces.* » (Hirigoyen, 2005, pp. 28-46).

Comme nous venons de le voir, le harcèlement moral est donc une composante des violences psychologiques. Pour Bilheran (2007), il y a deux types de manifestation à l'œuvre dans le harcèlement moral dit harcèlement psychologique. Il s'agit des agressions psychologiques « *directes* » et des agressions psychologiques « *indirectes* ». Ces agressions s'entremêlent et ont des visées qui leur sont propres, ce qui contribue à la subtilité du phénomène. Les agressions psychologiques « *directes* » ont pour finalité suprême « *d'ôter le moindre sentiment de sécurité intérieure à la victime au point de lui faire introjecter, à terme, son propre désir d'annihilation.* » (Bilheran, 2007, pp. 69-75). Parmi les agressions psychologiques « *directes* », il y a celles qui visent l'identité de la victime (sexe, âge, couleur de peau, qualifications...); celles qui visent le narcissisme de la victime (infantilisation, humiliation, disqualification...); celles qui suscitent chez la victime la culpabilité et la peur à des fins de déstabilisation, et enfin, celles qui visent l'annihilation de la victime (exclusion...). Concernant, les agressions psychologiques « *indirectes* », Ariane Bilheran (2007) distingue trois sous-catégories : les agressions « *par omission* », les agressions « *détournées* » et les agressions « *matérielles* ». Les agressions « *par omission* » renvoient globalement à l'indifférence à l'égard de la victime (mise à l'écart, rétention d'informations...). Les agressions « *détournées* » se font à l'insu de la personne harcelée (rumeur, accusation fautive, discrédit...). Enfin, les agressions « *matérielles* » résident en un retrait des effets personnels de la personne harcelée.

2.1.5.1.1 Données statistiques sur les violences psychologiques et verbales

Une étude (Ali, Yassin & Omer, 2014) a examiné l'expérience de violences conjugales auprès de femmes résidant au Soudan oriental. Les résultats indiquent que 47,6% de l'échantillon a rapporté des insultes verbales et 30,1% de l'échantillon a rapporté des violences psychologiques. Dans la majorité des cas, la violence a été éprouvée comme des actes répétés, c'est-à-dire plus de trois fois par an. S'agissant des insultes verbales, 20,1% de l'échantillon a rapporté des hurlements et 27,5% des cris (Ali, Yassin & Omer, 2014). La prévalence des violences verbales a également été examinée par une autre étude (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009) menée en Mongolie sur un échantillon de 4967 personnes dont 3338 femmes. Les résultats de cette étude indiquent qu'environ 37,7% de l'échantillon a rapporté qu'il avait été affecté par un certain type de violence familiale pendant les 6 mois précédents. De plus, 21,9% de l'échantillon a rapporté de la violence émotionnelle (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009). En outre, une étude (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiah, Viswanath & Benegal, 2013) s'est intéressée aux violences conjugales chez des épouses d'hommes alcoolodépendants, et a révélé que les violences conjugales ont été expérimentées par 90% de l'échantillon. Ces violences étaient essentiellement à dominante intellectuelle (69%) (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiah, Viswanath & Benegal, 2013). Pour une autre étude (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010), menée auprès de femmes Turques, 77,9% des femmes de l'échantillon ont déclaré qu'elles ont été exposées à au moins un des types de violences conjugales pendant leur durée de vie. Les stratégies de contrôle excessives des comportements (59,6%), la violence émotionnelle (39,7%) sont des violences conjugales qui ont été rapportées par les femmes de l'échantillon (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010). Aussi, parmi un échantillon composé de femmes Turques, 67,7% avaient subi n'importe quel type de violence familiale au moins une fois de leur vivant. L'abus verbal/psychologique était le type de violences conjugales le plus fréquemment rapporté (46,5%) (Izmirli, Sonmez & Sezik, 2014).

2.1.5.2 Les violences physiques

Dans sa section « autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique », le DSM-5 (2016) décrit les violences physiques envers l'épouse ou la partenaire « *comme une catégorie qui doit être utilisée quand des actes non accidentels utilisant la force physique sont survenus au cours de la dernière année, aboutissant, ou comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages physiques envers une partenaire intime ou provoquant une peur significative chez la partenaire. Les actes non accidentels utilisant la force physique incluent : pousser, gifler, tirer les cheveux, pincer, immobiliser, secouer, jeter, mordre, donner des coups de pied, frapper avec le poing ou un objet, brûler, empoisonner, étrangler, étouffer, maintenir la tête sous l'eau et utiliser une arme. Les actes effectués dans le but de se protéger physiquement ou de protéger son ou sa partenaire sont exclus.* » (DSM-5, 2016).

Souffron (2007), quant à elle, définit les violences physiques comme : « *une atteinte à l'intégrité physique des victimes et à leur liberté de mouvement. Les violences physiques se caractérisent par le fait de frapper, donner des coups de poing, des coups de pied, secouer, tirer les cheveux, mordre, brûler, électrocuter, étouffer, étrangler, séquestrer.* » (Souffron, 2007, p. 7). Ce type de violences est le plus facile à identifier car laissant des traces visibles sur la victime. Cependant, il convient de souligner que les violences physiques peuvent aller jusqu'à entraîner la mort de la victime (Souffron, 2007).

D'après Marie-France Hirigoyen (2005), les violences physiques incluent « *une large gamme de sévices qui peuvent aller d'une simple bousculade à l'homicide : pincements, gifles, coups de poing, coups de pied, tentatives de strangulation, morsures, brûlures, bras tordus, agression avec une arme blanche ou une arme à feu, (...), frapper au ventre avec le plat de la main, tirer les cheveux, bousculer, fractures du nez, ou des perforations du tympan.* » (Hirigoyen, 2005, p. 50).

2.1.5.2.1 Données statistiques sur les violences physiques

Une étude (Oyedokun, 2008) s'est intéressée à une population de femmes victimes de violences conjugales au Nigeria, et 55,6% de l'échantillon a rapporté avoir subi un harcèlement physique de la part de leur partenaire et 62% des abus physiques (Oyedokun, 2008). Par ailleurs, les résultats d'une autre recherche (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiah, Viswanath & Benegal, 2013) ont révélé que les violences conjugales ont été expérimentées par 90% de l'échantillon, et ces violences étaient à dominante physique pour 47% de l'échantillon (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiah, Viswanath & Benegal, 2013). En outre, 77,9% des femmes Turques qui ont participé à une étude (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010) sur les violences conjugales ont déclaré qu'elles ont été exposées à au moins un des types de violences conjugales pendant leur durée de vie. La violence physique concernait 29,9% de l'échantillon (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010). Les résultats d'une autre étude (Ali, Yassin & Omer, 2014) menée auprès de femmes résidant au Soudan oriental indiquent que 33,5% de l'échantillon a rapporté des violences physiques et parmi ce pourcentage 53% et 47% ont rapporté respectivement des formes d'intensité « modérée » et « grave » de violences physiques. Dans la majorité des cas, la violence a été éprouvée comme des actes répétés, c'est-à-dire plus de trois fois par an (Ali, Yassin & Omer, 2014). Pour finir, une étude (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009) a été menée en Mongolie sur un échantillon de 4967 personnes dont 3338 femmes. Les résultats de cette étude indiquent qu'environ 37,7% de l'échantillon a rapporté qu'il avait été affecté par un certain type de violence familiale pendant les 6 mois précédents. De plus, 17,9% de l'échantillon a rapporté de la violence physique (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009).

2.1.5.3 Les violences sexuelles

Dans sa section « autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique », le DSM-5 (2016) décrit les violences sexuelles envers l'épouse ou la partenaire comme « *une catégorie qui doit être utilisée lorsque des actes sexuels forcés ou contraints avec un partenaire intime ont eu lieu durant l'année écoulée. La violence sexuelle peut comprendre l'utilisation de la force physique ou la contrainte psychologique pour obliger la partenaire à participer à un acte sexuel contre son gré, que l'acte ait lieu ou non. Sont aussi inclus dans cette catégorie les actes sexuels avec une partenaire intime non capable de donner son consentement.* » (DSM-5, 2016).

D'après la délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France (2010), les violences sexuelles englobent « *séviçes sexuels et viols, coups et blessures sur les parties génitales et sexuelles, relations sexuelles contraintes, agissements sexuels imposés, pornographie, contraindre à voir ou à écouter du matériel pornographique, contraindre à poser pour des photos ou des vidéos, obliger à prendre des positions dégradantes, relations sexuelles devant témoins, exploitation sexuelle, relations imposées avec plusieurs partenaires, proxénétisme...* » (Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France, 2010, p.11).

Pour Souffron (2007) les violences sexuelles renvoient aux « *séviçes sexuels, aux viols, à la contrainte pornographique et à l'exploitation sexuelle. Les femmes qui en sont victimes se trouvent dépossédées de leur corps.* » (Souffron, 2007, p. 7).

Pour finir, d'après Marie-France Hirigoyen (2005), les violences sexuelles comprennent « *un spectre très large allant du harcèlement sexuel à l'exploitation sexuelle, en passant par le viol conjugal.* » (Hirigoyen, 2005, p. 53).

Les violences sexuelles du fait du tabou lié à la sexualité qu'elles englobent, sont les plus difficiles à exprimer par les femmes qui en sont victimes (Souffron, 2007).

2.1.5.3.1 Données statistiques sur les violences sexuelles

Une étude (De Bocanegra, Rostovtseva, Khera & Godhwani, 2010) a montré que les femmes victimes de violences conjugales rapportaient que leur partenaire refusait fréquemment d'utiliser des préservatifs, les empêchait d'accéder à des services de soin, et les soumettait à un contrôle des grossesses, à de l'infidélité ainsi qu'à des pratiques sexuelles forcées (De Bocanegra, Rostovtseva, Khera & Godhwani, 2010). Par ailleurs, un peu plus de la moitié de l'échantillon d'une recherche (Oyedokun, 2008) menée au Nigeria a fait état de rapports sexuels non consentis avec leur partenaire (Oyedokun, 2008). En outre, une étude (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiyah, Viswanath & Benegal, 2013) a révélé que les violences conjugales ont été expérimentées par 90% de l'échantillon, et ces violences étaient à dominante sexuelle pour 27% de l'échantillon (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiyah, Viswanath & Benegal, 2013). Aussi, 77,9% des femmes Turques qui ont participé à une étude (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010) ont déclaré qu'elles ont été exposées à au moins un des types de violences conjugales pendant leur durée de vie. La violence sexuelle a été rapportée par 31,3% de l'échantillon (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010). Une autre étude (Ali, Yassin & Omer, 2014) a examiné l'expérience de violences conjugales auprès de femmes résidant au Soudan oriental. Les résultats indiquent que 17% de l'échantillon a rapporté des contraintes sexuelles fréquentes. Dans la majorité des cas, la violence a été éprouvée comme des actes répétés, c'est-à-dire plus de trois fois par an (Ali, Yassin & Omer, 2014). Pour finir sur la proportion des violences sexuelles, les résultats d'une étude menée par Oyunbileg et ses collaborateurs (2009) indiquent qu'environ 37,7% de l'échantillon a rapporté qu'il avait été affecté par un certain type de violence familiale pendant les 6 mois précédents. De plus, 10% de l'échantillon a rapporté des abus sexuels (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009).

2.1.5.4 Les violences de privation économique

Pour Souffron (2007) la violence économique peut prendre différentes formes : « *empêcher l'autre de travailler, opérer un contrôle strict de ses dépenses, le déposséder de ses revenus (les confisquer, faire peser sur eux tous les frais, accumuler les dettes en son nom...)*. Elle prive les femmes de la libre disposition de leurs ressources. » (Souffron, 2007, p. 7).

D'après Marie-France Hirigoyen (2005), les violences de privation économique renvoient « à la vérification systématique de tous les comptes, au refus de donner suffisamment d'argent ou bien donner de l'argent au compte-gouttes, (...), refus d'accorder une carte bleue ou un chéquier. » (Hirigoyen, 2005, p. 61). Ainsi, les violences de privation économique peuvent rendre, par leur nature, difficile la séparation d'avec le conjoint violent. Nous aborderons cette question plus loin dans notre exposé.

2.1.5.4.1 Données statistiques sur les violences de privation économique

Une étude (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiah, Viswanath & Benegal, 2013) s'est intéressée aux violences conjugales chez des épouses d'hommes alcoolo-dépendants, et a révélé que les violences conjugales ont été expérimentées par 90% de l'échantillon. Ces violences étaient à dominante économique pour 42% de l'échantillon (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiah, Viswanath & Benegal, 2013). Les résultats d'une autre étude menée par Akar et ses collaborateurs (2010) auprès de femmes Turques, ont révélé que 77,9% des femmes qui ont participé à l'étude ont déclaré qu'elles ont été exposées à au moins un des types de violences conjugales pendant leur durée de vie. Le type le plus rapporté de violences conjugales est la violence économique (60,4%) (Akar, Aksakal, Demirel, Durukan & Ozkan, 2010). Pour finir, une étude (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009) a été menée en Mongolie sur un échantillon de 4967 personnes dont 3338 femmes. Les résultats de cette étude indiquent qu'environ 37,7% de l'échantillon a rapporté qu'il avait été affecté

par un certain type de violence familiale pendant les 6 mois précédents. De plus, 6,9% de l'échantillon a rapporté de la violence de privation économique (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009).

Pour conclure, la présence simultanée de tous ces types de violences n'est pas obligatoire pour parler de violences conjugales. La présence de l'un ou l'autre de ces types est suffisante, du moment que les violences prennent place dans le cadre d'une relation privée. Par ailleurs, il ressort de la série d'études que nous venons de présenter, que toutes les combinaisons de violences sont possibles. Le concept de violences conjugales renvoie, en effet, à un panel de manifestations de violences relativement large. Concernant les types de violences les plus à l'œuvre dans les violences conjugales, il semble difficile de se positionner, au regard des données scientifiques existantes. D'une étude à l'autre les éléments statistiques diffèrent. Cela tient probablement à des variabilités interindividuelles fortes au sein même des échantillons, mais aussi entre les échantillons. Toutes les femmes ne décrivent effectivement pas le même tableau de violences conjugales.

2.1.5.5 Violence situationnelle / Terrorisme conjugal

Johnson (1995) distingue, par ailleurs, deux types de violences conjugales : la « *violence situationnelle* » et le « *terrorisme conjugal* ». La violence situationnelle renvoie à la présence de conflits ou de différends ponctuels entre conjoints. Ce type de violence aboutit souvent à une violence réciproque. Il prend rarement la forme de violences graves et a de faibles retentissements physiques et psychiques sur les personnes. Le terrorisme conjugal renvoie, quant à lui, à la mise en place de stratégies de contrôle particulièrement importantes, sévères et fréquentes de la part de l'agresseur sur sa victime. Le terrorisme conjugal se caractérise, donc, par la mise en place de patterns de comportements violents et non violents qui renvoient à une volonté générale d'exercer un contrôle sur la partenaire (Johnson, 2006). Selon Johnson (2006), le terrorisme conjugal est davantage le fait des hommes sur les femmes. Ainsi, le terrorisme conjugal contrairement à la violence situationnelle est très asymétrique et globalement non réciproque.

En guise de résumé, les violences conjugales se caractérisent par plusieurs types spécifiques en lien avec les caractéristiques de la violence perpétrée. Ces types de violences sont les violences psychologiques, les violences verbales, les violences physiques, les violences sexuelles et les violences de privation économique. Les violences conjugales se caractérisent aussi par deux types plus généraux en lien avec la fréquence des violences perpétrées. Ces types sont la violence situationnelle et le terrorisme conjugal. Au delà des manifestations typiques des violences conjugales que nous venons de présenter, il est important de comprendre les processus qui y sont en jeu. La prochaine section aura pour objet de les définir et de les décrire plus finement. Elle tentera de répondre à la question suivante : quels sont les processus en jeu dans les violences conjugales ?

2.1.6 Processus en jeu dans les violences conjugales

Cette partie traitera de la question des processus en jeu dans les violences conjugales. Ces processus sont au nombre de deux : l'emprise psychologique et la manipulation. Ces deux ingrédients actifs des violences conjugales infiltrent toutes les manifestations de violences conjugales que nous venons de présenter. Ils ont un caractère destructeur pour la santé des femmes victimes de violences conjugales comme nous le verrons dans la partie sur les conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes qui en sont victimes.

2.1.6.1 L'emprise psychologique

Dorey (1981) distingue trois composantes principales dans la relation d'emprise que sont l'appropriation, la domination et l'empreinte sur l'autre. L'appropriation procède par dépossession de l'autre. La domination procède par des mouvements de soumission et de dépendance au sein desquels la victime est maintenue. L'empreinte sur l'autre est caractérisée par un marquage physique et psychique laissé sur la victime (Dorey, 1981, cité par Vouche, 2009, p. 33). Pour Dorey (1981) : « *l'emprise traduit une tendance très fondamentale à la*

neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité ; la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable. » (Dorey, 1981, cité par Vouche, 2009, p. 34).

D'après Perronne & Nannini (1997), la relation d'emprise pousse l'auteur à l'agression et empêche la victime de se défendre du fait d'un profond désarroi psychique que ce soit chez l'un comme chez l'autre (Perronne & Nannini, 1997, cité par Vouche, 2009, p.34). Pour ces mêmes auteurs, la création d'un état d'emprise passe par trois pratiques relationnelles : l'effraction, la captation et la programmation (Perronne & Nannini, 1997, cité par Vouche, 2009, p. 57). L'effraction sous-tend une pénétration par la force qui va laisser la victime sans défense. Cette pénétration par la force passe par un envahissement de la sphère psychique de la victime. Cette effraction est le fruit de procédés « pervers », « manipulateurs » qui vont avoir pour objets de fragiliser et de déstabiliser la victime. Parmi ces procédés « pervers », on va retrouver des dénigrements, des humiliations, des injures et/ou des stratégies d'isolement. Ces procédés sont étroitement liés à un type de violences conjugales que nous avons défini plus haut : les violences psychologiques. La captation, quant à elle, désigne l'appropriation de l'autre. Cette appropriation a pour support la sphère sensorielle qui se décline à travers le regard, le toucher et la parole. Dans les processus d'emprise, le regard peut effectivement par sa charge émotionnelle devenir pénétrant, intrusif et constituer, ainsi, une atteinte à l'intimité de la victime. Le regard tantôt séducteur tantôt menaçant peut, en outre, provoquer une angoisse chez la victime, et être un vecteur d'appropriation. Le toucher est également à l'œuvre dans les processus d'emprise. Il transgresse par la violence et/ou la séduction le corps et l'esprit de la victime, laquelle va être plongée dans la confusion quant à la légitimité du geste posé. Enfin, la parole va véritablement être un support de captation dans les processus d'emprise. Les caractéristiques verbales (contenu) et non verbales (tonalité) de la parole vont constituer des leviers importants de mise sous emprise. L'objectif principal de cette parole va être de déstabiliser la victime pour mieux se l'approprier. Le contenu manifeste du discours sera volontairement flou et ambigu pour induire une confusion chez la victime. Et, l'intonation de voix alternera entre la froideur affective et la douceur séductrice. Ces deux niveaux de communication (contenu et tonalité) pourront même par leur caractère antagonique (proférer des contenus violents en adoptant une intonation de voix douce et calme, ou encore faire un compliment ou engager la conversation en adoptant une intonation de voix empreinte de froideur affective) aboutir chez la victime à la plus totale confusion

quant au sens, cette fois-ci, de la parole proférée. Pour finir, la programmation va avoir pour objectif d'empêcher la victime de sortir du processus d'emprise dans lequel elle a été engagée. L'auteur du processus d'emprise va, dès lors, par l'introduction d'une combinaison de conditionnement aversif et négatif empêcher la victime de fonctionner librement. En effet, Vouche (2009) définit la programmation comme suit : « *La programmation correspond à l'introduction chez un sujet, dans un climat émotionnel intense, d'instructions induisant un schéma comportemental invariable et prédéfini face à un stimulus donné. Le sujet activera ultérieurement, inconsciemment et docilement, une conduite adaptée à un contexte préétabli.* » (Vouche, 2009, pp. 57-62).

Il est à noter que le concept d'impuissance apprise peut être compris comme un rejeton de l'emprise psychologique, et en particulier, de la programmation. En effet, Seligman (1980) décrit l'impuissance apprise comme une faillite de la réactivité adaptative en présence de stimuli violents imprévisibles, incontrôlables et inévitables. Cette faillite de la réactivité adaptative se traduit par une passivité et une sorte d'immobilisme qui empêchent toute réaction de fuite. Ce concept est transposable à un contexte de violences conjugales au sein duquel des violences répétées et imprévisibles viendraient signer, à terme, une impuissance apprise chez les victimes, et donc une impossibilité de se dégager de la situation de violence qu'elles subissent. L'étude menée par Walker (1984) va dans ce sens.

Par ailleurs, Smith (2011) a dégagé plusieurs facteurs, intriqués les uns aux autres, qui favoriseraient la mise en place d'une relation d'emprise. Ces facteurs renvoient, entre-autres, à une relation de dépendance, à un sentiment de dette chez la victime, à la détention d'un secret, à une vulnérabilité narcissique chez la victime, à un manque affectif chez la victime, et à l'isolement. La relation de dépendance peut revêtir plusieurs formes, dont les principales sont d'ordre affectives et financières, et va générer une vulnérabilité chez la victime. Le sentiment de dette chez la victime est, quant à lui, imputable aux multiples cadeaux et services que l'agresseur fournit à la victime. Le sentiment de dette va indirectement renforcer la relation de dépendance. En outre, la détention par l'agresseur d'un secret concernant la victime est susceptible d'assigner cette dernière au silence quant aux violences subies, de peur de voir ses propres secrets dévoilés. La vulnérabilité narcissique de la victime constitue un autre facteur susceptible de rendre la victime perméable au processus d'emprise. Enfin, le manque affectif de la victime va renforcer, à son tour, le sentiment de dépendance ainsi que la

vulnérabilité narcissique. Pour finir, l'isolement va, quant à lui, augmenter le manque affectif (Smith, 2011, pp. 231-233).

Lopez (2014) a distingué, par ailleurs, diverses stratégies d'emprise psychologique qui émanent du profil manipulateur de l'agresseur. Ces stratégies sont les suivantes : discours paradoxal (double-lien) de l'agresseur visant à plonger la victime dans l'incertitude quant au processus d'emprise qu'elle subit, l'agresseur reporte systématiquement la responsabilité de ses actes sur sa victime, l'agresseur culpabilise sa victime subtilement, l'agresseur se trouve systématiquement de bonnes justifications à ses actes, l'agresseur impose le silence, l'agresseur « verrouille » le secret, l'agresseur utilise l'isolement pour éviter la mise au grand jour de ses attaques, l'agresseur attise les disputes des uns envers les autres (colporte des rumeurs, divulgue de faux secrets...), l'agresseur fait alterner des périodes d'accalmie et de violences, l'agresseur ne donne jamais d'explications, l'agresseur ne tient jamais compte des faits, l'agresseur pratique une surenchère permanente pour éviter toute prise de conscience, et l'agresseur se fait passer pour la victime de sa victime qui est la seule responsable de la situation qu'elle subit (Lopez, 2014, p. 93). Ces caractéristiques montrent qu'il existe un lien patent entre manipulation et processus d'emprise. Le processus d'emprise apparaît, ici, comme la conséquence de la manipulation ou encore comme faisant partie intégrante de la manipulation. Ce concept de manipulation fera l'objet, dans la sous-partie qui suit, d'une description plus approfondie sur le plan théorique.

Il est à noter, aussi, que Chaperon & Dagneaux (2015) ont proposé un modèle théorique évoquant l'emprise psychologique en situation spécifique de harcèlement moral. Ce modèle comprend une phase d'accroche/séduction suivie d'une phase de déstabilisation. Ces deux phases précèdent la phase d'emprise psychologique. Il nous apparaissait important de revenir dessus. Ainsi, la phase d'accroche est une phase relativement brève pendant laquelle le futur harceleur va chercher à nouer une relation forte avec sa victime. Cette phase d'accroche peut se faire soit par la séduction soit par la culpabilisation de la victime. La phase de déstabilisation qui est plus longue que la précédente va être le fruit de divers agissements visant à faire perdre à la victime ses repères. A ce stade, deux options sont possibles. Dans la première option, la victime va faire une attribution causale interne sous l'effet de la manipulation, c'est-à-dire qu'elle va se sentir coupable et responsable de la situation qu'elle vit, et donc il lui sera difficile de sortir du processus d'emprise. Ce dernier sera, alors,

susceptible de s'installer dans la durée. Dans la seconde option, la victime va faire une attribution causale externe et ainsi prendre conscience de la manipulation qu'elle endure. La sortie de l'emprise deviendra, alors, possible. Cependant, il est à noter que le harceleur peut, à ce stade précis du processus d'emprise, revenir à la phase d'accroche pour éviter que sa victime ne lui échappe (Chaperon, 2015, p. 20).

Comme nous venons de le voir, le processus d'emprise semble comprendre un ingrédient actif majeur : la manipulation. A ce sujet, qu'est ce que la manipulation ? Et, quels en sont les éléments constitutifs ?

2.1.6.2 La manipulation

Nazare-Aga (2013) a identifié un certain nombre d'éléments constitutifs de la manipulation relationnelle. Nous ne présenterons que ceux qui sont caractéristiques de la sphère privée. Le premier élément est la culpabilisation de l'autre. Celui-ci renvoie au report de ce qui relève de la responsabilité propre du manipulateur sur la victime. Ainsi, le manipulateur relationnel culpabilise sa victime en lui faisant croire qu'elle est responsable des faits, et que c'est de sa faute. Nazare-Aga (2013) parle, à ce titre, de fautes « *imaginaires* » ou encore de fautes « *subjectives* » par opposition aux fautes « *réelles* ». La culpabilisation peut, en outre, émaner d'un discours paradoxal du manipulateur envers sa victime. Ce discours renvoie à « *une double contrainte* » qui se définit par la présence de deux messages antagoniques dans le même discours. Or, la réponse à l'un des deux messages par la victime implique une non-réponse de l'autre message. Dès lors, cette non-réponse sera utilisée par le manipulateur pour culpabiliser sa victime. Le second élément est rattaché au fait que le manipulateur se démet, en permanence, de ses responsabilités qu'elles soient professionnelles ou familiales. Le manipulateur use pour ce faire, d'après Nazare-Aga (2013), d'évitements divers et variés. Ces évitements vont lui permettre de se soustraire des confrontations éventuelles, de ne pas se positionner sur le plan décisionnel ou encore de ne pas résoudre les problèmes. Le troisième élément est lié à la communication du manipulateur. Ce dernier n'exprime jamais de façon claire et précise ses besoins, ses émotions, ses demandes et ses points de vue. Les objectifs de ce type de communication volontairement floue et évasive vont permettre, entre autres, au

manipulateur, d'après Nazare-Aga (2013), de laisser sa victime user d'interprétations de manière à pouvoir changer d'opinions en fonction des circonstances et/ou de la dévaloriser si elle se trompe et/ou de se déresponsabiliser et/ou de séduire par le mystère. Le quatrième élément va consister pour le manipulateur à créer le doute, la suspicion et la discorde au sein de son entourage. Lorsqu'il s'agit d'un conjoint manipulateur, l'objectif va être d'isoler sa victime de son réseau amical et familial (Nazare-Aga, 2013). Le cinquième élément caractéristique de la manipulation est la dévalorisation. Cette dévalorisation peut avoir de multiples facettes. D'après Nazare-Aga (2013), il peut s'agir de critiques directes (le plus souvent injustifiées) et/ou de critiques formulées sous couvert de généralités et/ou d'ironie. La dévalorisation peut également avoir pour objet la mise en avant de sa supériorité au détriment de sa victime, pour le manipulateur. Le sixième élément renvoie au fait que le manipulateur va systématiquement changer ses opinions et ses comportements en fonction des situations (Nazare-Aga, 2013). Pour finir, le manipulateur ne va jamais tenir compte, des droits, des besoins et des demandes de sa victime (Nazare-Aga, 2013). La manipulation peut également passer par la composante non verbale. Nazare-Aga (2013) a décrit des caractéristiques non verbales propres à la manipulation. Entre autres, le regard du manipulateur peut être intrusif ou fuyant en fonction des circonstances. Son écoute va être « aversive » en ce sens qu'il va regarder ailleurs pendant l'échange verbale ou encore faire autre chose. Le volume de la voix du manipulateur va être soit plus fort soit plus faible que la normale. Enfin, ses attitudes corporelles vont être soit imposantes ou soit effacées. Cependant, nous tenons à mentionner que ces caractéristiques non verbales ne peuvent, à elles seules, suffire pour parler de manipulation.

Tous les éléments constitutifs de la manipulation que nous venons de décrire ont été regroupés par Nazare-Aga (2013) selon trente caractéristiques que l'on va retrouver chez un manipulateur. Selon cette auteure, la présence d'au moins quatorze de ces caractéristiques est nécessaire pour parler de manipulation relationnelle. Ces caractéristiques sont regroupées dans le tableau suivant :

Tableau 1. Les trente caractéristiques du manipulateur relationnel (Nazare-Aga, 2013)

<p>_le manipulateur culpabilise les autres, au nom du lien familial, de l'amitié, de l'amour, de la conscience professionnelle... ;</p> <p>_le manipulateur reporte sa responsabilité sur les autres ou se démet de ses propres responsabilités ;</p>

_le manipulateur ne communique pas clairement ses demandes, ses besoins, ses sentiments et ses opinions ;

_le manipulateur répond souvent de façon floue ;

_le manipulateur change ses opinions, ses comportements, ses sentiments selon les personnes ou les situations ;

_le manipulateur invoque des raisons logiques pour déguiser ses demandes ;

_le manipulateur fait croire aux autres qu'ils doivent être parfaits, qu'ils ne doivent jamais changer d'avis, qu'ils doivent tout savoir et répondre immédiatement aux demandes et aux questions ;

_le manipulateur met en doute les qualités, la compétence, la personnalité des autres : il critique sans en avoir l'air, dévalorise et juge ;

_le manipulateur fait faire ses messages par autrui ou par des intermédiaires ;

_le manipulateur sème la zizanie et crée la suspicion, divise pour mieux régner et peut provoquer la rupture d'un couple ;

_le manipulateur sait se placer en victime pour qu'on le plaigne ;

_le manipulateur ignore les demandes (même s'il dit s'en occuper) ;

_le manipulateur utilise les principes moraux des autres pour assouvir ses besoins ;

_le manipulateur menace de façon déguisée ou fait un chantage ouvert ;

_le manipulateur change carrément de sujet au cours d'une conversation ;

_le manipulateur évite l'entretien ou la réunion, ou il s'en échappe ;

_le manipulateur mise sur l'ignorance des autres et fait croire en sa supériorité ;

_le manipulateur ment ;

_le manipulateur prêche le faux pour savoir le vrai, déforme et interprète ;

_le manipulateur est égocentrique ;

_le manipulateur peut être jaloux ;

_le manipulateur ne supporte pas la critique et nie les évidences ;

_le manipulateur ne tient pas compte des droits, des besoins et des désirs des autres ;

_le manipulateur utilise très souvent le dernier moment pour demander, ordonner ou faire agir autrui ;

_le discours du manipulateur paraît logique ou cohérent alors que ses attitudes, ses actes ou son mode de vie répondent au schéma opposé ;

_le manipulateur utilise des flatteries pour nous plaire, fait des cadeaux ou se met soudain aux petits soins pour nous ;

_le manipulateur produit un état de malaise ou un sentiment de non-liberté (piège) ;

_le manipulateur est efficace pour atteindre ses propres buts, mais au dépens d'autrui ;

_le manipulateur nous fait faire des choses que nous n'aurions probablement pas faites de notre gré ;

_le manipulateur est constamment l'objet de discussions entre gens qui le connaissent, même s'il n'est pas là.

Il convient de souligner, ici, que ces caractéristiques ont été exclusivement développées sur la base de l'expérience clinique de Nazare-Aga. Ils n'ont donc fait l'objet d'aucune étude de validation scientifique.

Ainsi, comme nous venons de le voir, l'emprise psychologique et la manipulation qui permet d'y aboutir sont des processus insidieux qui font partie intégrante des différents types de violences conjugales décrits plus haut. Interrogeons-nous maintenant sur les effets des violences conjugales sur la santé physique et psychologique des femmes qui en sont victimes ainsi que des enfants qui y sont exposés.

2.1.7 Effets des violences conjugales sur la santé

Dans cette partie, nous commencerons par proposer une revue de la littérature recensant les études ayant mesuré les effets des violences conjugales sur la santé mentale, de façon générale. Nous ferons, ensuite, une description sémiologique du stress post-traumatique : stress post-traumatique simple et stress post-traumatique complexe. Nous proposerons, aussi, une présentation théorique de deux concepts centraux dans la compréhension du stress post-traumatique : la dissociation traumatique et la mémoire traumatique. Ensuite, nous aborderons la question des effets des violences conjugales sur la santé physique, selon un angle purement médical et organique. Pour finir, la question des conséquences des violences conjugales sur les enfants qui y sont exposés sera abordée.

2.1.7.1 Sur le plan psychopathologique

2.1.7.1.1 Etat de la question

De nombreuses études montrent l'impact négatif des violences conjugales sur la santé mentale des femmes qui en sont victimes. Avant de commencer, il convient de préciser que les différentes manifestations des violences conjugales n'ont pas le même impact sur la santé mentale. D'après Taft et ses collaborateurs (2007), il semblerait que les violences sexuelles soient davantage délétères pour la santé mentale que les violences physiques (Taft, Resick, Panuzio, Vogt & Mechanic, 2007). Il est à noter que ces auteurs n'ont pas intégré à leurs explorations les violences psychologiques ainsi que les violences dites de privation économique. Or, il aurait été intéressant de proposer parmi les quatre manifestations de violence à l'œuvre dans les violences conjugales un classement par ordre décroissant des types de violences qui seraient associées à une moins bonne santé mentale.

Concernant le retentissement des violences conjugales sur la santé mentale, une étude menée sur un échantillon de femmes jordaniennes a révélé que les participantes avaient un niveau « modéré » à « sévère » de dépression, un niveau « bas » de perception de soutien social et un niveau « modéré » à « sévère » d'efficacité personnelle (Hamdam-Mansour, Constantino, Farrell, Doswell, Gallagher, Safadi, Shishani & Banimustafa, 2011). Dans une même perspective, Ali et ses collaborateurs (2013) se sont intéressés aux effets des violences conjugales sur la santé mentale sur un échantillon de femmes pakistanaises, cette fois-ci. Les femmes de cet échantillon présentaient significativement une santé mentale plus défaillante que des femmes non exposées à des violences conjugales. Et cette différence statistiquement significative persistait, même après avoir contrôlé des variables sociodémographiques. Une forte corrélation a, par ailleurs, été trouvée entre un risque suicidaire, et respectivement des violences physiques, sexuelles, et psychologiques (Ali, Mogren & Krantz, 2013). Les violences conjugales seraient donc associées à une symptomatologie dépressive avec risque suicidaire élevé.

Une autre étude (Peterson, 2013) a exploré les relations existantes entre les ressources apprises, le caractère dangereux des violences conjugales, et des symptômes de dépression et de stress post-traumatique chez 42 femmes victimes de violences conjugales. Les résultats de cette étude indiquent que 74% de l'échantillon avait rapporté des symptômes dépressifs, et 67% avait rempli les critères de l'état de stress post-traumatique. De plus, 62% de l'échantillon présentait une comorbidité dépressive et post-traumatique. Pour finir, un haut niveau de danger, et un bas niveau de ressources étaient associés à une augmentation des symptômes dépressifs et post-traumatiques (Peterson, 2013). Ainsi, les violences conjugales sont susceptibles de provoquer un épisode dépressif majeur associé à un état de stress post-traumatique chez les femmes qui en sont victimes. En outre, il semblerait que des variables, comme les ressources intra et interpersonnelles des victimes mais aussi des variables contextuelles en lien avec le niveau de dangerosité du conjoint violent, puissent jouer un rôle dans la relation existante entre violences conjugales et statut de santé mentale.

Par ailleurs, Clements et ses collaborateurs (2007) ont comparé quatre groupes : femmes victimes de violences conjugales vivant dans un foyer d'hébergement pour femmes battues, femmes victimes de violences conjugales vivant au domicile, femmes en détresse et femmes non victimes de violences conjugales. Les résultats de cette étude indiquent que les femmes victimes de violences conjugales vivant dans un foyer d'hébergement pour femmes battues sont celles qui ont le plus rapporté des violences physiques durant l'année passée. En outre, ces dernières ainsi que celles victimes de violences conjugales vivant au domicile ont rapporté les plus hauts degrés d'anxiété et de dépression par rapport aux femmes non victimes d'abus des deux autres groupes. De plus, les femmes victimes de violences conjugales vivant au domicile, sont celles qui ont le plus utilisé des solutions agressives pour résoudre les problèmes familiaux, par rapport aux trois autres groupes (Clements & Ogle, 2007). Une fois encore, cette étude démontre le risque de comorbidité anxio-dépressive perpétrée par des violences conjugales. Scott-Gilba et ses collaborateurs (1995) ont proposé, quant à eux, une étude comparative entre des femmes victimes de violences conjugales et des femmes non victimes de violences. Et ce, en mesurant diverses variables psychologiques. Il ressort de cette étude que les femmes victimes de violences conjugales ont une moins bonne estime de soi, les taux les plus élevés de dépression, d'anxiété généralisée, de crainte, de symptômes causés par le stress, d'irritabilité et d'idées suicidaires. Et, le niveau de perturbation psychosociale et

comportementale présent chez les femmes victimes de violences conjugales n'est pas retrouvé chez les femmes non victimes d'abus (Scott-Gilba, Minne & Mezey, 1995).

En outre, une étude (Vitanza, Vogel & Marshall, 1995) a examiné des variables de détresse émotionnelle et de symptômes de stress post-traumatique chez 93 femmes victimes de violences conjugales. L'échantillon a été divisé en trois sous-groupes selon leurs scores à une sous-échelle de violence (léger, modéré, sévère). Il ressort de cette étude que tous les groupes ont rapporté une détresse émotionnelle sérieuse sur des dimensions de la SCL-90. La sous-échelle « psychoticisme » renseignait les scores les plus importants pour tous les groupes. Par ailleurs, 56% de l'échantillon a rapporté un état de stress post-traumatique selon une sous-échelle de la SCL-90. Des difficultés avec la perception, la mémoire et des fonctions motrices (échec cognitif) ont aussi prévu, de façon assez cohérente, un score important de stress post-traumatique et des tentatives de suicide chez le sous-groupe à degré de violence sévère (Vitanza, Vogel & Marshall, 1995).

De plus, il semblerait que les antécédents de maltraitance aient une incidence dans l'installation de troubles psychopathologiques consécutifs à des violences conjugales. En effet, dans un échantillon de 323 étudiants Sud-africains, 81% ont rapporté avoir été exposé à des violences interpersonnelles durant l'enfance. Les résultats indiquent que les hommes étaient deux fois plus que les femmes à avoir expérimenté des violences de la part d'un membre de leur communauté. Une exposition directe à des violences domestiques était, cependant, la seule forme de violence à être associée à un stress post-traumatique (Collings, 2011). Ainsi, outre les violences conjugales, les antécédents de maltraitance doivent être pris en compte dans l'étiologie d'un état de stress post-traumatique.

Par ailleurs, l'insatisfaction matrimoniale et la dépression étant les caractéristiques communes des femmes battues, Arias et ses collaborateurs (1997) ont tenté d'identifier les variables qui pourraient jouer un rôle dans la satisfaction matrimoniale de ces femmes et dans leur ajustement psychologique contre les effets de violences verbales et physiques. Il ressort de cette étude que les violences verbales et physiques avaient des effets significatifs et négatifs sur la satisfaction matrimoniale des femmes battues de cet échantillon. En effet, les femmes victimes de violences conjugales apparaissent comme ayant moins de satisfaction matrimoniale. Et ce, indépendamment de leur sens d'efficacité des relations ou de leurs

perceptions de soutien social sur le plan conjugal. Cependant, les effets des violences subies sur le niveau de dépression de ces femmes ont été modérés par la perception d'efficacité des relations, et par l'acceptation d'expression émotionnelle venant de leur conjoint. Aussi, il apparaît que les femmes qui n'étaient pas victimes de violences conjugales ont perçu plus de soutien social, et ont ressenti plus d'efficacité personnelle, par rapport à celles victimes de violences conjugales, lesquelles ont ressenti moins de soutien social et moins d'efficacité personnelle, et ont éprouvé plus de symptômes dépressifs (Arias, Lyons & Street, 1997). Ainsi, la perception d'efficacité des relations, c'est-à-dire un soutien social de qualité et l'acceptation d'expression émotionnelle venant du conjoint violent, modèrerait les effets des violences conjugales sur le niveau de dépression. Or, les femmes victimes de violences conjugales ressentent moins de soutien social, moins d'efficacité personnelle et moins de satisfaction matrimoniale.

Lamy et ses collaborateurs (2009) se sont fixés comme objectif de définir le profil clinique et psychopathologique des femmes, exclusivement, victimes de violences psychologiques dans la sphère conjugale. Il ressort de leur recherche que la majorité des femmes de l'échantillon avait une plainte algique diffuse sans étiologie retrouvée (49%) ou souffrait d'un trouble psychiatrique (52%) avec une prédominance de troubles anxieux (28%) et addictifs (19%). En outre, les violences conjugales à tonalité psychologique étaient associées à une augmentation de la prévalence des comorbidités psychiatriques : anxiété (72%), dépression (100%), état de stress post-traumatiques (100%) et addiction à l'alcool (100%) ou à une autre substance psychoactive (50%) (Lamy, Dubois, Jaafari, Carl, Gaillard, Camus & El Hage, 2009).

Le rapport Henrion (2001) propose, quant à lui, une liste assez exhaustive des retentissements psychiatriques des violences conjugales. Ces dernières sont susceptibles de provoquer : des troubles émotionnels qui sont des réponses normales à une situation permanente de terreur, tels que la colère, la honte, un sentiment de culpabilité, d'humiliation, d'impuissance, de l'« auto-dévalorisation » ; des états d'anxiété, de panique, ou des manifestations phobiques ; des troubles psychosomatiques : troubles digestifs, lombalgies chroniques, céphalées, asthénie, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, tachycardie et palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer ; des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veilles ou réveils nocturnes, cauchemars ; des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie ; et des troubles cognitifs :

difficultés de concentration et d'attention, pertes de mémoire. D'après Henrion (2001), il semblerait que les dépressions soient fréquentes en contexte de violences conjugales et touchent plus de 50% des femmes qui en sont victimes (Henrion, 2001, p. 26). Il semble en être de même pour les abus de substances psychoactives. Ces abus de substances font référence à une consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques. Selon Henrion (2001), ces abus de substances peuvent être compris comme une tentative d'automédication pour faire face à l'anxiété émanant des violences conjugales (Henrion, 2001, p. 26). Par ailleurs, il convient de souligner que le tableau clinique des femmes victimes de violences conjugales peut parfois comprendre des troubles d'allure « psychotique » : état de désorientation ou de confusion mentale, altération du niveau de conscience et pensées délirantes et/ou paranoïaques. A ce sujet, Henrion (2001) insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas pour la majorité des cas de psychose schizophrénique mais plutôt de manifestations de stress post-traumatique complexe avec symptômes dissociatifs de type traumatique (Henrion, 2001, p. 26). Une description plus approfondie de ces entités cliniques sera développée dans la section qui suit.

Outre les retentissements psychopathologiques, les violences conjugales semblent altérer, de façon plus générale, la perception de la qualité de vie des femmes qui en sont victimes (Alsaker, Moen, Nortvedt & Baste, 2006 ; Laffaye, Kennedy & Murray, 2003).

Pour finir, alors que la dépression anténatale est un épisode dépressif qui commence pendant la grossesse et est souvent prédictif d'une dépression post-natale ; l'objectif d'une étude (Harvey & Pun, 2007) a été d'examiner la prévalence de la dépression anténatale et d'autres conditions psychiatriques chez des femmes victimes de violences conjugales consultant pour dépression. Les résultats indiquent que 36,5% des participantes présentaient un trouble de l'ajustement, 13% un épisode dépressif majeur, 10% une dysthymie, 8% un épisode dépressif majeur récurrent, 2% un état de stress post-traumatique, et 2% un trouble de la personnalité borderline (Harvey & Pun, 2007). Aussi, d'après Rich-Edwards et ses collaborateurs (2011), il semblerait que la présence d'antécédents de maltraitance physique et sexuelle soit corrélée positivement à une dépression prénatale chez deux populations de Boston distinctes sur le plan économique et ethnique (Rich-Edwards, James-Todd, Mohllajee, Kleinman, Burke, Gillman & Wright, 2011). Ces résultats sont confirmés par une autre étude qui démontre que

la présence de violences conjugales avant une grossesse serait associée à un haut niveau de symptômes dépressifs que ce soit avant l'accouchement ou après l'accouchement (Flach, Leese, Heron, Evans, Feder, Sharp & Howard, 2011).

Pour conclure, les violences conjugales seraient associées à un risque significatif de dépression, de stress post-traumatique, d'anxiété généralisée ainsi qu'à une faible estime de soi et une idéation suicidaire chez les femmes qui en sont victimes. Les femmes victimes de violences conjugales présenteraient un faible soutien social perçu et un degré bas d'efficacité personnelle. Il est à noter, aussi, que des variables comme le soutien social, les ressources, l'intensité des violences conjugales et les antécédents de maltraitance influenceraient la relation existante entre violences conjugales et statut de santé mentale. Pour finir, les différentes manifestations des violences conjugales n'ont pas le même impact sur la santé mentale. En effet, les violences sexuelles seraient particulièrement nocives pour le psychisme des femmes victimes de violences conjugales.

Intéressons-nous, maintenant, de plus près à deux de nos variables cliniques étudiées en contexte de violences conjugales : le stress post-traumatique et la dissociation traumatique. Quelle est leur description clinique et à quoi peuvent-ils renvoyer en termes d'entité nosographique ?

2.1.7.1.2 Le stress post-traumatique

Il existe deux types de stress post-traumatique. Le stress post-traumatique simple et le stress post-traumatique complexe. Nous allons décrire successivement ces deux troubles qui peuvent concerner les femmes victimes de violences conjugales. Seul, le stress post-traumatique simple est décrit par le DSM-5 sous le nom de trouble stress post-traumatique (anciennement appelé état de stress post-traumatique dans le DSM-IV-Tr). Le stress post-traumatique complexe, quant à lui, n'apparaît pas dans les classifications internationales, pour le moment. Pourtant, il recouvre une catégorie diagnostique qui concerne bon nombre de femmes

victimes de violences conjugales : celles présentant des antécédents de maltraitances infantiles répétées et prolongées.

Le DSM-5 (2016) décrit le trouble stress post-traumatique selon les critères suivants :

Tableau 2. Critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique (DSM-5, 2016)

Le DSM-5 (2016) décrit le trouble stress post-traumatique selon les critères suivants :

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- 1) En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
- 2) En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
- 3) En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
- 4) En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements en cause :

- 1) Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
- 2) Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement traumatique/aux événements traumatiques.
- 3) Réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.
- 4) Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
- 5) Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

- 1) Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- 2) Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne deux (ou plus) des éléments suivants :

- 1) Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
- 2) Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
- 3) Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
- 4) Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. Crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
- 5) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- 6) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- 7) Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne deux (ou plus) des éléments suivants :

- 1) Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
- 2) Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
- 3) Hypervigilance.
- 4) Réaction de sursaut exagérée.
- 5) Problème de concentration.
- 6) Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D, E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale.

Pour conclure, le trouble de stress post-traumatique concerne bon nombre de femmes victimes de violences conjugales. Les différents types de violences conjugales peuvent, à cet effet, être psychotraumatogènes. Le trouble de stress post-traumatique comprend trois grands groupes de symptômes : les reviviscences, les évitements et l'hyperactivation neurovégétative. Cependant, il est à noter que certaines femmes victimes de violences conjugales présentant

des antécédents de maltraitements infantiles répétées et prolongées correspondent davantage à la sémiologie du stress post-traumatique complexe telle que définie ci-après.

Le stress post-traumatique complexe appelé « *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise specified* » (DESNOS) ou encore « Trouble du développement traumatique » renvoie, d'après Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola (2005) aux caractéristiques cliniques suivantes :

Tableau 3. Critères diagnostiques du stress post-traumatique complexe (Van der Kolk & al., 2005)

<p>1. Altérations de la régulation des affects et des pulsions :</p> <ul style="list-style-type: none">A. Régulation des affectsB. Modulation de la colèreC. AutodestructionD. Préoccupation suicidaireE. Difficultés à moduler l'engagement sexuelF. Prises de risque excessives <p>2. Altérations de l'attention ou de la conscience :</p> <ul style="list-style-type: none">A. AmnésieB. Episodes dissociatifs transitoires et dépersonnalisation <p>3. Somatisations :</p> <ul style="list-style-type: none">A. Système digestifB. Douleur chroniqueC. Symptômes cardio-pulmonairesD. Symptômes de conversionE. Symptômes sexuels <p>4. Altérations dans la perception de soi :</p> <ul style="list-style-type: none">A. Inefficacité/ImpuissanceB. Dégâts permanentsC. Culpabilité et responsabilitéD. HonteE. Personne ne peut comprendreF. Minimiser <p>5. Altérations dans la perception de l'agresseur :</p> <ul style="list-style-type: none">A. Adoption de croyances déforméesB. Idéalisation de l'agresseurC. Préoccupations concernant le fait de faire mal à l'agresseur

6. Altérations dans les relations avec les autres :

- A. Incapacité à faire confiance
- B. Revictimisation
- C. Victimiser les autres

7. Altérations du système de croyances :

- A. Désespoir
- B. Perte de croyances autrefois soutenantes.

L'étiologie de l'état de stress post-traumatique complexe est la présence de traumatismes interpersonnels, précoces, multiples et/ou prolongés (Van der Kolk & al., 2005). Les femmes victimes de violences conjugales peuvent donc souffrir de stress post-traumatique complexe (Hien & Ruglass, 2009 ; Herman, 1992a, 1992b). Il est à noter que l'état de stress post-traumatique complexe, tout comme le trouble de stress post-traumatique, comportent tous deux, une symptomatologie dissociative. Cette dissociation est donc de nature traumatique. Mais, qu'est-ce que la dissociation traumatique ?

2.1.7.1.3 La dissociation traumatique

Dans cette sous-partie, nous commencerons par aborder la conception Janetienne de la dissociation traumatique. Ensuite, nous présenterons la sémiologie de la dissociation traumatique avant de définir le concept de dissociation structurelle de la personnalité.

2.1.7.1.3.1 La conception Janetienne

La dissociation traumatique a été introduite par Pierre Janet. Pour Janet (1898), la dissociation est une conséquence possible de traumatisme. La dissociation relève, selon lui, d'un déficit de synthèse lié à un champ de conscience « rétréci » rendant la personnalité désagrégée. Ainsi, des « idées fixes » qui sont des éléments psychologiques (groupes d'idées, sensations,

mouvements ou émotions) vont être expulsées de la conscience du sujet du fait de la dissociation traumatique. Ces « *idées fixes* », puisqu'expulsées de la conscience du sujet, vont alors devenir subconscientes, c'est-à-dire qu'elles vont échapper à sa conscience. La dissociation va donc générer un champ de conscience rétréci chez le sujet qui renvoie à un déficit de synthèse. A cet effet, pour Janet, la dissociation est une maladie de la mémoire (Saillot, 2012). Saillot (2012) résume la conception Janetienne de la dissociation comme suit : « *des fragments de personnalité, c'est-à-dire des fonctions mentales ou physiques, se détachent du Moi (...) qui les place sous la conscience (ils deviennent subconscients). Isolés, portant chacun un noyau de « Moi » doté de sa propre mémoire, ces fragments dissociés tendent à la reconstitution d'une personnalité seconde, inconnue du sujet et possédant sa propre mémoire et sa propre biographie. Quand un fragment dissocié, autonome, prend le contrôle de l'individu, il se manifeste de deux façons possibles : soit il efface complètement la personnalité principale, et en revenant à lui-même, le sujet n'a aucun souvenir de cette crise : c'est l'amnésie dissociative ; soit le sujet garde une certaine intuition de l'intrusion de ce « Moi » second (...) : d'où la désignation de dépersonnalisation.* » (Saillot, 2012, p. 8).

2.1.7.1.3.2 Sémiologie de la dissociation traumatique

Sur le plan sémiologique, la dissociation traumatique se définit par une multiplicité de signes cliniques. Il existe des manifestations psychiques et des manifestations physiques dites somatoformes de la dissociation traumatique (Nijenhuis, Van Engen, Kusters & Van der Hart, 2001, cité par Kédia, 2012, p.35). Les manifestations psychiques de la dissociation sont la dépersonnalisation, la déréalisation, l'absorption (expériences de concentration accrue), l'amnésie dissociative, l'anesthésie affective (se sentir coupé de ses émotions), l'état de conscience modifié, les flashbacks et la confusion/altération de l'identité (Kédia, Vanderlinden, Lopez, Saillot & Brown, 2012).

Le DSM-5 (2016) définit la dépersonnalisation comme suit : « *expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de*

déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel). » (DSM-5, 2016).

La déréalisation renvoie selon le DSM-5 (2016) à « *des expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).* » (DSM-5, 2016).

L'amnésie dissociative apparaît dans le DSM-5 (2016) comme « *une incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peut pas être un oubli banal.* » (DSM-5, 2016).

L'anesthésie affective n'apparaît plus dans le trouble stress aigu du DSM-5 (2016). En revanche, cette manifestation dissociative était présente dans les symptômes dissociatifs (Critère B) de l'état de stress aigu tel que défini par le DSM-IV-Tr (2004). L'anesthésie affective renvoie dans ce cas précis « *à un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou à une absence de réactivité émotionnelle.* » (DSM-IV-Tr, 2004).

L'état de conscience modifié est, quant à lui, repérable dans la dépersonnalisation, la déréalisation et les flashbacks. Les flashbacks sont des réactions dissociatives caractérisées dans le DSM-5 (2016) par « *des scènes rétrospectives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).* » (DSM-5, 2016).

Pour finir, la confusion/altération de l'identité se définit, selon le DSM-5 (2016) par « *une perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensori-moteur.* » (DSM-5, 2016).

Les manifestations somatoformes de la dissociation sont pour n'en citer que quelques-unes « *l'absence de douleur (analgésie), l'inhibition motrice (comme les réactions de « freezing » ou de paralysie), le manque de sensations corporelles (anesthésie), la perte temporaire de l'ouïe ou de la vue et l'engourdissement d'une partie spécifique du corps.* » (Vanderlinden, 2012). Ces manifestations somatoformes de la dissociation ne sont pas décrites dans les classifications diagnostiques internationales. Cependant, un questionnaire de dissociation somatoforme (SDQ-20) a été développé par Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinden en 1996. Ce questionnaire permet ainsi d'évaluer les manifestations somatoformes de la dissociation.

Les unes ou les autres des manifestations dissociatives que nous venons de décrire sont à l'œuvre dans de nombreuses catégories diagnostiques en psychotraumatologie, et peuvent concerner les femmes victimes de violences conjugales. Ces catégories sont la dissociation péritraumatique, l'état de stress aigu, le trouble stress post-traumatique simple, le stress post-traumatique complexe, le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative et la dépersonnalisation/déréalisation. Aussi, il est à noter que la dissociation traumatique peut infiltrer la personnalité, comme l'indique le concept de dissociation structurelle de la personnalité. A ce sujet, qu'est-ce que la dissociation structurelle de la personnalité ?

2.1.7.1.3.3 La dissociation structurelle de la personnalité

Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthes (2006) ont cherché à mieux rendre compte des caractéristiques de la dissociation chez des personnes traumatisées en proposant un modèle de la dissociation structurelle de la personnalité en une « *Partie émotionnelle de la Personnalité* » (PEP), laquelle est rattachée à une reviviscence du traumatisme, et en une « *Partie Apparemment Normale de la Personnalité* » (PANP), laquelle est rattachée à un détachement psychique du traumatisme (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthes, 2006). Nijenhuis & al. (2006) ont ainsi tenté de conceptualiser le détachement psychique du traumatisme et la reviviscence de celui-ci comme des états mentaux. Ces états mentaux renvoient, selon ces auteurs, à des « *systèmes opératoires émotionnels* » encore appelés

« *systèmes émotionnels* » ou « *systèmes d'action* ». Ainsi, refaire l'expérience du traumatisme au décours de reviviscences serait associé à « *des systèmes d'action* » dont le noyau central est « *un système de défense* » de nature innée et activé lors d'un événement traumatique qui menace de façon vitale l'intégrité physique. Ce noyau central appelé « *système de défense* » comprend, à son tour, divers sous-systèmes comme la fuite, le combat et l'immobilisation. D'après ces auteurs (2006), le processus de détachement psychique du traumatisme serait, quant à lui, associé à plusieurs « *systèmes d'action* » qui régissent les fonctions de la vie courante ainsi que celles consacrées à la survie de l'espèce (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthess, 2006).

En s'appuyant sur les travaux de Janet (1904, 1898) et Myers (1940), ces auteurs (2006) postulent que la confrontation à des événements traumatiques particulièrement violents serait susceptible de générer une dissociation structurelle de la personnalité, laquelle s'opèrerait entre, d'une part, le système de défense de l'individu (en lien avec « *une Partie émotionnelle de la Personnalité* ») et, d'autre part, les systèmes d'action qui contrôlent les fonctions de la vie quotidienne et la survie de l'espèce (en lien avec « *une Partie Apparemment Normale de la Personnalité*. »).

Ainsi, Nijenhuis & al. (2006) définissent « *la Partie émotionnelle de la Personnalité (PEP)* » comme : « *une manifestation d'un système mental plus ou moins complexe qui contient essentiellement des souvenirs traumatiques (...). Ces souvenirs traumatiques sont souvent vécus comme si l'événement autrefois écrasant se produisait dans l'ici et maintenant (...). Les expériences hallucinatoires solitaires et involontaires sont des images visuelles, des sensations, des actes moteurs qui envahissent tout le champ perceptif (...).* » (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthess, 2006, pp. 130-131). Ces auteurs (2006) définissent, en outre, « *la Partie Apparemment Normale de la Personnalité (PANP)* » comme : « *un système mental étant surtout caractérisé par un ensemble de pertes et de symptômes dissociatifs négatifs tels qu'un certain degré d'amnésie du traumatisme et l'anesthésie de diverses modalités sensorielles (...). Dans leur état PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) les individus traumatisés ont échoué partiellement ou totalement à intégrer le traumatisme.* » (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthess, 2006, p. 131).

La PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) et la PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) ont des fonctions différentes. La PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) a pour fonction principale de réaliser des activités de la vie courante et d'assurer la survie de l'espèce. La PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) a pour fonction principale d'assurer la survie de l'individu lorsqu'il est exposé à une menace vitale. Chez les sujets traumatisés, la présence de déclencheurs rappelant le traumatisme initial ou étant conditionnés à celui-ci, va générer une activation de leur PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité). Une fois activée, leur PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) va au décours de reviviscences mnésiques et/ou sensori-motrices, soit faire intrusion dans la PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité), soit la désactiver. La désactivation de la PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) par la PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) va se traduire par un phénomène d'amnésie de la PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) pendant la réactivation de la PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité). Il est à noter que des intrusions de la PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) dans la PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) peuvent aussi se manifester au décours, entre-autres de voix de la PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) et/ou de mouvements physiques intentionnels venant d'elle (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthes, 2006).

Nijenhuis & al. (2006) ont distingué trois types de dissociation structurelle de la personnalité. La dissociation structurelle primaire, la dissociation structurelle secondaire, et la dissociation structurelle tertiaire. La dissociation structurelle primaire est rattachée à un état de stress aigu ou encore à un état de stress post-traumatique simple. L'individu traumatisé présente, dans ce type de dissociation structurelle, une PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) et une PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) comme manifestation du système de défense. La dissociation structurelle secondaire est rattachée à un état de stress post-traumatique complexe ou bien à un trouble dissociatif non spécifié. Dans cette configuration, l'individu présente une PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) et une PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) qui est structurellement dissociée à l'intérieur d'elle-même. Cette PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) est une manifestation de sous-systèmes défensifs non-intégrés et d'autres systèmes d'action. Certaines PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) peuvent, par exemple, manifester de l'immobilisation, du combat, des phénomènes d'analgésie ou d'anesthésie, de la colère...L'échec intégratif signe

un niveau de traumatisation plus grave parce que répétée et prolongée. Pour finir, la dissociation structurelle tertiaire est rattachée à un trouble dissociatif de l'identité (TDI). Ici, PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) et PEP (Partie émotionnelle de la Personnalité) sont structurellement dissociées. La fragmentation de la PANP (Partie Apparemment Normale de la Personnalité) ne se produit pas pendant le traumatisme mais lorsque des éléments inévitables de la vie quotidienne rappellent le traumatisme passé (Nijenhuis, Van der Hart, Steele, De Soir & Matthes, 2006).

Ainsi, les manifestations dissociatives infiltrent un certain nombre de catégories diagnostiques, allant de l'état de stress aigu au trouble de stress post-traumatique jusqu'au stress post-traumatique complexe. Ces manifestations dissociatives peuvent également toucher à la personnalité comme la conception de la dissociation structurelle de la personnalité l'indique.

Aussi, il est à noter que les manifestations dissociatives de nature traumatique que nous venons d'évoquer émanent, en premier lieu, d'un certain nombre de processus neurobiologiques. Ces processus neurobiologiques sont rattachés à un autre concept qu'il nous paraît important de définir. Il s'agit du concept de mémoire traumatique. Qu'est-ce que la mémoire traumatique ?

2.1.7.1.4 La mémoire traumatique

Salmona (2008) définit la mémoire traumatique comme : *« un trouble de la mémoire émotionnelle. Conséquence de traumatismes graves, elle est liée à la fois à des mécanismes de sauvegarde exceptionnels mis en place quand les capacités de défense normales d'un individu sont débordées par un stress extrême, et au circuit de peur conditionnée permanent qui s'installe ensuite. Elle est à l'origine des symptômes psychotraumatiques les plus graves et les plus chroniques, ayant les impacts les plus négatifs sur la qualité de vie des victimes. »* (Salmona, 2008, pp.153-160). La mémoire traumatique est donc une mémoire émotionnelle implicite du traumatisme qui a comme caractéristiques principales d'être immuable (sa charge

affective n'est pas réduite par l'effet du temps et reste inchangée au regard du traumatisme initial), d'être déclenchée de façon automatique par tout stimuli pouvant rappeler symboliquement le traumatisme et d'être intrusive au sens où une fois activée, elle va envahir littéralement tout le champ de conscience de l'individu en reproduisant à l'identique tout ou une partie du scénario traumatique (Salmona, 2008). Une mémoire traumatique s'installe à la suite d'un événement traumatique particulièrement violent.

En effet, sur le plan neurobiologique, l'événement traumatique va provoquer une suractivation de l'amygdale (qui constitue avec l'hippocampe le cerveau émotionnel), une surstimulation du système nerveux autonome sympathique avec une surproduction d'adrénaline et de noradrénaline ainsi qu'une surstimulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien avec une surproduction de cortisol. Or, les taux élevés de cortisol et d'adrénaline provoquent un sur-régime et constituent un risque vital pour l'organisme en raison de leur toxicité. L'amygdale va donc être à la fois déconnectée du cortex associatif (chargé de contextualiser les événements) et de l'hippocampe qui ne pourront plus jouer leur rôle de modulateurs de la réaction émotionnelle. Cette déconnexion va entraîner une dissociation péri-traumatique avec anesthésie affective puisque le cortex associatif ne va plus recevoir d'information provenant du cerveau émotionnel, et elle va également empêcher l'hippocampe de recevoir le contenu de la mémoire implicite émotionnelle. Cette dernière ne pourra donc pas être transformée en mémoire déclarative autobiographique et affective, et va rester piégée dans l'amygdale formant ainsi la mémoire traumatique (Salmona, 2008).

Pour éviter que la mémoire traumatique ne se réactive sous forme de flashbacks et de reviviscences, et les fasse revivre à l'identique le traumatisme, les personnes vont mettre en place des comportements d'hypervigilance et d'évitement en jeu dans l'état de stress post-traumatique. Cependant, lorsque la mémoire traumatique va être réactivée par des stimuli rappelant le traumatisme, la détresse psychologique sera telle que le seul moyen d'y mettre fin sera pour les victimes de recréer les conditions d'une déconnexion du cerveau émotionnel avec le cortex préfrontal, provoquant ainsi une dissociation avec anesthésie affective. Cette déconnexion va se faire par la mise en place de conduites à risque dites « *conduites dissociantes* » par Salmona (2008).

Deux types de déconnexion vont alors être possibles, la déconnexion par le survoltage ou la déconnexion par un effet « déconnexion-like ». La déconnexion par le survoltage va consister à faire monter la charge de stress par la mise en place de conduites dangereuses de type auto-agressives (automutilations, mises en danger) ou hétéro-agressives (violences). La déconnexion par un effet « déconnexion-like » va consister à consommer des drogues provoquant un effet dissociant telles que l'alcool, le cannabis, l'héroïne ou autres psychostimulants. L'ensemble de ces conduites dissociantes va aggraver la mémoire traumatique dans un cycle sans fin si une prise en charge adaptée n'est pas dispensée (Salmona, 2008).

Pour conclure, nous pouvons constater que trouble de stress post-traumatique, dissociation traumatique et mémoire traumatique sont des conceptions qui sont intriquées les unes aux autres et, surtout, qui sont étroitement liées. Par ailleurs, il apparaît que les violences conjugales sont susceptibles de générer des troubles psychiques particulièrement invalidants. Selon une autre perspective, qu'en est-il des effets des violences conjugales sur le statut de santé physique, à un niveau médical et organique ?

2.1.7.2 Conséquences des violences conjugales sur le plan somatique

Les femmes victimes de violences ont davantage de troubles physiques et plus de jours d'arrêt-maladie que les femmes non victimes de violences (Sutherland, Bybee & Sullivan, 1998 ; Walker & al., 1997 ; Golding, 1996 ; Leserman & al., 1996 ; cité par l'OMS, 2002, p. 114).

Les violences physiques constitutives des violences conjugales peuvent générer des blessures aux organes internes (Rodgers, 1996 ; Ghent, Da Sylva & Farren, 1982 ; cité par Turgeon, 2003, p. 18), des blessures à la tête, au visage et à l'abdomen (Rinfret-Raynor & al., 1989 ; cité par Turgeon, 2003, p. 18) ainsi que des fractures du nez et de la mâchoire (Ghent, Da

Sylva & Farren, 1982 ; cité par Turgeon, 2003, p. 18). D'après le rapport Henrion (2001), les violences physiques sont susceptibles de provoquer des érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation ainsi que des fractures. La fréquence de chaque type de blessure est variable. Par ailleurs, les violences physiques peuvent également susciter une fatigue intense et des douleurs musculaires limitant l'activité. (Rapport Henrion, 2001, pp. 23-24). De plus, il ressort que les femmes victimes de violences conjugales sont davantage susceptibles de présenter, outre les blessures et ecchymoses engendrées par les violences physiques (Tjaden & Thoennes, 2000 ; Ellsberg & al., 2000 ; Romkens, 1997 ; Nelson & Zimmerman, 1996 ; O'Conner, 1995 ; Rodgers, 1994 ; cité par l'OMS, 2002, p. 114) des troubles « fonctionnels » sans étiologie organique tels que le syndrome du côlon irritable, la fibromyalgie, les troubles gastro-intestinaux et les douleurs chroniques susceptibles d'être consécutifs à des antécédents de maltraitance (Delvaux, Denis & Allemand, 1997 ; Walker & al., 1997 ; Leserman & al., 1996 ; Walker & al., 1993 ; cité par l'OMS, 2002, p. 114).

Les violences sexuelles peuvent, quant à elles, être associées à divers troubles gynécologiques tels que des lésions traumatiques périnéales, des infections génitales et urinaires à répétition, des maladies sexuellement transmissibles, des lésions du col utérin pouvant aboutir à un cancer, des douleurs pelviennes chroniques inexplicées, des troubles de la sexualité (vaginisme, dyspareunie, anorgasmie) et des troubles des règles (dysoovulations avec irrégularités menstruelles, dysménorrhées.) (Henrion, 2001, p. 27).

Ainsi, les violences conjugales apparaissent comme une forme de maltraitance particulièrement nocive, que ce soit pour la santé mentale comme pour la santé physique des femmes qui en sont victimes. Les troubles générés par les violences conjugales semblent, comme en témoignent les études que nous venons d'exposer, être très invalidants et handicapants. Outre les conséquences des violences conjugales sur la santé mentale et physique des femmes qui en sont victimes, il convient de souligner les retentissements majeurs que les violences conjugales produisent chez les enfants qui y sont exposés.

2.1.7.3 Conséquences des violences conjugales sur les enfants qui y sont exposés

Cette partie débutera par quelques données statistiques concernant l'exposition des enfants aux violences conjugales. Les conséquences des violences conjugales sur la santé psychique des enfants témoins et/ou victimes de violences inter-parentales, seront ensuite abordées. Pour finir, nous définirons la théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence à mettre en lien avec les auteurs et les victimes de violences conjugales à l'âge adulte, avant de parler des conséquences des violences conjugales sur la parentalité des femmes battues.

2.1.7.3.1 Données statistiques concernant l'exposition des enfants aux violences conjugales

D'après la revue de la littérature de Vouche (2009), 39% des canadiennes victimes de violences conjugales ont déclaré que leurs enfants en ont été témoins (Rodgers, 1994, cité par Vouche, 2009, p. 239) ; 60 à 80% des enfants vivant dans une fratrie où la mère est victime de violences conjugales en sont témoins (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990, cité par Vouche, 2009, p. 239) ; En France, deux tiers des enfants témoins sont exposés aux violences, et en particulier à des violences psychologiques et physiques directes ou indirectes (Lassus, 2005, cité par Vouche, 2009, p. 240). La revue de la littérature de Lemitre (2011) indique des tendances similaires. En effet, près de 15,5 millions d'enfants américains, soit près de 30% d'entre eux, sont potentiellement exposés à des violences domestiques (Mc Donald, Jouriles, Ramisetty-Mikler, Caetano & Green, 2006, cité par Lemitre, 2011, p.87). Près d'une famille sur deux avec au moins un enfant âgé entre 3 et 7 ans signale des violences intrafamiliales et 24% d'entre elles, des violences physiques d'intensité sévère (Smith Slep & O'Leary, 2005, cité par Lemitre, 2011, p. 78). Les enfants sont exposés aux violences conjugales dans environ 44% des cas et 58% de ces enfants ont moins de 6 ans (Fantuzzo & Fusco, 2007, cité par Lemitre, 2011, p. 78).

Ces statistiques montrent bien que les violences conjugales n'épargnent pas les enfants qui y sont aussi par là même exposés. De plus, leur exposition à ces violences conjugales, que ce soit en tant que témoins et/ou victimes, ne les laisse pas indemnes et impacte sévèrement leur développement et leur bon fonctionnement.

2.1.7.3.2 Conséquences des violences conjugales sur la santé des enfants qui y sont exposés

D'après la revue de la littérature de Sadlier (2015), les enfants exposés aux violences conjugales sont plus à risque de développer des troubles affectifs (dépression, anxiété et état de stress post-traumatique) et des troubles comportementaux (repli sur soi, retrait des interactions sociales, angoisse de séparation, actes d'auto-agression et d'hétéro-agression) (Edelson, 1999 ; Kerig, 1998 ; Sudermann & Jaffe, 1997 ; Lehmann, 1997 ; Hugues, 1997 ; Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990, cité par Sadlier, 2015, p. 36). Et, ces problèmes affectifs et comportementaux sont 10 à 17 fois plus fréquents chez cette population-cible en comparaison à une population non exposée à des violences intrafamiliales (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990).

D'après Pepler et ses collaborateurs (1989), les résultats scolaires ainsi que le développement social et les comportements adaptatifs de ces enfants sont fortement impactés par les violences conjugales qui sévissent dans leur foyer (Pepler, Moore, Mae & Kates 1989, cité par Vouche, 2009, p. 240). Par ailleurs, Mohammad et ses collaborateurs (2015) ont démontré que l'abus familial chez des enfants était associé à un état de stress post-traumatique et que la violence communautaire était associée à de l'anxiété et de l'agression (Mohammad, Shapiro, Wainwright & Carter, 2015). Dans une autre perspective, Boxer et ses collaborateurs (2013) ont objectivé que les enfants exposés aux violences interpersonnelles rencontraient des problèmes de comportement et de santé mentale, incluant un état de stress post-traumatique et des comportements agressifs (Boxer & Sloan-Power, 2013).

Outre l'impact traumatique des violences conjugales sur les enfants qui y sont confrontés, il est important de souligner les troubles du comportement de type agressif qui peuvent en

émaner. A ce sujet, une autre étude (Cummings, Pepler & Moore, 1999) s'est intéressée à la comparaison de différents groupes d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Le premier groupe, composé d'enfants recrutés dans un foyer de femmes battues a été comparé à trois autres groupes d'enfants issus de familles « non-violentes » qui sont les suivants : familles avec les deux parents, familles avec mère célibataire, et familles sans abri. Les résultats ont fait ressortir que les filles qui ont été exposées récemment à des violences conjugales touchant à leur mère ont montré davantage de problème de comportements internalisés et externalisés que les garçons exposés aux mêmes événements. Par ailleurs, les mères en foyer pour violences conjugales et les mères sans abri ont montré le plus haut degré d'agression parent-enfant. Les filles exposées aux violences conjugales ont obtenu de façon significative le plus haut degré de comportements internalisés et externalisés que les garçons exposés aux mêmes situations de violence dans le couple, et que les familles non violentes avec la présence des deux parents, ainsi que les filles qui ont une mère célibataire. En outre, les garçons exposés à des violences conjugales ont présenté de façon significative un plus haut niveau de comportements internalisés comparés aux garçons qui ont une famille non violente composée des deux parents. Aussi, les enfants exposés à des violences conjugales, tout comme ceux sans abri, ont eu un niveau équivalent de problèmes de comportement. Chez tous les groupes, il apparaît que l'ajustement psychologique des mères est le meilleur prédicteur de l'ajustement des filles aux violences que celui des garçons (Cummings, Pepler & Moore, 1999). Ainsi, il ressort de cette étude que les enfants victimes/témoins de violences conjugales sont sujets à des troubles du comportement, en particulier à des comportements externalisés et internalisés importants. Il serait donc intéressant d'évaluer ces composantes chez cette population-cible.

Dans la même veine d'investigation, une étude a démontré que différentes formes de violences intrafamiliales combinées (agression partenaire-enfant, agression mère-enfant et violences conjugales) étaient associées à des problèmes d'externalisation chez les enfants exposés. Par ailleurs, les agressions partenaire-enfant étaient associées à des problèmes d'internalisation, d'une part, et à la perception d'une menace, d'autre part. La relation existante entre agression mère-enfant et problèmes d'externalisation était plus forte chez les garçons que chez les filles. Les différences inter-sexes n'ont pas été observées pour les problèmes d'internalisation ou pour la perception d'une menace (Mc Donald, Jouriles, Tart & Minze, 2009). Ainsi, les problèmes d'externalisation ressortent une fois de plus chez les enfants exposés à différentes formes de violences domestiques. En outre, il semblerait que les

agressions mère-enfant entraînent davantage de problèmes d'externalisation chez les garçons, même si les filles sont également assujetties à ce type de problème comportemental. Nous pouvons considérer que ce mode comportemental soit le fruit de stratégies de *coping* dysfonctionnelles pour faire face aux violences.

Par ailleurs, une étude (Purvis, 1995) a démontré que les violences intrafamiliales impactaient de différentes façons le développement des enfants et généraient chez eux des troubles du comportement, des capacités d'apprentissage et de l'ajustement émotionnel et social. Elle a également souligné que les comportements inadaptés chez les adolescents étaient le résultat de l'internalisation des abus durant plusieurs années (Purvis, 1995). Ainsi, l'internalisation des violences inter-parentales serait à l'origine de difficultés comportementales et d'un ajustement pauvre chez les enfants. Les résultats de cette étude sont confirmés par Shipman et ses collaborateurs (1999) qui ont souligné que les enfants exposés à un ou plusieurs types de violences intrafamiliales (violences conjugales et/ou violences des parents envers les enfants) démontraient plus de problèmes socio-émotionnels et de comportement que leurs pairs issus de familles non violentes (Shipman, Rossman & West, 1999).

Outre l'importance d'examiner les problèmes de comportement, une étude (De Board-Lucas & Grych, 2011) s'est intéressée aux pensées et aux sentiments de 34 enfants âgés de 7 à 12 ans dont la mère était suivie dans un service spécialisé pour les violences conjugales. Il est apparu que les pensées de ces enfants étaient centrées sur les conséquences des violences, et les efforts pour comprendre pourquoi les violences se produisaient. Par ailleurs, ces enfants ont vu généralement le partenaire de leur mère comme responsable des violences même si un nombre important d'enfants a considéré que les deux parents avaient joué un rôle. La tristesse et la colère ont été des émotions plus communes que l'anxiété chez ces enfants qui tentaient souvent d'arrêter et/ou de se retirer de la situation de violences conjugales. Lorsqu'il a été demandé à ces enfants pourquoi il y avait des violences conjugales dans leur foyer, la plupart ont répondu que les violences étaient imputables à une perte de contrôle, à de la colère, ou encore à des caractéristiques personnelles chez les auteurs de violences. Les résultats de cette étude ont montré que les enfants témoins de violences conjugales tentaient activement de comprendre les causes et les conséquences des violences inter-parentales et que leurs perceptions et leurs interprétations étaient importantes pour comprendre le développement de leurs croyances concernant l'utilisation de la violence dans les relations intimes (De Board-

Lucas & Grych, 2011). Ainsi, il est important de souligner que les enfants en proie à des violences conjugales sont en permanence préoccupés par le fait de comprendre les raisons de ces violences. Leurs idées sont également centrées sur les conséquences des violences, ce qui les rend à la fois tristes et en colère. Ces émotions peuvent, par ailleurs, les pousser à vouloir arrêter les violences en s'interposant ou au contraire à s'extraire de la situation conflictuelle.

S'agissant maintenant des émotions de ces enfants, une étude (Katz & Rigterink, 2012) a démontré que les violences conjugales avaient un effet sur la capacité des enfants à réguler leurs émotions. Ces difficultés de régulation émotionnelle étaient à leur tour associées à un niveau assez pauvre d'ajustement chez ces enfants. Cette même étude a démontré que les enfants exposés aux violences conjugales montrent un haut niveau d'anxiété et de dépression ainsi que des problèmes d'externalisation (Katz & Rigterink, 2012). Les enfants victimes/témoins de violences conjugales sont sujets à des difficultés de régulation émotionnelle, du fait des violences, qui se traduisent par des problèmes d'externalisation et par des stratégies de *coping* pauvres et inefficaces. Par ailleurs, il existe une comorbidité anxio-dépressive conséquente chez ces enfants. Dans une même perspective, Katz et ses collaborateurs (2007) ont démontré que les problèmes de régulation émotionnelle médiatisaient la relation existante entre une exposition à des violences conjugales par des enfants âgés de 5 ans et la présence de relations négatives avec leurs pairs, des problèmes sociaux ainsi que des difficultés d'internalisation et d'externalisation chez ces mêmes enfants à l'âge de 11 ans (Katz, Hessler & Annett, 2007).

Il est à noter aussi que Holden et ses collaborateurs (1998) n'établissent pas de différence sur le plan psychopathologique entre des enfants battus et des enfants exposés à des violences conjugales (Holden & al., 1998, cité par Lemitre, 2011, p. 88). En outre, les enfants exposés à des violences conjugales sont plus à risque de subir des violences physiques et sexuelles (Edleson, 1999 ; Appel & Holden, 1998, cité par Lemitre, 2011, p. 88).

D'après Vouche et ses collaborateurs (2007), les symptômes varient en fonction de divers facteurs. Ces facteurs sont l'arrêt ou la persistance de la violence intrafamiliale, le sentiment d'insécurité ressenti par les enfants et la mère, la durée et l'intensité des actes de violence, le style adaptatif de l'enfant et les caractéristiques relatives à la personnalité des enfants exposés qui peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité ou de résistance (Vouche, Zinoune,

Lambert & Loubeyre, 2007). A cet effet, Lessard & Paradis (2003) se sont intéressés aux facteurs de risque et de protection quant au développement de troubles psychopathologiques chez des enfants suite à l'exposition à des violences conjugales. Ces facteurs ont, tour à tour, été établis en fonction des caractéristiques de l'enfant, des caractéristiques de la famille et des caractéristiques de l'environnement. S'agissant des caractéristiques de l'enfant, divers facteurs de risque et de protection ont été recensés. Les facteurs de risque sont, pour l'enfant, d'avoir un tempérament difficile, d'avoir eu des complications périnatales (retards de développement ou maladies chroniques) et de présenter des difficultés sur le plan des habiletés sociales et intellectuelles. Les facteurs de protection pour l'enfant, quant à eux, renvoient à un tempérament facile et harmonieux, à une force de caractère, à une bonne autonomie, à une bonne estime de soi, à un sentiment de contrôle sur les événements, à une maturité supérieure à son âge, à une capacité à se distancier de ses émotions, de ses pensées et de ses actions en contexte difficile, à une bonne gestion du stress via des stratégies adaptatives fonctionnelles (recherche de soutien, par exemple), à des traits de personnalité optimistes quant à l'avenir, à des compétences sociales (altruisme, empathie, habiletés sociales...) ainsi qu'à des compétences cognitives marquées par une réussite scolaire. Concernant les caractéristiques de la famille, les facteurs de risque sont les suivants : statut socio-économique bas et faible scolarité des parents, présence d'événements marquants une rupture dans la vie de l'enfant (déménagements, changement d'école...), fréquence et intensité des violences intrafamiliales (violences inter-parentales, négligence et/ou mauvais traitements envers l'enfant), problèmes psychopathologiques chez la mère, criminalité ou addictions chez les parents, antécédents de maltraitance des parents et liens d'attachement parent-enfant « insécures ». Sur le plan familial, les facteurs de protection sont caractérisés par des liens d'attachement mère-enfant sécurisants (bonne supervision parentale, conscience et sensibilité des parents à la souffrance et aux besoins de l'enfant, parents empathiques et soutenant vis-à-vis de l'enfant, présence de règles claires à respecter, ambiance chaleureuse et gestion positive des conflits familiaux, degré d'intimité qui respecte l'autonomie de l'enfant). Pour finir, concernant les caractéristiques de l'environnement, les facteurs de risque renvoient à un faible soutien social alors que les facteurs de protection sont associés à la présence d'un réseau social de qualité (ressources extra-familiales : participation à des activités de loisirs, relation émotionnelle importante avec au moins un adulte en dehors de la famille) (Lessard & Paradis, 2003).

Dans un contexte de violences conjugales, Baker & Cunningham (2004) ont distingué sept rôles typiques assignés aux enfants qui y sont exposés. Un même enfant peut assurer un ou plusieurs de ces rôles qui émanent soit d'une demande explicite venant des parents soit d'une façon pour l'enfant de composer avec, et de faire face aux violences inter-parentales. Ces rôles sont les suivants : rôle du « *petit parent* », rôle du « *confident de la victime* », rôle du « *confident de l'agresseur* », rôle du « *petit agresseur* », rôle de « *l'enfant modèle* », rôle de « *l'arbitre* » et rôle du « *bouc émissaire* ». Dans le rôle du « *petit parent* », l'enfant est « parentifié ». Les tâches ménagères et la préparation des repas peuvent lui être confiées. Il peut également protéger, assurer la sécurité ou encore reconforter la victime en contexte de violences. Dans le rôle du « *confident de la victime* », l'enfant a connaissance des inquiétudes et des projets de la victime. Dans le rôle du « *confident de l'agresseur* », l'enfant est sensible aux justifications de l'agresseur quant aux violences qu'il inflige et participe même au « flicage » de la victime. Dans le rôle du « *petit agresseur* », l'enfant adopte des comportements violents à l'égard de la victime. Dans le rôle de « *l'enfant modèle* », l'enfant présente une hyperadaptation sociale. Dans le rôle de « *l'arbitre* », l'enfant tente de prévenir la violence. Dans le rôle du « *bouc émissaire* », l'enfant est désigné comme le responsable des violences. Tous ces rôles génèrent chez l'enfant une souffrance anxio-dépressive importante (Baker & Cunningham, 2004, cité par Sadlier, 2015, pp. 43-45).

Pour conclure, les enfants et adolescents victimes/témoins de violences conjugales semblent présenter un risque important de développer un certain nombre de troubles psychopathologiques tels que les troubles dépressifs, les troubles anxieux et post-traumatiques ainsi que les troubles comportementaux d'internalisation et d'externalisation. Par ailleurs, il semblerait que ces enfants et adolescents soient en proie à des difficultés massives de régulation émotionnelle, et par là-même à de profondes difficultés dans les rapports sociaux. Ces troubles et difficultés émaneraient, en premier lieu, des violences auxquelles ils sont confrontés. Intéressons-nous, à présent, à la répétition de la compulsion de la violence à travers la théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence. Les enfants victimes et/ou témoins de violences conjugales ont-ils plus de chances de devenir auteurs et/ou victimes de violences à l'âge adulte ?

2.1.7.3.3 Théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence

L'Observatoire National de l'Enfance En Danger (ONED, 2007) définit la théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence comme se basant sur la théorie générale des apprentissages sociaux développée par Bandura. Celle-ci suppose que les enfants apprennent par le conditionnement direct des comportements et l'imitation des comportements observés de manière répétitive chez les autres. Ainsi, les enfants apprennent à se comporter en expérimentant à la fois la manière dont les autres les traitent et en observant comment les parents se traitent l'un vis-à-vis de l'autre. Les enfants qui grandissent en étant témoins et/ou victimes de violences interparentales sont plus susceptibles d'imiter ou tolérer ces comportements que les enfants qui grandissent dans des foyers non-violents (ONED, 2007, p. 61). La question de la reproduction et de la transmission à la génération suivante de la violence concerne aussi bien les comportements d'auteurs que les comportements de victimes. La part de non-reproduction est en rapport avec des facteurs de protection et de résilience suite à l'exposition à des violences étant enfant (ONED, 2007, p. 60).

En s'appuyant sur cette théorie, des recherches ont démontré qu'il existerait un lien entre une exposition à la violence conjugale étant enfant et vivre de la violence conjugale à l'âge adulte. Cependant, ce lien est faible. Par ailleurs, il est important de souligner que ce lien est loin d'être absolu puisque la majorité des adultes qui ont grandi dans un environnement où il s'exerçait de la violence conjugale ne deviennent pas pour autant des victimes de violences conjugales. Cependant, une exposition à des violences conjugales étant enfant constitue un facteur de risque important de vivre des violences à l'âge adulte (Stith, Rosen, Middleton, Bush, Lundeberg & Carlton, 2000 ; O'Keefe, 1998 ; cité par l'ONED, 2007, p. 62).

S'agissant de la probabilité de devenir auteur de violences à l'âge adulte lorsque l'on a été victime de violences dans l'enfance, la recherche scientifique propose des résultats contradictoires. Stith et coll. (2000) plaident en faveur d'une transmission intergénérationnelle de la violence en tant qu'auteur, en affirmant qu'il existe un lien faible mais significatif entre le fait d'avoir été victime et/ou témoin de violences dans son enfance et de devenir auteur de violences à l'âge adulte ; alors que pour O'Keefe (1998) ce lien n'existe pas. Par ailleurs, la

méta-analyse de Stith et coll. (2000) met en avant un effet significatif du genre dans le cadre d'une transmission intergénérationnelle de la violence en tant qu'auteur. Il apparaît que les hommes sont davantage susceptibles de devenir auteurs de violences que les femmes, qu'ils aient été témoins ou victimes de violences dans l'enfance.

Concernant la probabilité de devenir victime de violences à l'âge adulte lorsque l'on a été victime de violences dans l'enfance, il est à noter une relation significative entre le fait d'avoir été victime et/ou témoin de violences dans son enfance et de devenir victime de violences à l'âge adulte. Cependant, le risque est plus grand de devenir victime à l'âge adulte lorsque l'on a été victime de violences dans l'enfance (comparativement au fait d'avoir été témoin de violence). Par ailleurs, il existe un effet significatif du genre seulement lorsque l'on a été victime de violences dans l'enfance (et non témoin). Dans ce cas, les femmes ont plus de risque que les hommes de devenir victimes de violences à l'âge adulte (Stith & al., 2000, cité par l'ONED, 2007, p. 63).

Pour conclure, il existe une plus forte relation entre le fait de grandir dans un foyer violent et de devenir violents pour les hommes que pour les femmes ; et une plus forte relation entre le fait de grandir dans un foyer violent et de devenir victimes pour les femmes que pour les hommes (Stith & al., 2000, cité par l'ONED, 2007, p. 63).

L'ONED (2007) propose deux hypothèses pour expliquer cette différence de genre. La première réside dans la capacité d'identification au parent du même sexe (père violent pour les garçons Vs mère victime pour les filles). La seconde renvoie à des codes culturellement normés de socialisation selon le sexe. La socialisation traditionnelle des garçons tendrait à renforcer chez eux les comportements agressifs pour résoudre un conflit, alors que la socialisation traditionnelle des filles tendrait à renforcer des valeurs comme l'obéissance, le respect et la loyauté, ainsi que l'utilisation de comportements passifs pour résoudre un conflit (ONED, 2007, pp.63-64).

Par ailleurs, une recherche (Ibabe, Jaureguizar & Bentler, 2013) a étudié les relations existantes entre la violence exercée par les enfants envers les parents et deux autres types de violences intrafamiliales tels que les violences inter-parentales et les violences exercées par les parents envers les enfants. Et ce, dans le but de vérifier laquelle de ces deux types de

violences domestiques constitue un facteur de risque des violences exercées par les enfants envers les parents, et d'analyser la présence de différences inter-sexes dans la bilatéralité des violences. Un autre objectif a été d'explorer le profil psychologique des auteurs de violences intrafamiliales. Les résultats de l'étude ont indiqué que les violences inter-parentales, et les violences exercées des parents envers les enfants sont des facteurs de risque des violences exercées des enfants envers les parents. Des différences inter-sexes ont également été pointées. Les garçons de l'échantillon étaient plus enclins à être physiquement agressifs envers leurs mères, si ces dernières étaient aussi victimes de violences conjugales. Des différences inter-sexes ont aussi été trouvées dans le profil des adolescents violents avec leurs parents. Ces différences portaient sur un niveau d'éducation inapproprié dispensé par les mères, des problèmes sociaux, et une consommation abusive de drogues (Ibabe, Jaureguizar & Bentler, 2013). Ainsi, le fait d'être témoin et/ou victime de violences conjugales pourrait être à l'origine de nouvelles situations de violences. Et ce, en particulier des enfants envers les parents, et à fortiori des garçons envers leurs mères.

Pour conclure, l'exposition à des violences inter-parentales dans l'enfance peut fragiliser, comme nous venons de le voir, le devenir à l'âge adulte des enfants qui y sont exposés. La question des conséquences des violences conjugales sur la parentalité se pose également. Autrement dit, les violences conjugales ont-elles des conséquences sur la parentalité des femmes qui en sont victimes ?

2.1.7.3.4 Conséquences des violences conjugales sur la parentalité des femmes victimes

S'agissant du style parental des femmes victimes de violences conjugales, une étude (Rea & Rossman, 2005) a examiné le style parental de mères victimes de violences conjugales vivant chez elles ou dans un foyer pour femmes battues. Il ressort de cette étude que les femmes battues ont un style parental plus permissif que les femmes non battues. Les femmes battues vivant dans un foyer pour femmes battues ont un style parental plus autoritaire que des femmes battues vivant chez elles. Il apparaît, par ailleurs, que l'utilisation d'une hostilité verbale aurait tendance à exacerber les problèmes d'internalisation et d'externalisation chez

les enfants, la plupart du temps. Et, le style maternel permissif contribuerait à de faibles performances scolaires. Enfin, le style parental autoritaire apparaîtrait comme contribuant à promouvoir l'ajustement de l'enfant pour faire face aux violences domestiques et à des événements de vie difficiles (Rea & Rossman, 2005). Ainsi, le style parental des femmes victimes de violences conjugales semble alterner en fonction du contexte entre un style à la fois permissif et autoritaire. Ces deux types de styles parentaux semblent respectivement générer des troubles du comportement et un échec scolaire chez les enfants qui y sont confrontés. Par ailleurs, il est à noter que le style parental autoritaire apparaîtrait comme un modèle favorisant l'activation de stratégies de *coping* pour faire face aux violences conjugales mais aussi à des événements de vie difficiles. Ces résultats sont cependant à nuancer. En effet, une étude (Levendosky & Graham-Bermann, 2000) a montré que les femmes victimes de violences conjugales ayant subi des abus physiques et psychologiques de la part de leur mère étaient des mères chaleureuses et non autoritaires et « contrôlantes » (Levendosky & Graham-Bermann, 2000). Ainsi, toutes les femmes victimes de violences conjugales n'ont pas un style parental permissif ou autoritaire. Cela semble ne concerner que certaines femmes victimes de violences conjugales.

Par ailleurs, Sadlier (2015) souligne que la violence conjugale a des conséquences sur le type d'attachement parento-infantile. Ce dernier serait de type ambivalent ou évitant ou encore désorganisé (Zeanah, Danis, Hirshberg, Benoit, Miller & Heller, 1999) en contexte de violences conjugales. Le type d'attachement ambivalent est retrouvé lorsque l'enfant doute concernant la capacité de ses parents à répondre à ses besoins. Ces enfants souffrent d'angoisse de séparation et sont souvent angoissés à l'idée de s'autonomiser. Le type d'attachement évitant est retrouvé chez les enfants qui ne perçoivent pas le parent comme capable de répondre à ses besoins. Ces enfants rencontrent des difficultés de régulation émotionnelle qui se traduisent par de l'agressivité et une attitude exempte de conformisme quant aux règles et à la vie en communauté. Enfin, le type d'attachement désorganisé est retrouvé chez les enfants dont les parents ne peuvent pas soulager leur inconfort émotionnel (Sadlier, 2015). A ce sujet, Waldman-Levi et ses collaborateurs (2015) ont révélé dans une étude récente que les femmes victimes de violences conjugales présentant un état de stress post-traumatique avaient un niveau d'attachement de type « inquiet ». De plus, les femmes victimes de violences conjugales qui présentaient des antécédents de maltraitance durant l'enfance ressentaient moins de satisfaction concernant les soins maternels. Cette étude

suggère que des événements traumatiques répétés chez des femmes victimes de violences conjugales peuvent aboutir à la formation de modèles d'attachement peu sécurisés et à un état de stress post-traumatique qui, par conséquent, peut avoir un impact sur leur rôle parental perçu (Waldman-Levi, Finzi-Dottan & Weintraub, 2015).

Ainsi, outre les conséquences des violences conjugales sur la santé des enfants qui y sont exposés, celles-ci sont susceptibles d'altérer la parentalité des femmes qui en sont victimes, ce qui peut également avoir des conséquences sur le style d'attachement dont va bénéficier la descendance. Arrêtons-nous maintenant un instant sur les facteurs susceptibles de générer des situations de violences conjugales. En effet, quels sont les facteurs de risque des violences conjugales ?

2.1.8 Facteurs de risque des violences conjugales

Tout d'abord, il convient de souligner que les violences conjugales concernent tous les milieux socioculturels et toutes les zones d'habitation (rurales/urbaines), quels que soient le niveau d'études, l'âge et l'origine culturelle (Souffron, 2007). Cependant, un certain nombre de facteurs de risque des violences conjugales sont mis en avant par les études internationales sur le sujet.

2.1.8.1 Le niveau socioculturel

En premier lieu, il apparaîtrait au travers de nombreuses études qu'un niveau socioculturel bas accroît les risques d'apparition des violences conjugales, même si les violences conjugales concernent tous les milieux socioculturels. En effet, les résultats d'une étude (Rapp, Zoch, Khan, Pollmann & Kramer, 2012) indiquent que les femmes qui ont un plus haut niveau socioculturel que leur époux sont moins nombreuses à faire l'expérience de violences

conjugales d'intensité moyenne et sévère comparativement à celles dont le niveau socioculturel est moins élevé et/ou équivalent à celui de leur époux. Ces femmes (à niveau socioculturel plus important que leur époux) ont également la probabilité la plus basse de subir des violences conjugales. De plus, il est à noter une diminution de la sévérité des violences conjugales avec une augmentation du niveau socioculturel chez les époux (Rapp, Zoch, Khan, Pollmann & Kramer, 2012). Dans la même veine, une étude de Nyberg et ses collaborateurs (2013) a mis en avant que les femmes qui subissaient des violences conjugales étaient celles qui avaient un niveau d'éducation significativement inférieur à celles qui ne subissaient pas de violences (Nyberg, Stieglitz, Flury & Riecher-Rossler, 2013). D'autres auteurs ont mis en évidence que la pauvreté constituait un facteur de risque des violences conjugales (Hill, Woodson, Ferguson & Parks, 2012 ; Kelmendi, 2015 ; Niu & Laidler, 2015). Par ailleurs, selon une méta-analyse, le fait d'avoir reçu un enseignement universitaire est un facteur protecteur contre les violences physiques chez les femmes, tandis que le fait de ne pas avoir de travail rémunéré est un facteur favorisant les violences physiques chez les femmes (Davoudi, Rasoulilian, Asl & Nojomi, 2013). En outre, des facteurs de risque majeurs concernant la violence envers les femmes ont été dégagés par une étude menée en Mongolie. Ces facteurs de risque ont inclus le fait d'avoir seulement reçu un enseignement primaire, d'avoir un bas revenu, de résider dans un logement en location et de vivre avec un partenaire au chômage qui consomme de l'alcool (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009). Pour finir, Yount et ses collaborateurs (2006) ont objectivé que le niveau de vie du ménage était négativement associé à de la violence physique (Yount & Carrera, 2006).

Pour conclure, même si les violences conjugales concernent tous les milieux socioculturels, il semblerait qu'un niveau socioculturel bas soit un terreau davantage fertile aux violences conjugales.

2.1.8.2 Les antécédents de maltraitance

En second lieu, les antécédents de maltraitance apparaissent pour de nombreuses études comme prédictifs de violences conjugales. En effet, des auteurs ont mis en avant que les

antécédents de maltraitance, que ce soit chez les victimes ou les auteurs de violences, comptaient parmi les facteurs de risque des violences conjugales (Hill, Woodson, Ferguson & Parks, 2012 ; Acevedo, Lowe, Griffin & Botvin, 2013). En outre, une exposition précoce aux violences conjugales durant l'enfance prédit des problèmes d'attachement dans le couple et de nouvelles situations de violences conjugales (Godbout, Dutton, Lussier & Sabourin, 2009). A cet effet, une étude (Karakurt, Keiley & Posada, 2013) a démontré que des participants tant féminins que masculins qui présentaient un haut niveau d'attachement de type « insecure » allaient plus probablement être victimes d'agression dans leur relation actuelle. De plus, les participantes féminines qui avaient rapporté avoir été témoins de conflits parentaux durant l'enfance allaient plus probablement aussi être victimes d'agression par leur partenaire (Karakurt, Keiley & Posada, 2013). Dans une même perspective, Hetzel-Riggin et ses collaborateurs (2011) ont souligné que des participants ayant subi de multiples abus dans l'enfance (abus physique et avoir été témoin de violences intrafamiliales) sont ceux qui expérimentent le plus haut degré de toutes formes de maltraitance confondues à l'âge adulte. Et, plus le degré de violences subies dans l'enfance était sévère, plus le lien entre maltraitances infantiles et maltraitances à l'âge adulte était direct (Hetzel-Riggin & Meads, 2011). En effet, comparativement aux femmes qui ne présentent pas d'antécédents de violences intrafamiliales, les femmes qui ont témoigné de violences domestiques dans leurs vies allaient significativement plus probablement subir des violences physiques et sexuelles (Tenkorang, Owusu, Yeboah & Bannerman, 2013). Enfin, une étude (Sahin, Timur, Ergin, Taspinar, Balkaya & Cubukcu, 2010) a évalué des variables comme le trauma lors de l'enfance, le type de mariage et le niveau d'estime de soi pour vérifier si elles étaient corrélées à des violences conjugales chez des femmes Turques. Les résultats de l'étude indiquent que plus de la moitié des femmes ont été exposées à de la violence conjugale. Ces violences conjugales augmentent avec des facteurs incluant un statut économique inférieur à celui du mari, des mariages arrangés lors de l'adolescence et un grand nombre d'enfants. Aussi, des mariages arrangés, des problèmes sexuels ainsi que des abus physiques pendant l'enfance aboutissent à une augmentation des violences conjugales. Par ailleurs, l'estime de soi était significativement plus basse chez les femmes soumises à de la violence conjugale, et cette diminution était statistiquement significative lorsque le niveau de maltraitance infantile augmentait (Sahin, Timur, Ergin, Taspinar, Balkaya & Cubukcu, 2010).

2.1.8.3 La situation conjugale

Outre le niveau socioculturel et les antécédents de maltraitance, il apparaît au travers de la précédente étude que le type de mariage et, plus particulièrement, les mariages arrangés ainsi que le nombre d'enfants constituent également des facteurs de risque des violences conjugales. D'autres études se sont penchées sur la question et ont abouti aux mêmes constatations, en particulier, concernant le nombre d'enfants à charge chez ces femmes victimes de violences conjugales. En effet, plus le nombre d'enfants est important, plus le risque d'installation de violences conjugales est élevé. Et, il est à noter que le lien entre le nombre d'enfants et le risque de violences conjugales est modéré par le niveau d'éducation chez les hommes et les femmes ; et ce lien est plus fort chez les femmes de l'échantillon que chez les hommes (Acevedo, Lowe, Griffin & Botvin, 2013). Ces résultats vont dans le sens d'une étude de Yount et ses collaborateurs (2006) qui a été menée auprès de 2074 femmes Cambodgiennes. Cette étude a révélé que les femmes avec plus d'enfants allaient éprouver probablement plus de violences physiques (Yount & Carrera, 2006). De même pour ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels que ce soit chez l'homme auteur de violences comme chez la femme victime (Acevedo, Lowe, Griffin & Botvin, 2013 ; Ali, Yassin & Omer, 2014). Pour finir, une étude (Bostock, Plumpton & Pratt, 2009) a souligné que les facteurs de risque des violences conjugales étaient pour une femme, d'être jeune, dépendante sur le plan financier, au chômage et avec des enfants (Bostock, Plumpton & Pratt, 2009). Ainsi, le jeune âge, tant des femmes victimes que des hommes auteurs, constitue un autre facteur de risque des violences conjugales (Izmirli, Sonmez & Sezik, 2014 ; O'Leary, Tintle & Bromet, 2014).

Pour conclure, les mariages arrangés, un nombre d'enfants important ainsi que le jeune âge des femmes constituent des facteurs de risque des violences conjugales.

2.1.8.4 Caractéristiques liées aux auteurs et aux victimes

Il est à noter qu'un certain nombre de caractéristiques chez l'auteur favoriseraient les violences conjugales. L'une de ces caractéristiques est la psychopathologie associée à de l'abus de substance (Hill, Woodson, Ferguson & Parks, 2012 ; Izmirli, Sonmez & Sezik, 2014). Par ailleurs, concernant les facteurs prédictifs des violences conjugales, une étude (Kachadourian, Taft, O'Farrell, Doron-Lamarca & Murphy, 2012) a démontré que trois groupes de variables inhérentes aux auteurs de violence (la sévérité des problèmes d'alcool, les croyances concernant la prise d'alcool et les caractéristiques de la personnalité antisociale) prédisaient les violences psychologiques exercées par des hommes auteurs de violences conjugales (Kachadourian, Taft, O'Farrell, Doron-Lamarca & Murphy, 2012). La personnalité borderline semble, par ailleurs, prédire différentes formes de violences conjugales (Hines, 2008). Dans une même perspective, le fait de vivre avec un partenaire au chômage qui consomme de l'alcool est un facteur de risque des violences conjugales (Oyunbileg, Sumberzul, Udval, Wang & Janes, 2009). En outre, O'Leary et ses collaborateurs (2014) ont étudié des variables d'apprentissage social liées au développement, la psychopathologie et des variables dyadiques comme facteurs de risque de violences physiques perpétrées sur le partenaire aux Etats-Unis. Parmi les hommes, les facteurs de risque pour commettre des violences physiques incluaient la violence inter-parentale durant l'enfance, être en relation conjugale avant l'âge de 14 ans, présenter un Trouble Explosif Intermittent, et après l'âge de 20 ans être victime de violences conjugales. Parmi les femmes victimes et/ou auteurs, les facteurs de risque étaient d'être jeune, de présenter un Trouble Explosif Intermittent avant l'âge de 20 ans, de vivre en cohabitation, d'être victimisée par le partenaire et d'éprouver une tension matrimoniale (O'Leary, Tintle & Bromet, 2014).

La grossesse semble constituer un autre facteur de risque des violences conjugales. En effet, Richardson et ses collaborateurs (2002) indiquent qu'une femme enceinte a 2 fois plus de risque d'être victime de violences conjugales. Par ailleurs, 64% des femmes déclarent que la violence augmente pendant la période de grossesse (Stewart & Ceccuti, 1993) et 85% d'entre-elles déclarent que la violence subie pendant la grossesse s'est accentuée après la naissance du nourrisson (Stewart, 1994). Cependant, il est à noter que suite à une grossesse, la violence

peut débiter, s'accroître tout comme cesser temporairement (Janssen, 2003). Par ailleurs, lorsque la grossesse n'a pas été désirée, la femme a 4 fois plus de risque de subir des violences conjugales (Heise, 1993).

Aussi, il apparaît que des variables psychosociales telles que le stress perçu, le faible niveau de soutien social et les disputes conjugales prédisent les violences sexuelles, les violences psychologiques, la domination et la jalousie (Salwen & O'Leary, 2013).

Pour conclure, les caractéristiques suivantes semblent être des facteurs de risque bien établis des violences conjugales : la psychopathologie, l'abus de substance, en particulier l'alcool, les troubles de la personnalité (antisociale, borderline, trouble explosif intermittent), les antécédents de maltraitance, la grossesse, le stress perçu, le faible niveau de soutien social perçu et les disputes conjugales.

2.1.8.5 Sexisme et discriminations

D'autres facteurs de risque des violences conjugales sont recensés dans la littérature. Ces facteurs sont le sexisme et toutes formes de discriminations. En effet, il ressort d'une étude (Kelmendi, 2015) menée au Kosovo que la pauvreté, une culture patriarcale, des rôles intersexes strictement définis et le manque de programmes pour réintégrer des victimes de violences subordonnent ces femmes et les laissent susceptibles de subir des violences familiales (Kelmendi, 2015). Par ailleurs, les expériences de maltraitance de femmes musulmanes Hui ont été étudiées par une recherche (Niu & Laidler, 2015) en Chine. Cette recherche a révélé que les femmes Hui étaient vulnérables à la violence du fait de leur bas statut social et de leur identité ethnique minoritaire. Sous les oppressions de leur conjoint, une crainte d'être ignorées, de faire l'objet de discriminations et d'être marginalisées a abouti à une tolérance accrue à la violence ou au silence quant aux abus (Niu & Laidler, 2015). Pour finir, Hill et ses collaborateurs (2012) ont également mis en avant que de multiples formes d'oppression telles que le racisme et le sexisme constituaient des facteurs de risque de violences conjugales (Hill, Woodson, Ferguson & Parks, 2012).

2.1.8.6 Le milieu de vie

S'agissant du milieu de vie, le fait de vivre en zone rural semble plus facilement induire des violences conjugales.

En effet, l'objectif d'une étude (Ajah, Lyoke, Nkwo, Nwakoby & Ezeonu, 2014) a été de comparer la perception et l'expérience des violences conjugales parmi des femmes vivant dans des communautés rurales et des femmes vivant dans des communautés urbaines du Sud-Est du Nigeria. Les résultats de l'étude indiquent que la fréquence des violences conjugales parmi des femmes résidant dans une communauté rurale était significativement plus haute que parmi des femmes résidant dans une communauté urbaine (97% contre 81%). Et ce, particulièrement pour la fréquence des violences physiques (37,2% contre 23,5%). En revanche, concernant les violences psychologiques et sexuelles, les femmes résidant dans les deux types de communauté n'ont pas différencié significativement. Par ailleurs, la proportion des femmes qui ont cru que les violences conjugales étaient pardonnables était significativement plus haute parmi les femmes résidant dans une communauté rurale que parmi celles résidant en communauté urbaine (58,5% contre 29,6%) (Ajah, Lyoke, Nkwo, Nwakoby & Ezeonu, 2014). Il convient de souligner que cette étude n'est pas généralisable à toutes les zones d'habitation. En effet, les violences conjugales peuvent concerner tous les milieux de vie.

En guise de résumé, cette partie nous indique que les variables suivantes sont des facteurs de risque des violences conjugales : un bas niveau socioculturel, la pauvreté, les antécédents de maltraitance, un type d'attachement « insécure », la polygamie, le nombre de partenaires sexuels important, le nombre d'enfants élevé, le jeune âge, le mariage arrangé, le fait de vivre en zone rural, la discrimination, la psychopathologie, l'abus de substance, les troubles de la personnalité (antisociale, borderline, trouble explosif intermittent) et les variables psychosociales telles que le stress perçu, le faible niveau de soutien social et les disputes conjugales. Par ailleurs, il semblerait qu'un certain nombre de facteurs situationnels puissent constituer des déclencheurs aux violences conjugales. Quels sont les déclencheurs potentiels des violences conjugales ?

2.1.9 Les déclencheurs des violences conjugales

Le rapport mondial sur la violence et la santé de l’OMS (2002) fait état d’un certain nombre de déclencheurs aux violences conjugales. Ces déclencheurs renvoient à toute situation susceptible de faire émerger des violences conjugales. Il s’agit, entre autres, pour la femme de ne pas obéir à l’homme, de lui répondre, autrement dit, d’avoir une attitude assertive, de ne pas avoir préparé le repas à temps (surtout dans les pays en voie de développement), de ne pas bien s’occuper des enfants ou du foyer (surtout dans les pays en voie de développement), d’interroger l’homme sur des questions d’argent ou au sujet de petites amies, de sortir sans autorisation, de refuser de coucher avec l’homme, et d’être suspectée d’infidélité par l’homme (Armstrong, 1998 ; Gonzales Montes, 1998 ; Michau, 1998 ; Osakue & Hilber, 1998 ; Schuler & al., 1996 ; Zimmerman, 1995 ; cité par l’OMS, 2002, p. 105).

Henrion (2001) dresse une liste de déclencheurs possibles aux violences conjugales qui coïncident avec ceux précédemment cités. Ces déclencheurs sont la jalousie et l’infidélité du conjoint violent, le refus d’avoir des rapports sexuels de la part de la femme victime, la séparation et le divorce, les périodes de grossesse, la naissance d’un enfant, les disputes à propos des enfants et/ou du droit de visite, la mise au chômage récente du partenaire violent et la précarité (Henrion, 2001, p. 57).

Par ailleurs, il nous apparaît important de nous questionner sur les raisons qui empêchent une femme victime de violences conjugales de se séparer de son conjoint violent. En effet, malgré toutes les souffrances et les types de maltraitance que les femmes victimes de violences conjugales endurent, il est souvent constaté une difficulté de leur part à se séparer. Pour mieux comprendre les raisons de cette difficulté, la partie suivante s’intéressera aux obstacles à la séparation d’avec le conjoint violent. Autrement dit, quels sont les obstacles à la séparation d’avec le conjoint violent ?

2.1.10 Les obstacles à la séparation d'avec le conjoint violent

La notion de masochisme longtemps invoquée par des auteurs s'inspirant des courants psychanalytiques tels que Damiani (1997) pour expliquer pourquoi les femmes victimes de violences conjugales ne quittent pas leur conjoint violent, a été décriée par de nombreux auteurs, dont McLeod (1987) et Caplan (1984). En effet, il n'existerait, en réalité, aucun lien entre violences conjugales et traits masochistes (Kuhl, 1984 ; cité par Turgeon, 2003, p. 8).

Comme nous allons le voir, de nombreux auteurs ont tenté de comprendre et de répondre à la question : « Pourquoi les femmes victimes de violences conjugales restent dans une relation abusive ? ». Cette question apparaît pertinente lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre de recherches visant à mieux comprendre les obstacles empêchant les femmes victimes de violences conjugales de quitter leur conjoint violent. Cependant, dans un cadre purement clinique et psychothérapeutique, cette question apparaît clairement comme à proscrire. En effet, des auteurs comme Loseke & Cahill (1984) considèrent que cette question entraîne la création d'une nouvelle déviance féminine allouée aux femmes victimes de violences conjugales. D'après Loseke & Cahill (1984), cette question sous-entend que la rupture est un processus simple et accessible, et qu'il suffit de quitter le conjoint violent pour mettre un terme à la violence (Loseke & Cahill, 1984 ; cité par Turgeon, 2003, p. 14). Or, comme nous allons le voir dans cette partie et dans la partie qui suit, la rupture est un processus relativement long et complexe, qui peut aboutir à une explosion de la violence. Il est à noter que pour Bograd (1988), cette question est à proscrire dans la mesure où elle est susceptible de tenir les femmes responsables des violences qu'elles subissent, et d'entraîner ainsi, une survictimisation (Bograd, 1988 ; cité par Turgeon, 2003, p. 14). A ce sujet, NiCarthy (1987) considère même que les travaux de recherche devraient concentrer leurs investigations pour aider les femmes victimes de violences conjugales à se protéger des hommes violents plutôt que d'explorer ce qui les empêche de partir (NiCarthy, 1987 ; cité par Turgeon, 2003, p. 16). Nous émettons quelques réserves quant à cette position qui consiste à ne pas explorer ce qui empêche les femmes victimes de violences conjugales de quitter leur conjoint violent sur un volet clinique et psychothérapeutique. En effet, pour les aider au mieux, encore faut-il explorer de façon précise et pertinente, sans les culpabiliser, les freins à la séparation.

Un certain nombre d'obstacles à la séparation d'avec le conjoint violent a effectivement été mis en avant par la littérature. Le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (2002) en dresse une liste, sur la base d'études qualitatives menées aux Etats-Unis, en Afrique, en Amérique Latine, en Asie, et en Europe. Ces obstacles sont la peur des représailles, l'absence d'aide économique, l'inquiétude pour les enfants, la dépendance affective, le manque de soutien social de la part de la famille et des amis, et l'espoir que le conjoint violent va changer (Ellsberg & al., 2000 ; Armstrong, 1998 ; Short, 1998 ; O'Conner, 1995 ; Zimmerman, 1995 ; cité par l'OMS, 2002, p. 107).

Les difficultés économiques peuvent effectivement, entre autres, compromettre la séparation d'avec le conjoint violent puisqu'elles empêchent les femmes victimes de violences conjugales de trouver un nouveau logement pour se mettre à l'abri (Jones, 1987 ; cité par Turgeon, 2003, p. 10). Il convient de souligner que dans certains foyers, les privations économiques sont telles que les femmes n'ont accès à aucune ressource financière (Homer, Leonard & Taylor, 1985 ; cité par Turgeon, 2003, p. 10).

Par ailleurs, la question des enfants et de leur garde éventuelle par le père violent pousse certaines femmes victimes de violences conjugales à renoncer à la séparation (Limandri, 1985 ; cité par Turgeon, 2003, p. 10).

L'isolement qui aboutit à une absence de soutien social constitue, aussi, un obstacle à la séparation d'avec le conjoint violent. Les femmes victimes de violences conjugales se retrouvent souvent isolées et sans ressources sociales (Stacey & Chupe, 1983 ; cité par Turgeon, 2003, p. 11). Leur conjoint peut se montrer violent et menaçant lorsqu'elles décident de prendre contact avec leur famille, leurs amis ou d'autres membres de leur entourage ; ce qui a pour conséquence de les empêcher de pouvoir accéder à toutes formes d'aide (Homer, Leonard & Taylor, 1985, cité par Turgeon, 2003, p. 11).

En outre, Turgeon (2003) considère que des critères relatifs au caractère à la fois insidieux et cyclique de la violence conjugale empêchent la prise de conscience de la violence chez la femme victime et par voie de conséquence, retardent le processus de séparation.

Un autre obstacle concerne principalement les femmes vivant dans des pays en voie de développement. Il s'agit de la peur d'être stigmatisée par la communauté du fait de ne pas être mariée (Zimmerman, 1995 ; Rao, 1997 ; George, 1998 ; cité par l'OMS, 2002, p. 107). En effet, une séparation est souvent perçue comme un échec dont la femme est tenue pour responsable (Dandurand, 1988, cité par Turgeon, 2003, p. 9). A cet effet, des auteurs ont objectivé que l'engagement à « sauver » la relation est souvent retenu comme un obstacle à la séparation d'avec le conjoint violent pour les femmes victimes (Strube & Barbour, 1983 ; cité par Turgeon, 2003, p. 9). La décision de séparation peut, en outre, avoir pour conséquence le blâme de ces femmes, du fait d'avoir laissé un homme en souffrance qui rencontre des difficultés (Dobash & Dobash, 1988 ; cité par Turgeon, 2003, p. 9).

Comme nous venons de le voir, il existe un certain nombre d'obstacles à la séparation d'avec le conjoint violent. Une fois ces obstacles levés, comment se caractérise un processus de séparation et de rupture avec le conjoint violent ? Et, quels sont les facteurs précipitant ce processus ?

2.1.11 La rupture d'avec le conjoint violent : un processus

La décision de rupture d'avec le conjoint violent semble émaner d'un processus long et fastidieux émaillé de ruptures avec retours, de périodes de dénégation de la violence, de culpabilité et de souffrance chez certaines femmes victimes de violences conjugales (Landenburger, 1998 ; cité par l'OMS, 2002, p. 107). La décision de rupture survient souvent suite à des violences graves affectant la femme victime et ses enfants, qui poussent celle-ci à considérer que l'espoir d'un changement concernant le conjoint violent est vain (Sagot, 2000 ; Campbell & Soeken, 1999 ; Short, 1998 ; Bunge & Levett, 1998 ; cité par l'OMS, 2002, p. 107). Cet élément est confirmé par Walker (1984) qui a objectivé que le principal motif de séparation est, pour les femmes victimes de violences conjugales, la peur pour leur vie et celle de leurs enfants. En outre, la prise de conscience de la dangerosité des violences et de la

nécessité d'une séparation survient souvent lorsque le conjoint violent s'en prend directement aux enfants (Limandri, 1985 ; cité par Turgeon, 2003, p. 11).

La rupture peut survenir après un certain nombre d'années. Une étude (Ellsberg & al., 2000, cité par l'OMS, 2002, p. 107) a souligné que les femmes victimes de violences conjugales finissent par quitter leur conjoint violent, en moyenne, après six ans passés en contexte de violences conjugales, même si il semblerait que ce délai soit plus court chez les femmes d'âge plus jeune (Ellsberg & al., 2000, cité par l'OMS, 2002, p. 107).

Par ailleurs, il est à noter que la rupture est une période hautement à risque, cette dernière pouvant déboucher sur une recrudescence des violences pouvant aller jusqu'à l'homicide conjugal (Mouzos, 1999 ; Carcach & James, 1998 ; Jacobson & al., 1996 ; Campbell, 1995 ; Wilson & Daly, 1994 ; cité par l'OMS, 2002, p. 107). En outre, certains hommes violents peuvent se montrer particulièrement « harcelants » à la suite d'une rupture. Ils peuvent ainsi téléphoner nuit et jour à la famille et/ou aux amis de leur ex-conjointe ; ils peuvent se rendre sur le lieu de travail de leur ex-conjointe ; ou encore ils peuvent fréquenter les endroits où leur ex-conjointe a l'habitude d'aller (Browne, 1987, cité par Turgeon, 2003, p. 15).

Ainsi, la rupture d'avec le conjoint violent est, dans certain cas, un processus relativement long qui peut aboutir à plus de violences. La décision de rupture n'est donc pas si simple à adopter au vu de tout ce qu'elle peut générer comme contraintes (augmentation des violences, garde d'enfant, isolement, précarité économique...). Cette dernière nécessite, dans la plupart des cas, d'être accompagnée par plusieurs professionnels spécialisés en la matière (victimologues, juristes, travailleurs sociaux). L'entretien motivationnel associé à une prise en charge multimodale avec des travailleurs sociaux (aides financières et au logement) ainsi que des professionnels du Droit (ordonnance de protection, mesures d'accompagnement protégé pour les enfants, Téléphone Femmes en Grand Danger...) et de la police (plainte, main courante...) pourrait, ainsi, être une bonne piste psychothérapeutique pour amener plus rapidement les femmes battues à se défaire de la relation toxique dans laquelle elles évoluent. Intéressons-nous maintenant aux caractéristiques du profil des femmes victimes de violences conjugales. Existe-t-il un profil-type de femmes victimes de violences conjugales ? Cette question étant souvent difficile à explorer par les professionnels de santé, soucieux de ne pas catégoriser les femmes victimes de violences conjugales, il nous ait apparu néanmoins

intéressant d'examiner plus finement cette question, et de présenter les études y faisant référence.

2.1.12 Caractéristiques du profil des femmes victimes de violences conjugales

Parmi les chercheurs qui ont tenté de mettre en avant un profil-type de femmes victimes de violences conjugales, certains ont abouti au constat qu'il n'en existait pas (Seldak, 1988; Pagelow, 1984 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17). En effet, il semblerait qu'il n'existe pas de traits de personnalité associés au fait de subir des violences conjugales (Walker & Browne, 1985 ; Walker, 1984 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17). Hall & Flannery (1984) vont plus loin, et considèrent que les caractéristiques propres des victimes de violences conjugales n'ont sans doute rien à voir avec les violences qu'elles subissent (Hall & Flannery, 1984 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17). Ainsi, des caractéristiques comme les antécédents de maltraitance (Stark & Flitcraft, 1985 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17), le niveau socio-économique, le niveau d'éducation (Lupri, Grandin & Brinkerhoff, 1994 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17), ou l'âge, ou encore la « race » (Finkelhor, Hotaling & Yllo, 1988 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17) ne semblent pas être des caractéristiques satisfaisantes pour distinguer les femmes victimes de violences conjugales d'autres femmes non victimes de violences dans leur relation de couple.

Cependant, il convient de souligner que des études plus récentes ont mis en avant la présence de troubles, et/ou de profils de la personnalité, chez des femmes victimes de violences conjugales. Les auteurs de ces études ont tenté de comprendre dans quelle mesure les violences conjugales pouvaient affecter le style de personnalité des femmes qui en sont victimes. Ce style de personnalité est compris, par ces auteurs, comme un profil relativement mouvant (en opposition à la personnalité qui est stable) qui inclut aussi bien la façon dont les individus interagissent avec les autres, que les défenses qu'ils utilisent pour faire face à de réels obstacles (Cf. revue de la littérature de Davins-Pujols, Pérez-Testor, Salaméro-Baro & Castillo-Garayoa, 2012). L'absence d'études longitudinales sur cette question laisse, cependant, planer un doute sur une association possible entre violences conjugales et variables

de personnalité. En effet, la question suivante apparaît souvent dans les limites des études : les variables de personnalité retrouvées étaient-elles antérieures aux violences conjugales ont-elles une conséquence ? Par ailleurs, l'hétérogénéité des échantillons étudiés, les petites tailles d'échantillon, ainsi que les variabilités interindividuelles existantes au sein d'un même échantillon sont autant d'éléments qui fragilisent la force des résultats existants dans la littérature, concernant un éventuel profil-type de femmes victimes de violences conjugales. Nous insistons donc sur le fait que les résultats d'études, que nous allons présenter ci-après, sont, de fait, sujets à caution parce que non généralisables sur le plan scientifique.

La revue de la littérature proposée par Davins-Pujols, Pérez-Testor, Salaméro-Baro & Castillo-Garayoa (2012) indique que deux principaux instruments sont utilisés pour l'évaluation de profils de personnalité chez des femmes victimes de violences conjugales. Il s'agit du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, Hathaway & McKinley, 1967) et du Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI, Million, 1983/1999). Ainsi, en utilisant le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) plusieurs auteurs (Rollstin & Kern, 1998 ; Khan, Welch & Zillmer, 1993 ; Rosewater, 1988) ont trouvé que les femmes victimes de violences conjugales présentaient un score élevé aux sous-échelles de personnalité relatives à la déviation psychopathique, à la paranoïa et à la schizophrénie. Et, ces profils de personnalité sont davantage expliqués comme étant le résultat des violences subies et du traumatisme en découlant que comme des structures stables de personnalité ou bien des processus pathologiques présents avant les violences conjugales. Rosewater (1988) a effectivement trouvé dans son échantillon de 118 femmes victimes de violences conjugales, une corrélation positive entre la fréquence des violences conjugales et une élévation des profils tels qu'évalués par le MMPI. En outre, Morrell et Rubin (2001) ont comparé les profils de personnalité, selon le MMPI-2, de femmes victimes de violences conjugales présentant un état de stress post-traumatique et de femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas de stress post-traumatique. Il ressort de leur étude que le groupe de femmes victimes de violences conjugales souffrant de stress post-traumatique présentait plus de troubles de la personnalité et un score plus élevé aux sous-échelles permettant de mesurer les profils de personnalité relatives à la paranoïa, à la schizophrénie et à l'hypocondrie alors que les scores les plus élevés chez les femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas de stress post-traumatique concernaient les sous-échelles de profils de personnalité relatives à la déviation psychopathique et à la paranoïa.

D'autres auteurs ont utilisé le MCMI-II (Millon Clinical Multiaxial Inventory) pour évaluer le profil de personnalité des femmes victimes de violences conjugales. Ainsi, une étude (Pérez-Testor, Castillo, Davins, Salamero & San-Martino, 2007) a, entre-autres, exploré sur un échantillon de 18 femmes battues des variables de personnalité en utilisant le Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). Les résultats indiquent pour les échelles mesurant un profil (et non un trouble) de personnalité selon le MCMI-II, que le pattern de personnalité schizoïde prédominait dans l'échantillon et touchait 68,7% de l'échantillon, soit 11 femmes sur 16 (2 personnes ont effectivement été exclues de l'échantillon lors de l'évaluation des traits de personnalité pour des raisons d'invalidité méthodologique du matériel recueilli). Le pattern de personnalité dépendante concernait 7 profils de personnalité dans l'échantillon et le pattern de personnalité évitante concernait 5 profils de personnalité dans l'échantillon. Les patterns de personnalité schizoïde et dépendante apparaissaient de façon concomitante dans 5 profils de personnalité ; de même pour les patterns de personnalité schizoïde et évitante. Les échelles permettant de mesurer les troubles de la personnalité (schyzotipique, borderline et paranoïaque) avec le MCMI-II ne révélaient pas de tendance majoritaire. La majorité des femmes de l'échantillon ne semblaient pas présenter de troubles de la personnalité. Seules 3 participantes sur 16 atteignaient un score significatif à la sous-échelle permettant de mesurer le trouble de la personnalité paranoïaque. Ici, pattern de personnalité est à comprendre comme des tendances ou des traits qui n'atteignent pas les seuils cliniques. Les auteurs de cette étude ont apporté, en discussion, plusieurs pistes de compréhension de la présence majoritaire de tendances schizoïdes chez les femmes de l'échantillon. Tout d'abord, les tendances schizoïdes telles qu'évaluées par le MCMI-II renvoient majoritairement à la présence d'un isolement social et dans une moindre mesure à une passivité et un manque d'énergie. Les personnes présentant ce type de profil ont tendance à être apathiques et plutôt distantes. Elles ont tendance à avoir une expression émotionnelle restreinte et présentent des difficultés à percevoir et à exprimer des besoins d'affection, que ce soit chez elles ou chez les autres. Les auteurs de cette étude comprennent la présence de tendances de personnalité schizoïde chez une majorité de leur échantillon comme un mécanisme de défense ayant pour objets de protéger les femmes des violences qu'elles subissent, de réduire les représailles de la part de leur conjoint violent, de s'adapter au contexte de maltraitance, et d'assurer leur protection. Ainsi, les victimes de violences conjugales mettraient en place un profil de personnalité schizoïde de façon défensive pour faire face à la souffrance découlant des violences qu'elles subissent. Ce profil de personnalité permettrait aussi aux femmes victimes de violences conjugales de désactiver leurs émotions, les assignant ainsi à rencontrer des difficultés à être

en phase avec leurs émotions et celles des autres. Une autre compréhension des auteurs de cette étude a été de considérer que les violences conjugales renforceraient l'expression de traits schizoïdes déjà présents chez les victimes, avant les violences conjugales. Cependant, une des limites de cette étude est de ne pas pouvoir savoir de façon certaine si les traits de personnalité schizoïde étaient consécutifs aux violences conjugales ou bien si, ils étaient bien présents avant les violences conjugales. Une étude longitudinale aurait permis de lever l'ambiguïté à ce sujet (Pérez-Testor, Castillo, Davins, Salamero & San-Martino, 2007). D'autres limites émergent de cette étude de notre point de vue. Ces dernières ne sont pas mises en avant par les auteurs. Il s'agit d'une part de la petite taille de l'échantillon rendant les résultats de cette étude non généralisables (N=16), et, d'autre part, de la présence d'antécédents de maltraitance en tant que témoin ou victime, chez une partie non négligeable de l'échantillon. En effet, 38,8% de l'échantillon, soit 7 femmes, ont été témoins de violences interparentales dans l'enfance, et la même proportion a été victimes de maltraitances dans l'enfance. Outre la présence de violences conjugales, la majorité de cet échantillon présente donc des antécédents de maltraitance en tant que témoin ou victime. Les effets de cette variable sur l'occurrence d'un profil de personnalité schizoïde n'ont pas été contrôlés par les auteurs de l'étude. Les résultats de cette étude sont donc sujets à caution de notre point de vue.

Les mêmes auteurs ont mené une autre étude (Davins-Pujols, Pérez-Testor, Salamero-Baro & Castillo-Garayoa, 2012) plus récente en tenant compte des limites qui viennent d'être évoquées, en particulier, en contrôlant des variables telles que la durée de la relation, la présence de violences conjugales dans de précédentes relations et la présence d'antécédents de maltraitance dans l'enfance. Ces auteurs ont ainsi mis en avant que, sur 142 femmes victimes de violences conjugales, 138 soit 97,2% ont eu un score cliniquement significatif à au moins une sous-échelle de profil de personnalité selon le MCMI-II. La sous-échelle permettant de mesurer le profil de personnalité dépendante est celle qui a obtenu la plus forte moyenne dans l'échantillon étudié ($\mu=77,7$; $\sigma=25,2$). Et, le score obtenu à cette sous-échelle était cliniquement significatif (>75) pour 92 sur 142 (64,8%) des femmes victimes de violences conjugales étudiées. Le profil de personnalité dépendante tel qu'évalué par le MCMI-II inclut l'insécurité, la perception de ne pas être capable de prendre soin de soi et les difficultés à prendre des décisions. Les trois autres sous-échelles qui ont obtenu les scores les plus importants par les participantes de l'échantillon en atteignant le seuil pathologique (>75),

sont les sous-échelles du profil de personnalité dépendante, compulsive et passive. La sous-échelle de profil de personnalité dépendante apparaît dans 76 profils (53,5%) ; 41 femmes de l'échantillon, soit 28,9%, ont obtenu le score le plus élevé à cette sous-échelle. La moyenne de l'échantillon concernant la sous-échelle mesurant le profil de personnalité compulsive est de 73,7 et l'écart-type est de 18,9. Cette moyenne se situe en dessous du seuil de significativité. Cependant, les scores obtenus à cette sous-échelle sont cliniquement significatifs pour 80 femmes de l'échantillon, soit 56,3%, et il apparaît dans 61 profils, soit dans 43% de l'échantillon. En outre, 28 femmes de l'échantillon présentent le score le plus élevé à cette sous-échelle, soit 19,7% de l'échantillon. Le profil de personnalité compulsive tel qu'évalué par le MCMI-II inclut le perfectionnisme et l'obéissance. La moyenne obtenue par l'échantillon à la sous-échelle permettant de mesurer le profil de personnalité « contre-productif » (*self-defeating*) est de 75,4 et l'écart-type est de 20,0. Les scores obtenus à cette sous-échelle sont cliniquement significatifs pour 81 femmes, soit 57% de l'échantillon. Ce profil de personnalité apparaît dans 55 profils, soit 38,7% de l'échantillon. De plus, 13 femmes de l'échantillon présentent le score le plus élevé à cette sous-échelle, soit 9,2% de l'échantillon. Le profil de personnalité « contre-productif » tel qu'évalué par le MCMI-II inclut la victimisation, le sacrifice de soi et une piètre image de soi. Cette étude indique, par ailleurs, que la durée des violences conjugales est associée à une élévation des profils de personnalité schizoïde, dépendante et histrionique. La présence de maltraitances dans d'autres relations conjugales passées est associée à une élévation du profil de personnalité compulsive. Enfin, la présence d'antécédents de maltraitance dans l'enfance est associée aux profils de personnalité évitante (*avoidant*), antisociale, passive-agressive, autodestructrice et borderline. Les auteurs expliquent les résultats obtenus de diverses manières. Pour commencer, ils notent une différence majeure entre les femmes présentant des antécédents de maltraitance dans l'enfance et celles n'en présentant pas. Il s'agit de la durée des violences conjugales. Celle-ci est plus importante chez les femmes ne présentant pas d'antécédents de maltraitance dans l'enfance. Pour les auteurs de l'étude, une explication possible au fait que ces femmes rencontrent plus de difficultés à quitter leur conjoint violent réside dans la présence de profils de personnalité obsessionnel-compulsif, dépendant et évitant. D'après eux, ces profils de personnalité interviendraient de façon consécutive aux violences comme des mécanismes de défense. Ces mécanismes de défense auraient pour objets de les protéger d'autres agressions plus sévères, de réduire les représailles de la part du conjoint violent, de leur permettre de s'adapter à la situation et d'assurer leur protection. En outre, les profils de personnalité retrouvés chez les femmes présentant des antécédents de maltraitance dans l'enfance sont

compris par les auteurs de l'étude comme des traits de personnalité susceptibles d'être préexistants aux violences conjugales et augmentant ainsi la probabilité de faire l'objet de violences conjugales à l'âge adulte. Les auteurs de cette étude indiquent un certain nombre de limites à leurs investigations. Les auteurs insistent, en effet, sur le fait que leurs résultats permettent de mettre en avant des associations mais en aucun cas des rapports de cause à effet. Par ailleurs, ils insistent sur le fait que le matériel utilisé appelle à des réponses auto-évaluées sur la présence ou l'absence de certaines caractéristiques. Il existe donc une certaine suggestibilité (Davins-Pujols, Pérez-Testor, Salaméro-Baro & Castillo-Garayoa, 2012). Outre la suggestibilité, un biais de désirabilité sociale peut également faire partie des biais de cette étude.

Par ailleurs, Kuijpers, Van der Knaap, Winkel, Pemberton & Baldry (2011) ont démontré que la présence de traits de personnalité borderline chez des femmes victimes de violences conjugales était associée à une augmentation de la vulnérabilité à développer un état de stress post-traumatique. Et ce, au-delà de l'influence jouée par la sévérité des violences conjugales.

Nazare-aga (2013) considère, quant à elle, que les plus grandes victimes des manipulateurs sont les personnes qui présentent un déficit d'affirmation de soi dans le sens d'une passivité. D'après Nazare-aga, ces personnes dites « passives » : *« manquent de confiance en elles et répondent en priorité aux besoins d'autrui. Elles respectent peu leurs propres besoins et font tout pour que l'on ait d'elles une image positive. Elles se voudront « extrêmement généreuses » pour ne pas être qualifiées « d'égoïstes », ne demanderont rien pour ne pas « imposer », se feront trop discrètes pour ne pas « déranger », n'oseront pas refuser pour ne pas paraître insensibles », « inhumaines » ou « antipathiques. »* (Nazare-aga, 2013, p. 227). Nous tenons à préciser que la passivité n'est pas, pour autant, systématiquement prédictive de violences conjugales. Des études empiriques plus poussées apparaissent nécessaires pour confirmer un tel constat. Par ailleurs, il convient de souligner que certaines femmes victimes de violences conjugales cèdent aux exigences de leur conjoint violent pour éviter des passages à l'acte hétéro-agressifs (Sagot, 2000 ; Campbell & al., 1999 ; Dutton, 1996 ; Koss & al., 1994 ; cité par l'OMS, 2002, p. 106).

D'après Herman (1992a, 1992b), la personnalité des femmes victimes de violences conjugales se modifie sous l'effet des violences répétées et prolongées, et les rend vulnérables aux

nouvelles situations de violence. Des études longitudinales apparaissent, ici, également nécessaires pour déterminer dans quelle mesure la personnalité des femmes se modifie ou non suite aux violences qu'elles subissent. La question d'un profil-type de femmes victimes de violences conjugales est donc, encore une fois, de ce fait, difficile à cerner.

Par ailleurs, le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (2002) évoque, quant à lui, des caractéristiques inhérentes aux femmes victimes de violences conjugales. Ces dernières mettraient en place des stratégies actives pour assurer leur sécurité et celle de leurs enfants. En outre, trois profils peuvent se dégager en fonction de la décision ou non de rompre avec le conjoint violent consécutivement aux violences conjugales. En effet, il y a les femmes qui partent, celles qui font face à la violence, et celles qui cèdent aux exigences de leur conjoint violent pour éviter les passages à l'acte hétéro-agressifs (Sagot, 2000 ; Campbell & al., 1999 ; Dutton, 1996 ; Koss & al., 1994 ; cité par l'OMS, 2002, p. 106).

Pour finir, le fait d'être une femme semble être un facteur bien établi, favorisant les violences conjugales (Hotelling & Sugarman, 1990 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17). En effet, toutes les femmes quelles que soient leur origine culturelle, leur personnalité ou leur classe sociale sont susceptibles de se retrouver dans une relation où il s'exerce de la violence conjugale si elles rencontrent un homme violent (Rosenbaum & O' Leary, 1986 ; cité par Turgeon, 2003, p. 17).

Ainsi, les réponses à la question de l'existence d'un profil-type de femmes victimes de violences conjugales sont très nuancées dans la littérature. Nous constatons que cette question est largement plus documentée, et moins sujette à controverse concernant les auteurs de violences conjugales. A ce sujet, quelles sont les caractéristiques du profil des hommes violents ? Existe-t-il des profils-types ?

2.1.13 Caractéristiques du profil des auteurs de violences conjugales

De nombreuses études ont tenté de comprendre la genèse des violences conjugales en s'intéressant aux caractéristiques psychosociales des auteurs de violences conjugales, susceptibles de favoriser des passages à l'acte hétéro-agressifs.

A cet effet, en s'appuyant sur la théorie de l'apprentissage en lien avec une transmission intergénérationnelle de la violence, des chercheurs (Bevan & Higgins, 2002) ont centré leurs investigations exclusivement sur l'expérience de violences (physiques, témoin de violences intrafamiliales) durant l'enfance d'hommes auteurs de violences conjugales. L'étude avait pour objet d'étudier les relations existantes entre le niveau de maltraitance infantile (violences physiques, psychologiques, sexuelles, négligence, et témoin de violences inter-parentales), les caractéristiques du système familial durant l'enfance, l'abus d'alcool, les symptômes traumatiques, et le niveau de violences physiques et psychologiques exercées par 36 hommes, auteurs de violences, sur leur femme. Les résultats de l'étude ont indiqué que la maltraitance infantile, un système familial à basse cohésion collective, et à basse souplesse, et des abus d'alcool sont corrélés, chez ces hommes, à une fréquence élevée de violences physiques (et non de violences psychologiques) sur leur épouse, et à un score élevé de symptomatologies traumatiques. En outre, chez ces hommes, les antécédents de maltraitance physique durant l'enfance, le fait d'avoir été témoin de violences inter-parentales, ainsi que les antécédents de maltraitance de type négligence, apparaissent comme étant les seules variables à prédire le niveau de violences physiques exercées par les hommes de l'échantillon sur leur épouse. Pour finir, il ressort que le fait d'être témoin de violences inter-parentales durant l'enfance est corrélé à la présence de violences psychologiques exercées sur leur épouse, ainsi qu'à une symptomatologie traumatique chez ces hommes (Bevan & Higgins, 2002). Les antécédents de maltraitance infantile, un système familial rigide et fermé ainsi que la consommation d'alcool chez les hommes auteurs de violences conjugales constituent donc des facteurs de risque puissants de violences conjugales dans leur relation actuelle, mais aussi de stress post-traumatique.

Dans la même veine, Kachadourian et ses collaborateurs (2012) se sont intéressés aux facteurs prédictifs des agressions psychologiques perpétrées par des hommes alcoolo-dépendants, et ont fait ressortir que la sévérité des problèmes d'alcool, les croyances autour de l'alcool et les caractéristiques de la personnalité antisociale étaient des variables prédictives d'agressions psychologiques (Kachadourian, Taft, O'Farrell, Doron-Lamarca & Murphy, 2012). Heyman et ses collaborateurs (1995) ont examiné, quant à eux, la relation existante entre une consommation d'alcool et des agressions maritales chez un échantillon évalué dans le cadre d'une approche longitudinale avant le mariage, 6, 18 et 30 mois après le mariage. Les résultats indiquent que les problèmes d'alcool chez le conjoint étaient associés à de sérieuses agressions avant le mariage, et à 6 mois après le mariage. La consommation d'alcool a interagi avec des traits de personnalité de type « agressif » pour prédire des agressions à 18 mois après le mariage. Les agressions commises par le conjoint avant le mariage, mais pas les problèmes d'alcool, étaient prédictives d'une demande de divorce future de la part de la femme victime de violences conjugales, et d'un pauvre niveau d'ajustement marital (Heyman, O'Leary & Jouriles, 1995). L'abus d'alcool associé à des traits de personnalité agressive favoriseraient, donc, des violences conjugales.

L'alcoolisation étant un facteur de risque bien établi des violences conjugales, une étude (Foran, Heyman, Slep & Snarr, 2012) a voulu explorer d'éventuels facteurs qui modèreraient cette relation. Les résultats indiquent que deux variables familiales (satisfaction relationnelle et satisfaction parent-enfant), une variable communautaire (sécurité communautaire) et trois variables liées au développement (service militaire, relation matrimoniale et catégorie de revenu familial) apparaissent comme des modérateurs significatifs de la relation existante entre alcoolisation et violences conjugales (Foran, Heyman, Slep & Snarr, 2012). Cette étude nous montre que tous les hommes ayant une consommation d'alcool ne seraient pas pour autant auteurs de violences conjugales. Il existe effectivement des modérateurs à la relation associant alcoolisation et violences conjugales. D'autres modérateurs ont été explorés par une étude. Cette dernière (Bélangier & Brisebois, 2010) a examiné les effets modérateurs des caractéristiques de la colère dans la relation existante entre de multiples prédicteurs (attachement, ajustement dyadique et antécédents de maltraitance), et des violences psychologiques et physiques perpétrées par des auteurs de violences conjugales. Les résultats de l'étude indiquent que la répression de l'intensité de la colère modèrerait les effets de l'attachement, de l'ajustement dyadique et des antécédents de maltraitance infantile sur les

violences physiques mais pas sur les violences psychologiques perpétrées par des auteurs de violences conjugales (Bélanger & Brisebois, 2010). Des facteurs incluant la gestion émotionnelle de la colère pourraient, donc, atténuer les facteurs de risque de violences conjugales que sont, entre-autres, les antécédents de maltraitance infantile et le type d'attachement évitant.

S'agissant de la répression de l'intensité de la colère, une étude (Walker, 2013) a exploré chez des femmes auteures de violences conjugales leur participation à un programme de traitement pour auteures de violences conjugales, de façon à relever leurs avis sur le processus de traitement, les résultats qu'elles en ont obtenus, et les significations qu'elles y ont rattachées. Les résultats qualitatifs suggèrent que ces femmes ont perçu le traitement comme positif et significatif, et ont éprouvé des transformations personnelles. L'analyse des données a également montré qu'il y avait deux domaines clés dans l'expérience de ces femmes. Le premier concernait leur implication et les liens qu'elles ont pu former avec d'autres femmes dans le groupe, et le deuxième, concernait les compétences et les apprentissages qu'elles ont effectués dans la gestion de la colère et des émotions négatives (Walker, 2013). Ainsi, la gestion de la colère apparaît comme une piste psychothérapeutique pertinente pour des auteurs de violences conjugales en ce sens qu'elle modèrerait la relation existante entre facteurs de risque de violences conjugales et violences conjugales.

Craig (2003) a administré le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI, Million, 1983/1999) à un groupe d'hommes auteurs de violences conjugales, et il ressort de son étude que les profils de personnalité qui sont associés aux scores les plus importants dans son échantillon sont les profils de personnalité narcissique, antisociale et sadique-agressif.

Coutanceau (2011) a distingué, quant à lui, trois types de profils chez les auteurs de violences : des profils immaturo-névrotiques (au sein desquels la dimension immature est significative), des profils immaturo-égocentriques (au sein desquels les dimensions immatures et égocentriques sont présentes) et des profils immaturo-pervers (au sein desquels la dimension égocentrique est très marquée et la dimension immature bien que présente plus masquée) (Coutanceau, 2011). Le rapport « *auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention* », rédigé sous la direction de Coutanceau (2006), fait état d'une description plus précise de ces profils. Le premier profil est celui d'un sujet immature où la

domination masculine peut être présente. Ces sujets sont assez ouverts et peuvent reconnaître les violences qu'ils ont commises. Ils peuvent souffrir, et parfois même être sensibles aux propos de leur femme et de leurs enfants. Ce type de profil est assez minoritaire (environ 20%). La prise en charge de ces sujets peut s'avérer facile, dans la mesure où ils peuvent en être demandeurs. Le deuxième profil a tendance à banaliser la violence commise. Ces sujets présentent une immaturité marquée par de l'égoïsme. La remise en question et l'expression des émotions sont difficiles pour eux. La prise en charge individuelle de ces sujets comprend un certain nombre de difficultés. Le troisième profil est le plus problématique. La violence est quotidienne et les capacités d'autonomie sont faibles voire inexistantes. Ce profil peut révéler des traits paranoïaques et mégalomaniques favorisant les processus d'emprise dans leurs relations interpersonnelles. La prise en charge de ces sujets est hautement difficile.

Une autre catégorisation a été proposée par Dutton (1996). Celle-ci comprend trois types de profils d'auteurs de violences conjugales que Dutton (1996) appelle « *les cogneurs* » : les violents dits « *cycliques à humeur instable* », les « *psychopathes* » et les violents dits « *surcontrôlés* ». Les violents dits « *cycliques à humeur instable* » sont décrits par Dutton (1996) comme violents par période, et cette violence s'inscrit exclusivement dans leur relation conjugale. Les « *psychopathes* » sont décrits par Dutton (1996) comme adoptant des comportements antisociaux, c'est-à-dire des comportements passibles de sanctions pénales. Ces auteurs de violences présentent un défaut de réponse émotionnelle associé à une incapacité à prendre conscience des émotions douloureuses provoquées chez autrui, mais aussi à anticiper les conséquences de leurs actes. Ces auteurs de violences conjugales ne sont pas exclusivement violents dans le cadre de leur vie privée. Leur violence se généralise à toutes les sphères sociales. Pour finir, les violents dits « *surcontrôlés* » sont décrits par Dutton (1996) comme exerçant essentiellement des violences psychologiques. Ces auteurs de violences conjugales ont tendance à faire preuve de sexisme en ayant une interprétation stricte des rôles hommes-femmes. Il existe chez eux une volonté de soumettre leur partenaire et de l'isoler sur le plan matériel. Dutton (1996) distingue deux types de violents « *surcontrôlés* ». Les violents « *surcontrôlés* » de type actif et les violents « *surcontrôlés* » de type passif. Le type actif présente une méticulosité importante et un perfectionnisme marqué. Ces éléments sont mis au service d'une domination de l'autre. Les violents « *surcontrôlés* » de type passif ont, quant à eux, tendance à marquer une distance émotionnelle avec leur partenaire.

Nazare-Aga (2013) a également proposé plusieurs profils que le manipulateur relationnel va adopter en fonction de ses interlocuteurs, de la situation rencontrée ou encore du but que celui-ci recherche. Nazare-Aga (2013) parle à cet effet des différents « *masques* » adoptés par le manipulateur relationnel. Elle en dénombre six : le manipulateur dit sympathique, le manipulateur séducteur, le manipulateur altruiste, le manipulateur cultivé, le manipulateur timide et le manipulateur dictateur. Le manipulateur dit sympathique utilise des caractéristiques sociales attrayantes pour déguiser ses manœuvres manipulatrices. En effet, ce type de manipulateur sait se montrer souriant, extraverti, bon vivant, attentif aux autres, généreux (en offrant des cadeaux ou en rendant des services). Cependant, avec le temps, ce type de manipulateur va user de manipulations diverses et entretenir, derrière ses innombrables qualités, une dépendance psychologique et/ou matérielle avec ses interlocuteurs, ce qui va le distinguer d'une personne véritablement sympathique. Le manipulateur séducteur va, quant à lui, utiliser la séduction pour générer une fascination chez son interlocuteur. Ce type de manipulateur sait se montrer charmant. Son apparence physique va contribuer à le mettre en valeur. Ce dernier regarde dans les yeux, pose des questions qui peuvent être déplacées, et répond de façon détournée à celles qu'on lui pose. Cela lui permet d'entretenir le mystère quant à sa personne. Par ailleurs, il sait tirer avantage des services que peuvent lui rendre les autres, mais la réciprocité n'existe pas. Ce type de manipulateur utilise, par ailleurs, la flatterie pour arriver à ses fins. Le manipulateur altruiste, quant à lui, se montre excessivement généreux. Il offre des cadeaux et des services pour mieux, par la suite, exiger des choses en tout genre des autres. En effet, il devient alors difficile de lui refuser ce qu'il demande. Et c'est à ce niveau-là que la manipulation va faire son œuvre. Ce type de profil crée une dépendance envers lui tout en utilisant le principe de réciprocité pour arriver à ses fins en entretenant un sentiment de « dette » chez sa victime. Le manipulateur cultivé va, quant à lui, utiliser des éléments d'ordre intellectuel (diplômes, expérience, poste haut placé...) pour entretenir une forme d'autorité sur les autres, et ainsi laisser libre cours à la manipulation. Ce type de manipulateur va se montrer subtilement « méprisant » avec ceux qui ne partagent pas les mêmes connaissances que lui. Il donnera toujours l'impression d'une grande culture. Cependant, les autres ne pourront pas apprendre de lui puisqu'il livrera peu d'explications quant à son propos. Il suffira même, parfois, de lui poser des questions pour constater que soit il prend un malin plaisir à étaler ses connaissances pour mieux se rehausser, ou alors, qu'il se montre surpris, irrité ou bien évasif, car il ne maîtrise effectivement pas le sujet. La différence entre ce type de profil et les personnes réellement cultivées va se situer dans la posture adoptée. Une personne cultivée dénuée de manipulation va être dans un

partage de ses connaissances sans donner à l'autre l'impression qu'il est inintelligent. En revanche, un manipulateur cultivé va utiliser son autorité (diplômes, expérience, statut socio-économique) pour soumettre les autres. C'est ce que les psychologues sociaux appellent « *la soumission à l'autorité* » par « *effet blouse blanche* ». Le manipulateur timide va, quant à lui, se cacher derrière une fausse timidité. Ce type de manipulateur se caractérise par un côté silencieux et discret. Il ne donnera jamais son avis par lui-même, en ce sens qu'il va utiliser les autres pour faire parvenir ses avis et ses critiques à la victime. Le manipulateur timide se distingue de la personne véritablement timide et/ou passive par sa capacité à juger, critiquer, alimenter les conflits à distance par l'utilisation d'une tierce personne. Pour finir, le manipulateur dictateur est un manipulateur facilement détectable. Il se caractérise par un autoritarisme et une agressivité marquée. Les comportements sociaux de base (« Bonjour », « au revoir », « merci »...) ne sont pas respectés par ce type de manipulateur relationnel. Il entretient, ainsi, la peur chez les autres pour obtenir ce qu'il veut. Aucune place n'est accordée à la sphère affective. Le contrôle émotionnel et la froideur affective sont ses meilleurs atouts, selon lui (Nazare-Aga, 2013).

Henrion (2001) propose une autre classification concernant le profil des conjoints violents :

- Les hommes immatures et impulsifs qui s'énervent et deviennent violents à l'occasion d'un événement qu'ils ne contrôlent pas. Certains hommes immatures ne deviennent violents que lorsque la femme devient enceinte ou qu'elle décide de se séparer.
- Les hommes psychorigides, autoritaires qui trouvent normal de dominer leur compagne.
- Les hommes qui ont été témoins ou victimes de violences dans leur enfance et qui reproduisent à l'âge adulte le schéma de violence qu'ils ont subi ou vu faire.
- Les hommes jaloux qui ont besoin de contrôler leur partenaire.
- Les hommes paranoïaques ou psychopathes qui éprouvent une méfiance quasi-délirante à l'égard des femmes.
- Les hommes qui ne sont violents que lors de prises d'alcool ou de toxiques.
- Les hommes qui ont des fonctionnements « pervers narcissiques » (ou hommes « contrôlants ») qui procèdent par violences psychologiques permanentes. Leur violence insidieuse est faite de menaces, de coercitions, de dénigrement et de manipulation. Ils savent « casser » l'autre pour mieux se rehausser. Ils ont besoin, pour exister, de s'attaquer à l'estime de soi de leur partenaire et de s'accaparer leur bonne

image. Ces hommes sont difficiles à repérer car ils savent séduire et convaincre les éventuels intervenants extérieurs, et leur partenaire, mise sous emprise, n'est jamais sûre de la réalité de l'agression. Cette forme de violence, contrairement aux autres ci-dessus, n'est pas cyclique mais permanente et n'est pas liée à la prise d'alcool.

Pour conclure, il ressort de cette section un certain nombre de caractéristiques concernant les auteurs de violences conjugales. Il apparaît, effectivement, que les antécédents de maltraitance infantile, une alcoolisation massive, des troubles de la personnalité ainsi que des traits de personnalité agressifs et antisociaux, un style d'attachement évitant, un système familial rigide et fermé, et une symptomatologie traumatique soient des caractéristiques communes des auteurs de violences conjugales. La gestion émotionnelle de la colère ainsi qu'une prise en charge centrée sur l'état de stress post-traumatique et le style d'attachement « insécure » apparaissent comme des leviers thérapeutiques pertinents et efficaces pour prévenir le risque de violences conjugales chez eux.

Intéressons-nous maintenant à la seconde notion clé de ce travail de thèse : le *coping* dit stratégies d'adaptation au stress.

2.2 Stress et stratégies de coping

Cette partie sera centrée sur la notion de *coping* en contexte de violences conjugales. Nous commencerons par introduire la notion de stress au décours de deux modèles théoriques : le modèle biomédical du stress et le modèle transactionnel du stress. Nous poursuivrons avec la définition du concept de *coping*. Enfin, nous proposerons un état de la question portant sur l'utilisation des stratégies de *coping* dans un contexte spécifique de violences conjugales que ce soit chez les femmes victimes de violences ou chez les enfants qui y sont exposés ; ces derniers étant des adultes en devenir.

2.2.1 Modèle biomédical du stress

Hans Selye, physiologiste et endocrinologue, définit le stress comme « *un ensemble de réponses non spécifiques à des situations et événements aversifs ou, plus généralement, à des exigences et demandes de l'environnement.* » (Selye, 1976). A cet égard, Selye considère que ces réponses évoluent en trois phases : une « *phase d'alarme* » qui s'accompagne de manifestations neurobiologiques, une « *phase de résistance* » si le stimulus amenant au stress persiste, et pour finir, une « *phase d'épuisement* » caractérisée par une présence prolongée de stimuli « *stressants* ». Ces trois phases constituent le « *syndrome général d'adaptation* » (Selye, 1956). Ainsi, la réponse de stress est toujours la même quelle que soit la situation « *stressante* » et consiste en une adaptation de l'organisme aux stimuli environnementaux. Ces derniers sont appelés « *stresseurs* » ou « *agents stresseurs* ». Le modèle « biomédical » du stress renvoie à un schéma de type « stimulus-réponse ». Le stimulus est le « stresseur » et la réponse : l'état de stress. Ce modèle médical, de type cause à effet, semble incomplet dans la mesure où il est loin d'illustrer l'ensemble des facteurs psycho-sociaux intervenant entre les « *agents stresseurs* » et l'état de stress. Ces facteurs sont mis en évidence dans le modèle transactionnel du stress qui suit.

2.2.2 Modèle transactionnel du stress

Lazarus et Monat (1991) distinguent, par la suite, trois types de stress : le stress « *systémique ou physiologique* », le stress « *social* » et le stress « *psychologique* ». Le stress « *systémique ou physiologique* » correspond aux réactions neuro-hormonales telles que la conception biomédicale de Selye les décrit. Le stress « *social* » réside en une rupture d'un système social. Un couple constitue, à cet effet, un système social. Pour finir, le stress « *psychologique* » est défini par Folkman et Lazarus (1984) comme : « *une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* ». Ainsi, le stress « *psychologique* » renvoie à une

appréciation subjective, appelée « *évaluation cognitive* », d'une situation perçue comme stressante qui va appeler à une mobilisation des ressources de l'individu.

Cette évaluation cognitive comprend une évaluation primaire et une évaluation secondaire. L'évaluation primaire consiste en une évaluation du potentiel stressant de la situation. Il peut s'agir de la perception d'une perte, d'une menace ou d'un défi. Le stress perçu fait partie intégrante de l'évaluation primaire en jeu dans la transaction individu-environnement définissant le stress psychologique, selon Lazarus et Folkman (1984). Le stress perçu désigne la manière dont une personne perçoit les exigences d'une situation (urgence, gravité, nature de la menace...). Ainsi, un même stressor ne sera pas évalué de la même façon par tous les individus. Cela veut dire que son effet pathogène ou non sera différent d'un individu à l'autre. D'après Bruchon-Schweitzer & al. (1994), le stress perçu est plutôt à envisager comme : « *une variable modératrice qui module la relation entre la situation stressante et les réactions du sujet (somatiques, émotionnelles et comportementales)*. » (Bruchon-Schweitzer & al. 1994, p.59).

L'évaluation secondaire renvoie, quant à elle, à une évaluation des ressources adaptatives disponibles pour faire face à cette perception d'une perte, d'une menace ou d'un défi. C'est donc suite à cette double évaluation cognitive que va intervenir l'activation ou non de stratégies de *coping* de la part de l'individu (Bruchon-Schweitzer & al. 1994, p.106). Deux variables font partie intégrante de l'évaluation secondaire. Il s'agit du contrôle perçu et du soutien social perçu. En effet, le contrôle perçu est intrinsèquement lié à l'évaluation secondaire qui permet à un individu, dans une situation perçue comme stressante, d'évaluer l'ensemble des ressources à sa disposition qui lui permettront de faire face à la situation. D'après Bruchon-Schweitzer & al. (1994), le contrôle perçu : « *se réfère à la manière dont les individus apprécient le degré d'influence qu'ils peuvent avoir sur l'environnement.* » (Bruchon-Schweitzer & al., 1994, p.68). Il semblerait que le contrôle perçu ait une incidence protectrice sur le statut de santé alors qu'à l'inverse un sentiment de perte de contrôle soit délétère (Bruchon-Schweitzer & al., 2001, p.16). Par ailleurs, le soutien social perçu est également un processus évaluatif en jeu dans l'approche transactionnelle du stress. Sarason et ses collaborateurs (1983) ont distingué à cet effet deux aspects du soutien social perçu : la disponibilité et la satisfaction. La disponibilité du soutien social : « *correspond à l'importance quantitative du réseau social perçu comme soutien possible en cas de besoin.* », alors que la

satisfaction : « renvoie à l'évaluation par le receveur de la qualité de ce soutien. » (Bruchon-Schweitzer & al., 1994, p.131).

Suite à cette double évaluation cognitive, les individus vont mettre en place des stratégies d'adaptation au stress dites stratégies de *coping* pour faire face à une situation perçue comme stressante. A cet effet, qu'est-ce que des stratégies de *coping* ?

2.2.2.1 Les stratégies de coping

Le *coping* est défini par Folkman et Lazarus (1984) comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeant que déploie l'individu pour répondre à ses demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives ». Le *coping* est donc l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer, ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus & Launier, 1978, cité par Kédia & al., 2008, p. 181). Si ces stratégies de *coping* sont dysfonctionnelles, le stress est susceptible de menacer la santé mentale. Ainsi, l'évolution vers une pathologie dépend, en grande partie, de la capacité du sujet à faire face aux situations perçues comme stressantes au travers des stratégies de *coping* qu'il va mettre en place. Les violences conjugales revêtant des formes de maltraitance hautement stressantes pour les femmes qui en sont victimes, nous avons fait le choix, dans le cadre de cette présente thèse, d'étudier dans quelle mesure les différentes stratégies de coping activées en contexte de violences conjugales sont susceptibles d'impacter ou de préserver le statut de santé mentale des femmes qui en sont victimes. Les paragraphes qui suivent auront pour objet de décrire sur le plan théorique les différentes formes de *coping* existantes dans la littérature.

Le modèle de Lazarus présente deux formes de *coping* : le *coping* dit centré sur l'émotion et le *coping* dit centré sur le problème (Lazarus & Folkman, 1984). Le *coping* centré sur l'émotion a pour objet de contrôler ou modifier la tension émotionnelle générée par la

situation perçue comme stressante. Le *coping* centré sur le problème renvoie aux stratégies cognitives et comportementales visant à contrôler ou modifier la situation perçue comme stressante (Bruchon-Schweitzer & al., 2001, p. 18). Une troisième forme de *coping* existe : celle centrée sur la recherche de soutien social. Les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social comprennent le soutien informationnel, qui réside en une recherche d'informations auprès de l'entourage visant la résolution du problème, et le soutien émotionnel, qui consiste en l'obtention de réconfort auprès de l'entourage (Servant, 2007, pp.160-161).

La régulation des émotions en jeu dans les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion peut se faire de diverses manières. Cela peut consister en un évitement de l'agent stresseur. Il peut s'agir d'un évitement direct de la source du stress ou bien d'un évitement indirect, au moyen d'une fuite dans le sommeil, la nourriture, les médicaments, l'alcool ou la drogue. Cela peut consister, aussi, à s'engager dans des activités distrayantes ou encore à exprimer ou retenir ses émotions (autocontrôle émotionnel). L'auto-accusation qui renvoie au fait de s'attribuer l'origine de ses difficultés est également une stratégie de *coping* centrée sur l'émotion. Enfin, le fait de transformer la signification de la situation, soit en modérant sa gravité (minimisation, dédramatisation) soit en niant la réalité (pensée magique, dénégation), soit en réévaluant positivement l'expérience vécue, renvoie aussi à des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (Bruchon-Schweitzer & al., 2001, pp. 68-83).

Les stratégies de *coping* centrées sur le problème, quant à elles, sont étroitement liées à tout ce qui vise une modification de l'agent stresseur. Il peut s'agir d'une résolution structurée du problème (recherche d'informations, élaboration de plan d'actions), d'une appréhension constructive du problème, ou bien même d'une confrontation à la source du problème afin de le résoudre (efforts et actions directes pour modifier le problème) (Bruchon-Schweitzer & al., 2001, pp 68-83).

Les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social peuvent renvoyer à des stratégies de *coping* centrées sur le problème (recherche de soutien informationnel), tout comme à des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (recherche de soutien affectif auprès de l'entourage) (Bruchon-Schweitzer & al., 2001, pp 68-83).

Suls et Fletcher (1985) ont proposé une autre catégorisation du *coping* comme suit : le *coping* « évitant », le *coping* « vigilant », et le *coping* centré sur la réévaluation du problème. Le *coping* « évitant » regroupe des stratégies d'évitement, de fuite, de déni, de résignation, de fatalisme et d'agressivité et vise une réduction de la tension émotionnelle. Ce type de *coping* est souvent retenu comme étant un *coping* « passif ». Le *coping* « vigilant », quant à lui, aboutit à une recherche d'informations, de soutien social, à l'élaboration de plan d'actions, et à la recherche de moyens visant une résolution du problème. Ce type de *coping* vise une résolution structurée du problème, et est souvent retenu comme étant un *coping* « actif ». Enfin, le *coping* centré sur la réévaluation du problème renvoie à une stratégie perceptivo-cognitive dont le but est de réduire l'écart perçu entre menaces et ressources perçues (Bruchon-Schweitzer & al., 1994, p. 114).

Pour finir, Paulhan et Bourgeois (1995) distinguent le *coping* « actif » du *coping* « passif ». Le *coping* « actif » vise une modification de la transaction individu-environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs permettant une résolution du problème. Le *coping* « passif » consiste, quant à lui, en une inactivité vis-à-vis de l'agent stressé (Chabrol & Callahan, 2013, p. 167).

Ainsi, il existe différentes catégorisations possibles du *coping*. Et, d'un individu à l'autre, une multitude de stratégies de *coping* différentes va pouvoir être déployées. Essayons, à présent, d'étudier la question du *coping* en contexte de violences conjugales. Nous commencerons par proposer une série de recherches s'étant intéressées aux liens existants entre *coping* et antécédents de maltraitance en contexte de violences conjugales. Et ce, car bon nombre de femmes victimes de violences conjugales présentent des antécédents de maltraitance. La partie qui suit abordera la question du *coping* en contexte de violences conjugales (variables influençant le *coping* en contexte de violences conjugales, types de *coping* utilisés, effets du *coping* sur la santé mentale, effets du *coping* sur les violences conjugales). Pour finir, nous parlerons du *coping* utilisé par les enfants exposés aux violences conjugales. Et ce, car une exposition à des violences inter-parentales est une forme de maltraitance qui peut aboutir à l'âge adulte à des violences supplémentaires si les stratégies de *coping* mises en œuvre sont pauvres et dysfonctionnelles. D'où l'intérêt de s'intéresser à cette question pour la présente thèse portant sur les femmes victimes de violences conjugales, et non sur les enfants confrontés aux violences conjugales.

2.2.3 Coping, antécédents de maltraitance et violences conjugales

Cette partie se propose d'explorer les liens existants entre stratégies de *coping* et antécédents de maltraitance dans un contexte de violences conjugales. De nombreuses études se sont intéressées à ces relations, et arrivent à la conclusion que les stratégies de *coping* utilisées par des femmes victimes de violences conjugales présentant des antécédents de maltraitance semblent pauvres et dysfonctionnelles.

Lewis et ses collaborateurs (2006) ont examiné les différences d'effets entre les violences physiques et psychologiques subies dans l'enfance et à l'âge adulte, le *coping* utilisé spécifiquement pour faire face aux abus, et l'ajustement psychologique chez des femmes victimes de violences conjugales suivies dans un service d'urgence pour les femmes battues. Le modèle proposé par les auteurs indique l'impact dévastateur et cumulatif des violences psychologiques subies dans l'enfance et à l'âge adulte dans l'ajustement de ces femmes victimes de violences conjugales. Il existe une vulnérabilité double aux violences psychologiques chez une proportion importante de ces femmes battues. Par ailleurs, il ressort que la fréquence des violences physiques n'est pas rattachée au niveau de détresse psychologique chez ces femmes. L'étude postule que les modes de *coping* habituellement considérés comme adaptatifs, par exemple, être engagé et proactif, ne semblent pas être satisfaisants et assez dangereux chez les femmes battues de cette échantillon, et chez leurs enfants (Lewis, Griffing, Chu, Jospitre, E. Sage, Madry & Primm, 2006). Ainsi, à la lumière de ces résultats, nous pouvons nous demander si toutes les femmes sont égales face aux stratégies de *coping* pouvant être mises en œuvre pour faire face aux violences conjugales. En effet, il ressort de cette étude que les stratégies de *coping* qui semblent être fonctionnelles et efficaces chez bon nombre de femmes en proie à des violences seraient délétères chez des femmes à antécédents de maltraitance. Cela résiderait probablement dans une vulnérabilité davantage significative à tout facteur de stress. Et ce, particulièrement en ce qui concerne les violences psychologiques subies à la fois dans l'enfance et à l'âge adulte.

S'agissant des violences physiques et sexuelles, une autre étude (Futa, Nash, Hansen & Garbin, 2003) a exploré les mécanismes de *coping* utilisés pour faire face à la mémoire de stressors émanant de l'enfance et de stressors actuels chez 196 femmes réparties dans 4 groupes : sans antécédent de maltraitance, avec des antécédents de maltraitance sexuelle, avec des antécédents de maltraitance physique, et avec des antécédents de maltraitance sexuelle et physique. Les stratégies de *coping* utilisées actuellement ont également été explorées. Les résultats indiquent diverses différences significatives entre les groupes dans l'utilisation des stratégies de *coping* pour faire face à la mémoire des abus ou d'autres stressors émanant de l'enfance. Il n'existe pas, par ailleurs, de relation entre des antécédents de maltraitance infantile et la façon dont les femmes de l'échantillon font face à des stressors actuels. De plus, les femmes présentant des antécédents de maltraitance utilisent de façon significative de plus « pauvres » stratégies d'ajustement actuelles par rapport aux femmes ne présentant pas d'antécédents de maltraitance. Enfin, des stratégies de *coping* différentes sont prédictives de l'ajustement des femmes à antécédents de maltraitance et des femmes sans antécédent de maltraitance (Futa, Nash, Hansen & Garbin, 2003). Cette étude montre que pour faire face à des traumatismes infantiles, les stratégies de *coping* déployées sont différentes selon que ces traumatismes soient de type sexuel ou de type physique ou encore les deux combinés. En revanche, les résultats de cette étude laissent à penser qu'il n'existe pas de relation linéaire entre antécédents de maltraitance physique et/ou sexuelle et stratégies de *coping* utilisées pour faire face à des facteurs de stress actuels. L'utilisation des stratégies de *coping* est donc mouvante en fonction du type de stressor. Cependant, il ressort de façon générale que le fait d'avoir subi des antécédents de maltraitance prédispose de façon plus significative à l'utilisation de stratégies de *coping* davantage dysfonctionnelles. En effet, comparativement aux femmes sans antécédent de maltraitance, les femmes à antécédents de maltraitance activent des stratégies de *coping* plus pauvres pour faire face à des facteurs de stress actuels.

Dans une autre perspective, les résultats d'une enquête (Street, Gibson & Holohan, 2005) ont indiqué que les individus avec des histoires incluant des événements potentiellement traumatisants dans l'enfance allaient plus certainement ressentir de la culpabilité après des situations de violences conjugales à l'âge adulte. De plus, l'enquête a révélé que la culpabilité concernant le traumatisme était associée à une plus grande utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, et en particulier, centrées sur l'évitement. En outre, la culpabilité relative au traumatisme a été associée à une augmentation de la symptomatologie de l'état de

stress post-traumatique, tant directement, qu'indirectement à travers l'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'évitement (Street, Gibson & Holohan, 2005). Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le cortège d'auto-culpabilisations qu'elles maintiennent seraient dysfonctionnelles pour la santé mentale des femmes victimes de violences conjugales présentant des antécédents de maltraitance.

Une autre étude (Robboy & Anderson, 2011) s'est intéressée aux effets intergénérationnels de poly-victimisations et de *coping* inadaptés. Les résultats ont indiqué que la poly-victimisations différait sur le plan intergénérationnel mais pas le *coping* inadapté. La seconde génération a expérimenté plus de types d'abus, lesquels étaient associés à la fois à des comportements auto-injurieux et à une consommation de substances (Robboy & Anderson, 2011). Les comportements auto-injurieux et la consommation de substances font partie intégrante des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. Ainsi, ces stratégies seraient inadaptées pour faire face à des violences conjugales répétées et chroniques.

S'agissant de la répétition et de la chronicité des violences, Graham-Bermann et coll. (2011) ont exploré la présence d'événements de vie marquants que des femmes victimes de violences conjugales ont enduré afin d'analyser dans quelle mesure leurs problèmes d'ajustement seraient davantage inhérents aux violences conjugales qu'aux violences conjugales associées à d'autres événements de vie marquants. Cette étude a révélé que la majorité (86%) de l'échantillon a enduré plusieurs événements de vie marquants. Des différences significatives ont été trouvées entre celles exposées aux violences conjugales seulement, et celles exposées aux violences conjugales et à d'autres événements de vie marquants en termes de fréquence des violences conjugales et des symptômes de détresse couramment retrouvés. Les femmes exposées aux violences conjugales et à d'autres événements de vie marquants ont subi deux fois plus de violences physiques, et quatre fois plus de violences sexuelles comparativement aux femmes exposées aux violences conjugales seulement. Pour finir, le nombre d'événements de vie marquants a contribué significativement à la variance des symptômes traumatiques de l'échantillon (Graham-Bermann, Sularz & Howell, 2011). Ainsi, les antécédents de maltraitance auraient une incidence sur la vulnérabilité des femmes victimes de violences conjugales, que ce soit quant à la fréquence des violences subies que quant aux effets des violences sur la santé mentale. Nous formulons l'hypothèse que ce seraient les stratégies de *coping* qui, par leur caractère dysfonctionnel, aboutiraient à cette vulnérabilité.

Par ailleurs, Vatnar et ses collaborateurs (2008) montrent les mêmes tendances, et aboutissent au constat que le fait d'avoir été soumise à des abus sexuels dans leur famille d'origine augmentait 25 fois plus le risque de présence de violences conjugales avec plus d'un partenaire chez des femmes victimes de violences conjugales. Le fait d'avoir été témoin de violences conjugales inter-parentales augmentait significativement le risque d'être victime de violences conjugales avec plus d'un partenaire, plus que si la femme avait été soumise à des abus physiques dans l'enfance (Vatnar & Bjorkly, 2008). Ainsi, les abus sexuels dans l'enfance, ainsi que le fait d'avoir été témoin de violences inter-parentales, seraient des antécédents de maltraitance qui constitueraient des facteurs de risque majeurs à l'installation de violences conjugales répétées et prolongées. De même, pour ce qui concerne les violences physiques. D'après Hetzel-Riggin et coll. (2011), le fait d'avoir subi des abus physiques dans l'enfance et d'avoir été témoin de violences intrafamiliales était associé à un haut niveau de maltraitances à l'âge adulte. Ce groupe est suivi de près par le groupe ayant subi des abus physiques exclusivement. Lorsque la victimisation dans l'enfance était la plus sévère, la relation existante entre victimisation dans l'enfance et violences conjugales à l'âge adulte était la plus directe. La recherche a souligné que les individus présentant de lourds antécédents de maltraitance dans l'enfance étaient les plus vulnérables à des maltraitances à l'âge adulte parce qu'il existe très peu de médiateurs qui préviennent ou diminuent le risque de maltraitances à l'âge adulte, dans ces conditions (Hetzel-Riggin & Meads, 2011). Cette étude nous donne à penser que la présence d'antécédents de maltraitance engendrerait des stratégies de *coping* « pauvres » et « dysfonctionnelles » à l'âge adulte, lesquelles ne seraient pas en mesure de constituer des médiateurs puissants pour diminuer la fréquence des violences conjugales, et par voie de conséquence, pour préserver la santé mentale.

Ainsi, au vu des résultats des différentes études que nous venons d'examiner, il se pourrait qu'il existe un cercle vicieux qui autoalimenterait les variables suivantes : fréquence des abus subis, activation de stratégies de *coping* dysfonctionnelles, telles que le *coping* centré sur l'émotion, et vulnérabilité double aux abus. Par ailleurs, les antécédents de maltraitance semblent générer l'activation de stratégies de coping centrées sur l'émotion, lesquelles seraient pauvres et inadaptées pour faire face aux violences subies. Aussi, les antécédents de maltraitance induiraient plus de maltraitances à l'âge adulte et une symptomatologie psychique d'ordre traumatique.

Nous allons, maintenant, nous intéresser aux stratégies de *coping* chez des femmes victimes de violences conjugales.

2.2.4 Coping et violences conjugales

De nombreuses études ont étudié des variables de *coping* chez des femmes victimes de violences conjugales et aboutissent à diverses constatations. L'objectif de cette partie sera de mettre en lumière ces diverses constatations. Nous commencerons par présenter les variables influençant le *coping* en contexte de violences conjugales. Nous poursuivrons par une partie sur les différents types de stratégies de *coping* utilisées par les femmes battues. Ensuite, nous nous intéresserons à l'effet des stratégies de *coping* sur la santé mentale, en contexte de violences conjugales. Nous finirons par recenser les études qui ont porté sur l'efficacité des stratégies de *coping* pour faire face aux violences conjugales.

2.2.4.1 Variables influençant le coping en contexte de violences conjugales

Pour commencer, il ressort que les stratégies de *coping* seraient multi-déterminées, complexes et singulières (Haeseler, 2013). En effet, chaque femme utiliserait de manière singulière une palette de stratégies de *coping* en fonction d'un certain nombre de facteurs contextuels incluant, entre-autres, la sévérité et la fréquence des abus, la durée de la relation, ainsi que les ressources des femmes victimes de violences conjugales telles que le soutien social et les ressources financières (Waldrop & Resick, 2004). Par ailleurs, il semblerait que d'autres ressources des femmes battues, comme l'état général, l'emploi et le soutien social, influencent l'utilisation des différentes stratégies de *coping* (Sabina & Tindale, 2008). Et, de plus en plus d'études mettent l'accent sur les caractéristiques de la violence et sur les antécédents de maltraitance des victimes de violences conjugales pour expliquer une mise en place

privilegiée de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. En effet, les résultats d'une étude (Ferrer & Valle, 2007) ont mis en avant que les femmes victimes de violences conjugales utilisaient à la fois des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et des stratégies de *coping* centrées sur le problème (Ferrer & Valle, 2007). Les proportions relatives à chaque forme de *coping* variaient, quant à elles, en fonction de la manière dont le conjoint violent était perçu et si la victime avait déjà fait l'objet ou avait été témoin de mauvais traitements dans son enfance (Ferrer & Valle, 2007). Une autre étude (Taft, Resick, Panuzio, Vogt & Mechanic, 2007) a suggéré que la fréquence des abus dans la relation conjugale, l'agression particulièrement psychologique, la dissociation péri-traumatique ainsi que la violence familiale inter-parentale lors de l'enfance étaient des prédicteurs positifs d'une utilisation privilégiée de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion de la part des femmes qui font l'objet de violences conjugales. Par ailleurs, tant des abus physiques que sexuels durant l'enfance étaient associés négativement à des stratégies de *coping* centrées sur le problème (Taft, Resick, Panuzio, Vogt & Mechanic, 2007). L'intensité des violences conjugales, les violences psychologiques, la dissociation péri-traumatique, les antécédents de maltraitance physique et sexuelle ainsi que des situations de violences conjugales inter-parentales dans l'enfance sont autant de facteurs de risque d'une utilisation privilégiée des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion.

De plus, les auteurs d'une étude assez récente (Smith, Murray & Coker, 2010) se sont demandé, au vu des données de la littérature, s'il ne fallait pas proposer un modèle conceptuel pour comprendre les stratégies de *coping* utilisées par les femmes battues (Smith, Murray & Coker, 2010). D'après Smith et ses collaborateurs (2010), cette structure conceptuelle serait nécessaire pour refléter la complexité de la nature des stressors chroniques et aigus associés aux situations de violence. Ainsi, ce modèle conceptuel a intégré trois axes d'investigation. Le premier axe inclut un cadre externe d'influences contextuelles. Le deuxième axe inclut les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et les stratégies de *coping* centrées sur le problème. Pour finir, le troisième axe inclut les ressources intra personnelles des victimes et des stratégies de *coping* interpersonnelles, à savoir, les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social (Smith, Murray & Coker, 2010).

Ainsi, il ressort de cette partie que l'intensité des violences conjugales, les violences psychologiques, la dissociation péri-traumatique, les antécédents de maltraitance physique et

sexuelle ainsi que des situations de violences conjugales inter-parentales dans l'enfance sont autant de facteurs de risque d'une utilisation privilégiée des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion.

La partie suivante aura pour objet d'étudier la nature et les types de *coping* utilisés en contexte de violences conjugales.

2.2.4.2 Types de coping utilisés en contexte de violences conjugales

Une étude (Haesler, 2013) a révélé que les stratégies de *coping* des femmes victimes de violences conjugales sont complexes et à multiples facettes. Les thèmes des stratégies de *coping* mises en place par des femmes victimes de violences conjugales incluent des aspects psychophysiologiques, économiques, éducatifs, familiaux et des facteurs de protection de l'enfance (Haesler, 2013). Ainsi, nous pouvons conclure qu'il y a autant de thèmes de stratégies de *coping* déployées que de situations-problèmes. Cela veut dire que les stratégies de *coping* pouvant être activées sont diverses et variées. Ces conclusions ont été mises en évidence par une autre étude (Zakar, Zakar & Kramer, 2012) qui s'est intéressée aux stratégies de *coping* mises en place par des femmes victimes de violences conjugales. Et, il ressort que ces femmes tentent de faire face aux violences en utilisant diverses stratégies de *coping*, à la fois centrées sur l'émotion (telles que l'utilisation de la religion, le fait d'apaiser le conjoint violent...), et centrées sur le problème (telles que la recherche de soutien social venant d'institutions...). Les données de cette étude indiquent que la majorité des femmes ont utilisé des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, en particulier, des thérapies spirituelles, lesquelles ont d'une façon ou d'une autre réduit la violence et leur ont fourni une « consolation », un « apaisement » psychosociale. Néanmoins, il est à noter que ces stratégies ont comporté quelques inconvénients, comme l'utilisation de ressources rares ainsi que la dépense de temps, et d'énergie sur le plan émotionnel. Les données de cet échantillon ont indiqué, par ailleurs, que peu de femmes ont eu recours à des stratégies de *coping* centrées sur le problème, comme la recherche d'aide et de soutien venant d'institutions formelles, car ces stratégies pouvaient déboucher sur une confrontation directe avec leur conjoint violent, et par

voie de conséquence au divorce, ce qui ne correspond pas aux attentes de la plupart des femmes pakistanaises. Enfin, il est à noter, que les stratégies de *coping* mises en place par les femmes pakistanaises sont complexes, subjectives et non linéaires, et que la frontière entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et celles centrées sur le problème est diffuse et trouble. Bien que les femmes de l'échantillon ne se soient jamais exposées à des comportements violents, elles étaient entièrement conscientes de leurs limites structurelles et de leurs fragilités. Étant attentives aux conséquences de leurs actions, les femmes ont soigneusement adopté une combinaison des stratégies de *coping* qui pourraient être utiles pour faire face ou réduire les violences conjugales, mais, sans être en même temps, contreproductives (Zakar, Zakar & Kramer, 2012). Cette étude montre que les femmes victimes de violences conjugales utilisent majoritairement des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, mais que ces dernières présentent néanmoins un certain nombre d'inconvénients en termes de temps. Il apparaît aussi que les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont moins utilisées, du fait de leur possible conséquence sur la relation conjugale.

D'après Hayati et coll. (2013), l'exposition à des violences conjugales chroniques impacte la vie des femmes qui en sont victimes, du fait de leurs associations à des difficultés sur le plan physique, mental, psychosocial et financier. Les violences conjugales qui constituent des stressors chroniques engagent les femmes qui en sont victimes à accéder à des ressources externes et internes qui forment leurs stratégies de *coping*. Celles-ci peuvent tout autant être centrées sur le problème (s'opposer activement aux violences), sur la recherche de soutien social que sur l'émotion (tolérer la violence) (Hayati, Eriksson, Hakimi, Hogberg & Emmelin, 2013). Les femmes victimes de violences conjugales utilisent donc les trois grands groupes de stratégies de *coping*. Ces éléments sont confirmés par une étude de Kaye et ses collaborateurs (2007) qui se sont intéressés aux stratégies de *coping* utilisées par des adolescentes enceintes et victimes de violences conjugales. Il ressort de cette étude que les stratégies de *coping* utilisées par des adolescentes enceintes et victimes de violences conjugales sont à la fois centrées sur le problème (minimiser les dommages, diminuer l'impact et la sévérité des violences), sur la recherche de soutien social que sur l'émotion (se mettre en retrait) (Kaye, Ekstrom, Johansson, Bantebya & Mirembe, 2007).

Une autre étude (Lettiere & Marcia Spano Nakano, 2011) a évalué comment des femmes, dans des situations de violence intrafamiliale, composent et font face à la violence pour assurer leur protection. Il ressort que, dans un premier temps, les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social auprès de la famille et des amis, et des services médico-juridiques étaient utilisées par ces femmes. Il est à noter, cependant, que les liens établis pouvaient soit devenir un obstacle au *coping* et rendre ces femmes vulnérables à la violence, ou alors les protéger et attribuer un caractère renforçateur aux stratégies de *coping* mises en place (Lettiere & Marcia Spano Nakano, 2011). Cette étude met l'accent sur le fait que les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social peuvent, en fonction de la qualité du contact établi, soit être un frein à la pérennité de ces stratégies de *coping*, soit être une source de renforcement positif pour ces mêmes stratégies. Là encore, il semblerait que le contexte des violences conjugales, et en particulier la qualité du réseau social, ait une incidence sur les stratégies de *coping* mises en place par des femmes victimes de violences conjugales. Il est à noter, par ailleurs, que les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sont utilisées en première ligne par ces femmes. Et, leur qualité peut avoir une influence sur toute la gamme de stratégies qui sera mise en place pour tenter de maîtriser l'impact des violences conjugales sur leur santé mentale et physique.

A cet effet, la perception et la présence de soutien social dans un contexte de violences conjugales seraient associées à une mise en place majoritaire de stratégies de *coping* centrées sur le problème au détriment de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (Taft, Resick, Panuzio, Vogt & Mechanic, 2007). La variable soutien social apparaît à la fois comme modératrice d'une symptomatologie psychique consécutive aux violences conjugales, mais aussi comme prédictive d'une utilisation privilégiée de stratégies de *coping* centrées sur le problème. Nous formulons l'hypothèse que le soutien social et les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont des variables qui s'auto-renforcent, l'une provoquant l'autre, et l'autre la renforçant. Or, les résultats qualitatifs et quantitatifs d'une étude (Decker, Nair, Saggurthi, Sabri, Jethva, Raj, Donta & Silverman, 2013) ont indiqué que la recherche d'aide formelle est rare chez des femmes victimes de violences conjugales, et que des sources d'aide informelles sont plus fréquemment recherchées par ces femmes. Les résultats quantitatifs ont révélé que, tandis que peu de femmes (5 %) avaient été examinées au motif de violences conjugales dans les services médicaux, la plupart (67 %) auraient été disposées à divulguer la présence de violences conjugales si, il leur avait été demandé. De plus, lorsqu'il leur a été

présenté une liste des structures de soin spécialisées dans les violences conjugales, les participantes ont approuvé la démarche de conseil, et la démarche de planification de sécurité (90.9 %). Il ressort de cette étude qu'une approche à plusieurs volets qui inclut le renforcement du système de soutien informel, par exemple, celui des voisins et des membres de la famille, aussi bien qu'une facilitation de l'accès à des structures de soin spécialisées serait utile pour ces femmes (Decker, Nair, Saggurti, Sabri, Jethva, Raj, Donta & Silverman, 2013). Un accompagnement pluridisciplinaire et multimodal semble particulièrement indiqué pour favoriser l'installation et la pérennisation des stratégies de *coping* mises en œuvre par des femmes victimes de violences conjugales.

Par ailleurs, à travers une étude de cas (Haeseler, 2013), une recherche a exploré les stratégies de *coping* mises en place par des femmes victimes de violences conjugales pour faire face à leurs difficultés économiques. Il en ressort que les femmes victimes de violences conjugales doivent faire face à de véritables difficultés financières. Il apparaît donc nécessaire, selon les auteurs, de dispenser un soin de nature compréhensive et pluridisciplinaire pour permettre d'aborder les multi-facettes et la complexité de leur besoin financier (Haeseler, 2013). Les violences de privation économique font partie intégrante des violences conjugales. Des stratégies de *coping* spécifiques pour y faire face doivent être prises en compte par la prise en charge dispensée, comme le fait de se rapprocher d'une assistante sociale, par exemple.

Nanjundaswamy et ses collaborateurs (2013) ont étudié des variables de stress, de *coping* et de violences conjugales chez des épouses d'hommes alcoolo-dépendants. Les résultats de cette étude indiquent que les épouses d'hommes alcoolo-dépendants présentaient un haut niveau de stress perçu. Les stratégies de *coping* qui ont été les plus souvent identifiées sont celles centrées sur l'évitement, la discorde, le retrait craintif et le retrait sexuel (Nanjundaswamy, Streedevi, Gangadharaiyah, Viswanath & Benegal, 2013). Les femmes victimes de violences conjugales utiliseraient, donc, de façon plus majoritaire des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion qui médatiseraient partiellement la relation existante entre violences conjugales et statut de santé mentale. A cet effet, une étude (Bauman, Haaga & Dutton, 2008) s'est interrogée sur la perception d'utilité que pouvait comporter l'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion de la part des femmes battues. La corrélation entre la fréquence d'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et leur perception d'utilité a indiqué que, lorsque les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion étaient les plus

utilisées, celles-ci étaient perçues comme inutiles par les femmes les utilisant pour faire face aux ressentis découlant des abus conjugaux (Bauman, Haaga & Dutton, 2008). Ces résultats laissent à penser que ce serait une utilisation massive de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion qui serait néfaste pour le ressenti des femmes battues et non une utilisation proportionnelle aux autres stratégies de *coping* existantes, à savoir, celles centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social.

Pour conclure, il ressort de cette partie que les femmes victimes de violences conjugales utilisent à la fois des stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur l'émotion et centrées sur la recherche de soutien social. Il apparaît, cependant, que les stratégies de *coping* les plus utilisées par les femmes battues sont les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. Les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont moins utilisées du fait de leurs possibles conséquences sur la relation conjugale. Les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social, quant à elles, sont aussi utilisées et peuvent, en fonction de la qualité du contact établi, soit être un frein à la pérennité de ces stratégies de *coping*, soit être une source de renforcement positif pour ces mêmes stratégies. Pour finir, il y a autant de thèmes de stratégies de *coping* déployées que de situations-problèmes. Cela veut dire que les stratégies de *coping* pouvant être activées sont diverses et variées dans un contexte de violences conjugales.

La partie suivante se propose d'explorer les effets des stratégies de *coping* sur la santé mentale des femmes qui en sont victimes.

2.2.4.3 Effets des stratégies de coping sur la santé mentale

Concernant les effets des stratégies de *coping* sur la santé mentale, une étude (Canady, & Babcock, 2009) a démontré que seule la violence conjugale était un facteur prédictif du statut de santé mentale, et que le *coping* médiatisait la relation existante entre la violence conjugale

et la santé (Canady, & Babcock, 2009). Ainsi, le *coping* apparaîtrait comme un médiateur ou un modérateur des effets des violences conjugales sur la santé mentale. A cet effet, une étude longitudinale (Chuang, Cattoi, Mc Call-Hosenfel, Camacho, Dyer & Weisman, 2012) sur des femmes victimes de violences conjugales a indiqué que le *coping* centré sur la recherche de soutien social, d'une part, et celui centré sur la consommation d'alcool et de médicaments modéreraient les relations existantes entre l'exposition à des violences conjugales et la présence de symptômes dépressifs deux années plus tard. Des interventions centrées sur les stratégies de *coping* pourraient donc servir à réduire l'impact des violences conjugales sur l'installation future d'une dépression (Chuang, Cattoi, Mc Call-Hosenfel, Camacho, Dyer & Weisman, 2012).

Une autre étude de Krause et ses collaborateurs (2008) a démontré que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, et plus particulièrement sur l'évitement, seraient associées à une symptomatologie de stress post-traumatique jusqu'à près de 1 an après la passation chez des femmes victimes de violences conjugales (Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2008). En outre, le fait de boire comme stratégie de *coping* médierait la relation existante entre les symptômes de stress post-traumatique et la consommation d'alcool (Yeater, Austin, Green & Smith, 2010).

Par ailleurs, O'Neill et Kerig (2000) ont souligné que les femmes victimes de violences conjugales rapportaient le plus haut niveau d'auto-blâme caractériel et comportemental et le plus bas niveau de perception de contrôle. Les deux dimensions d'auto-blâme ont été corrélées positivement à des symptômes, et la perception de contrôle à un plus bas niveau de symptômes. Il ressort aussi de cette étude que l'auto-blâme caractériel et comportemental, ainsi que la perception de contrôle, modéreraient la relation existante entre violences et ajustement (O'Neill & Kerig, 2000). Cette étude montre une fois de plus les effets délétères des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, via l'auto-blâme caractériel et comportemental sur la psychopathologie des femmes victimes de violences conjugales, tandis que la perception de contrôle apparaît comme ayant un effet bénéfique sur le niveau de symptomatologie psychique. Ainsi, il ressort des études que nous venons d'étudier que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion seules, en particulier celles centrées sur l'évitement direct de la source de stress, la consommation d'alcool et l'auto-blâme caractériel et comportemental, soient nocives en favorisant, sinon un état de stress post-traumatique, au

moins une symptomatologie psychique conséquente. En revanche, ces mêmes stratégies, en particulier celles centrées sur un évitement indirect de la source de stress au travers d'une consommation d'alcool et de médicaments, et des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social auraient un effet modérateur sur l'installation d'un épisode dépressif majeur. La question de la proportion des stratégies de *coping* activées se pose. En effet, il se pourrait que ce soit une utilisation majoritaire de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion qui soit délétère pour le statut de santé mentale de femmes victimes de violences conjugales, et non une utilisation équivalente aux autres stratégies de *coping* existantes.

Aussi, les résultats d'une étude de Watlington (2007) ont indiqué que les femmes afro-américaines qui ont rapporté les niveaux les plus hauts de spiritualité et d'engagement religieux, sont celles qui ont rapporté le moins de symptômes de dépression et de stress post-traumatique. Par ailleurs, les femmes qui ont rapporté les niveaux les plus hauts de spiritualité, de participation religieuse et d'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur la composante religieuse, sont celles qui ont rapporté les niveaux les plus hauts de support social (Watlington, 2007). Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur la composante religieuse, bien que couteuse sur le plan émotionnel, seraient associées à un plus haut degré de soutien social, lequel aboutirait à une symptomatologie dépressive et post-traumatique moins significative.

Les résultats d'une autre étude menée par Calvete et ses collaborateurs (2007) ont démontré que les schémas inadaptés précoces seraient associés à une plus grande utilisation de *coping* centré sur l'émotion au détriment de *coping* centré sur le problème. Il ressort aussi de cette étude que le *coping* centré sur l'émotion médiatiserait partiellement la relation existante entre les schémas inadaptés précoces et les symptômes dépressifs dans un contexte de violences conjugales (Calvete, Corral & Estévez, 2007).

Il apparaît donc, à l'aune des différentes études que nous venons d'analyser, que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ne médiatiseraient que partiellement la relation existante entre violences conjugales et symptômes dépressifs. D'autres variables interviendraient pour expliquer cette relation, notamment différentes variables contextuelles en lien avec les violences conjugales (fréquence des abus, durée de la relation) et personnelles en lien avec la victime (état de santé, ressources sociales et financières ainsi qu'antécédents de maltraitance rattachés à des schémas inadaptés précoces). Ces conclusions sont confirmées en partie par

Mitchelle et ses collaborateurs (2006) qui ont souligné que la relation existante entre violences conjugales et symptômes dépressifs était médiatisée par de multiples formes de *coping*, par un bien-être spirituel et par du soutien social. En outre, la relation existante entre violences conjugales et symptômes anxieux était médiatisée par de multiples formes de *coping*, par du soutien social et par une habilité à accéder à des ressources. Enfin, la relation existante entre violences conjugales et stress parental était médiatisée par de multiples formes de *coping*, par un bien-être spirituel et par du soutien social (Mitchell, Hargrove, Collins, Thompson, Reddick & Kaslow, 2006).

Dans une même perspective, une étude (Danner, 1999) a proposé de tester l'influence de deux variables médiatrices (une vue socialement normative de la violence intrafamiliale et les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ou sur l'évitement) sur les relations existantes entre une exposition infantile à des violences intrafamiliales (abus physiques et témoin de violences interparentales), l'ajustement psychologique actuel de la femme battue et la nature des relations abusives à l'âge adulte. Les résultats de cette étude indiquent qu'une vue socialement normative de la violence intrafamiliale médierait partiellement l'association existante entre l'exposition infantile à des violences intrafamiliales et plusieurs mesures incluant la sévérité des violences conjugales infligées à l'âge adulte par le conjoint violent, la sévérité des violences infligées de la femme battue envers son conjoint violent et le niveau actuel de dépression chez la femme battue. En outre, les stratégies de *coping* centrées sur l'évitement médieraient partiellement l'association entre une vue socialement normative de la violence intrafamiliale et le niveau actuel de dépression et d'anxiété chez la femme battue (Danner, 1999). Les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion apparaissent une fois de plus comme médiant partiellement la relation existante entre violences conjugales et statut de santé mentale.

Dans le champ des violences conjugales, de nombreuses études ont tenté de mettre en avant le rôle joué par les stratégies de *coping* sur l'intensité de l'anxiété et de la dépression. L'une de ces études (Calvete, Corral & Estévez, 2008) a mis en évidence le rôle médiateur des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion dans la relation existante entre les violences conjugales et le niveau de détresse psychologique des femmes qui en sont victimes (Calvete, Corral & Estévez, 2008). En revanche, cette étude n'a pas pu démontrer que les stratégies de *coping* modéraient l'impact des violences conjugales sur les symptômes d'anxiété et de

dépression (Calvete, Corral & Estévez, 2008). Taft et ses collaborateurs (2007) ont, quant à eux, abouti à la conclusion qu'en contexte de violences conjugales, les stratégies de coping centrées sur le problème étaient généralement prédictives d'une santé mentale satisfaisante alors que les stratégies de coping centrées sur l'émotion étaient prédictives d'une santé mentale plus défaillante (Taft & al., 2007).

Par ailleurs, Kocot (2001) a étudié les variables suivantes : violences conjugales, soutien social, santé mentale et coping chez un échantillon de 180 femmes afro-américaines victimes de violences conjugales. Des analyses de régression multiple ont indiqué que l'abus psychologique contribuait de façon importante aux symptômes de stress post-traumatique, de dépression et aux stratégies de *coping* centrées sur le problème, même en contrôlant les effets des abus physiques. De plus, l'abus physique a été positivement associé aux symptômes de stress post-traumatique, de dépression et de stratégies de *coping* centrées sur le problème. Cependant, dans un contexte d'abus psychologiques et physiques conjoints, seul l'abus physique a contribué aux symptômes de stress post-traumatique. Contrairement aux hypothèses formulées, il n'a pas été montré que le soutien social modérait la relation existante entre les violences conjugales (abus physique et psychologique) et la santé mentale (ESPT et dépression). Cependant, des analyses statistiques supplémentaires ont révélé que le soutien social émotionnel peut médiatiser les relations existantes entre violences conjugales et stress post-traumatique, et entre violences conjugales et dépression. En outre, le soutien social émotionnel peut modérer la relation existante entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et des variables de santé mentale (ESPT et dépression) (Kocot, 2001). Le soutien social émotionnel consiste en une recherche de soutien affectif et de réconfort auprès de l'entourage proche. Ces stratégies semblent donc être efficaces pour prévenir les effets des violences conjugales sur la santé mentale. Par ailleurs, en fonction des manifestations des violences conjugales, il semblerait que certaines stratégies de *coping* soient activées au détriment d'autres. En effet, il existe une corrélation positive entre violences psychologiques ainsi que violences physiques et stratégies de *coping* centrées sur le problème.

En outre, il est à noter, selon les résultats d'une étude (Engel, 2005), que la gravité d'un état de stress post-traumatique serait associée à une utilisation plus importante de stratégies de *coping*. De plus, la gravité d'un état de stress post-traumatique serait associée à une évaluation de menace subjective de revictimisation plus importante. Enfin, une importante

évaluation de menace subjective serait associée à une utilisation plus importante de stratégies de *coping* (Engel, 2005). Ainsi, il semblerait qu'il existe un cercle vicieux au sein duquel les variables suivantes s'auto-renforceraient : évaluation d'une menace subjective de revictimisation, stress post-traumatique d'intensité sévère, et activation d'une quantité importante de stratégies de *coping*.

Lee et ses collaborateurs (2007) ont examiné des variables de support social perçu et de *coping* en tant que variables médiatrices dans la relation existante entre violences conjugales et des dimensions psychologiques chez un échantillon de 100 femmes caucasiennes et 61 femmes asiatiques. L'analyse statistique a révélé qu'il y avait un effet indirect du niveau de violence sur des dimensions psychologiques via les variables médiatrices support social perçu et stratégies de *coping* passives. Des comparaisons de groupes ethniques ont cependant indiqué des différences entre les femmes caucasiennes et asiatiques. Dans le groupe caucasien, le niveau de violence avait un effet indirect sur des dimensions psychologiques via les variables médiatrices support social perçu et stratégies de *coping* passives. Au contraire, dans le groupe asiatique, le niveau de violence avait un effet direct fort et significatif sur des dimensions psychologiques, et les variables médiatrices étudiées n'ont pas été retrouvées (Lee, Pomeroy & Bohman, 2007). Ainsi, la composante culturelle influencerait le caractère médiateur des stratégies de *coping* dans la relation existante entre violences conjugales et symptomatologie psychopathologique.

Pour conclure cette partie, il convient de rappeler que le *coping* apparaîtrait comme un médiateur ou un modérateur des effets des violences conjugales sur la santé mentale. Par ailleurs, les stratégies de *coping* centrées sur la composante religieuse, bien que coûteuse sur le plan émotionnel, seraient associées à un plus haut degré de soutien social, lequel aboutirait à une symptomatologie dépressive et post-traumatique moins significative. La variable soutien social apparaît à la fois comme modératrice d'une symptomatologie psychique consécutive aux violences conjugales, mais aussi comme prédictive d'une utilisation privilégiée de stratégies de *coping* centrées sur le problème. Nous formulons l'hypothèse que le soutien social et les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont des variables qui s'auto-renforcent, l'une provoquant l'autre, et l'autre la renforçant. De plus, il est à noter qu'il existe des effets délétères des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion via l'auto-blâme caractériel et comportemental sur la psychopathologie des femmes victimes de

violences conjugales. En effet, les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, seules, en particulier celles centrées sur l'évitement direct de la source de stress, la consommation d'alcool et l'auto-blâme caractériel et comportemental, semblent être nocives en favorisant, sinon un état de stress post-traumatique, au moins une symptomatologie psychique conséquente. En revanche, ces mêmes stratégies, en particulier celles centrées sur un évitement indirect de la source de stress au travers d'une consommation d'alcool et de médicaments combinées à des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social auraient un effet modérateur sur l'installation d'un épisode dépressif majeur. La question de la proportion des stratégies de *coping* activées se pose. En effet, il se pourrait que ce soit une utilisation majoritaire de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion qui soit délétère pour le statut de santé mentale de femmes victimes de violences conjugales, et non une utilisation proportionnelle aux autres stratégies de *coping* existantes. En outre, les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion joueraient un rôle médiateur dans la relation existante entre les violences conjugales et le niveau de détresse psychologique des femmes qui en sont victimes. Les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ne médiatiseraient que partiellement la relation existante entre violences conjugales et symptômes dépressifs. D'autres variables interviendraient pour expliquer cette relation, notamment différentes variables contextuelles, en lien avec les violences conjugales (fréquence des abus, durée de la relation), et personnelles en lien avec la victime (état de santé, ressources sociales et financières ainsi qu'antécédents de maltraitance rattachés à des schémas inadaptés précoces). S'agissant du soutien social émotionnel qui consiste en une recherche de soutien affectif et de réconfort auprès de l'entourage proche, il convient de souligner qu'il semble être efficace pour prévenir les effets des violences conjugales sur la santé mentale. Pour finir, il est à noter qu'il existe un cercle vicieux au sein duquel les variables suivantes s'auto-renforceraient : évaluation d'une menace subjective de revictimisation, stress post-traumatique d'intensité sévère, et activation d'une quantité importante de stratégies de *coping*.

La partie qui suit traitera de l'efficacité des stratégies de coping sur les violences conjugales.

2.2.4.4 Effets des stratégies de coping sur les violences conjugales

Certaines données issues de la littérature ont montré que l'utilisation privilégiée de stratégies de *coping* centrées sur le problème, en particulier une recherche active d'aide, une mise en place d'une ordonnance de protection et un séjour loin de l'auteur des violences conjugales, était associée à une augmentation et une intensité des abus, à une propension marquée au harcèlement et à une tactique importante de contrôle et de pouvoir de la part du conjoint violent (Sabina & Tindale, 2008). Ces données expliquent sans doute pourquoi les stratégies de *coping* centrées sur le problème ne constituent pas nécessairement, d'après la littérature, des modérateurs puissants aux violences conjugales ainsi qu'à leurs effets sur la santé mentale. Il semblerait, par ailleurs, que l'utilisation de ces stratégies nécessite, pour être efficaces, l'aide et le soutien renforcés de professionnels de santé. Il est à noter que les femmes victimes de violences conjugales utilisent tout de même des stratégies de *coping* centrées sur le problème. En effet, une étude (Yoshihama, 2002) s'est intéressée à des femmes japonaises victimes de violences conjugales et a étudié leurs stratégies de *coping* en réponse aux violences. Les stratégies de *coping* mises en place pour faire face aux violences ont consisté à se défendre, prendre en photo les blessures perpétrées, refuser de ranger le désordre causé par le partenaire violent, et quitter la relation temporairement ou définitivement (Yoshihama, 2002). Les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont donc multiples et variées, et n'aboutissent pas toutes à une augmentation de l'intensité des violences conjugales.

Zink et ses collaborateurs (2006) ont examiné les stratégies de *coping* utilisées sur le long-terme par des femmes âgées de plus de 55 ans pour faire face aux violences conjugales. Il ressort de cette étude que ces femmes, lorsqu'elles se sont remémorées leur relation abusive, ont utilisé davantage de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion pour trouver du sens à la situation qu'elles percevaient comme inchangeable. En se réévaluant elle-même, leur époux, et la relation, elles ont refocalisé leur énergie dans certains rôles, posé des limites à leur conjoint violent, et en ont appelé à d'autres (amis, famille, et institutions). Quelques femmes ont prospéré, d'autres ont simplement survécu, mais toutes ont maintenu l'apparence d'une unité conjugale (Zink, Jacobson, Pabst, Regan & Fisher, 2006). Ainsi, il ressort de cette étude que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion peuvent précéder la mise en place de

stratégies de *coping* centrées sur le problème. Comme indiqué plus haut, les femmes victimes de violences conjugales sont amenées à utiliser une combinaison large de stratégies de *coping*.

Pour conclure, très peu d'études ont été menées pour cerner la question de l'effet des stratégies de coping sur les violences conjugales. Cette question est donc, de fait, difficile à trancher. La prochaine partie portera sur la notion de coping chez les enfants exposés aux violences conjugales. Les enfants devenant adultes un jour, et l'exposition à des violences conjugales étant une forme de maltraitance, il nous est apparu pertinent de traiter cette question pour cibler les similitudes, les différences et les liens qui peuvent être faits entre l'enfance et l'âge adulte en matière de coping.

2.2.5 Coping chez les enfants exposés aux violences conjugales

De nombreuses études montrent l'impact délétère de l'exposition des enfants et des adolescents à des violences conjugales, tant sur leur santé mentale que sur les stratégies de *coping* qu'ils mettent en place.

En effet, une étude (Lepist, Astedt-Kurki, Joronen, Luukkaala & Paavilainen, 2010) s'est intéressée au *coping* et à l'expérience de violences conjugales chez 1393 adolescents âgés de 14 à 17 ans, en tant que victimes et/ou témoins des violences conjugales interparentales. La recherche a montré que différents degrés de violences conjugales jouaient un rôle important dans le bien-être de ces adolescents, et dans les stratégies de *coping* qu'ils mettaient en place. Les résultats de l'étude ont indiqué que 67% des adolescents de l'échantillon ont fait l'expérience de violences conjugales ponctuelles, 55% de violences conjugales d'intensité moyenne, et 9% de violences conjugales d'intensité sévère. Le modèle de régression multiple a montré, par ailleurs, que les expériences de violences conjugales étaient corrélées chez ces adolescents, à une détérioration de leur santé, à une qualité de vie satisfaisante, au fait de capituler dans une situation de conflit, à une approbation des violences physiques, et à des

stratégies de *coping* centrées sur l'émotion telles que l'auto-accusation. Pour finir, les adolescents ayant expérimenté des scènes de violences conjugales ont rapporté une qualité de vie satisfaisante, et n'ont pas eu tendance à demander de l'aide à des professionnels de santé. Des ressources doivent donc être développées pour identifier et aider ces adolescents (Lepist, Astedt-Kurki, Joronen, Luukkaala & Paavilainen, 2010). Cette étude montre l'impact délétère des violences conjugales sur la santé des adolescents qui y sont confrontés. Par ailleurs, il semblerait que le fait de vivre dans une fratrie où il s'exerce de la violence conjugale entraîne chez des adolescents l'activation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, centrées sur l'acceptation des violences physiques et centrées sur un comportement passif pour faire face à un conflit. En outre, il est important de souligner que les violences conjugales n'altèrent pas la perception de la qualité de la vie des adolescents qui y sont confrontés. Il semblerait donc que l'exploitation de cet indicateur ne soit pas fiable chez des adolescents témoins/victimes de violences conjugales.

Par ailleurs, Smith et ses collaborateurs (2013) ont démontré que des variables incluant des violences parent-enfant et inter-adultes étaient positivement associées à un ajustement psychosocial problématique chez les adolescents exposés (Smith & Moore, 2013). Les violences conjugales auraient donc une incidence sur les stratégies de *coping* mises en place par les adolescents qui y sont exposés. Ces dernières seraient particulièrement délétères et dysfonctionnelles. Or, d'après Hughes et ses collaborateurs (1998), dans un contexte de violences conjugales, l'ajustement psychologique des enfants est une variable médiatrice qui jouerait un rôle dans l'altération ou non du fonctionnement et du développement psychologique des enfants qui y sont exposés (Hughes & Graham-Bermann, 1998). Ainsi, les stratégies de *coping* déployées par des enfants exposés à des violences domestiques joueraient un rôle sur le développement ou non d'une psychopathologie.

Concernant les stratégies de *coping*, les résultats d'une étude (Flannery, Singer, Williams & Castro, 1998) ont indiqué que les adolescents qui avaient rapporté le plus haut niveau d'exposition à des violences intrafamiliales et à de la victimisation étaient les adolescents qui utilisaient plus de stratégies adaptatives et de stratégies de coping comparativement aux adolescents qui étaient dans le groupe d'exposition à des violences « bas ». Tant pour les filles que pour les garçons, l'exposition à des violences domestiques a été aussi corrélée aux niveaux les plus hauts de symptômes de traumatisme psychologique incluant la colère, la

dépression et le choc post-traumatique. Le plus grand nombre moyen relatif aux comportements violents parmi les adolescents dans le haut groupe d'exposition était plus de trois fois plus grand pour les filles et deux fois plus grand pour les garçons comparativement au groupe d'exposition bas. Les filles ont rapporté plus d'intériorisation et des stratégies de coping interpersonnelles tandis que les garçons ont rapporté des stratégies de coping plus instrumentales (Flannery, Singer, Williams & Castro, 1998). Partant du postulat théorique que les stratégies de *coping* médiatiseraient la relation existante entre une exposition à des violences conjugales et le statut de santé mentale, il est à noter que les enfants exposés à des violences domestiques d'intensité sévère utilisent plus de stratégies de coping. Ils tentent ainsi de faire face massivement aux violences conjugales. Mais, il semblerait que ces stratégies, consistant à reproduire des comportements violents pour les garçons, et à adopter des comportements internalisés chez les filles, soient inefficaces pour sauvegarder leur santé psychique car elles ne permettraient pas d'atténuer les symptômes dépressifs et post-traumatiques générés par l'exposition à des violences intrafamiliales.

Mohammad et ses collaborateurs (2015) ont objectivé que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion modèreraient les relations existantes entre abus familial et anxiété d'une part, et agression et stress post-traumatique, d'autre part. Ainsi, certaines stratégies de *coping* centrées sur l'émotion semblent jouer un rôle protecteur pour la santé mentale des enfants exposés à des violences (Mohammad, Shapiro, Wainwright & Carter, 2015). Brunnell et coll. (2012) ont, cependant, constaté que, chez des adolescents victimes d'abus, la sévérité des abus et des symptômes de stress post-traumatique étaient positivement corrélés à la spécificité de la mémoire autobiographique. En outre, la sévérité des abus était corrélée à une mémoire autobiographique plus pauvre, mais le *coping* centré sur l'émotion et l'évitement a expliqué cette relation et des symptômes de stress post-traumatique. Cette étude suggère que la spécificité d'une mémoire autobiographique pauvre puisse représenter une forme d'évitement (Brunnell & Greenhoot, 2012). Ainsi, il ressort de cette étude que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et l'évitement médiatiseraient la relation existante entre sévérité des abus et pauvreté de la mémoire autobiographique, mais seraient aussi à l'origine du développement d'un état de stress post-traumatique. En fonction des études, le *coping* centré sur l'émotion apparaîtrait soit comme bénéfique, soit comme délétère pour la santé mentale des enfants et adolescents confrontés à des violences conjugales. Une piste d'amélioration possible pour les études à venir serait de cerner la proportion d'utilisation des stratégies de

coping centrées sur l'émotion par rapport aux autres stratégies de *coping* existantes, à savoir celles centrées sur le problème et celles centrées sur la recherche de soutien social.

Par ailleurs, s'agissant toujours des stratégies de *coping*, une étude (Rosario, Salzinger, Feldman & Ng-Mak, 2003) a examiné le rôle modérateur joué par le soutien des tuteurs et des pairs et par le *coping* dans la relation existante entre l'exposition à des violences communautaires étant jeune et le niveau de délinquance chez des adolescents. Les résultats ont montré que le soutien des tuteurs amortissait la relation existante entre la victimisation des filles dans le cadre de violences communautaires et la délinquance. De plus, le soutien des pairs amortissait les effets d'avoir été témoin de violences communautaires sur la délinquance des garçons, mais amplifiait les effets de la victimisation à la fois chez les filles et chez les garçons. Les stratégies de *coping* centrées sur l'évitement amortissaient les effets de la victimisation sur la délinquance pour les garçons, mais amplifiaient les effets d'avoir été témoin de violences sur la délinquance pour les filles. Pour les deux sexes, le *coping* « conflictuel » amplifiait l'impact de la victimisation sur la délinquance et, chez les garçons seulement, amplifiait l'impact d'avoir été témoin de violences (Rosario, Salzinger, Feldman & Ng-Mak, 2003). Ainsi, en fonction du sexe et du type de maltraitance auquel ont été exposés les enfants, il semblerait que le soutien des tuteurs et des pairs, ainsi que les stratégies de *coping* centrées sur l'évitement, n'aient pas le même effet sur le niveau de délinquance retrouvé ou non à l'adolescence. A cet égard, Mc Cormack et ses collaborateurs (1988) se sont intéressés à une population d'adolescents âgés de 15 à 20 ans et victimes d'abus physiques dans le cercle familial. Les résultats de leur étude montrent que les systèmes de supports sociaux intrafamiliaux des sujets abusés physiquement étaient fortement dysfonctionnels, et que ces facteurs ont diminué chez eux leur capacité de *coping*, et intensifié la probabilité d'un développement d'un état de stress post-traumatique (Mc Cormack, Burgess & Hartman, 1988). Ainsi, il ressort de cette étude qu'un type de modérateur classique (présence de soutien social intrafamilial) dans la relation existante entre exposition à des violences conjugales et niveau de psychopathologie ne soit pas satisfaisant chez les adolescents confrontés à des abus physiques dans le cercle familial. Le système familial étant abusif et violent, il apparaît évident que l'activation de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social au sein même de la famille « toxique » soit inefficace. Cette stratégie semble apparaître comme plus pertinente si elle se destine à d'autres personnes que celles constituant le noyau familial. D'ailleurs, cette indication est manifeste dans les

conclusions d'une étude (O'Brien, Cohen, Pooley & Taylor, 2013) qui a exploré le vécu passé de femmes ayant été témoins durant l'enfance de violences interparentales. Les résultats de cette étude révèlent que l'impact potentiellement menaçant du fait d'avoir été témoin de violences domestiques interparentales, sur le bien-être des enfants, pouvait être médiatisé, au niveau immédiat et sur le long-terme, par le développement progressif d'une gamme de stratégies de *coping* adaptatives. Parmi ces stratégies, les stratégies consistant à établir un lieu sûr ainsi qu'une relation humaine soutenante, extérieure au noyau familial abusif, a semblé être le pivot de la résilience d'un enfant témoin, lui permettant de prendre la voie d'une vie adulte épanouissante (O'Brien, Cohen, Pooley & Taylor, 2013).

Par ailleurs, Chiodo et coll. (2008) ont examiné trois groupes d'enfants maltraités : ceux exposés à des violences conjugales envers leurs mères, ceux subissant des abus physiques, et ceux exposés aux deux. Les résultats ont reflété, au sein de l'échantillon étudié, des problèmes comportementaux et des problèmes concernant l'école, de la délinquance, et une élévation du risque global. Les enfants exposés à des violences conjugales envers leurs mères et ceux subissant des abus physiques n'ont pas différencié sur une variété des résultats indiqués. Les enfants exposés aux effets combinés des violences ont rapporté l'ajustement le plus pauvre reflété dans la délinquance et une élévation du risque global comparés aux enfants exposés à une catégorie de violence (Chiodo, Leschied, Whitehead & Hurley, 2008). Ainsi, le fait d'être à la fois témoin et victime de violences conjugales étant enfant majore le risque d'utilisation de stratégies de *coping* pauvres et dysfonctionnelles, lesquelles aboutissent à des facteurs de risque de délinquance important. Dans la même veine, une étude a démontré que les abus sexuels dans l'enfance et les familles à risque (psychopathologies et maladies chez les parents, et violences conjugales), indépendamment et directement, prédisent un haut niveau d'ajustement inadapté. Elle a aussi démontré que les familles à risque prédisent positivement la « parentification » des enfants qui la composent (hyper responsabilisation des enfants dans la famille). Aussi, la « parentification » est reliée à moins d'ajustement inadapté. Enfin, la « parentification » semble médiatiser la relation existante entre famille à risque et ajustement inadapté. Les résultats suggèrent donc que les familles à risque sont susceptibles de contribuer à la « parentification », et cette « parentification » n'est pas toujours reliée à un pauvre ajustement psychosocial (Fitzgerald, Schneider, Salstrom, Zinzow, Jackson & Fossel, 2008). Ainsi, la « parentification » semblerait être une issue relativement favorable pour faire face aux violences domestiques. Elle constituerait également une alternative plus solide qu'une

activation de stratégies de *coping* de nature pauvres et dysfonctionnelles prédites par la présence de violences intrafamiliales et d'abus sexuels.

Par ailleurs, la maltraitance de type négligence étant une conséquence possible de la présence de violences domestiques, une étude (Chen, Propp, Delara & Corvo, 2011) s'est intéressée aux enfants subissant des maltraitances de type négligence, et a fait ressortir que cette population d'enfants présentait un risque élevé d'être arrêtée par la suite pour consommation de drogues et d'alcool comparativement aux enfants ne présentant pas de maltraitances de type négligence (Chen, Propp, Delara & Corvo, 2011). Les maltraitances de type négligence seraient donc à l'origine d'une consommation de substances addictives et illicites à l'âge adulte, donc à l'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. Ainsi, ces maltraitances seraient, donc, tout aussi néfastes que des maltraitances physiques et/ou sexuelles.

D'après Baker & Cunningham (2004), les enfants exposés aux violences conjugales ont tendance à recourir à des stratégies de *coping* telles que l'évitement d'éléments anxiogènes, les fantasmes de vengeance ou de sauvetage, les tentatives de maîtrise, les quêtes de soutien, l'expression créative, l'auto ou l'hétéro-agressivité et la rationalisation (Baker & Cunningham, 2004, cité par Sadlier, 2015, p. 41).

Pour conclure, il ressort de cette section que les stratégies de *coping* des enfants et adolescents exposés aux violences conjugales semblent, dans la majorité des cas, pauvres et dysfonctionnelles. Ces stratégies sembleraient, ainsi, fragiliser par leur caractère dysfonctionnel la force des stratégies de *coping* qui seront mises en place à l'âge adulte.

Partie 3 : Problématique

Les recherches portant sur l'efficacité potentielle des stratégies de *coping* sur la santé mentale, que nous venons de présenter, apparaissent comme peu nombreuses dans la littérature, et utilisant essentiellement comme variables de *coping*, celles centrées sur l'émotion, celles centrées sur le problème, et celles centrées sur la recherche de soutien social. Or, ces trois grands groupes de *coping* apparaissent, de notre point de vue, comme intéressants mais dans une certaine mesure, comme trop globalisants, généralistes, et réducteurs dans un contexte de violences conjugales. D'où l'intérêt d'intégrer d'autres stratégies de *coping* plus précises aux investigations déjà menées, concernant les effets du *coping* sur la santé mentale en contexte de violences conjugales. Ce sera, entre autres, l'objectif de la présente thèse.

Par ailleurs, les effets du *coping* n'ont souvent été étudiés que sur la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique, et non sur la dissociation et sur la perception de la qualité de vie. De même, pour ce qui est d'une comparaison intergroupes femmes victimes de violences conjugales et femmes non victimes de violences conjugales.

Ainsi, la présente thèse tentera d'apporter plus de précisions aux recherches présentes dans la littérature, en explorant, d'une part, d'autres stratégies de *coping* plus précises, à savoir les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion, les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème, les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle, les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement, les stratégies de *coping* centrées sur la replanification, les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation, les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie, les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation, et les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle. D'autre part, elle proposera une étude comparative plus complète, en intégrant toutes les variables mesurées, c'est-à-dire le *coping*, l'anxiété état-trait, la dépression, le stress post-traumatique, la dissociation et la perception de la qualité de vie, selon deux groupes : femmes victimes de violences conjugales Vs groupe de comparaison de femmes non victimes de violences conjugales.

3.1 Questions de recherche

La question de recherche principale à laquelle nous tenterons de répondre est la suivante : Quel est le rôle joué par les stratégies de *coping* étudiées sur la souffrance psychique (anxiété état-trait, dépression, stress post-traumatique et dissociation) et sur la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales ?

La question de recherche secondaire à laquelle nous tenterons de répondre est la suivante : Qu'est-ce qui distingue un groupe témoin de femmes non victimes de violences d'un groupe de femmes victimes de violences conjugales quant à l'utilisation des différents types de *coping* mesurés et quant au statut de santé mentale (anxiété état-trait, dépression, stress post-traumatique, dissociation et perception de la qualité de vie) ?

3.2 Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est double. En premier lieu, il est de déterminer dans quelle mesure les stratégies de *coping* étudiées jouent un rôle bénéfique sur l'intensité de l'anxiété état-trait, de la dépression, de l'état de stress post-traumatique, de la dissociation et sur la perception de la qualité de vie dans un contexte spécifique de violences conjugales. En second lieu, il est de comparer un groupe témoin issu de la population générale à un groupe de femmes victimes de violences conjugales selon les dimensions psychologiques étudiées et les variables de *coping* mesurées.

3.3 Intérêt clinique

L'intérêt clinique de l'étude est de dégager des applications thérapeutiques qui comprennent, entre-autres, l'apprentissage de stratégies de *coping* qui joueraient un rôle bénéfique sur la

santé mentale (à travers l'intensité des variables psychologiques étudiées), et sur la perception de la qualité de vie des femmes faisant l'objet de violences conjugales.

3.4 Variables mesurées

Trois grands groupes de variables ont été mesurés : deux variables indépendantes et une variable dépendante. Des variables sociodémographiques et médico-psychologiques ont également été mesurées pour que leurs effets sur nos variables indépendantes et sur notre variable dépendante soient contrôlés.

- La première variable indépendante regroupe les variables caractéristiques des violences conjugales.

Cette variable catégorielle présente les modalités suivantes :

- Assaut physique
- Blessure
- Agression psychologique
- Contrainte sexuelle
- Violences de privation économique
- Négociation

La première variable indépendante sera mesurée au moyen du « Conflict Tactics Scale » (Straus, 1979, traduit en français par Lussier, 1998). Cette échelle sera présentée plus loin. Il est à noter qu'une échelle portant sur les violences de privation économique a été conçue par nos soins puisque le « CTS » ne les mesure pas.

- La seconde variable indépendante regroupe les variables caractéristiques de *coping*.

Cette variable présente les dimensions suivantes :

- Coping centré sur l'émotion

- Coping centré sur le problème
- Coping centré sur la recherche de soutien social
- Coping centré sur l'évasion
- Coping centré sur la résolution de problème
- Coping centré sur l'autocontrôle
- Coping centré sur la fuite-évitement
- Coping centré sur la replanification
- Coping centré sur l'acceptation
- Coping centré sur la diplomatie
- Coping centré sur la confrontation
- Coping centré sur l'évolution personnelle

Les variables de *coping* seront mesurées au moyen du score total obtenu par les participantes à la « Ways of Coping Check list » (Lazarus & Folkman, 1984, traduite en français par Cousson & al., 1996), et à la « Ways of Coping Check List-Revised » (Graziani & al., 1998). Ces questionnaires seront présentés plus loin.

- La variable dépendante regroupe les variables psychologiques.

Cette variable présente les dimensions suivantes :

- Le niveau d'anxiété état-trait
- Le niveau de dépression
- Le niveau de stress post-traumatique
- Le niveau de dissociation
- La perception de la qualité de vie

Le niveau d'anxiété état-trait sera mesuré au moyen du score total obtenu par les participantes au « State-Trait Anxiety Inventory » (Spielberger, 1993). Ce questionnaire sera présenté plus loin.

Le niveau de dépression sera mesuré au moyen du score total obtenu par les participantes à l'inventaire abrégé de dépression de Beck (« BDI-13 », Beck, 1984, traduit en français par Cottraux en 1999). Ce questionnaire sera présenté plus loin.

Le niveau de stress post-traumatique sera mesuré au moyen du score total obtenu par les participantes à l'« Impact of Events Scale-Revised » (Horowitz et al., 1979). Ce questionnaire sera présenté plus loin.

Le niveau de dissociation sera mesuré au moyen du score total obtenu par les participantes à la « Dissociative Experience Scale » (Carlson & al., 1990). Ce questionnaire sera présenté plus loin.

La perception de la qualité de vie sera mesurée au moyen du score total obtenu par les participantes à la « World Health Organization Quality Of Life-Bref » (« Whoqol-bref », OMS, 1996). Ce questionnaire sera présenté plus loin.

- Des variables sociodémographiques ont également été mesurées telles que :

- L'âge
- La catégorie socioprofessionnelle
- Le niveau d'études
- La situation maritale

- Pour finir, des variables médico-psychologiques ont été mesurées telles que :

- La présence ou non d'un traitement médicamenteux
- La présence ou non d'un suivi psychologique actuel et/ou antérieur
- La présence ou non d'un arrêt-maladie

Ces variables ont été mesurées par questionnaire crayon-papier conçu par nos soins.

3.5 Hypothèses de recherche

L'hypothèse de recherche n°1 qui sera testée est la suivante :

Il existe une corrélation significative entre les variables de *coping* et les variables psychologiques étudiées.

L'hypothèse de recherche n°2 qui sera testée est la suivante :

Il existe un effet principal des variables de *coping* sur les variables psychologiques étudiées.

L'hypothèse de recherche n°3 qui sera testée est la suivante :

L'utilisation des diverses stratégies de *coping* mesurées ainsi que le statut de santé mentale diffèrent significativement entre un groupe de comparaison et un groupe clinique composé de femmes victimes de violences conjugales.

3.5.1 Hypothèses opérationnelles découlant de l'hypothèse de recherche n°1

Les hypothèses opérationnelles qui découlent de l'hypothèse de recherche n°1 sont les suivantes :

- Les hypothèses opérationnelles n°1.1 à 1.5 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.1 à 1.4): Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.5**: Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.6 à 1.10 concernent les stratégies de *coping* centrées sur le problème.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.6 à 1.9) : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.10**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.11 à 1.15 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.11 à 1.14) : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.15**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau de perception de la qualité de vie.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.16 à 1.20 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion.
- **Hypothèse opérationnelle** (1.16 à 1.19): Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.20** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.21 à 1.25 concernent les stratégies de coping centrées sur la résolution de problème.
- **Hypothèses opérationnelles** (1.21 à 1.24) : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.25** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.26 à 1.30 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle.
- **Hypothèses opérationnelles** (n°1.26 à 1.29): Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle et le niveau d'anxiété

état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.30** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.31 à 1.35 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.31 à 1.34) : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.35** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.36 à 1.40 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la replanification.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.36 à 1.39) : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.40** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.41 à 1.45 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.41 à 1.44): Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.45** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.46 à 1.50 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.46 à 1.49) : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.50** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.51 à 1.55 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.51 à 1.54): Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.55** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°1.56 à 1.60 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle.

- **Hypothèses opérationnelles** (1.56 à 1.59) : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.60** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau de perception de la qualité de vie.

3.5.2 Hypothèses opérationnelles découlant de l'hypothèse de recherche n°2

Les hypothèses opérationnelles qui découlent de l'hypothèse de recherche n°2 sont les suivantes :

- Les hypothèses opérationnelles n°2.1 à 2.5 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion.
- **Hypothèses opérationnelles** (2.1 à 2.4) : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°2.5** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.6 à 2.10 concernent les stratégies de *coping* centrées sur le problème.
- **Hypothèses opérationnelles** (2.6 à 2.9) : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°2.10** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.11 à 2.15 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social.
- **Hypothèses opérationnelles** (2.11 à 2.14) : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.15** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.16 à 2.20 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion.

- **Hypothèses opérationnelles** (2.16 à 2.19) : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.20** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.21 à 2.25 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème.

- **Hypothèses opérationnelles** (2.21 à 2.24) : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.25** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.26 à 2.30 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle.

- **Hypothèses opérationnelles** (2.26 à 2.29) : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l’autocontrôle sur le niveau d’anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.30** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l’autocontrôle sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.31 à 2.35 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement.

- **Hypothèses opérationnelles** (2.31 à 2.34) : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau d’anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.35** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.36 à 2.40 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la replanification.

- **Hypothèses opérationnelles** (2.36 à 2.39) : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau d’anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.40** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau de perception de la qualité de vie.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.41 à 2.45 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation.
- **Hypothèses opérationnelles** (2.41 à 2.44): Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°2.45** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.46 à 2.50 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie.
 - **Hypothèses opérationnelles** (2.46 à 2.49) : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
 - **Hypothèse opérationnelle n°2.50** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.51 à 2.55 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation.
 - **Hypothèses opérationnelles** (2.51 à 2.54): Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.55**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de perception de la qualité de vie.
 - Les hypothèses opérationnelles n°2.56 à 2.60 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle.
- **Hypothèses opérationnelles (2.56 à 2.59)**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°2.60**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de perception de la qualité de vie.

3.5.3 Hypothèses opérationnelles découlant de l'hypothèse de recherche n°3

Les hypothèses opérationnelles qui découlent de l'hypothèse de recherche n°3 sont les suivantes :

- Les hypothèses opérationnelles 3.1 à 3.13 concernent la comparaison inter-groupes portant sur l'utilisation des stratégies de *coping*.

- **Hypothèses opérationnelles (3.1 à 3.13)**: Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* (toutes stratégies prises séparément) que les femmes issues du groupe de comparaison.
 - Les hypothèses opérationnelles 3.14 à 3.18 concernent la comparaison inter-groupes portant sur les variables psychologiques.
- **Hypothèses opérationnelles (3.14 à 3.18)**: Le niveau d'anxiété état-trait, le niveau de dépression, le niveau de stress post-traumatique et le niveau de dissociation est significativement plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.
- **Hypothèse opérationnelle n°3.19**: La perception de la qualité de vie est significativement moins satisfaisante chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.

Partie 4 : Méthodologie

Cette étude a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Ile-de-France X en date du 13/12/12. Cette étude a été catégorisée comme « une recherche biomédicale hors produits de santé » (Réf : JLD/AP 40-2012 ; N°IDRCB : 2012-A01498-35 (HPS)). Un dossier de demande d'autorisation a été déposé à l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de santé) et un avis favorable à la mise en œuvre de l'essai clinique en France a été notifié en date du 22/02/13. Une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a, pour finir, été faite le 25/02/13. Cette recherche remplit, donc, les conditions éthiques préalables à sa mise en œuvre.

4.1 Population de l'étude

4.1.1 Groupe clinique

Notre première population d'étude est composée de 78 patientes faisant l'objet de violences conjugales qui se sont présentées pour ce motif au Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles du 95 ou aux unités médico-judiciaires du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil¹ entre le 19 Novembre 2012 et le 6 Juin 2015. Les caractéristiques de l'échantillon sont regroupées dans le tableau 4.

¹ Nous tenons à remercier chaleureusement le Dr Annie Soussy et Monsieur Franck Debec ainsi que leurs équipes pour nous avoir accueillies dans leurs structures.

Tableau 4. Caractéristiques de l'échantillon

N=78	Femmes victimes de violences conjugales
Age moyen*	38 (min=18 ; max=66 ; $\sigma = 7,70$)
Niveau d'études moyen*	Bac (min=CEP ; max= Bac+5)
Catégorie socioprofessionnelle*	Pourcentage
Femme au foyer	10%
Demandeuse d'emploi	21%
Etudiante	3%
Retraitée	3%
Ouvrière	0%
Employée	36%
Professions intermédiaires	18%
Cadre et professeure	9%
Artisane	1%
Agricultrice	0%
Situation maritale*	
Mariée	36%
En cours de séparation	24%
Divorcée ou séparée	19%
En concubinage	15%
En couple mais ne vivant pas ensemble	5%
Traitement médicamenteux*	27%
Suivi psychologique actuel et/ou passé*	37%

* Informations relevées par questionnaire crayon-papier

4.1.2 Groupe de comparaison

Notre deuxième population d'étude est composée de 99 femmes issues de la population générale recrutées sur une base de données en ligne courant 2014-2015. Les caractéristiques du groupe de comparaison sont regroupées dans le tableau 5.

Tableau 5. Caractéristiques du groupe de comparaison

N=99	Groupe de comparaison (femmes non victimes de violences)
Age moyen*	35 (min=19 ; max=72 ; $\sigma = 14,53$)
Niveau d'études moyen*	Bac +3 (min=CEP ; max= Bac+6)
Catégorie socioprofessionnelle*	Pourcentage
Femme au foyer	3%
Demandeuse d'emploi	4%
Etudiante	41%
Retraitée	5%
Ouvrière	1%
Employée	8%
Professions intermédiaires	13%
Cadre et professeure	24%
Artisane	0%
Agricultrice	0%
Situation maritale*	
Mariée	32%
Divorcée ou séparée	5%
En concubinage	26%
Célibataire	36%
Traitement médicamenteux*	25%
Suivi psychologique actuel et/ou passé*	47%

** Informations relevées par questionnaire crayon-papier*

4.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

4.2.1 Groupe clinique

Notre population clinique répond aux critères de violences conjugales établis par Straus (1979) et faisant état de la présence de violences physiques, psychologiques, sexuelles et/ou de privation économique dans la relation de couple. Et ce, de manière répétitive. Ce critère d'inclusion sera mesuré au moyen du « CTS » (« Conflict Tactics Scale », Straus, 1979). Les femmes de l'échantillon sont majeures. Elles parlent et lisent le français pour pouvoir répondre aux questionnaires. Elles ont lu et signé une lettre de consentement éclairé avant de participer à la recherche. Les participantes de l'étude ont soit fréquenté le CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles), association d'aide aux victimes, pour obtenir un accompagnement psychologique à court-terme et/ou pour avoir des informations juridiques, soit fréquenté les UMJ (Unités Médico-Judiciaires) du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil après avoir porté plainte. C'est dans ce contexte que leur recrutement pour participer à l'étude a eu lieu.

Notre critère d'exclusion pour notre population clinique est le fait d'être un homme pour éviter tout biais inter-sexes et pour avoir une population homogène concernant ce critère.

4.2.2 Groupe de comparaison

Notre groupe de comparaison répond aux critères d'inclusion suivants : les femmes de l'échantillon sont majeures ; elles parlent et lisent le français pour pouvoir répondre aux

questionnaires. Elles ont lu et signé une lettre de consentement éclairé avant de participer à la recherche.

Nos critères d'exclusion pour notre groupe de comparaison sont les hommes pour éviter tout biais inter-sexes et pour avoir une population homogène concernant ce critère ; et le fait de ne pas avoir fait l'objet de violences conjugales actuellement ou par le passé. Cet élément a été évalué par la question suivante : « Avez-vous fait ou faites-vous l'objet de violences dans votre relation de couple ? ».

4.3 Procédure de recrutement

4.3.1 Groupe clinique

La présente recherche s'est déroulée en face à face. Après avoir explicité le cadre dans lequel s'inscrit la présente recherche (« Etude anonymisée portant sur les violences faites aux femmes ; réalisée sous la direction de Mr C. BOUVET et de Mme S. LÉVEILLÉE, professeurs de psychologie clinique, respectivement à l'université de Paris Nanterre et à l'université de Trois Rivières à Québec ; avec la collaboration du CIDFF-95 et des UMJ du CHI de Créteil ».), le consentement éclairé des participantes a tout d'abord été recueilli (Cf. Annexe 1). Ensuite, un entretien thématique semi-directif (Cf. Annexe 2), invitant les participantes à retracer les caractéristiques des violences conjugales qu'elles ont subies a été mené par moi-même, psychologue clinicienne. Cet entretien avait pour objectifs de recueillir des informations précises sur le contexte des violences conjugales, de faciliter une dynamique de parole, d'observer les signes cliniques de psychopathologie et de cibler les éventuelles variables secondaires. L'entretien a été suivi de la passation du livret de questionnaires d'auto-évaluation (Cf. Annexe 3), visant une mesure standardisée du critère d'inclusion (les violences conjugales), des stratégies de *coping* utilisées, de l'intensité de l'anxiété état-trait, de l'intensité de la dépression, de l'intensité de l'état de stress post-traumatique, de l'intensité de la dissociation, et pour finir, de la perception de la qualité de vie. Les livrets de

questionnaires ont été « anonymisés ». Des codes d'anonymat ont remplacés l'identité nominative des participantes. Les passations ont eu lieu entre le 19 Novembre 2012 et le 6 Juin 2015. A l'issue de cette évaluation de recherche qui avait pour durée moyenne une heure trente, l'intérêt clinique de l'étude a été exposé aux différentes participantes et un entretien de restitution leur a systématiquement été proposé.

4.3.2 Groupe de comparaison

Cette recherche s'est déroulée via une base de données en ligne. Après avoir explicité le cadre dans lequel s'inscrit la présente recherche (« Etude anonymisée portant sur le stress et les émotions ; réalisée sous la direction de Mr C. BOUVET, professeur de psychologie clinique, à l'université de Paris Nanterre. »), le consentement éclairé des participantes a tout d'abord été recueilli. Ensuite, un livret de questionnaires d'auto-évaluation a été administré en ligne courant 2014-2015, visant une mesure standardisée des stratégies de *coping* utilisées, de l'intensité de l'anxiété état-trait, de l'intensité de la dépression, de l'intensité de l'état de stress post-traumatique, de l'intensité de la dissociation, et pour finir, de la perception de la qualité de vie. Les passations avaient pour durée moyenne 45 minutes.

4.4 Instruments de mesure

4.4.1 Les violences conjugales ont été mesurées avec la Version française du questionnaire de Straus sur la violence interpersonnelle dans la relation de couple, le « Conflict Tactics Scale », (Straus, 1979 ; traduite par Lussier, 1998)

Les violences conjugales (violences physiques, sexuelles, psychologiques, verbales et de privation économique) ont été mesurées avec l'échelle de tactique de conflit, le « CTS », créé par Murray A. Straus (1979). Cette dernière est un questionnaire d'auto-évaluation utilisé

pour identifier la violence interpersonnelle dans la relation de couple. Le questionnaire est basé sur le postulat théorique que le conflit est un aspect inévitable de toute relation interpersonnelle mais que l'utilisation de contrainte (incluant la force et la violence) comme une tactique de résolution de conflit est nuisible. Le « CTS » permet une mesure des comportements dits « tactiques de conflit » tant du défendeur, c'est-à-dire de la personne interrogée que de l'auteur des violences conjugales. Mais, en raison de contraintes institutionnelles relatives à toute induction possible de « survictimisation » chez la femme victime de violences conjugales, la présente étude se focalisera uniquement sur les comportements de l'auteur des violences. La présente étude n'utilisera donc qu'une seule partie du questionnaire, celle qui porte sur les comportements du conjoint violent. Le « CTS » mesure 39 comportements. Chacun de ces comportements est regroupé dans cinq sous-échelles qui sont les suivantes : « Assaut Physique » (12 items) ; (par exemple item 5 : « Mon partenaire m'a tordu le bras ou m'a tiré les cheveux »), « Blessure » (6 items) ; (par exemple item 6 : « J'ai eu une entorse, une ecchymose ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec mon partenaire »), « Agression Psychologique » (8 items) ; (par exemple item 3 : « Mon partenaire m'a insultée ou s'est adressé à moi en m'injuriant »), « Contrainte Sexuelle » (7 items) ; (par exemple item 24 : « Mon partenaire a utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour m'obliger à avoir des relations sexuelles ») et « Négociation » (6 items) ; (par exemple item 39 : « Lors d'un désaccord, mon partenaire a accepté d'essayer la solution que j'ai proposée »). La fréquence au cours de la dernière année des comportements utilisés par l'auteur des violences est renseignée au moyen d'une échelle type Lickert allant de « ceci n'est jamais arrivé » à « ceci est arrivé plus de 20 fois ». La cotation du « CTS » se fait par l'addition des points milieux (en termes de fréquence des comportements commis) pour les catégories de réponse choisies par le défendeur. Les points milieux sont les mêmes pour les chiffres 0, 1 et 2 de l'échelle de réponse. Pour la catégorie de réponse 3 (ceci est arrivé 3 à 5 fois), le point milieu est de 4. Pour la catégorie 4 (ceci est arrivé 6 à 10 fois), il est de 8. Pour la catégorie 5 (ceci est arrivé 11 à 20 fois), il est de 15. Enfin, pour la catégorie 6 (ceci est arrivé plus de 20 fois), les auteurs recommandent d'utiliser 25 comme point milieu. Les rapports de niveau de sévérité permettent une approche catégorielle en trois catégories : absence de violence, violence mineure ou violence sévère. Plus la note est élevée, plus les violences sont fréquentes. La durée de passation du questionnaire est de 15 minutes environ. La version américaine du « CTS » possède de très bonnes qualités psychométriques. Les alpha de chronbach varient de 0.79 à 0.95 pour l'ensemble des sous-échelles (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996).

4.4.2 Les stratégies de coping ont été mesurées avec la Version française de la « Ways of Coping Check List » de Lazarus & Folkman (1984), (traduite par Cousson & al., 1996)

Les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, centrées sur le problème et centrées sur la recherche de soutien social ont été mesurées avec la « Ways of Coping Check list » (« WCC »). La « WCC » est une échelle d'auto-évaluation utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation au stress (*coping*) chez les adultes. La « WCC » couvre les 2 dimensions du *coping* (Lazarus, 1984), celle centrée sur l'émotion et celle centrée sur le problème. La « WCC » permet également une mesure de la recherche de soutien social. La durée de passation est de 10 minutes environ. A partir de la description d'une situation stressante, les sujets sont amenés à désigner, parmi diverses stratégies présentées, celles qu'ils ont le plus souvent utilisées pour faire face à ce type de situation. A chaque item, le sujet répond sur une échelle de Likert en 4 points (non, plutôt non, plutôt oui et oui). Les scores aux différentes échelles sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit pour la version à 27 items que nous utilisons dans la présente étude, les regroupements suivants : coping centré sur le problème (items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27) ; (par exemple item 1 : « J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi ») ; coping centré sur l'émotion (items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26) ; (par exemple item 8 : « Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème ») ; et recherche de soutien social (items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24) ; (par exemple item 24 : « J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un »). Concernant les qualités métrologiques, la version française à 42 items (Vitaliano, 1985) de cette échelle a été validée auprès de 468 adultes, afin d'étudier sa structure factorielle et de déterminer ses qualités psychométriques. L'analyse en composante principale a permis de dégager 3 facteurs expliquant 35,3% de la variance totale. Le facteur 1 (*coping* centré sur le problème) rend compte de 11 à 16% de la variance totale. Son contenu renvoie aux efforts pour résoudre le problème, suivre un plan d'actions, se battre, se sentir fort, prendre les choses une par une, trouver des solutions. Le facteur 2 (*coping* centré sur l'émotion) rend compte de 10 à 12% de la variance totale. Son contenu renvoie au sentiment de malaise, de culpabilité, à l'autocritique, l'espoir d'un miracle, d'un changement, au besoin d'oublier. Le facteur 3 (recherche de soutien social) rend compte, également, de 10 à 12% de la variance totale. Son contenu renvoie aux notions de soutien informationnel, matériel et de

soutien émotionnel. La fidélité test-retest a été calculée sur les scores bruts des 3 échelles à une semaine d'intervalle. Ces coefficients étaient de 0,90 pour le facteur 1, de 0,84 pour le facteur 2 et de 0,75 pour le facteur 3 (Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier & Rasclé, 1996).

4.4.3 Les stratégies de coping ont été mesurées avec la Version française de la « Ways of Coping Check List-Revised » (Graziani & al., 1998)

Les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème, centrées sur l'évasion, centrées sur le soutien social, centrées sur l'autocontrôle, centrées sur la fuite-évitement, centrées sur la replanification, centrées sur l'acceptation, centrées sur la diplomatie, centrées sur la confrontation et centrées sur l'évolution personnelle ont été mesurées avec la « Ways of Coping Check list-Revised » (« WCC-R »). La « WCC-R » est une échelle d'auto-évaluation utilisée pour évaluer les stratégies d'adaptation au stress (*coping*) chez les adultes. Cette version comporte 38 items. Dix échelles permettent de mesurer les stratégies de *coping* mises en œuvre lors d'une situation stressante : l'échelle « résolution de problème » constituée de 7 items (14, 15, 22, 24, 27, 30, 32) ; (par exemple item 27 : « J'ai tenu bon et j'ai lutté pour arriver à ce que je voulais ») ; l'échelle « évasion » constituée de 5 items (20, 34, 36, 37, 3) ; (par exemple item 20 : « J'ai fui quelque temps le problème : j'ai essayé de me reposer et de prendre des vacances ») ; l'échelle « soutien social » constituée de 5 items (4, 9, 19, 25, 26) ; (par exemple item 25 : « J'ai demandé un conseil à un(e) ami(e) en qui j'ai confiance ou à quelqu'un de ma famille ») ; l'échelle « autocontrôle » constituée de 4 items (5, 10, 12, 1) ; (par exemple item 10 : « Je me suis dit des choses qui m'ont aidé à me sentir mieux ») ; l'échelle « fuite-évitement » constituée de 2 items (7, 21) ; (par exemple item 21 : « J'ai essayé de me sentir mieux en mangeant plus, en buvant de l'alcool, en fumant et/ou en utilisant des drogues ou des médicaments ») ; l'échelle « replanification » constituée de 3 items (13, 17, 31) ; (par exemple item 13 : « Je me suis excusée et j'ai fait quelque chose pour réparer ») ; l'échelle « acceptation » constituée de 4 items (1, 6, 11, 33) ; (par exemple item 33 : « J'ai accepté la situation puisque l'on ne pouvait rien y faire ») ; l'échelle « diplomatie » constituée de 4 items (2, 3, 4, 33) ; (par exemple item 2 : « J'ai discuté pour trouver une base d'accord afin de tirer quelques bénéfices de la situation ») ; l'échelle « confrontation »

constituée de 4 items (8, 16, 28, 29) ; (par exemple item 8 : « je me suis mise en colère contre la personne responsable du problème ») et l'échelle « évolution personnelle » constituée de 3 items (12, 23, 35) ; (par exemple item 12 : « J'ai changé ou évolué en bien »). Il est demandé au sujet de choisir une situation stressante récente, rencontrée durant les quinze derniers jours, et d'indiquer quelles stratégies ont été utilisées pour y faire face, au moyen d'une échelle de Likert à 4 points. Elle s'étend de 0 (Jamais) à 3 (Très souvent). La durée de la passation est de 10 minutes environ. Chaque item est coté de 0 à 3 points selon la réponse cochée : Jamais = 0 point ; Parfois = 1 point ; Souvent = 2 points ; Très souvent = 3 points. Pour chaque échelle, les scores s'obtiennent en sommant les scores des items correspondant à chaque dimension. L'étendue va de 0 à 21 pour « la résolution de problème » ; de 0 à 15 pour « l'évasion » et le « soutien social » ; de 0 à 12 pour « l'auto-contrôle », « l'acceptation », « la diplomatie » et « la confrontation » ; de 0 à 9 pour « la replanification » et « l'évolution personnelle » et de 0 à 6 pour « la fuite-évitement ». La version française de la « WCC-R » a été validée auprès de 177 personnes. L'analyse factorielle a permis de dégager 10 facteurs qui expliquent 48,9% de la variance totale (Graziani, Rusinek, Servant, Hautekeete-Sence & Hautekeete, 1998).

4.4.4 L'anxiété état-trait a été mesurée avec l'Inventaire d'Anxiété état-trait (STAI-Y) (Spielberger, 1993)

Le niveau d'anxiété état-trait a été mesuré au moyen du « State-Trait Anxiety Inventory » (« STAI-Y »). Le STAI-Y (« State-Trait Anxiety Inventory ») est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer le niveau d'anxiété-trait et d'anxiété-état chez les adultes. L'anxiété-trait se réfère à des différences interindividuelles stables dans la propension à l'anxiété alors que l'anxiété-état est davantage temporaire, transitoire. (Spielberger, 1979). Ainsi, le STAI-Y comprend des échelles distinctes pour évaluer l'état (STAI-forme Y-A) et le trait (STAI-forme Y-B). L'échelle d'anxiété-Etat comprend vingt propositions qui permettent de savoir ce que les sujets ressentent « A L' INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT ». L'échelle d'anxiété-Trait comprend vingt propositions permettant de saisir ce que les sujets ressentent « GENERALEMENT ». La durée de passation est de 10 minutes environ. Le sujet répond aux items proposés pour chacune des échelles, sur une échelle de type Likert en quatre points (non, plutôt non, plutôt oui, oui pour l'échelle d'anxiété-Etat ; et presque jamais, parfois, souvent, presque toujours pour l'échelle d'anxiété-Trait.). Chaque réponse correspond

à un score de 1 à 4, 1 indiquant le degré le plus faible d'anxiété, 4 le degré le plus fort. Une feuille de corrigé, pour chaque échelle permet d'attribuer un score pour chacun des items. Pour obtenir le score d'anxiété-Etat on fait la somme de tous les scores obtenus. La démarche est identique pour obtenir le score d'anxiété-Trait. Les scores varient de 20 à 80. Les items exprimant la présence d'anxiété sont les 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18 pour l'échelle d'anxiété-Etat ; (par exemple item 3 : « Je suis tendue, crispée »); et les 22-24-25-28-29-31-32-35-37-38-40 pour l'échelle d'anxiété-Trait ; (par exemple item 22 : « Je me sens nerveuse et agitée »). Les items exprimant l'absence d'anxiété sont les 1-2-5-8-10-11-15-16-19-20 pour l'échelle d'anxiété-Etat ; (par exemple item 1 : « Je me sens calme ») ; et les 21-23-26-27-30-33-34-36-39 pour l'échelle d'anxiété-Trait ; (par exemple item 21 : « Je me sens de bonne humeur, aimable »). Concernant les qualités métrologiques du STAI-Y, elles sont satisfaisantes. En effet, l'outil est sensible, fidèle et valide. La structure factorielle de la version française du STAI-Y a été explorée indépendamment sur 6 échantillons de sujets. Pour chaque échantillon, les données ont été soumises à une Analyse en Composantes Principales (ACP) suivie de rotations orthogonales varimax. Seuls les deux premiers facteurs ont été finalement retenus, le facteur d'Anxiété-Etat et le facteur d'Anxiété-Trait. Les coefficients de fidélité test-retest obtenus pour les scores Anxiété-Etat et Anxiété-Trait à 8 semaines d'intervalle était de 0.71 pour l'Anxiété-Etat et de 0.85 pour l'Anxiété-Trait.

4.4.5 La dépression a été mesurée avec l'Inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI-13) (traduit en français par Cottraux, 1999)

Le niveau de dépression a été mesuré au moyen de l'inventaire abrégé de dépression de Beck. Ce dernier est un questionnaire d'auto-évaluation (13 items) destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez des sujets à partir de 16 ans ; (par exemple item A. « Je ne me sens pas triste/Je me sens cafardeuse ou triste/Je me sens tout le temps cafardeuse ou triste, et je n'arrive pas à en sortir/ Je suis si triste et si malheureuse que je ne peux pas le supporter »). Il est la version abrégée du BDI-II (21 items), visant une évaluation des symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le DSM-IV-R. Le « BDI-13 » comprend, pour chaque item, une série de 4 énoncés correspondant à 4 degrés d'intensité croissante de symptômes allant de 0 à 3 points. La note globale est obtenue en

additionnant les indices numériques des 13 items. Le score minimum est de 0 (absence de dépression) et le score maximum est de 39 (dépression sévère). En effet, si le sujet obtient un score entre 0 et 4, cela signifie qu'il n'y a pas de dépression ; entre 4 et 7, cela renseigne une dépression légère ; entre 8 et 15, une dépression modérée et au-delà de 16, une dépression sévère. Il est à noter que le BDI vise à mettre en évidence un degré de dépression, et non l'établissement d'un diagnostic. La durée de passation est relativement courte et nécessite quelques minutes seulement. La validité concomitante a été étudiée chez 50 déprimés ambulatoires. Pour comparer la valeur de concomitance, les auteurs ont utilisé le coefficient de corrélation de Pearson. Le score global à l'échelle de Beck a été comparé au score global à l'échelle de Hamilton et le coefficient de corrélation ainsi obtenu était de $r = 0,407$ à $p < 0,01$. Donc la corrélation est statistiquement significative. S'agissant de la validité de construit, seule la structure du construit a été étudiée, sur une population de 45 dépressifs majeurs. La structure factorielle, après rotation Varimax, a permis de dégager 4 facteurs. Le premier facteur était « le ralentissement » expliquant 25% de la variance ; le deuxième facteur était « la culpabilité » expliquant 17% de la variance ; le troisième facteur était « le retrait social » expliquant 12% de la variance et le quatrième facteur « la perturbation somatique » expliquant 8,8% de celle-ci. Les relations entre les composantes du construit, les conséquences du construit ainsi que la sensibilité et la spécificité de l'instrument n'ont pas été déterminées (Beck, Steer & Garbin, 1988).

4.4.6 Le stress post-traumatique a été mesuré avec la Version française du « Impact of Events Scale-Revised » (Horowitz et al., 1979)

Le niveau de stress post-traumatique a été mesuré au moyen de « l'Impact of Events Scale-Revised » (« IES-R »). L'« IES-R » est composé de 22 items répartis en 3 sous-échelles permettant de distinguer les symptômes d'intrusion (items 1, 2, 3, 6, 14, 16, 20) ; (par exemple item 1 : « Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement »), d'évitement (items 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) ; (par exemple item 5 : « Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser ») et d'hyperactivité neurovégétative (items 4, 10, 15, 18, 19, 21) ; (par exemple item 4 : « Je me sentais irritable ou en colère »). L'ensemble de ces trois groupes de symptôme compose l'état de stress post-traumatique.

L'« IES-R » contient toute les questions originales de l'« IES » et 7 questions supplémentaires permettant de couvrir les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (soit les problèmes de sommeil, d'irritabilité, de concentration, d'hypervigilance et de nervosité). Les réponses de l'« IES-R » sont cotées sur une échelle de fréquence à 5 points (pour chaque item, le patient doit indiquer la fréquence sur une échelle allant de 0 = pas du tout à 4 = extrêmement). Il suffit d'additionner les notes obtenues à chaque item pour obtenir un score total. Trois sous-échelles peuvent être calculées. Les scores de l'échelle correspondant aux symptômes d'intrusion varient de 0 à 35 ; ceux de l'échelle des symptômes d'évitement de 0 à 40 et ceux de l'échelle d'hyperactivité neurovégétative de 0 à 35. La cotation s'effectue en additionnant les scores de la personne aux 3 sous-échelles. Le score total va de 0 à 88. Les scores allant de 0 à 39 renseignent des symptômes légers ; de 40 à 55 renseignent des symptômes modérés ; et de 56 et plus renseignent des symptômes sévères. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Concernant les propriétés psychométriques, l'« IES-R » a été validé lors de la crise du verglas (tempête de verglas renvoyant à une grande catastrophe naturelle au Canada) ; (janvier 1998). L'échantillon comprend 224 femmes enceintes au moment de la tempête. Le coefficient de consistance interne est de .92 (score total pour tout l'IES-R). Les coefficients pour les sous-échelles sont de .85 (reviviscences), .85 (évitement) et .81 (hyper activation). Pour les scores test-retest, les corrélations sont de .76 (score total pour tout l'IES-R), .73 (reviviscences), .77 (évitement) et .71 (hyper activation) entre la première mesure au t1 et une mesure t2 trois mois plus tard (Brunet, St-Hilaire, Jehel & King, 2003).

4.4.7 La dissociation a été mesurée avec la Version française du « Dissociative Experience Scale » (Carlson & al., 1990)

Le niveau de dissociation a été mesuré au moyen du « Dissociative Experience Scale » (« DES »). Le « DES » est composé de 28 items répartis en 3 sous échelles permettant de quantifier les symptômes dissociatifs. Ces 3 sous-échelles permettent de distinguer les symptômes de l'amnésie dissociative (items 3, 4, 5, 6, 8, 10, 25 et 26) ; (par exemple item 3 : « Il arrive à certaines personnes de se trouver dans un endroit sans savoir par quel moyen elles y sont arrivées »), de l'absorption et de la fugue dissociative (items 2, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22 et 23) ; (par exemple item 17 : « Il arrive à certaines personnes de regarder par exemple la

télévision ou un film au cinéma et d'être tellement fascinées qu'elles oublient les événements autour d'elles »), et ceux de la dépersonnalisation et de la déréalisation (items 7, 11, 12, 13, 27 et 28) ; (par exemple item 7 : « Il arrive à certaines personnes d'avoir l'impression d'être à côté d'elles-mêmes, debout, ou de se voir comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre »). Les réponses du « DES » sont cotées sur une échelle de fréquence allant de 0% à 100%. Les scores de chaque sous-échelle peuvent être calculés en divisant la somme des scores de chaque item de la sous-échelle par le nombre d'items de la sous-échelle. Le score total est obtenu en faisant la moyenne de tous les scores de l'échelle. Un score moyen de 20% et plus, va dans le sens d'un trouble dissociatif. La durée de passation est de 10 minutes environ. Le « DES » a été validé en français auprès d'une population comprenant 140 victimes de viol. L'analyse en composantes principales a permis de dégager 3 facteurs qui expliquent 50% de la variance totale. Le facteur 1 : « dépersonnalisation-déréalisation » rend compte de 21% de la variance totale. Le facteur 2 : « amnésie dissociative » rend compte de 16% de la variance totale. Le facteur 3 : « absorption » rend compte de 13% de la variance totale. Sa fiabilité est satisfaisante avec un coefficient alpha de cronbach égal à 0.94 (Darves-Bornoz, Degiovanni & Gaillard, 1999).

4.4.8 La perception de la qualité de vie a été mesurée avec la Version abrégée de la « World Health Organization Quality Of Life », la Whoqol-bref (OMS, 1996)

La perception de la qualité de vie a été mesurée au moyen du « World Health Organization Quality Of Life » (« whoqol-bref »). Le « whoqol-bref », version abrégée du « whoqol-100 » est un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnel développé par l'organisation mondiale de la santé (Harper & Power, 1998). L'instrument est composé de 24 items issus du « whoqol-100 » et de 2 items supplémentaires ; l'un permettant de mesurer la qualité de vie globale et l'autre, l'auto-perception de la santé globale. Ces 24 items sont regroupés en 4 facteurs de qualité de vie permettant d'avoir une appréhension large de la qualité de vie des personnes évaluées. Ces 4 grands facteurs concernent la santé physique, la santé mentale, les relations sociales et l'environnement. Le facteur « santé physique » couvre les 7 items suivants : douleur et gêne ; sommeil et repos ; fatigue et énergie ; mobilité ; activités de la vie journalière ; dépendance aux traitements et aux soignants et, pour finir,

capacité à travailler (par exemple item 3 : « La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ? »). Le facteur « santé mentale » couvre les 6 items suivants : émotions positives ; pensées, apprentissage, mémoire et concentration ; estimation de soi ; image corporelle et apparence ; émotions négatives et, pour finir, spiritualités, croyances personnelles et religion (par exemple item 7 : « Etes-vous capable de vous concentrer ? »). Le facteur « relations sociales » couvre les 3 items suivants : relations personnelles ; soutien social et activité sexuelle (par exemple item 20 : « Etes-vous satisfait de vos relations personnelles ? »). Le facteur « environnement » couvre les 8 items suivants : liberté, sécurité ; environnement du domicile ; ressources financières ; ressources médico-sociales : accessibilité et qualité ; accès à des informations ; participation à des activités de loisirs ; environnement physique (pollution, bruit, climat, trafic) ; et transports (par exemple item 23 : « Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ? »). Le « whoqol-bref » possède 4 types d'échelles de réponse en 5 points permettant l'évaluation de l'intensité (Pas du tout/ Extrêmement), la capacité (Pas du tout/Complètement), la fréquence (Jamais/Toujours) et l'évaluation (Très insatisfait/Très mauvais//Très satisfait/Très bon) ; variables en fonction des items posés. La durée de passation est de 15 minutes environ. Cet instrument présente de bonnes qualités métrologiques. Sa fiabilité est satisfaisante avec un coefficient alpha de cronback toujours > 0.65. La sensibilité de l'instrument a été vérifiée pour les 4 dimensions ($p= 0.05$). La validité concourante, étudiée à partir des scores d'évaluation générale de la qualité de vie, de la satisfaction de la santé et de l'impact du retentissement d'incapacité sur la vie quotidienne a également été démontrée ($p< 0.0001$), (Saloppé & Pham, 2007).

4.4.9 Les variables qualitatives sur les violences conjugales ont été mesurées au moyen d'un entretien semi-directif conçu par nos soins

Un guide d'entretien semi-directif a été conçu par nos soins afin de mesurer des variables qualitatives sur les violences conjugales, et de mieux définir notre population d'étude. Cet entretien a précédé la passation des questionnaires d'auto-évaluation. Il comprenait 17 modules sous forme de questions qui sont les suivantes :

1) Description des violences conjugales (le tableau comprend quels types de violences ?) :

- **Violences physiques :**.....
.....
.....
- **Violences sexuelles :**.....
.....
.....
- **Violences psychologiques :**.....
.....
.....
- **Violences verbales :**.....
.....
.....
- **Violences de privation économique :**
- Préciser :** Privation des moyens de paiement
Privation de l'accès à l'emploi
Obligation de subvenir seule aux dépenses du foyer
Contrôle excessif des dépenses et/ou des revenus
- **Recours à l'isolement :**.....
.....
.....
- **Recours aux menaces :**.....
- Préciser :** Menaces d'homicide
Menaces de rupture définitive
Menaces de violences
Menaces de s'en prendre à une tierce personne (collègues, amis, famille....)
Menaces de suicide
- **Recours à la double-contrainte :**.....
.....
.....
- **Recours aux stratégies de contrôle excessives :**
.....
- Préciser :** Contrôle des sorties
Contrôle des communications téléphoniques
Contrôle du courrier
Contrôle des tenues vestimentaires

2) Durée des violences conjugales :

3) **Fréquence des violences conjugales :**.....

4) **Etiologie perçue des violences conjugales :**

- structure de la personnalité pathologique chez le conjoint : perversion narcissique, paranoïa, psychopathie, antisociale...
- alcool-dépendance
- consommation de drogues diverses
- fondements sexistes et culturels : esclavagisme moderne, codes culturellement normés...

5) **Préciser s'il s'agit d'un mariage forcé, arrangé ou consenti :**

Préciser :.....
.....
.....
.....

6) **Préciser la durée de la relation conjugale :**.....

7) **Y a-t-il eu un déclencheur aux violences conjugales ?**

Oui Non

Préciser :.....
.....
.....
.....

8) **Y a-t-il eu une explosion des violences pendant une période de grossesse ?**

Oui Non

9) **Préciser le nombre de rupture avec retour :**.....

10) **Aborder la question du motif du ou des retours :**

Préciser :.....
.....
.....
.....
.....

11) **L'emprise psychologique se définit par une domination, un ascendant exercé sur une victime, qui vient asseoir le pouvoir et le contrôle de l'auteur des violences :**

Oui Non

12) **Examiner les ingrédients actifs du processus d'emprise :** la sidération, la peur, la tristesse, la colère, l'amour, la haine, l'ambivalence affective, l'indifférence (= sortie du processus d'emprise ou syndrome dissociatif = signe de gravité, mise en danger de sa personne et/ou de ses enfants).....

13) Au moment de l'entretien, la victime a pris la décision de quitter définitivement le conjoint violent :
Oui Non

Préciser :.....
.....
.....
.....

14) Aborder la question des antécédents de maltraitance individuels et/ou familiaux :

Préciser :.....
.....
.....
.....

15) Y a-t-il déjà eu des violences conjugales dans une autre relation de couple ?

Oui Non

Préciser :.....
.....
.....
.....

16) Aborder la question des enfants :

- **Victimes des violences**
- **Victimes d'être témoin des violences**
- **Sont un enjeu de la violence (instrumentalisation)**

Préciser :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17) Autres éléments à ajouter :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.5 Traitement statistique

Les données de nos deux échantillons (groupe clinique Vs groupe de comparaison) seront traitées avec les logiciels statistiques « SPSS » et « STATA ». Nous procéderons en plusieurs étapes.

La première étape consistera en une analyse statistique via le test de Shapiro-wilk qui permettra de vérifier la normalité de la distribution des variables étudiées afin de savoir quels tests utilisés entre les tests paramétriques et les tests non paramétriques.

La seconde étape consistera en une analyse univariée des variables étudiées.

La troisième étape consistera en une analyse bivariée. Nous utiliserons des tests de corrélation pour tester l'hypothèse de recherche n°1.

La quatrième étape consistera en une vérification de l'influence éventuelle de nos variables potentiellement de confusion sur nos variables indépendantes et dépendantes. Autrement dit, nous regarderons si nos variables potentiellement de confusion influent sur nos variables indépendantes et dépendantes. Si oui, nous parlerons alors de variables de confusion que nous intégrerons à notre analyse statistique multivariée.

La cinquième étape consistera en une analyse multivariée qui permettra de tester une valeur prédictive au moyen d'une régression multiple. Les variables qui seront retenues pour nos modèles de régression multiple sont la variable indépendante (chaque stratégie de *coping* prise séparément), la variable dépendante (chaque variable psychologique prise séparément) et les variables de confusion qui sont corrélées aux variables dépendantes (en tant que variables indépendantes). La régression multiple est un test statistique qui permet de mesurer une valeur prédictive dans un contexte où plusieurs variables interagissent simultanément (variables indépendantes et variables de confusion) et ont une influence sur une autre variable (variable dépendante). La régression multiple nous permettra également de cerner le poids que joue chacune des variables indépendantes pour expliquer, le cas échéant, une augmentation ou

une diminution de la variable dépendante étudiée. Ainsi, nous utiliserons des régressions multiples pour tester l'hypothèse de recherche n°2.

La dernière étape aura pour objet de comparer nos deux populations d'étude, à savoir, un groupe de comparaison (N=99) de femmes issues de la population générale à une cohorte clinique (N=78) de patientes faisant l'objet de violences conjugales en fonction de l'ensemble des variables étudiées (variables de *coping* et variables psychologiques). Nous utiliserons, pour ce faire des tests t de student (pour les variables suivant une distribution normale) et des tests de Wilcoxon-Mann-Whitney (pour les variables ne suivant pas une loi normale). Ces derniers permettent de comparer, et de cerner d'éventuelles différences significatives entre 2 groupes d'étude (groupe de comparaison Vs groupe de femmes victimes de violences conjugales). Ainsi, nous utiliserons des tests t de student et des tests de Wilcoxon-Mann-Whitney pour tester l'hypothèse de recherche n°3.

Partie 5 : Résultats

5.1 Caractéristiques principales du groupe clinique

Le groupe clinique présente les caractéristiques suivantes (les participantes pouvaient donner plusieurs réponses) :

Tableau 6. Nature du sentiment perçu de détresse au cours des violences conjugales

Nature du sentiment perçu* N=78	Pourcentage
Danger de mort	87%
Impuissance	95%
Terreur	87%

**Informations relevées par questionnaire crayon-papier*

Tableau 7. Interférence des violences conjugales sur divers domaines importants de la vie

Interférences sur* : N=78	Pourcentage
Qualité de vie générale	83%
Relations familiales	73%

Relations amicales	79%
Relations sexuelles	87%
Loisirs	82%
Le travail	71%
Les études	21%
Les occupations ménagères	71%

**Informations relevées par questionnaire crayon-papier*

Tableau 8. Pourcentage du type de violences conjugales subies dans l'échantillon

N=78	
Type de violences conjugales*	Pourcentage
Violences psychologiques	100%
Violences verbales	91%
Violences physiques	94%
Violences sexuelles	46%
Violences de privation économique	76%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 9. Pourcentage du cumul de violences conjugales subies dans l'échantillon

N=78	
Cumul de violences conjugales*	Pourcentage
5 types de violences	28%
4 types de violences	49%
3 types de violences	23%

2 types de violences	0%
1 type de violences	0%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 10. Processus accompagnant les violences conjugales

Processus* :	N=78	Pourcentage
Isolement		90%
Menaces		95%
Injonction paradoxale		95%
Contrôle excessif		77%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 11. Durée de la relation conjugale et des violences conjugales

Types de relation*	N=78	Durée (en nombre d'années)
Relation conjugale		13 (min= 8 mois ; max= 46 ans ; σ = 11 ans)
Relation de violences conjugales		8,5 (min= 1mois ; max= 37 ans ; σ = 8,5 ans)

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 12. Condition de l'union conjugale dans l'échantillon

Types d'union*	N=78	Pourcentage
Union consentie		93%
Union arrangée		4%
Union forcée		3%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 13. Fréquence des violences conjugales dans l'échantillon

N=78	Pourcentage
Fréquence des violences conjugales*	
Cycle progressif (cycle de violences insidieux puis avec le temps de plus en plus rapproché)	71%
Cycle rapproché (plusieurs fois par semaine ou tous les jours)	25%
Cycle isolé (une à deux fois)	4%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 14. Cause perçue des violences conjugales chez l'auteur dans l'échantillon

N=78	Pourcentage
Cause perçue des violences chez l'auteur (connue et rapportée par la victime)*	
Trouble de la personnalité associé ou non à des conduites addictives et/ou à un comportement sexiste	92%

Conduites addictives (alcoolo-dépendance et/ou consommation de drogues)	8%
--	----

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 15. Caractéristiques contextuelles aux violences conjugales dans l'échantillon

N=78	Pourcentage
Caractéristiques contextuelles aux violences conjugales*	
Présence d'un déclencheur aux violences	85%
Violences pendant une grossesse	41%
Ruptures avec retours par le passé	41%
Processus d'emprise	86%
Décision définitive de rupture	82%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 16. Antécédents de maltraitances et de violences conjugales chez l'auteur et la victime dans l'échantillon

N=78	Pourcentage
Antécédents connus et rapportés par la victime*	
Présence d'antécédents de maltraitances et/ou d'événements de vie marquants chez l'auteur	73%

Présence d'antécédents de maltraitances et/ou d'événements de vie marquants chez la victime	38%
Présence d'antécédents de violences conjugales chez l'auteur	47%
Présence d'antécédents de violences conjugales chez la victime	15%

** Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

Tableau 17. Répartition du nombre d'enfants qu'ont les participantes de l'échantillon

N=78	Pourcentage
Nombre d'enfants des participantes*	
Absence d'enfant	15%
Ayant 1 enfant	13%
Ayant 2 enfants	40%
Ayant 3 enfants	20%
Ayant 4 enfants	8%
Ayant 5 enfants	4%

**Informations relevées par questionnaire crayon-papier*

Tableau 18. Exposition des enfants aux violences conjugales

N=78	Pourcentage (Chez 85% de l'échantillon ayant un ou plusieurs enfants)
Exposition des enfants aux violences*	
Enfants témoins et/ou victimes	83%

**Informations relevées par guide d'entretien semi-structuré*

5.2 Distribution des variables étudiées

5.2.1 Groupe clinique

5.2.1.1 Distribution des variables étudiées

Pour étudier la distribution des variables, nous avons analysé les histogrammes et effectué des tests de Shapiro-wilk.

Tableau 19. Distributions des variables étudiées pour le groupe clinique

Variables	Distribution suivant une loi normale	Distribution ne suivant pas une loi normale
Violences conjugales		×
Coping	×	

Anxiété	x	
Dépression		x
Stress post-traumatique		x
Dissociation		x
Qualité de vie	x	

Certaines de nos variables semblent suivre une loi normale (*Coping*, anxiété et perception de la qualité de vie). D'autres variables ne semblent pas suivre une loi normale (Violences conjugales, dépression, stress post-traumatique et dissociation). Nous utiliserons donc des tests statistiques paramétriques et non paramétriques en fonction des variables étudiées.

5.2.2 Groupe de comparaison

5.2.2.1 Distribution des variables étudiées

Tableau 20. Distributions des variables étudiées pour le groupe clinique

Variabes	Distribution suivant une loi normale	Distribution ne suivant pas une loi normale
Coping	x	
Anxiété	x	
Dépression		x
Stress post-traumatique		x
Dissociation		x
Qualité de vie		x

Certaines de nos variables semblent suivre une loi normale (*Coping* et anxiété). D'autres variables ne semblent pas suivre une loi normale (Dépression, stress post-traumatique,

dissociation et qualité de vie). Nous utiliserons donc des tests statistiques paramétriques et non paramétriques en fonction des variables étudiées.

5.3 Analyses univariées

5.3.1 Groupe clinique/Groupe de comparaison

5.3.1.1 Analyse uni-variée du « Conflict Tactics Scale » (Straus, 1979, traduit en français par Lussier, 1998).

Variable indépendante : Violences conjugales à 6 modalités
Première modalité de la Variable : Assaut physique
Deuxième modalité de la Variable : Agression psychologique
Troisième modalité de la Variable : Coercition sexuelle
Quatrième modalité de la Variable : Privation économique
Cinquième modalité de la Variable : Blessure
Sixième modalité de la Variable : Négociation

❖ Concernant « les violences conjugales » :

Les résultats au « CTS » montrent une grande diversité de situations concernant les violences conjugales dans notre échantillon. Certaines participantes expriment une absence de violences conjugales au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de violences auparavant alors que d'autres indiquent des violences sévères, ce qui signifie, en termes de fréquence la présence de violences en moyenne 11 à 20 fois au cours de la dernière année ($\mu=15.5$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de violences mineures, ce

qui signifie, en termes de fréquence, la présence de violence 3 à 5 fois au cours de la dernière année ($\mu=4.58$).

❖ **Concernant « les assauts physiques » :**

Pour la sous-échelle « assaut physique », certaines participantes ont renseigné une absence de violences physiques au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de violences physiques auparavant ; alors que d'autres ont renseigné la présence de violences sévères, ce qui signifie, en termes de fréquence, la présence de violences physiques en moyenne 20 fois au cours de la dernière année ($\mu=22.91$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de violences physiques 2 fois au cours de la dernière année ($\mu=3.30$).

❖ **Concernant « les agressions psychologiques » :**

Pour la sous-échelle « agressions psychologiques », certaines participantes ont renseigné une absence de violences psychologiques au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de violences psychologiques auparavant ; alors que d'autres ont renseigné la présence de violences sévères, ce qui signifie, en termes de fréquence la présence de violences psychologiques en moyenne 20 fois au cours de la dernière année ($\mu=25$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de violences psychologiques 10 à 11 fois au cours de la dernière année ($\mu=10.35$).

❖ **Concernant « les coercitions sexuelles » :**

Pour la sous-échelle « coercitions sexuelles », certaines participantes ont renseigné une absence de violences sexuelles au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de violences sexuelles auparavant ; alors que d'autres ont renseigné la présence de violences sévères, ce qui signifie, en termes de fréquence, la présence de violences sexuelles en moyenne 20 fois au cours de la dernière année ($\mu=25$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de violences sexuelles 2 fois au cours de la dernière année ($\mu=3.45$).

❖ **Concernant « les privations économiques » :**

Pour la sous-échelle « privations économiques », certaines participantes ont renseigné une absence de violence de privation économique au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de violences de privation économique auparavant ; alors que d'autres ont renseigné la présence de violences sévères, ce qui signifie, en termes de fréquence, la présence de violences de privation économique en moyenne 18 fois au cours de la dernière année ($\mu=21.6$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de violences de privation économique 3 à 5 fois au cours de la dernière année ($\mu=4$).

❖ **Concernant « les blessures physiques » :**

Pour la sous-échelle « blessures physiques », certaines participantes ont renseigné une absence de blessures physiques au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de blessures physiques auparavant ; alors que d'autres ont renseigné la présence de blessures sévères, ce qui signifie, en termes de fréquence, la présence de blessures physiques en moyenne 10 fois au cours de la dernière année ($\mu=11$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de blessures physiques 2 fois au cours de la dernière année ($\mu=2.16$).

❖ **Concernant « la présence de négociations » :**

Pour la sous-échelle « présence de négociations », certaines participantes ont renseigné une absence de négociations au cours de la dernière année ($\mu=0$) mais une présence de négociations auparavant ; alors que d'autres ont renseigné la présence de négociations à un niveau important, ce qui signifie, en termes de fréquence, la présence de négociations en moyenne 20 fois au cours de la dernière année ($\mu=25$). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné la présence de négociations à un niveau bas, ce qui signifie, en termes de fréquence, 3 à 5 fois au cours de la dernière année ($\mu=4.79$).

5.3.1.2 Analyse uni-variée de la « Ways of Coping Check list »
(Lazarus & Folkman, 1984, traduite en français par Cousson & al., 1996).

Variable indépendante : Coping à 3 dimensions
Première dimension de la Variable : Coping centré sur l'émotion
Deuxième dimension de la Variable : Coping centré sur le problème
Troisième dimension de la Variable : Coping centré sur la recherche de soutien social

Tableau 21. Normes françaises de la « Ways of Coping Check list » (Cousson, 1996)

FEMMES (N=247)	Coping problème	Coping émotion	Coping soutien
Moyenne	27,79	21,70	20,2
Ecart-type	6,78	5,60	4,76

❖ **Comparaison des scores moyens de notre échantillon aux normes françaises de la « WCC » :**

Après comparaison des scores moyens (t de student) de notre échantillon aux normes françaises de la « WCC », il ressort que les participantes de notre échantillon victimes de violences conjugales utilisent des stratégies de *coping* centrées sur le problème ($\mu=29,21$; $\sigma=5,66$; $p=0,03$) et centrées sur la recherche de soutien social ($\mu=24,23$; $\sigma=5,04$; $p<0.001$) de façon légèrement supérieure à une population française contrôle (respectivement,

$\mu=27,79$; $\sigma=6,78$ et $\mu=20,2$; $\sigma=4,76$). En outre, il ressort que les femmes victimes de violences conjugales de notre échantillon utilisent légèrement plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ($\mu=27,40$; $\sigma=4,39$; $p<0.001$) qu'une population française contrôle ($\mu=21,70$; $\sigma=5,70$). Or, les participantes de notre groupe de comparaison (stratégies de *coping* centrées sur le problème ($\mu=21,82$; $\sigma=6,13$; $p<0.001$) ; centrées sur l'émotion ($\mu=49,13$; $\sigma=6,00$; $p<0.001$) ; centrées sur la recherche de soutien social ($\mu=27,40$; $\sigma=4,98$; $p<0.001$)) utilisent, en moyenne, moins de stratégies de *coping* centrées sur le problème et plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et centrées sur la recherche de soutien social par rapport aux normes françaises de la WCC (respectivement, $\mu=27,79$; $\sigma=6,78$; $\mu=21,70$; $\sigma=5,70$ et $\mu=20,2$; $\sigma=4,76$).

5.3.1.3 Analyse uni-variée de la « Ways of Coping Check list-Revised » (Graziani & al., 1998).

Variable indépendante : Coping à 10 dimensions
Première dimension de la Variable : Coping centré sur la résolution de problème
Deuxième dimension de la Variable : Coping centré sur l'évasion
Troisième dimension de la Variable : Coping centré sur le soutien social
Quatrième dimension de la Variable : Coping centré sur l'autocontrôle
Cinquième dimension de la Variable : Coping centré sur la fuite-évitement
Sixième dimension de la Variable : Coping centré sur la replanification
Septième dimension de la Variable : Coping centré sur l'acceptation
Huitième dimension de la Variable : Coping centré sur la diplomatie
Neuvième dimension de la Variable : Coping centré sur la confrontation
Dixième dimension de la Variable : Coping centré sur l'évolution personnelle

Les participantes de notre échantillon, victimes de violences conjugales, utilisent en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème ($\mu=16,95$; $\sigma=3,80$) et centrées sur la recherche de soutien social ($\mu=13,82$; $\sigma=2,94$) et moins de stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement ($\mu=3,60$; $\sigma=1,39$). De même pour notre groupe de comparaison (respectivement, $\mu=18,64$; $\sigma=5,01$; $\mu=3,34$; $\sigma=1,47$).

5.3.1.4 Analyse uni-variée de la « State-Trait Anxiety Inventory » (Spielberger, 1993).

Variable dépendante : Anxiété à 2 dimensions
Première dimension de la Variable : Anxiété état
Deuxième dimension de la Variable : Anxiété trait

Tableau 22. Normes françaises de la « State-Trait Anxiety Inventory », (Spielberger, 1993).

	Anxiété état	Anxiété trait
Femmes	$\mu= 40,75$; $\sigma= 10,32$	$\mu= 45,09$; $\sigma= 11,11$

❖ Comparaison des scores moyens de notre échantillon aux normes françaises de la « STAI » :

Après comparaison des scores moyens (t de student) de notre échantillon aux normes françaises du « STAI », il ressort que les participantes de notre échantillon victimes de violences conjugales présentent un niveau d'anxiété état ($\mu=53,26$; $\sigma=13,75$; $p<0.001$) supérieure à une population française contrôle ($\mu=40,75$; $\sigma=10,32$) ; et un niveau d'anxiété

trait supérieur ($\mu=50,53$; $\sigma=10,84$; $p<0.001$) à celui d'une population française contrôle ($\mu=45,09$; $\sigma=11,11$). Le groupe de comparaison (anxiété état : $\mu=40,49$; $\sigma=12,23$; $p=0,836$;
anxiété trait : $\mu=44,29$; $\sigma=9,63$; $p=0,413$), quant à lui, présente des scores moyens équivalents à ceux des normes françaises du « STAI » (respectivement, $\mu=40,75$; $\sigma=10,32$;
 $\mu=45,09$; $\sigma=11,11$).

❖ **Concernant « l'anxiété totale » :**

Concernant l'anxiété totale, certaines participantes victimes de violences conjugales ont renseigné une anxiété « moyenne », ce qui correspond au score total le plus bas obtenu (=54) ; d'autres participantes ont renseigné une anxiété « très élevée », ce qui correspond au score total le plus élevé obtenu (=155). Pour le groupe de comparaison, les tendances sont comparables même si les femmes du groupe de comparaison apparaissent moins anxieuses (score total le plus bas obtenu (=47) ; score total le plus élevé obtenu (=130)) que celles du groupe clinique.

❖ **Concernant « l'anxiété état » :**

Concernant l'anxiété état, certaines participantes victimes de violences conjugales ont renseigné une anxiété état « très faible », ce qui correspond au score total le plus bas obtenu (=24) ; d'autres participantes ont renseigné une anxiété état « très élevée », ce qui correspond au score total le plus élevé obtenu (=79). Pour le groupe de comparaison, les tendances sont comparables même si les femmes du groupe de comparaison apparaissent moins anxieuses (score total le plus bas obtenu (=20) ; score total le plus élevé obtenu (=68)) que celles du groupe clinique.

❖ **Concernant « l'anxiété trait » :**

Concernant l'anxiété trait, certaines participantes ont renseigné une anxiété trait « très faible », ce qui correspond au score total le plus bas obtenu (=27) ; d'autres participantes ont renseigné une anxiété trait « très élevée », ce qui correspond au score total le plus élevé

obtenu (=77). Pour le groupe de comparaison, les tendances sont comparables même si les femmes du groupe de comparaison apparaissent moins anxieuses (score total le plus bas obtenu (=24) ; score total le plus élevé obtenu (=69)) que celles du groupe clinique.

5.3.1.5 Analyse uni-variée de la « Beck Dépression Inventory » (Beck, 1984, traduite en français par Cottraux, 1999).

Variable dépendante : Dépression

❖ Concernant « la dépression » :

Concernant la dépression, certaines participantes ont renseigné une absence de dépression (score total le plus bas obtenu = 0 pour le groupe clinique et le groupe de comparaison) tandis que d'autres une dépression sévère (score total le plus élevé obtenu = 37 pour le groupe clinique et = 23 pour le groupe de comparaison). Cependant, en moyenne, les participantes ont renseigné une dépression modérée ($\mu = 10,17$) pour le groupe clinique, et une dépression légère ($\mu = 4,52$) pour le groupe de comparaison. D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « dépression ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus dépressives que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 5.934 > 0.95$ donc on rejette H_0).

5.3.1.6 Analyse uni-variée de l'« Impact of Events Scale » (Horowitz et al., 1979).

Variable dépendante : Etat de stress post-traumatique à 3 dimensions
Première dimension de la Variable : Hyperactivation neurovégétative
Deuxième dimension de la Variable : Intrusion
Troisième dimension de la Variable : Evitement

❖ Concernant « l'état de stress post-traumatique » :

Concernant le stress post-traumatique, certaines participantes ont renseigné une absence de stress post-traumatique (score total le plus bas obtenu = 0 pour le groupe clinique et le groupe de comparaison) tandis que d'autres ont renseigné un stress post-traumatique sévère (score total le plus élevé obtenu = 82 pour le groupe clinique et = 75 pour le groupe de comparaison). Cependant en moyenne, les participantes du groupe clinique ont renseigné un stress post-traumatique modéré ($\mu = 50,49$) alors que celles du groupe de comparaison, un stress post-traumatique léger ($\mu = 31,32$). Les résultats obtenus par notre groupe de comparaison sont assez étonnants. Il se pourrait que des signes cliniques de l'hyperactivation neurovégétative aient été confondus avec des signes cliniques de l'épisode dépressif majeur comme les problèmes de concentration et de sommeil (présents dans les deux troubles). D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « stress post-traumatique ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus psychotraumatisées que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 5.750 > 0.95$ donc on rejette H_0).

5.3.1.7 Analyse uni-variée du « Dissociative Experience Scale » (Carlson & al., 1990).

Variable dépendante : Dissociation à 3 dimensions
Première dimension de la Variable : Amnésie dissociative
Deuxième dimension de la Variable : Dépersonnalisation/ Déréalisation
Troisième dimension de la Variable : Absorption/ capacité imaginative

❖ Concernant « la dissociation traumatique » :

Concernant la dissociation traumatique, certaines participantes ont renseigné une absence de dissociation (score total le plus bas obtenu = 0 pour le groupe clinique et le groupe de comparaison) tandis que d'autres une dissociation sévère (score total le plus élevé obtenu = 57,8 pour le groupe clinique et = 54,6 pour le groupe de comparaison). Cependant en moyenne, les participantes ont renseigné une dissociation n'atteignant pas un degré pathologique ($\mu = 16,8$ pour le groupe clinique et $\mu = 14$ pour le groupe de comparaison). Il est à noter que pour notre groupe clinique, 26 participantes, de notre échantillon, ont renseigné une dissociation à un degré pathologique contre 52 qui présentaient une dissociation n'atteignant pas un degré pathologique. D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « dissociation traumatique ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus dissociées que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 0.994 > 0.95$ donc on rejette H_0).

5.3.1.8 Analyse uni-variée de la « World Health Organization Quality of life-bref », (OMS, 1996).

Variable dépendante : Qualité de vie subjective à 5 dimensions
Première dimension de la Variable : perception de la qualité de vie globale
Deuxième dimension de la Variable : perception de la santé physique
Troisième dimension de la Variable : perception de la santé mentale
Quatrième dimension de la Variable : perception de l'environnement
Cinquième dimension de la Variable : perception des relations sociales

❖ Concernant « la perception de la qualité de vie » :

Concernant la perception de la qualité de vie, certaines participantes ont renseigné une perception non satisfaisante de la qualité de vie (score moyen le plus bas obtenu = 2 pour le groupe clinique et le groupe de comparaison) ; tandis que d'autres ont renseigné une perception satisfaisante de la qualité de vie (score moyen le plus élevé obtenu = 4 pour le groupe clinique et le groupe de comparaison). Cependant en moyenne, les participantes ont renseigné une perception ni satisfaisante ni insatisfaisante de la qualité de vie ($\mu=3$), que ce soit pour le groupe clinique ou le groupe de comparaison.

Toutes les sous-échelles du « whoqol-bref » ont des scores moyens comparables à ceux décrit ci-dessus, que ce soit pour le groupe clinique comme pour le groupe de comparaison.

D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « perception de la qualité de vie ». Les participantes du groupe clinique ont une perception de la qualité de vie moins satisfaisante que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral gauche : $z = -5.959 > 0.05$ donc on rejette H_0).

5.3.2 Comparaison Groupe clinique/Groupe de comparaison

Après comparaison des scores moyens (t de student) de notre groupe clinique à ceux de notre groupe de comparaison pour la « WCC », il ressort que les participantes de notre groupe clinique victimes de violences conjugales utilisent plus de stratégies de *coping* centrées sur le problème ($\mu=29,21$; $\sigma=5,66$; $p<0.001$), et moins de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social ($\mu=24,23$; $\sigma=5,04$; $p<0.001$) que notre groupe de comparaison (respectivement, $\mu=21,82$; $\sigma=6,13$; $\mu=27,40$; $\sigma=4,98$). Pour les variables cliniques, les femmes victimes de violences conjugales de notre groupe clinique apparaissent plus anxieuses ($\mu=103,78$; $p<0.001$), plus dépressives (Test unilatéral droit : $z= 5.934>0.95$ donc on rejette H_0), plus psychotraumatisées (Test unilatéral droit : $z= 5.750>0.95$ donc on rejette H_0) et plus dissociées (Test unilatéral droit : $z= 0.994>0.95$ donc on rejette H_0) que les femmes de notre groupe de comparaison (respectivement $\mu= 84,79$). Pour ce qui est de la perception de la qualité de vie, la perception de la qualité de vie est statistiquement plus satisfaisante chez les femmes de notre groupe de comparaison par rapport aux femmes de notre groupe clinique (Test unilatéral gauche : $z= - 5.959>0.05$ donc on rejette H_0).

5.4 Analyses statistiques concernant les variables de confusion

Seules les variables suivantes ont été retenues comme des variables potentiellement de confusion : l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique, la présence ou non d'un traitement médicamenteux et la présence ou non d'un arrêt-maladie.

❖ **Concernant la variable « âge » :**

D'après nos analyses statistiques (tests corrélationnels), pour notre groupe clinique, la variable « âge » est corrélée à la variable « coercitions sexuelles » ($R = -0.22$; $p = 0.05$) ; à la variable anxiété ($r = -0.21$; $p = 0.05$) et plus précisément à la variable anxiété trait ($r = -0.28$; $p = 0.01$) ; à la variable « dépression » ($R = -0.23$; $p = 0.03$) ; à la variable « absorption » en jeu dans la dissociation traumatique ($R = -0.25$; $p = 0.02$) et à la variable « stratégies de *coping* centrées sur l'évasion ($r = -0.23$; $p = 0.03$). Nous retenons, donc, la variable « âge » comme étant une variable potentiellement de confusion.

❖ **Concernant la variable « catégorie socioprofessionnelle » :**

L'Anova indique que, pour notre groupe clinique, la variable « catégorie socioprofessionnelle » est liée à la variable anxiété état ($p = 0.05$). Cela veut dire que le niveau d'anxiété-état évolue différemment selon la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, en fonction de la catégorie socioprofessionnelle, il existe des différences significatives concernant le niveau d'anxiété-état. Nous conservons donc la variable « catégorie socioprofessionnelle » comme étant une variable potentiellement de confusion.

❖ **Concernant la variable « présence ou non d'un suivi psychologique » :**

Le test t de student montre qu'il y a une différence significative, dans notre groupe clinique, entre les femmes qui bénéficient d'un suivi psychologique et celles qui n'en bénéficient pas, concernant les violences conjugales (toutes formes confondues) ($p = 0.034$), les assauts physiques ($p = 0.035$) et les blessures infligées ($p = 0.008$). La variable « présence ou non d'un suivi psychologique » est retenue comme étant une variable potentiellement de confusion concernant les violences conjugales.

Le test t de student montre également, pour notre groupe clinique, qu'il y a une différence significative entre les femmes qui bénéficient d'un suivi psychologique et celles qui n'en bénéficient pas, concernant l'activation de stratégies de *coping* (toutes formes confondues) ($p=0.049$), et particulièrement de stratégies de *coping* centrées sur la replanification ($p=0.019$) et sur l'évolution personnelle ($p=0.036$). La variable « présence ou non d'un suivi psychologique » est retenue comme étant une variable potentiellement de confusion concernant les stratégies de *coping*.

❖ **Concernant la variable « présence ou non d'un traitement médicamenteux » :**

Le test t de student montre, pour notre groupe clinique, qu'il y a une différence significative entre les femmes qui bénéficient d'un traitement médicamenteux et celles qui n'en bénéficient pas concernant le niveau de stress post-traumatique (toutes formes confondues) ($p=0.014$), et particulièrement concernant le niveau d'hyperactivation neurovégétative ($p=0.054$) et d'intrusions ($p=0.010$). La variable « présence ou non d'un traitement médicamenteux » est retenue comme étant une variable potentiellement de confusion concernant l'état de stress post-traumatique.

❖ **Concernant la variable « présence ou non d'un arrêt-maladie » :**

Le test t de student montre qu'il y a une différence significative pour notre groupe clinique entre les femmes qui bénéficient d'un arrêt-maladie et celles qui n'en bénéficient pas concernant le niveau d'évitement en jeu dans l'état de stress post-traumatique ($p=0.05$). La variable « présence ou non d'un arrêt-maladie » est retenue comme étant une variable potentiellement de confusion concernant les évitements en jeu dans l'état de stress post-traumatique.

5.5 Résultats de l'étude n°1 portant sur le groupe clinique

5.5.1 Analyses bivariées

L'hypothèse de recherche n°1 qui sera testée est la suivante :

Il existe une corrélation significative entre les variables de *coping* et les variables psychologiques étudiées.

Les hypothèses opérationnelles qui découlent de l'hypothèse de recherche n°1 sont les suivantes :

- Les hypothèses opérationnelles n°1.1 à 1.5 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion.
- Hypothèse opérationnelle n°1.1 : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau d'anxiété état-trait.
- Hypothèse opérationnelle n°1.2 : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau de dépression.
- Hypothèse opérationnelle n°1.3 : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau de stress post-traumatique.
- Hypothèse opérationnelle n°1.4 : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.5** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 23. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping émotion et des VD

VD \ VI	Coping Emotion Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	r = 0.340***
DES Total	ns
QDV Total	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 23 indique qu'il existe une corrélation positive ($r= 0.340$) et significative ($p=0.002$) entre les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion et le niveau de stress post-traumatique.

Seule, l'hypothèse opérationnelle n°1.3 est validée.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.6 à 1.10 concernent les stratégies de *coping* centrées sur le problème.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.6** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau d'anxiété état-trait.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.7** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.8** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.9** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.10** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 24. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping problème et des VD

VD \ VI	Coping Problème Total
BDI Total	r = - 0.292**
STAI Total	r = - 0.379***
IES Total	ns
DES Total	ns
QDV Total	r = 0.258**

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 24 indique qu'il existe une corrélation négative et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et les niveaux de dépression ($r = -0.292$; $p = 0.01$) et d'anxiété ($r = -0.379$; $p < 0.0011$). Il existe, par ailleurs, une corrélation positive ($r = 0.258$) et

significative ($p= 0.02$) entre les stratégies de *coping* centrées sur le problème et la perception de la qualité de vie.

Seules les hypothèses opérationnelles 1.6, 1.7 et 1.10 sont validées.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.11 à 1.15 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.11** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.12** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.13** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.14** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.15** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 25. Analyse corrélacionnelle de Spearman de la VI coping soutien soc. et des VD

VD \ VI	Coping Soutien social Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	r = 0.252*
DES Total	ns
QDV Total	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 25 indique qu'il existe une corrélation positive ($r= 0.252$) et significative ($p= 0.02$) entre les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social et le niveau de stress post-traumatique.

Les hypothèses opérationnelles 1.11 à 1.15 ne sont pas validées.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.16 à 1.20 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.16** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.17** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.18** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau de stress post-traumatique.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.19**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.20**: Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 26. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping évasion et des VD

VD \ VI	Coping évasion Total
BDI Total	r = 0.424***
STAI Total	r = 0.254*
IES Total	r = 0.559***
DES Total	r = 0.421***
QDV Total	r = -0.304**

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 26 indique qu'il existe une corrélation positive et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et les niveaux de dépression ($r= 0.424$; $p<0.0010$), d'anxiété ($r= 0.254$; $p= 0.02$), de stress post-traumatique ($r= 0.559$; $p<0.001$) et de dissociation ($r= 0.421$; $p<0.001$). Il existe, en outre, une corrélation négative ($r= -0.304$) et significative ($p= 0.007$) entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion et la perception de la qualité de vie. Les hypothèses opérationnelles 1.16 à 1.20 sont validées.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

-
- Les hypothèses opérationnelles n°1.21 à 1.25 concernent les stratégies de coping centrées sur la résolution de problème.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.21** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.22** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.23** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.24** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.25** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 27. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping résol. problème et des VD

VD \ VI	Coping résolution de problème Total
BDI Total	r = - 0.358***
STAI Total	r = - 0.408***
IES Total	ns
DES Total	r = 0.270**
QDV Total	r = 0.329***

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 27 indique qu'il existe une corrélation négative et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et les niveaux de dépression ($r = -0.358$; $p = 0.001$) et d'anxiété ($r = -0.408$; $p < 0.001$). Il existe, en outre, une corrélation positive et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et le niveau de dissociation ($r = 0.270$; $p = 0.01$) ainsi que la perception de la qualité de vie ($r = 0.329$; $p = 0.003$).

Les hypothèses opérationnelles 1.21, 1.22 et 1.25 sont validées.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.26 à 1.30 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.26** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.27** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.28** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.29** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle et le niveau de dissociation.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.30** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l’autocontrôle et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 28. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping autocontrôle et des VD

VD \ VI	Coping autocontrôle Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	ns
DES Total	r = 0.319***
QDV Total	r = 0.220*

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 28 indique qu’il existe une corrélation positive et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur l’autocontrôle et le niveau de dissociation ($r= 0.319$; $p= 0.004$) ainsi que la perception de la qualité de vie ($r= 0.220$; $p= 0.05$).

L’hypothèse opérationnelle 1.29 est validée.

L’hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.31 à 1.35 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.31** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau d’anxiété état-trait.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.32** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.33** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.34** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.35** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 29. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping fuite-évitement et des VD

VD \ VI	Coping fuite-évitement Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	ns
DES Total	r = 0.319***
QDV Total	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 29 indique qu'il existe une corrélation positive ($r= 0.319$) et significative ($p= 0.004$) entre les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement et le niveau de dissociation.

L'hypothèse opérationnelle 1.24 est validée.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.36 à 1.40 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la replanification.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.36** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.37** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.38** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.39** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.40** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la replanification et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 30. Analyse corrélacionnelle de Spearman de la VI coping replanif. et des VD

VD \ VI	Coping replanification Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	ns
DES Total	ns
QDV Total	ns

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.005$

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 30 n'indique aucune corrélation significative pour la variable de *coping* replanification.

Les hypothèses opérationnelles 1.36 à 1.40 ne sont pas validées.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.41 à 1.45 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.41**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.42**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.43**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau de stress post-traumatique.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.44**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.45**: Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 31. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping acceptance et des VD

VD \ VI	Coping acceptance Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	ns
DES Total	r = 0.249*
QDV Total	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 31 indique qu'il existe une corrélation positive (r= 0.249) et significative (p= 0.028) entre les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation et le niveau de dissociation.

L'hypothèse opérationnelle 1.44 est validée.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.46 à 1.50 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.46** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau d'anxiété état-trait.

- **Hypothèse opérationnelle n°1.47** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.48** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.49** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.50** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 32. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping diplomatie et des VD

VD \ VI	Coping diplomatie Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	ns
DES Total	r = 0.247*
QDV Total	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 32 indique qu'il existe une corrélation positive ($r = 0.247$) et significative ($p = 0.02$) entre les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie et le niveau de dissociation.

Les hypothèses opérationnelles 1.46 à 1.50 ne sont pas validées.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.51 à 1.55 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.51**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau d'anxiété état-trait.
 - **Hypothèse opérationnelle n°1.52**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau de dépression.
 - **Hypothèse opérationnelle n°1.53**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau de stress post-traumatique.
 - **Hypothèse opérationnelle n°1.54**: Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau de dissociation.
 - **Hypothèse opérationnelle n°1.55**: Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 33. Analyse corrélationnelle de Spearman de la VI coping confront. et des VD

VD \ VI	Coping confrontation Total
BDI Total	ns
STAI Total	ns
IES Total	ns
DES Total	ns
QDV Total	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 33 n'indique aucune corrélation significative pour la variable de *coping* confrontation.

Les hypothèses opérationnelles 1.51 à 1.55 ne sont pas validées.

- Les hypothèses opérationnelles n°1.56 à 1.60 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.56** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau d'anxiété état-trait.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.57** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau de dépression.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.58** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau de stress post-traumatique.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.59** : Il existe une corrélation significative et négative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau de dissociation.
- **Hypothèse opérationnelle n°1.60** : Il existe une corrélation significative et positive entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau de perception de la qualité de vie.

Tableau 34. Analyse corrélacionnelle de Spearman de la VI coping évol. perso. et des VD

VD	VI	Coping évolution personnelle Total
BDI Total		r = - 0.274**
STAI Total		r = - 0.413***
IES Total		ns
DES Total		r = 0.330***
QDV Total		r = 0.295**

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 34 indique qu'il existe une corrélation négative et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et les niveaux de dépression ($r = -0.274$; $p = 0.01$) et d'anxiété ($r = -0.413$; $p < 0.001$). Il existe, en outre, une corrélation positive et significative entre les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle et le niveau de dissociation ($r = 0.330$; $p = 0.003$) ainsi que la perception de la qualité de vie ($r = 0.295$; $p = 0.009$).

Les hypothèses opérationnelles 1.56, 1.57, 1.60 sont validées.

L'hypothèse de recherche n°1 est partiellement validée.

5.5.1.1 Synthèse des analyses bivariées

Tableau 35. Analyse corrélacionnelle de Spearman de la VI coping et des VD

VD \ VI	Coping Emotion Total	Coping Problème Total	Coping Soutien social Total
BDI Total	ns	r = - 0.292**	ns
STAI Total	ns	r = - 0.379***	ns
IES Total	r = 0.340***	ns	r = 0.252*
DES Total	ns	ns	ns
QDV Total	ns	r = 0.258**	ns

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 35 indique que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sont corrélées positivement et significativement au niveau de stress post-traumatique. Les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont corrélées négativement et significativement au niveau de dépression et au niveau d'anxiété ; et sont corrélées positivement et significativement à la perception de la qualité de vie. Les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien sociale sont corrélées positivement et significativement au niveau de stress post-traumatique.

Tableau 36. Analyse corrélacionnelle de Spearman de la VI coping et des VD

VD \ VI	Coping évasion T	Coping rés. de probl. T	Coping autocont r T	Coping fuite-évit. T	Coping acceptatio n T	Coping diplomatie T	Coping évolution personnelle T
BDI T	r=0.4***	r=-0.3***	ns	ns	ns	ns	r=-0.2**
STAI T	r=0.2*	r=-0.4***	ns	ns	ns	ns	r=-0.4***

IES T	r=0.5***	ns	ns	ns	ns	ns	ns
DES T	r=0.4***	r=0.2**	r=0.3***	r=0.3***	r = 0.2*	r = 0.2*	r = 0.3***
QDV T	r=-0.3**	r=0.3***	r= 0.2*	ns	ns	ns	r = 0.2**

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.005

BDI=Beck Depression Inventory ; STAI=State-Trait Anxiety Inventory ; IES=Impact of Events Scale ; DES=Dissociative Experience Scale ; QDV=Qualité De Vie

Le tableau 36 indique que les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sont corrélées positivement et significativement aux niveaux de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique et de dissociation ; et sont corrélées négativement et significativement à la perception de la qualité de vie. Les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sont corrélées négativement et significativement aux niveaux de dépression et d'anxiété ; et positivement et significativement au niveau de dissociation et à la perception de la qualité de vie. Les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sont corrélées positivement et significativement au niveau de dissociation et à la perception de la qualité de vie. Les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement, sur l'acceptation et sur la diplomatie sont corrélées positivement et significativement au niveau de dissociation. Pour finir, les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sont corrélées négativement et significativement aux niveaux de dépression et d'anxiété ; et positivement et significativement au niveau de dissociation et à la perception de la qualité de vie.

5.5.2 Analyses multivariées

L'hypothèse de recherche n°2 qui sera testée est la suivante :

Il existe un effet principal des variables de *coping* sur les variables psychologiques étudiées.

Les hypothèses opérationnelles qui découlent de l'hypothèse de recherche n°2 sont les suivantes :

- Les hypothèses opérationnelles n°2.1 à 2.5 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion.

Tableau 37. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur l'émotion

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping émotion	ns	ns	R ² =0.18 Bêta=0.260 p=0.02	ns	ns

- Hypothèse opérationnelle n°2.1 : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle 2.1 n'est pas validée.

- Hypothèse opérationnelle n°2.2 : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle 2.2 n'est pas validée.

- Hypothèse opérationnelle n°2.3 : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de stress post-traumatique.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'émotion, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge, la présence ou non d'un traitement médicamenteux et la présence ou non d'un arrêt-maladie et pour variable dépendante le niveau de stress post-traumatique. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'émotion, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge, la présence ou non d'un traitement médicamenteux et la présence ou non d'un arrêt-maladie expliquent 18% de la variabilité de la variable stress post-traumatique ($R^2=0,18$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.022$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.260$) des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de stress post-traumatique. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'émotion a pour effet une augmentation de 0.260 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le stress post-traumatique lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant. Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparait comme une variable de confusion. L'hypothèse opérationnelle n°2.3 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.4**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de dissociation.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle 2.4 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.5**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.5 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.6 à 2.10 concernent les stratégies de *coping* centrées sur le problème.

Tableau 38. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur le problème

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping problème	R2=0.21 Bêta= - 0.409 p<0.001	R2=0.11 Bêta= - 0.298 p<0.001	ns	ns	R2=0.08 Bêta=0.282 p=0.01

- **Hypothèse opérationnelle n°2.6**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau d'anxiété état-trait.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur le problème, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle et pour variable dépendante le niveau d'anxiété état-trait. Dans ce modèle, le *coping* centré sur le problème, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle expliquent 21% de la variabilité de la variable anxiété état-trait (R2=0,21). Il existe un effet principal significatif (p<0.001) et négatif (Bêta= - 0.409) des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau d'anxiété état-trait. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur le problème a pour effet une diminution de 0.409 écart-type à l'échelle permettant de mesurer l'anxiété état-trait lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.6 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.7**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de dépression.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur le problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge et pour variable dépendante le niveau de dépression. Dans ce modèle, le *coping* centré sur le problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 11% de la variabilité de la variable dépression (R2=0,11). Il existe un effet principal significatif (p= 0.008) et négatif (Bêta= - 0.298) des

stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de dépression. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur le problème a pour effet une diminution de 0.298 écart-type à l'échelle permettant de mesurer la dépression, lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant. L'hypothèse opérationnelle n°2.7 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.8**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.8 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.9**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de dissociation.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle 2.9 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.10**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur le problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de perception de la qualité de vie. Dans ce modèle, le *coping* centré sur le problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 8% de la variabilité de la variable perception de la qualité de vie ($R^2=0,08$). Il existe un effet principal significatif ($p=0.01$) et positif ($B\acute{e}ta=0.282$) des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur la

perception de la qualité de vie. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur le problème a pour effet une augmentation de 0.282 écart-type à l'échelle permettant de mesurer la perception de la qualité de vie lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.10 est validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.11 à 2.15 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social.

Tableau 39. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur le soutien social

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping soutien social	ns	ns	ns	R ² =0.08 Bêta=0.278 p=0.01	ns

- **Hypothèse opérationnelle n°2.11** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.11 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.12** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.12 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.13**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.13 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.14**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la recherche de soutien social, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de stress post-traumatique. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la recherche de soutien social, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 8% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,08$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.278$) des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la recherche de soutien social a pour effet une augmentation de 0.278 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.14 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.15**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.15 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.16 à 2.20 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion.

Tableau 40. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur l'évasion

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping évasion	R ² =0.11 Bêta=0.256 p=0.03	R ² =0.14 Bêta=0.357 p<0.001	R ² =0.32 Bêta=0.485 p<0.001	R ² =0.11 Bêta=0.339 p<0.001	R ² =0.08 Bêta= - 0.286 p=0.01

- **Hypothèse opérationnelle n°2.16** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau d'anxiété état-trait.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle, et pour variable dépendante le niveau d'anxiété état-trait. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle expliquent 11% de la variabilité de la variable anxiété état-trait (R²=0,11). Il existe un effet principal significatif (p= 0.03) et positif (Bêta= 0.256) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau d'anxiété état-trait. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évasion a pour effet une augmentation de 0.256 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau d'anxiété état-trait lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.16 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.17**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de dépression.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dépression. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 14% de la variabilité de la variable dépression ($R^2=0,14$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.002$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.357$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de dépression. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évasion a pour effet une augmentation de 0.357 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dépression lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.17 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.18**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de stress post-traumatique.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge, la présence ou non d'un traitement médicamenteux et la présence ou non d'un arrêt-maladie, et pour variable dépendante le niveau de stress post-traumatique. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge, la présence ou non d'un traitement médicamenteux et la présence ou non d'un arrêt-maladie expliquent 32% de la variabilité de la variable stress post-traumatique ($R^2=0,32$). Il existe un effet principal significatif ($p<0.001$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.485$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de stress post-traumatique. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évasion a pour effet une augmentation de 0.485 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de stress post-traumatique lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant. Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.18 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.19:** Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 11% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,11$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.004$) et positif (Bêta= 0.339) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évasion a pour effet une augmentation de 0.339 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.19 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.20:** Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de perception de la qualité de vie. Dans ce modèle le *coping* centré sur l'évasion, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 8% de la variabilité de la variable perception de la qualité de vie ($R^2=0,08$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et négatif (Bêta= - 0.286) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur la perception de la qualité de vie. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évasion a pour effet une diminution de 0.286 écart-type à l'échelle permettant de mesurer la perception de la qualité de vie lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.20 est validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.21 à 2.25 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème.

Tableau 41. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur la résol. de pblm

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping résol. de pblm	R ² =0.17 Bêta= - 0.355 p<0.001	R ² =0.13 Bêta= - 0.341 p<0.001	ns	R ² =0.08 Bêta=0.264 p=0.02	R ² =0.13 Bêta=0.361 p<0.001

- **Hypothèse opérationnelle n°2.21** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau d'anxiété état-trait.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle, et pour variable dépendante le niveau d'anxiété état-trait. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle expliquent 17% de la variabilité de la variable anxiété état-trait (R²=0,17). Il existe un effet principal significatif (p= 0.002) et négatif (Bêta= - 0.355) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau d'anxiété état-trait. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la résolution de problème a pour effet une diminution de 0.355 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau d'anxiété état-trait lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.21 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.22** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de dépression.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dépression. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 13% de la variabilité de la variable dépression ($R^2=0,13$). Il existe un effet principal significatif ($p=0.003$) et négatif ($B\grave{e}ta= - 0.341$) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de dépression. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la résolution de problème a pour effet une diminution de 0.341 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dépression lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.22 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.23**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.23 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.24**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 8% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,08$). Il existe un effet principal significatif ($p=0.02$) et positif ($B\grave{e}ta= 0.264$) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la résolution de problème a pour effet une

augmentation de 0.264 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.24 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.25** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de perception de la qualité de vie. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la résolution de problème, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 13% de la variabilité de la variable perception de la qualité de vie ($R^2=0,13$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.001$) et positif ($B\hat{e}ta= 0.361$) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur la perception de la qualité de vie. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la résolution de problème a pour effet une augmentation de 0.361 écart-type à l'échelle permettant de mesurer la perception de la qualité de vie lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.25 est validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.26 à 2.30 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle.

Tableau 42. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur l'autocontrôle

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping autocontrôle	ns	ns	ns	R²=0.09 Bêta=0.286 p=0.01	R²=0.08 Bêta=0.278 p=0.01

- **Hypothèse opérationnelle n°2.26** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.26 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.27** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.27 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.28** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.28 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.29** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'autocontrôle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'autocontrôle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 9% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,09$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif (Bêta= 0.286) des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau de

dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'autocontrôle a pour effet une augmentation de 0.286 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.29 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.30**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'autocontrôle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de perception de la qualité de vie. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'autocontrôle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 8% de la variabilité de la variable perception de la qualité de vie ($R^2=0,08$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif ($B\grave{e}ta= 0.278$) des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur la perception de la qualité de vie. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'autocontrôle a pour effet une augmentation de 0.278 écart-type à l'échelle permettant de mesurer la perception de la qualité de vie lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant. L'hypothèse opérationnelle n°2.30 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.31 à 2.35 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement.

Tableau 43. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur la fuite-évitement

VD \ VI	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping fuite-évitement	ns	ns	ns	$R^2=0.08$ $B\grave{e}ta=0.271$ $p=0.02$	ns

- **Hypothèse opérationnelle n°2.31** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.31 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.32** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.32 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.33** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que dans ce modèle le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.33 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.34** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la fuite-évitement, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la fuite-évitement, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 8,4% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,084$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.02$) et positif

(Bêta= 0.271) des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la fuite-évitement a pour effet une augmentation de 0.271 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.34 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.35** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.35 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.36 à 2.40 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la replanification.

Tableau 44. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur la replanification

VD \ VI	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping replanification	ns	ns	ns	ns	ns

- **Hypothèse opérationnelle n°2.36** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.36 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.37** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.37 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.38** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.38 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.39** : Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau de dissociation.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.39 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.40** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la replanification sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.40 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.41 à 2.45 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation.

Tableau 45. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur l'acceptation

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping acceptation	ns	ns	R2=0.17 Bêta=0.248 p=0.02	R2=0.09 Bêta=0.286 p=0.01	ns

- **Hypothèse opérationnelle n°2.41**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.41 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.42**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.42 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.43**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de stress post-traumatique.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'acceptation, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge, la présence ou non d'un arrêt-maladie et la présence ou non d'un traitement médicamenteux, et pour variable dépendante le niveau de stress post-traumatique. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'acceptation, la présence ou non d'un suivi psychologique, l'âge, la présence ou non d'un arrêt-maladie et la présence ou non d'un traitement médicamenteux expliquent 17% de la variabilité de la variable stress post-traumatique (R2=0,17). Il existe un effet principal

significatif ($p= 0.02$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.248$) des stratgies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de stress post-traumatique. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'acceptation a pour effet une augmentation de 0.248 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de stress post-traumatique lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant. Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparait comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.43 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.44**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratgies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'acceptation, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'acceptation, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 9% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,09$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.286$) des stratgies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'acceptation a pour effet une augmentation de 0.286 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.44 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.45**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratgies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.45 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.46 à 2.50 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie.

Tableau 46. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur la diplomatie

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping diplomatique	ns	ns	ns	R ² =0.069 Bêta=0.237 p=0.04	ns

- **Hypothèse opérationnelle n°2.46** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, l'âge apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.46 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.47** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.47 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.48** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.48 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.49:** Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la diplomatie, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la diplomatie, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 6,9% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,069$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.04$) et positif (Bêta= 0.237) des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la diplomatie a pour effet une augmentation de 0.237 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.49 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.50:** Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.50 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.51 à 2.55 concernent les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation.

Tableau 47. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur la confrontation

VI \ VD	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping confrontation	ns	ns	ns	R ² =0.061 Bêta=0.220 p=0.05	ns

- **Hypothèse opérationnelle n°2.51**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau d'anxiété état-trait.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.51 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.52**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de dépression.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.52 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.53**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.53 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.54**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur la confrontation, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur la confrontation, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 6,1% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,061$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.05$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.220$) des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur la confrontation a pour effet une augmentation de 0.220 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.54 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.55** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Le modèle testé n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°2.55 n'est pas validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°2.56 à 2.60 concernent les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle.

Tableau 48. Régressions multiples concernant la VI coping centré sur l'évol. personnelle

VD \ VI	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
	$R^2=0.203$	$R^2=0.13$		$R^2=0.14$	$R^2=0.13$
Coping évol.	$B\acute{e}ta= - 0.394$	$B\acute{e}ta= - 0.337$	ns	$B\acute{e}ta=0.361$	$B\acute{e}ta=0.364$

personnelle	p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.001
-------------	---------	---------	--	---------	---------

- **Hypothèse opérationnelle n°2.56** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau d'anxiété état-trait.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau d'anxiété état-trait. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 20,3% de la variabilité de la variable anxiété état-trait ($R^2=0,203$). Il existe un effet principal significatif ($p<0.001$) et négatif ($B\acute{e}ta= - 0.394$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau d'anxiété état-trait. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évolution personnelle a pour effet une diminution de 0.394 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau d'anxiété état-trait lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.56 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.57** : Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dépression.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dépression. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 13% de la variabilité de la variable dépression ($R^2=0,13$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.003$) et négatif ($B\acute{e}ta= - 0.337$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dépression. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évolution personnelle a pour effet une diminution de 0.337 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dépression lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.57 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.58**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de stress post-traumatique.

Le modèle testé n'est pas significatif.

Il est à noter que, dans ce modèle, le traitement médicamenteux apparaît comme une variable de confusion.

L'hypothèse opérationnelle n°2.58 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.59**: Il existe un effet principal significatif et négatif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dissociation.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable dépendante le niveau de dissociation. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 14% de la variabilité de la variable dissociation ($R^2=0,14$). Il existe un effet principal significatif ($p=0.002$) et positif ($B\hat{e}ta=0.361$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dissociation. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évolution personnelle a pour effet une augmentation de 0.361 écart-type à l'échelle permettant de mesurer le niveau de dissociation lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.59 n'est pas validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°2.60**: Il existe un effet principal significatif et positif des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de perception de la qualité de vie.

Nous avons testé le modèle suivant avec pour variables indépendantes le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge, et pour variable

dépendante le niveau de perception de la qualité de vie. Dans ce modèle, le *coping* centré sur l'évolution personnelle, la présence ou non d'un suivi psychologique et l'âge expliquent 13,7% de la variabilité de la variable perception de la qualité de vie ($R^2=0,137$). Il existe un effet principal significatif ($p= 0.001$) et positif ($B\hat{e}ta= 0.364$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur la perception de la qualité de vie. Autrement dit, une augmentation d'un écart-type à la sous-échelle permettant de mesurer le *coping* centré sur l'évolution personnelle a pour effet une augmentation de 0.364 écart-type à l'échelle permettant de mesurer la perception de la qualité de vie lorsque les autres variables du modèle sont maintenues à un niveau constant.

L'hypothèse opérationnelle n°2.60 est validée.

5.5.2.1 Synthèse des analyses multivariées

Tableau 49. Synthèse des régressions multiples

VD \ VI	Anxiété	Dépression	ESPT	Dissociation	QDV
Coping émotion	ns	ns	$R^2=0.18$ $B\hat{e}ta=0.260$ $p=0.02$	ns	ns
Coping problème	$R^2=0.21$ $B\hat{e}ta=-0.409$ $p<0.001$	$R^2=0.11$ $B\hat{e}ta=-0.298$ $p<0.001$	ns	ns	$R^2=0.08$ $B\hat{e}ta=0.282$ $p=0.01$
Coping soutien social	ns	ns	ns	$R^2=0.08$ $B\hat{e}ta=0.278$ $p=0.01$	ns
Coping évasion	$R^2=0.11$ $B\hat{e}ta=0.256$ $p=0.03$	$R^2=0.14$ $B\hat{e}ta=0.357$ $p<0.001$	$R^2=0.32$ $B\hat{e}ta=0.485$ $p<0.001$	$R^2=0.11$ $B\hat{e}ta=0.339$ $p<0.001$	$R^2=0.08$ $B\hat{e}ta=0.286$ $p=0.01$

Coping résol. de pblm	R2=0.17 Bêta= -0.355 p<0.001	R2=0.13 Bêta= -0.341 p<0.001	ns	R2=0.08 Bêta=0.264 p=0.02	R2=0.13 Bêta=0.361 p<0.001
Coping autocontrôle	ns	ns	ns	R2=0.09 Bêta=0.286 p=0.01	R2=0.08 Bêta=0.278 p=0.01
Coping fuite-évitement	ns	ns	ns	R2=0.08 Bêta=0.271 p=0.02	ns
Coping replanification	ns	ns	ns	ns	ns
Coping acceptation	ns	ns	R2=0.17 Bêta=0.248 p=0.02	R2=0.09 Bêta=0.286 p=0.01	ns
Coping diplomatie	ns	ns	ns	R2=0.069 Bêta=0.237 p=0.04	ns
Coping confrontation	ns	ns	ns	R2=0.061 Bêta=0.220 p=0.05	ns
Coping évol. personnelle	R2=0.203 Bêta= -0.394 p<0.001	R2=0.13 Bêta= -0.337 p<0.001	ns	R2=0.14 Bêta=0.361 p<0.001	R2=0.13 Bêta=0.364 p<0.001

Il existe un effet principal des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, centrées sur l'évasion et centrées sur l'acceptation sur le niveau de stress post-traumatique dans le sens d'une augmentation. Ainsi, plus les participantes du groupe clinique utilisent des stratégies de

coping centrées sur l'émotion, centrées sur l'évasion et centrées sur l'acceptation, plus elles sont psychotraumatisées.

De plus, il existe un effet principal des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur les niveaux d'anxiété, de dépression et de dissociation dans le sens d'une augmentation. Ainsi, plus les participantes du groupe clinique utilisent des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion, plus elles sont anxieuses, déprimées et dissociées.

En outre, il existe un effet principal des stratégies de *coping* centrées sur le problème, sur la résolution de problème et sur l'évolution personnelle sur les niveaux d'anxiété et de dépression dans le sens d'une diminution. Ainsi, plus les participantes du groupe clinique utilisent des stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur la résolution de problème et centrées sur l'évolution personnelle, moins elles sont anxieuses et déprimées.

Il existe, par ailleurs, un effet principal des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social, centrées sur la résolution de problème, centrées sur l'autocontrôle, centrées sur la fuite-évitement, centrées sur l'acceptation, centrées sur la diplomatie, centrées sur la confrontation et centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dissociation dans le sens d'une augmentation. Ainsi, plus les participantes du groupe clinique utilisent des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social, centrées sur la résolution de problème, centrées sur l'autocontrôle, centrées sur la fuite-évitement, centrées sur l'acceptation, centrées sur la diplomatie, centrées sur la confrontation et centrées sur l'évolution personnelle, plus elles sont dissociées.

De plus, il existe un effet principal des stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur la résolution de problème, centrées sur l'autocontrôle et centrées sur l'évolution personnelle, sur la perception de la qualité de vie dans le sens d'une augmentation. Ainsi, plus les participantes du groupe clinique utilisent des stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur la résolution de problème, centrées sur l'autocontrôle et centrées sur l'évolution personnelle, plus leur perception de la qualité de vie est satisfaisante.

Pour finir, il existe un effet principal des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur la perception de la qualité de vie dans le sens d'une diminution cette fois-ci. Ainsi, plus les participantes du groupe clinique utilisent des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion, plus leur perception de la qualité de vie est non satisfaisante.

Au final, nos résultats montrent que certaines stratégies de *coping* telles que les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sont inefficaces pour diminuer le niveau d'anxiété-dépression, le niveau de stress post-traumatique, le niveau de dissociation et pour améliorer la perception de la qualité de vie. D'autres stratégies telles que celles centrées sur le problème, sur la résolution de problème et sur l'évolution personnelle sont efficaces pour le niveau d'anxiété-dépression des participantes du groupe clinique. Par ailleurs, certaines stratégies de *coping* sont efficaces sur le niveau d'anxiété-dépression et non sur le niveau de dissociation, telles que les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème et sur l'évolution personnelle.

5.6 Résultats de l'étude n°2 : Etude comparative

L'hypothèse de recherche n°3 qui sera testée est la suivante :

L'utilisation des diverses stratégies de *coping* mesurées ainsi que le statut de santé mentale (anxiété état-trait, dépression, stress post-traumatique, dissociation et perception de la qualité de vie) diffèrent significativement entre un groupe de comparaison et un groupe clinique composé de femmes victimes de violences conjugales.

Les hypothèses opérationnelles qui découlent de l'hypothèse de recherche n°3 sont les suivantes :

- Les hypothèses opérationnelles n°3.1 à 3.13 concernent la comparaison inter-groupes portant sur l'utilisation des stratégies de *coping*.

Hypothèse opérationnelle n°3.1: Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p < 0.001$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ($\mu = 49,13$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu = 27,40$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est significatif. Les moyennes entre les groupes ne peuvent pas être comparées car l'hypothèse d'homogénéité des variances n'est pas respectée. Il est à noter que la co-variable présence ou non d'un suivi psychologique influence significativement la variable stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. De plus, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent de façon significative ($p = 0.008$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion ($\mu = 29,23$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu = 26,48$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.1 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.2**: Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur le problème que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p < 0.001$) en moyenne moins de stratégies de *coping* centrées sur le problème ($\mu = 21,82$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu = 29,21$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est non significatif. Les moyennes entre les groupes peuvent donc être comparées. Il est à noter que la co-variable présence ou non d'un suivi psychologique influence significativement la variable stratégies de *coping* centrées sur le problème.

L'hypothèse opérationnelle n°3.2 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.3** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p < 0.001$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social ($\mu = 27,40$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu = 24,23$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est non significatif. Les moyennes entre les groupes peuvent donc être comparées. Il est à noter que les co-variables présence ou non d'un suivi psychologique et situation maritale influencent significativement la variable stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social.

L'hypothèse opérationnelle n°3.3 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.4** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur l'évasion que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p = 0.002$) en moyenne moins de stratégies de *coping* centrées sur l'évasion ($\mu = 11,55$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu = 13,22$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est non significatif. Les moyennes entre les groupes peuvent donc être comparées. Il est à noter que la co-variable présence ou non d'un suivi psychologique influence significativement la variable stratégies de *coping* centrées sur l'évasion. De plus, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent de façon significative ($p = 0.004$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'évasion ($\mu = 14,58$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu = 12,54$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.4 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.5** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p=0.015$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème ($\mu= 18,64$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu= 16,95$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est significatif. Les moyennes entre les groupes ne peuvent pas être comparées car l'hypothèse d'homogénéité des variances n'est pas respectée. Il est à noter que la co-variable présence ou non d'un suivi psychologique influence significativement la variable stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème.

L'hypothèse opérationnelle n°3.5 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.6** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°3.6 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.7** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif concernant la comparaison groupe clinique Vs groupe de comparaison. En revanche, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent significativement ($p=0.002$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement ($\mu= 4,27$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu= 3,27$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.7 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.8** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur la replanification que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°3.8 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.9** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de femmes victimes de violences conjugales utilisent de façon significative ($p=0.04$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation ($\mu= 9,59$) comparativement au groupe de comparaison ($\mu= 8,82$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est non significatif. Les moyennes entre les groupes peuvent donc être comparées. Il est à noter qu'aucune co-variable n'influence significativement la variable stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation. De plus, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent significativement ($p=0.01$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation ($\mu= 10,65$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu= 9,06$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.9 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.10** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif concernant la comparaison groupe clinique Vs groupe de comparaison. En revanche, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent significativement ($p=0.02$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie ($\mu= 11,04$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu= 9,71$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.10 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.11** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur la confrontation que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif.

L'hypothèse opérationnelle n°3.11 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.12** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif, concernant la comparaison groupe clinique Vs groupe de comparaison. En revanche, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent significativement ($p=0.01$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle ($\mu= 8,88$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu= 7,71$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.12 est non validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.13** : Les femmes victimes de violences conjugales utilisent significativement plus de stratégies de *coping* centrées sur le soutien social que les femmes issues du groupe de comparaison.

Le t de student n'est pas significatif, concernant la comparaison groupe clinique Vs groupe de comparaison. En revanche, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent significativement ($p=0.007$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur le soutien social ($\mu= 15,08$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique ($\mu= 13,19$).

L'hypothèse opérationnelle n°3.13 est non validée.

- Les hypothèses opérationnelles n°3.14 à 3.18 concernent la comparaison inter-groupes portant sur les variables psychologiques.
- **Hypothèse opérationnelle n°3.14**: Le niveau d'anxiété état-trait est significativement plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.

Le groupe de femmes victimes de violences conjugales souffrent de façon significative ($p<0.001$) en moyenne plus d'anxiété état-trait ($\mu= 103,78$) comparativement au groupe de comparaison ($\mu= 84,79$). Le test d'égalité des variances de LEVENE est non significatif. Les moyennes entre les groupes peuvent donc être comparées. Il est à noter que la co-variable présence ou non d'un suivi psychologique influence significativement la variable anxiété état-trait.

L'hypothèse opérationnelle n°3.14 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.15**: Le niveau de dépression est significativement plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.

D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « dépression ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus

dépressives que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z=5.934>0.95$ donc on rejette H_0). Il est à noter qu'aucune co-variable n'influence significativement la variable dépression. De plus, il existe une différence statistiquement significative entre les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique et celles ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique concernant la variable « dépression ». Les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique apparaissent comme plus dépressives que les femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique (Test unilatéral gauche : $z= -1.917<0.05$ donc on rejette H_0).

L'hypothèse opérationnelle n°3.15 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.16**: Le niveau de stress post-traumatique est significativement plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.

D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « stress post-traumatique ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus psychotraumatisées que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z= 5.750>0.95$ donc on rejette H_0). De plus, il existe une différence statistiquement significative entre les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique et celles ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique concernant la variable « stress post-traumatique ». Les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique apparaissent comme plus psychotraumatisées que les femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique (Test unilatéral gauche : $z= -1.917<0.05$ donc on rejette H_0).

L'hypothèse opérationnelle n°3.16 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.17**: Le niveau de dissociation est significativement plus élevé chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.

D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « dissociation ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus dissociées que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 0.994 > 0.95$ donc on rejette H_0).

L'hypothèse opérationnelle n°3.17 est validée.

- **Hypothèse opérationnelle n°3.18** : La perception de la qualité de vie est significativement moins satisfaisante chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les femmes issues du groupe de comparaison.

D'après le test de Wilcoxon-Mann-Whitney, il existe une différence statistiquement significative entre le groupe clinique et le groupe de comparaison en ce qui concerne la variable « perception de la qualité de vie ». Les participantes du groupe clinique apparaissent comme ayant une moins bonne perception de la qualité de vie que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral gauche : $z = -5.959 < 0.05$ donc on rejette H_0).

L'hypothèse opérationnelle n°3.16 est validée.

5.6.1 Synthèse de l'étude comparative

Par rapport au groupe de comparaison, les femmes victimes de violences conjugales utilisent moins de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social. De plus, les femmes victimes de violences conjugales utilisent plus de stratégies de *coping* centrées sur le problème, centrées sur l'évasion et centrées sur l'acceptation que les femmes issues du groupe de comparaison. Pour finir, les femmes victimes de violences conjugales sont plus anxieuses, plus dépressives, plus psychotraumatisées, plus dissociées et ont une moins bonne perception de la qualité de vie que les femmes issues du groupe de comparaison.

Par rapport aux femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique, les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique utilisent plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, centrées sur l'évasion, centrées sur le soutien social, centrées sur la fuite-évitement, centrées sur l'acceptation, centrées sur la diplomatie et centrées sur l'évolution personnelle. Et, elles souffrent plus de dépression et de stress post-traumatique.

Partie 6 : Discussion

6.1 Discussion générale

6.1.1 Discussion concernant les résultats de la « WCC »

Les résultats de la présente thèse indiquent que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sont corrélées positivement ($r= 0.340$) et significativement ($p<0.005$) au niveau de stress post-traumatique. En outre, il existe un effet principal significatif ($p= 0.022$) et positif (Bêta= 0.260) des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion sur le niveau de stress post-traumatique. Krause et ses collaborateurs (2008) aboutissent aux mêmes résultats. En effet, selon eux, les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion seraient associées à un état de stress post-traumatique jusqu'à près de un an après leurs passations. Il est à noter, aussi, qu'une enquête menée par Street & al. (2005) a révélé que la culpabilité relative au traumatisme généré par les violences conjugales était associée à une augmentation de la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique, tant directement qu'indirectement, à travers l'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. Par ailleurs, d'après Bauman & al. (2008), lorsque les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion étaient les plus utilisées par des femmes victimes de violences conjugales, celles-ci étaient perçues comme inutiles pour faire face aux ressentis découlant des abus conjugaux.

D'après nos résultats, les stratégies de *coping* centrées sur le problème sont corrélées négativement et significativement au niveau de dépression ($r= - 0.292$; $p<0.01$) et au niveau d'anxiété ($r= - 0.379$; $p<0.005$) ; et sont corrélées positivement et significativement à la perception de la qualité de vie ($r= 0.258$; $p<0.01$). Ces corrélations sont confirmées par nos modèles de régressions multiples. En effet, il existe un effet principal significatif ($p<0.001$) et négatif (Bêta= $- 0.409$) des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau d'anxiété état-trait. Et, il existe un effet principal significatif ($p= 0.008$) et négatif (Bêta= $-$

0.298) des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur le niveau de dépression. Ces résultats confortent ceux obtenus par Taft et ses collaborateurs (2007) qui ont démontré le rôle bénéfique joué par les stratégies de coping centrées sur le problème sur la santé mentale en contexte de violences conjugales. S'agissant de la perception de la qualité de vie, il est à noter qu'aucune étude dans la littérature n'a, à notre connaissance, mis cette variable en relation avec du *coping* centré sur le problème en contexte de violences conjugales. Or, d'après nos résultats, il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif (Bêta= 0.282) des stratégies de *coping* centrées sur le problème sur la perception de la qualité de vie. Ces résultats sont donc particulièrement intéressants et novateurs. Par ailleurs, il convient de souligner que notre groupe de comparaison utilise de façon significative ($p<0.001$) en moyenne moins de stratégies de *coping* centrées sur le problème ($\mu= 21,82$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu= 29,21$). Ces résultats montrent que les femmes victimes de violences conjugales tentent activement de lutter contre les violences conjugales qu'elles subissent en mettant en place une quantité importante de stratégies de *coping* centrées sur le problème. Ces dernières ont, en outre, un effet bénéfique sur leur niveau d'anxiété état-trait, sur leur niveau de dépression et sur leur perception de la qualité de vie.

Les stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sont, quant à elles, corrélées positivement ($r= 0.252$) et significativement ($p<0.05$) au niveau de stress post-traumatique. Et, il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif (Bêta= 0.278) des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social sur le niveau de dissociation. Ces résultats sont difficiles à expliquer, et apparaissent incohérents. Cependant, la dissociation est étroitement liée au stress post-traumatique, et une étude d'Engel (2005) a démontré que la gravité d'un état de stress post-traumatique serait associée à l'activation de plus de stratégies de *coping*. Un élément d'explication serait de considérer qu'au-delà d'un certain degré, les stratégies de *coping* activées deviendraient coûteuses psychologiquement pour les femmes confrontées à des violences conjugales. Par ailleurs, le modèle de régression multiple recensé plus haut n'explique que 8% de la variabilité de la variable dissociation. D'autres variables interviennent pour expliquer de tels résultats. L'une de ces variables pourrait être la qualité du soutien social obtenu. En effet, il est à noter, d'après Lettiere et Marcia Spano Nakano (2011) que les liens établis dans le cadre de la mise en place de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social peuvent, soit devenir un

obstacle au *coping* et rendre ces femmes vulnérables à la violence, ou alors les protéger et attribuer un caractère renforçateur aux stratégies de *coping* mises en place. Pour finir, le fait de rechercher du soutien social passe, la plupart du temps, pour des femmes victimes de violences conjugales, par une expression de la réalité de ce qu'elles vivent et de leur souffrance. Or, cette libération de la parole est susceptible de réactiver leur mémoire traumatique et leurs symptomatologies dissociatives. En outre, il est à noter que le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p < 0.001$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social ($\mu = 27,40$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu = 24,23$). Dans la « WCC », le type de soutien social n'est mentionné que dans le sens d'un soutien dispensé par une personne neutre ou un professionnel et n'est pas de type amical ou familial. D'après Decker & al. (2013), la recherche d'aide formelle est rare chez les femmes victimes de violences conjugales et des sources d'aides informelles sont plus fréquemment recherchées par ces femmes. En outre, d'après Hamdam-Mansour & al. (2011), les femmes victimes de violences conjugales ont un niveau bas de perception de soutien social. Aussi, Arias et ses collaborateurs (1997) ont objectivé que les femmes qui n'étaient pas victimes de violences conjugales avaient perçu plus de soutien social, et ont ressenti plus d'efficacité personnelle, par rapport à celles victimes de violences conjugales, lesquelles avaient ressenti moins de soutien social et moins d'efficacité personnelle.

6.1.2 Discussion concernant les résultats de la « WCC-R »

La plupart des autres stratégies de *coping* que nous allons aborder n'ont jamais, à notre connaissance, fait l'objet d'études dans la littérature portant sur les femmes victimes de violences conjugales. C'est la raison pour laquelle, nous les avons intégrées à nos investigations.

Concernant les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion, les résultats de la présente thèse indiquent que les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sont corrélées positivement et significativement aux niveaux de dépression ($r = 0.4$; $p < 0.005$), d'anxiété ($r = 0.2$; $p < 0.05$), de

stress post-traumatique ($r = 0.5$; $p < 0.005$) et de dissociation ($r = 0.4$; $p < 0.005$) ; et sont corrélées négativement et significativement à la perception de la qualité de vie ($r = - 0.3$; $p < 0.01$). En outre, il existe un effet principal significatif ($p = 0.03$) et positif (Bêta= 0.256) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau d'anxiété état-trait. Il existe un effet principal significatif ($p = 0.002$) et positif (Bêta= 0.357) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de dépression. Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion apparaissent comme délétères pour le niveau d'anxiété-dépression. De même, pour ce qui concerne l'état de stress post-traumatique et la dissociation. En effet, il existe un effet principal significatif ($p < 0.001$) et positif (Bêta= 0.485) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de stress post-traumatique. Et, il existe un effet principal significatif ($p = 0.004$) et positif (Bêta= 0.339) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur le niveau de dissociation. Aussi, les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion semblent néfastes pour la perception de la qualité de vie. Il existe effectivement un effet principal significatif ($p = 0.01$) et négatif (Bêta= - 0.286) des stratégies de *coping* centrées sur l'évasion sur la perception de la qualité de vie. Par ailleurs, il est à noter que le groupe de comparaison utilise de façon significative ($p = 0.002$) en moyenne moins de stratégies de *coping* centrées sur l'évasion ($\mu = 11,55$) comparativement aux femmes victimes de violences conjugales ($\mu = 13,22$). Cela veut dire que ces stratégies qui consistent à s'évader physiquement pour prendre des vacances ou dans l'imaginaire à travers la rêverie seraient plus activées par des femmes victimes de violences conjugales et hautement délétères pour leur santé mentale. Le fait de s'évader dans l'imaginaire constitue un évitement en jeu dans l'état de stress post-traumatique. Ces stratégies contribueraient à renforcer l'état de stress post-traumatique et la composante dissociative y étant inhérente.

Les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sont corrélées négativement et significativement aux niveaux de dépression ($r = - 0.3$; $p < 0.005$) et d'anxiété ($r = - 0.4$; $p < 0.005$) ; et positivement et significativement au niveau de dissociation ($r = 0.2$; $p < 0.01$) et à la perception de la qualité de vie ($r = 0.3$; $p < 0.005$). Ces résultats sont confirmés par les régressions multiples testées. En effet, concernant les stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème, les résultats de la présente thèse indiquent qu'il existe un effet principal significatif ($p = 0.002$) et négatif (Bêta= - 0.355) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau d'anxiété état-trait. De même pour le niveau de dépression. Il existe un effet principal significatif ($p = 0.003$) et négatif (Bêta= - 0.341) des

stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de dépression. Par ailleurs, il est à noter qu'il existe un effet principal significatif ($p= 0.02$) et positif, cette fois-ci, ($B\grave{e}ta= 0.264$) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur le niveau de dissociation. Ce dernier résultat apparaît, de prime abord, comme incohérent. Or, le *coping* centré sur la résolution de problème passe par une confrontation à la source du problème pour mieux le résoudre, et cette étape semble susceptible de réactiver la mémoire traumatique et les symptômes dissociatifs des femmes victimes de violences conjugales les plus touchées. La variable dissociation est donc importante à prendre en compte dans l'activation des stratégies de *coping* mises en place par des femmes victimes de violences conjugales. Par ailleurs, dans le modèle évoqué plus haut, le *coping* centré sur la résolution de problème explique, entre autres, 8% de la variabilité de la variable dissociation. Ainsi, d'autres variables interviennent pour expliquer une augmentation de la dissociation. Une de ces variables pourrait être la présence d'antécédents de maltraitance. Dans ce cas, d'après Lewis et ses collaborateurs (2006), il existe une vulnérabilité double aux violences psychologiques et les modes de *coping* habituellement considérés comme adaptatifs, par exemple, être engagé et proactif, ne semblent pas être satisfaisants chez les femmes battues présentant des antécédents de maltraitance. Il apparaît important que d'autres études soient conduites pour mieux éclairer les raisons de l'inefficacité du *coping* centré sur la résolution de problème sur le niveau de dissociation des femmes victimes de violences conjugales. Une piste de compréhension pourrait être de considérer qu'en termes de profil d'utilisation des stratégies de *coping*, toutes formes confondues, les femmes victimes de violences conjugales à antécédents de maltraitance utiliseraient simultanément aux stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème plus de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion. Ces dernières auraient, alors, pour conséquence de fragiliser les effets bénéfiques des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème. Des études plus poussées devront, cependant, être conduites pour valider un tel constat. Par ailleurs, d'après Hetzel-Riggin & al. (2011), les individus présentant de lourds antécédents de maltraitance dans l'enfance seraient les plus vulnérables à des maltraitements à l'âge adulte parce qu'il existe très peu de médiateurs qui préviennent ou diminuent le risque de maltraitance à l'âge adulte, dans ces conditions. Ainsi, il se pourrait que chez des femmes battues à antécédents de maltraitance, les stratégies de *coping* ne soient pas des médiateurs suffisamment efficaces pour diminuer les violences conjugales et préserver, ainsi, la santé mentale. Concernant la perception de la qualité de vie, nos résultats indiquent qu'il existe un effet principal significatif ($p= 0.001$) et positif ($B\grave{e}ta= 0.361$) des stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème sur la perception de la qualité de vie. Ainsi, les

stratégies de *coping* centrées sur la résolution de problème semblent particulièrement efficaces sur le niveau d'anxiété-dépression et sur une perception satisfaisante de la qualité de vie. Cependant, ces stratégies doivent être manipulées avec précaution chez les femmes dissociées. L'apprentissage de ces stratégies de *coping* semble nécessiter le soutien renforcé de professionnels de santé et de professionnels du droit. Et ce, afin d'apprendre à faire face aux violences conjugales (établir un plan d'actions pour se mettre en sécurité en cas de violences et mettre en place sur le plan juridique une ordonnance de protection et/ou demander à bénéficier « d'un Téléphone Femmes en Grand Danger » (TGD)).

Les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sont corrélées positivement et significativement au niveau de dissociation ($r = 0.3$; $p < 0.005$) et à la perception de la qualité de vie ($r = 0.2$; $p < 0.05$). Et, il existe un effet principal significatif ($p = 0.01$) et positif (Bêta = 0.286) des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur le niveau de dissociation. Les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle semblent délétères pour le niveau de dissociation mais non pour la perception de la qualité de vie. La variable dissociation apparaît une fois de plus comme devant être contrôlée chez des femmes victimes de violences conjugales. Ainsi, il existe un effet principal significatif ($p = 0.01$) et positif (Bêta = 0.278) des stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle sur la perception de la qualité de vie. Ces stratégies renvoient à une remise en question personnelle par rapport à la source du stress, ou à une réévaluation positive des événements. Or, ces stratégies semblent précisément inefficaces pour le niveau de dissociation bien que bénéfiques pour la perception de la qualité de vie. Il apparaît, ici, que la remise en question personnelle par rapport aux violences conjugales ou une réévaluation positive des violences conjugales à travers les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle soient délétères pour le niveau de dissociation et non pour la perception de la qualité de vie. Nous formulons l'hypothèse que les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique sont celles qui subissent les violences les plus sévères associées ou non à des antécédents de maltraitance. Or, se remettre en question lorsque l'on subit des violences conjugales est impertinent, et n'a aucun sens. En revanche, il se pourrait que chez des femmes victimes de violences conjugales sorties du contexte de maltraitance, une réévaluation positive des événements soit davantage de circonstance, et bénéfique pour la perception de la qualité de vie.

Les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sont corrélées positivement et significativement au niveau de dissociation ($r= 0.3$; $p<0.005$). Et, il existe un effet principal significatif ($p= 0.02$) et positif (Bêta= 0.271) des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement sur le niveau de dissociation. Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement semblent accroître le niveau de dissociation chez des femmes victimes de violences conjugales, et doivent donc être contrôlées. Et, ces stratégies qui renvoient à une fuite dans le sommeil, les médicaments, la nourriture et/ou la drogue constituent des évitements subtils en jeu dans l'état de stress post-traumatique. Elles renvoient également à la mise en place de conduites « dissociantes », notamment, pour la prise de drogue. Des protocoles d'exposition aux souvenirs traumatiques semblent être de mise pour contrer le caractère dysfonctionnel des stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement. Mais, la mise en place de ces protocoles nécessite, pour les femmes victimes de violences conjugales, d'être sorties du contexte de maltraitance. D'où l'importance d'avoir une approche juridique en parallèle (mise en place d'une ordonnance de protection) pour agir concrètement sur la source du problème : les violences conjugales.

Concernant les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation, les résultats de la présente thèse indiquent des éléments significatifs pour l'état de stress post-traumatique. En effet, il existe un effet principal significatif ($p= 0.02$) et positif (Bêta= 0.248) des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de stress post-traumatique. En outre, il est à noter qu'il existe un effet principal significatif ($p= 0.01$) et positif (Bêta= 0.286) des stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation sur le niveau de dissociation. Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation semblent inefficaces pour le niveau de stress post-traumatique et pour le niveau de dissociation en contexte de violences conjugales. Pourtant, le groupe de femmes victimes de violences conjugales utilisent de façon significative ($p=0.04$) en moyenne plus de stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation ($\mu= 9,59$) comparativement au groupe de comparaison ($\mu= 8,82$). Le fait d'accepter les violences conjugales sans y opposer d'objections semble donc délétère pour le niveau de stress post-traumatique et pour le niveau de dissociation des femmes victimes de violences conjugales. Une approche juridique semble, une fois de plus, être plus efficace.

Par ailleurs, les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sont corrélées positivement et significativement au niveau de dissociation ($r= 0.2$; $p<0.05$). Et, il existe un effet principal

significatif ($p= 0.04$) et positif ($B\hat{e}ta= 0.237$) des stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie sur le niveau de dissociation. Les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie semblent jouer un rôle inefficace sur le niveau de dissociation des femmes victimes de violences conjugales. Des techniques spécifiques de contre-manipulation et/ou de restructuration cognitive pour imputer les violences conjugales au fonctionnement pathologique du conjoint, et ainsi s'en protéger semblent être plus pertinentes que la simple diplomatie suggérée par les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie. En effet, la remise en question est difficile voire inexistante chez les auteurs de violences conjugales. Toutes discussions visant à trouver des solutions à travers les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie semblent donc, de ce fait, vouées à l'échec.

S'agissant des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation, les résultats de la présente thèse indiquent qu'il existe un effet principal significatif ($p= 0.05$) et positif ($B\hat{e}ta= 0.220$) des stratégies de *coping* centrées sur la confrontation sur le niveau de dissociation. Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation semblent inefficaces sur le niveau de dissociation des femmes victimes de violences conjugales. Ces stratégies consistent, pour les femmes victimes de violences conjugales, à exprimer leurs émotions négatives à l'auteur des violences. Les techniques classiques d'affirmation de soi semblent, donc, sujettes à caution pour préserver sa santé mentale en contexte de violences conjugales. En effet, d'après l'OMS (2002), le fait de répondre à son conjoint est un déclencheur aux violences conjugales.

Pour finir, les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sont corrélées négativement et significativement aux niveaux de dépression ($r= - 0.2$; $p<0.01$) et d'anxiété ($r= - 0.4$; $p<0.005$) ; et positivement et significativement au niveau de dissociation ($r= 0.3$; $p<0.005$) et à la perception de la qualité de vie ($r= 0.2$; $p<0.01$). Ces résultats sont confirmés par les modèles de régressions multiples qui suivent. En effet, concernant les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle, il apparaît qu'il existe un effet principal significatif ($p<0.001$) et négatif ($B\hat{e}ta= - 0.394$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau d'anxiété état-trait. En outre, il existe un effet principal significatif ($p= 0.003$) et négatif ($B\hat{e}ta= - 0.337$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dépression. Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle semblent bénéfiques pour le niveau d'anxiété-dépression des femmes victimes de violences conjugales. Cela n'est pas le cas pour le niveau de dissociation. En

effet, il existe un effet principal significatif ($p= 0.002$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.361$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur le niveau de dissociation. Ainsi, la variable « dissociation » doit une fois de plus être contrôlée et faire l'objet d'une vigilance accrue chez des femmes victimes de violences conjugales. Nous pouvons, par ailleurs, émettre l'hypothèse que les femmes présentant un niveau de dissociation pathologique font l'objet des violences conjugales les plus sévères associées ou non à des antécédents de maltraitance. A ce titre, 38% de notre échantillon clinique présente des antécédents de maltraitance et/ou des événements de vie marquants. Dans ce cas, il existe une vulnérabilité double aux abus et les stratégies de *coping* déployées sont susceptibles d'être inefficaces (Lewis, 2006). Pour finir, il existe un effet principal significatif ($p= 0.001$) et positif ($B\acute{e}ta= 0.364$) des stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle sur la perception de la qualité de vie. Ainsi, les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle semblent jouer un rôle bénéfique pour la perception de la qualité de vie et pour le niveau d'anxiété-dépression. Ces stratégies consistent à changer quelque chose en soi, ou à évoluer en « bien ». Des protocoles visant à partager des informations sur les processus en jeu dans les violences conjugales pourraient permettre aux femmes victimes de violences conjugales d'avoir une autre perception des violences conjugales. Ces dernières seraient, alors, perçues comme renvoyant à un fonctionnement pathologique chez le conjoint violent, et non comme étant méritées. De plus, des techniques de restructuration cognitive centrées sur les violences conjugales pourraient également permettre à la femme victime de violences conjugales de moduler sa perception des événements, et ainsi de changer quelque chose en elle comme le suggèrent les stratégies de *coping* centrées sur l'évolution personnelle.

6.1.3 Discussion concernant les résultats de l'étude comparative

Il est à noter, par ailleurs, concernant la comparaison intergroupes que le groupe de femmes victimes de violences conjugales souffre de façon significative ($p<0.001$), en moyenne, plus d'anxiété état-trait ($\mu= 103,78$) comparativement au groupe de comparaison ($\mu= 84,79$). De même pour ce qui est de l'état de stress post-traumatique. En effet, le groupe de femmes victimes de violences conjugales souffre de façon significative plus de stress post-traumatique

comparativement au groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 5.750 > 0.95$ donc on rejette H_0). De plus, les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus dépressives que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 5.934 > 0.95$ donc on rejette H_0). Enfin, les participantes du groupe clinique apparaissent comme plus dissociées que les participantes du groupe de comparaison (Test unilatéral droit : $z = 0.994 > 0.95$ donc on rejette H_0). Ces résultats sont confirmés par une étude d'Ali et ses collaborateurs (2013) qui a démontré que les femmes victimes de violences conjugales présentaient une santé mentale plus défaillante que des femmes non exposées à des violences conjugales. Clements & Ogle (2007) ont, quant à eux, objectivé que les femmes victimes de violences conjugales rapportaient les plus hauts degrés d'anxiété et de dépression par rapport aux femmes non victimes d'abus. Concernant la qualité de vie, le groupe de femmes victimes de violences conjugales a une moins bonne perception de la qualité de vie comparativement au groupe de comparaison (Test unilatéral gauche : $z = - 5.959 < 0.05$ donc on rejette H_0). Ce résultat coïncide avec une étude d'Alsaker & al. (2003) qui a démontré que les violences conjugales semblaient altérer la perception de la qualité de vie des femmes qui en sont victimes. Ainsi, les femmes victimes de violences conjugales ont une santé mentale plus défaillante que des femmes issues d'un groupe de comparaison. Elles doivent faire face à de nombreux défis pour restaurer leur santé mentale via la mise en place de stratégies de *coping*.

6.1.4 Discussion concernant l'impact clinique de nos résultats

Concernant l'impact clinique et psychothérapeutique de nos résultats, un protocole d'inspiration TCC en plusieurs étapes clés pourrait être construit, moyennant des études de validation plus rigoureuses sur le plan scientifique. Les principales psychothérapies cognitivo-comportementales utilisées pour la prise en charge des victimes de maltraitances sont les thérapies cognitives (Beck, 2010), les thérapies comportementales (Cottraux, 2011) et les thérapies centrées sur la prise en charge de l'état de stress post-traumatique (Brillon, 2013 ; Foa & Olasov Rothbaum, 2012), de l'anxiété (Servant, 2012) ainsi que de la dépression (Mirabel-Sarron & Docteur, 2013). Par ailleurs, la thérapie des schémas (Weishaar, Klosko & Young, 2005) est une bonne indication pour la prise en charge des maltraitances infantiles. Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas de protocole psychothérapeutique validé pour

la prise en charge spécifique des femmes victimes de violences conjugales. Cette partie aura, donc, pour objectif de proposer une ébauche de protocole psychothérapeutique d'inspiration TCC centré sur la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, et incluant la question des stratégies de *coping*, objets d'étude de la présente thèse. Ce protocole a été pensé pour initier le début d'une prise en charge avec des femmes victimes de violences conjugales. Au vu des résultats de la présente thèse, par mesure de précaution, ce protocole ne concernera pas les femmes victimes de violences conjugales présentant une dissociation à un degré pathologique. Le protocole comprend au minimum « 8 » séances structurées comme suit :

Séance n°1 :

Plan de la séance n°1 :

Axe 1) Recueil du motif de consultation

Axe 2) Entretien anamnestique

Axe 3) Clôturer l'entretien et présenter l'objectif de la séance n°2

L'objectif de la séance n°1 sera de recueillir le motif de consultation, et de conduire un entretien anamnestique. Lors du recueil du motif de consultation, certaines femmes victimes de violences conjugales disent qu'elles consultent au motif des violences conjugales. D'autres femmes parlent d'un besoin de parler tandis que certaines parlent d'un besoin de comprendre. Dans ce cas, recueillir quelques informations anamnestiques (âge, situation maritale, nombre d'enfants, situation professionnelle, antécédents médicaux, antécédents psychologiques, prise ou non d'un traitement médicamenteux et événements de vie marquants et/ou traumatiques) et passer directement au recueil d'informations sur les violences conjugales, et leurs contextes (Cf. plan de la séance n°2). Certaines femmes, quant à elles, parlent directement de leurs troubles (anxiété, dépression, trouble panique, insomnies, fléchissement de l'estime de soi et de la confiance en soi, stress post-traumatique...). Dans ce cas, faire un entretien anamnestique plus approfondi que celui proposé plus haut (en incluant, en plus, l'histoire du trouble, sa date de survenue, les éléments déclencheurs, les situations minorant le trouble, les situations majorant le trouble, les antécédents familiaux...).

Clôturer la séance en remerciant la femme victime de violences conjugales pour les informations qu'elle a livrées, et présenter l'objectif de la séance n°2.

Séance n°2 :

Plan de la séance n°2 :

Axe 1) Passation du « Domestic Violence Interview » (« DVI »)

Axe 2) Faire une synthèse des éléments recueillis

Axe 3) Prescription de tâches à effectuer (Exercices d'auto-observation)

Axe 4) Clôturer la séance et présenter l'objectif de la séance n°3

L'objectif de la séance n°2 sera de recueillir des informations précises avec des exemples concrets sur les violences conjugales, et leurs contextes. Il est important, à ce stade, de dire à la femme victime de violences conjugales que nous allons lui poser des questions précises sur les violences conjugales, et qui si certaines évoquent des souvenirs trop douloureux pour elle, qu'elle n'hésite pas à interrompre l'entretien pour le dire. Pour cette séance, nous proposons l'utilisation de l'entretien thématique semi-directif que nous avons conçu dans le cadre de la présente thèse. Cet entretien s'appelle le « Domestic Violence Interview » (« DVI »). Il comprend 17 modules, à explorer, sous forme de questions.

Le premier module explore la question des violences conjugales. Il répond aux questions : « le tableau comprend quels types de violences ? Y a-t-il eu un recours à l'isolement, aux menaces, à la double-contrainte, aux stratégies de contrôle excessives de la part de l'auteur des violences ? ». A ce moment-là, le thérapeute investigate, pas à pas, la présence de violences physiques, de violences sexuelles, de violences psychologiques, de violences verbales et de violences de privation économique en demandant à la femme victime de violences conjugales des exemples concrets. Il interroge, également, la femme victime de violences conjugales sur un recours éventuel, de la part de l'auteur de violences, à l'isolement, aux menaces (menaces d'homicide, de rupture définitive, de violences, de s'en prendre à une tierce personne (amis, famille, collègues...), de suicide), à la double-contrainte, aux stratégies

de contrôle excessives (contrôle des sorties, des communications téléphoniques, du courrier, des tenues vestimentaires...).

Le second module explore la durée des violences conjugales.

Le troisième module explore la fréquence des violences conjugales (cycle progressif, cycle rapproché...).

Le quatrième module explore l'étiologie perçue des violences conjugales (troubles de la personnalité chez l'auteur, alcool-dépendance, consommation de drogues, fondements sexistes et culturels à la violence).

Le cinquième module explore les conditions de l'union (mariage consenti, arrangé, forcé ou union libre).

Le sixième module explore la durée de la relation conjugale.

Le septième module explore la présence ou non de déclencheurs aux violences conjugales.

Le huitième module explore si il y a eu ou non une explosion de la violence pendant une période de grossesse.

Le neuvième module explore la présence ou non de ruptures avec retours ainsi que leur nombre.

Le dixième module aborde la question du motif des ruptures avec retours.

Le onzième module examine le processus d'emprise.

Le douzième module explore les ingrédients actifs du processus d'emprise.

Le treizième module interroge la décision ou non de rupture définitive au moment de l'entretien.

Le quatorzième module aborde la question des antécédents de maltraitance individuels et familiaux que ce soit chez la victime ou l'auteur des violences.

Le quinzième module explore les antécédents de violences conjugales dans les précédentes relations de couple que ce soit chez la victime ou l'auteur de violences.

Le seizième module aborde la question des enfants (victimes, témoins, ou étant un enjeu de la violence).

Le dix-septième module permet à la femme victime de violences conjugales d'ajouter d'autres éléments qu'elle souhaiterait aborder concernant les violences conjugales (dépôt de plainte, procédures en cours...).

A la suite de cet entretien, le thérapeute devra faire une synthèse clarificatrice de l'entretien. Cette synthèse peut permettre une prise de conscience de l'ampleur des violences subies chez la femme victime de violences conjugales. Il est important qu'à ce stade le thérapeute puisse rompre avec toute forme de neutralité concernant le caractère pénalement répréhensible des violences conjugales. En effet, les violences conjugales sont un délit qui est puni par la loi. Cela doit être rappelé autant que faire se peut.

Finir la séance en prescrivant les tâches à effectuer pour la séance suivante, en particulier, demander à la femme victime de violences conjugales de renseigner une fiche d'auto-observation (Cf. encart n°1) immédiatement après avoir subi des violences. La prescription de cette fiche d'auto-observation a pour objectif de recenser en fonction du type de violences subies, les cognitions, les émotions et les sensations corporelles associées, le comportement mis en place pour y faire face (stratégies de *coping*) et les conséquences de celui-ci pour elle et son entourage. Cette fiche type « SORC » servira de base, pour la construction des analyses fonctionnelles, lors de la séance qui suit.

Remercier la femme victime de violences conjugales pour les éléments qu'elle a pu partager, et lui exposer l'objectif de la séance n°3.

Encart n°1 : Fiche d'auto-observation

Type de violences subies :

Qu'est-ce que je me suis dit ? (pensées) :

Qu'est-ce que j'ai ressenti ? (émotion) :

Quelles-ont-été mes sensations corporelles ? :

Qu'ai-je-fait (réaction) ? :

Quelles-ont-été les conséquences pour moi et mon entourage ? :

Séance n°3 :

Plan de la séance n°3 :

Axe 1) Revue des tâches à effectuer

Axe 2) Construction des analyses fonctionnelles

Axe 3) Analyse diagnostique

Axe 4) Clôturer la séance et présenter l'objectif de la séance n°4

L'objectif de la séance n°3 sera de faire une revue des tâches à effectuer et de mener une analyse diagnostique. Lors de la revue des tâches à effectuer, certaines femmes victimes de violences conjugales arrivent en disant qu'elles n'ont pas pu renseigner la fiche d'auto-observation, en particulier, parce qu'elles étaient en permanence confrontées à leur conjoint violent. Dans ce cas, reprendre avec la femme victime de violences conjugales, les violences auxquelles elle a été confrontée pendant la semaine écoulée, et construire les analyses fonctionnelles avec elle. Ensuite, dégager des cercles vicieux, et montrer dans quelle mesure les variables s'autoalimentent. Dire que la prise en charge psychothérapeutique aura pour objectifs, dans les premiers temps, la mise au jour des pensées et émotions irrationnelles, et un

travail de restructuration, de remise en question de ces dernières pour atténuer leurs effets délétères sur la santé psychique.

Ensuite, passer à l'analyse diagnostique. L'analyse diagnostique comprendra l'entretien semi-directif à visée diagnostique, le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) et la passation des questionnaires d'auto-évaluation. Le livret de questionnaires pourrait être le même que celui utilisé pour la présente thèse. Il pourrait comprendre le « CTS », le « BDI », le « STAI-Y », l' « IES-R », le « DES », le « WHOQOL-bref », le « WCC » et le « WCC-R ». Le discours suivant pourra être tenu à la femme victime de violences conjugales pour introduire l'analyse diagnostique : « Afin de mieux comprendre les retentissements qu'ont les violences que vous subissez sur votre état de santé psychologique, je vais vous poser quelques questions et je vais vous demander de renseigner un livret de questionnaires...Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses....ce qui compte c'est d'être au plus près de ce que vous ressentez et de vos difficultés psychiques ».

Une fois l'analyse diagnostique terminée, remercier la femme victime de violences conjugales pour sa collaboration, et lui exposer l'objectif de la séance n°4.

Séance n°4 :

Plan de la séance n°4 :

Axe 1) Psychoéducation

Axe 2) Victimoéducation

Axe 3) Clôturer la séance et présenter l'objectif de la séance n°5

L'objectif de la séance n°4 sera d'effectuer un entretien de restitution comprenant une psychoéducation concernant les troubles, et une « victimoéducation » concernant à la fois les violences conjugales (cycle des violences, manipulation relationnelle et emprise psychologique) et les stratégies de *coping* activées pour faire face aux violences conjugales.

Les résultats de la présente thèse pourraient servir de premières bases (nécessitant des études de validation supplémentaires) pour aider, à travers cette « victimoéducation », les femmes victimes de violences conjugales, à discerner les stratégies de *coping* qui semblent efficaces pour la santé mentale, de celles qui semblent délétères. Le thérapeute devra pouvoir, à cette étape de la prise en charge, se montrer pédagogue, et illustrer son propos avec le matériel recueilli lors de l'entretien thématique semi-directif sur les violences conjugales (« DVI »). Le terme « victimoéducation » n'existe pas dans la littérature des thérapies cognitivo-comportementales. Il s'agit-là d'une piste de réflexion. En effet, dans ce cas précis, la psychoéducation qui renvoie à un partage de connaissances sur les troubles psychiques, n'est pas le terme adapté pour décrire et mieux comprendre les processus en jeu dans les violences conjugales. D'où cette proposition de production scientifique. Il s'agira, également, d'insister sur le fait que l'un des objectifs de la « victimoéducation » sera d'acquérir des outils permettant la prise de conscience des processus en jeu dans les violences conjugales (emprise psychologique et manipulation) pour mieux se défaire des pensées irrationnelles et de la charge émotionnelle qui y sont rattachées. Ces éléments permettront très vite, en début de prise en charge, de cultiver l'espoir d'un changement chez la femme victime de violences conjugales.

Encart n°2 : Exemple d'un protocole de « victimoéducation »

Phase 1 : Décrire le processus cyclique des violences conjugales (Walker, 1979)

Les violences conjugales se caractérisent par 4 phases en lien avec un processus cyclique. La première phase est la phase d'escalade de la violence. On retrouve, ici, une tension chez l'homme, et de la peur chez la femme. La deuxième phase est la phase d'explosion de la violence. On retrouve durant cette phase, des agressions perpétrées par l'homme et de la colère ainsi que de la tristesse chez la femme. La troisième phase est la phase de transfert de responsabilité où l'on retrouve du déni et un transfert de responsabilité chez l'homme, et une culpabilisation et une responsabilisation de la femme quant aux violences qui ont été perpétrées. Enfin, la quatrième phase est la phase de « lune de miel » où l'on retrouve une rémission, un sursis amoureux chez l'homme et un espoir de changement chez la femme. La présence de la dernière phase n'est pas nécessaire pour parler de violences conjugales.

- Donner des exemples précis tirés de l'entretien thématique semi-directif sur les violences conjugales pour aider la femme victime de violences conjugales à se représenter le caractère cyclique des violences. Insister sur les phénomènes de culpabilisation qui ont pour conséquences de générer chez la femme un sentiment de culpabilité inapproprié ainsi que des pensées automatiques irrationnelles du type : « je suis coupable » ; « j'ai mérité les violences » ; « je suis nulle »... (S'appuyer sur les analyses fonctionnelles pour retrouver les pensées automatiques irrationnelles, et les exposer à la femme victime de violences conjugales). Dire à la femme victime de violences conjugales que l'objectif de la prise en charge sera de l'aider à identifier ces cycles pour mieux s'en distancier que ce soit sur le plan cognitif ou émotionnel.

Phase 2 : Décrire les caractéristiques de la manipulation relationnelle (Nazare-Aga, 2013)

La manipulation relationnelle se caractérise par 7 aspects principaux.

- Dire à la femme victime de violences conjugales que la présence de tous ces aspects n'est pas forcément nécessaire pour parler de manipulation relationnelle. L'un ou l'autre suffit.

Le premier aspect est la culpabilisation de l'autre. Celui-ci renvoie au report de ce qui relève de la responsabilité propre du manipulateur sur la victime. Le manipulateur relationnel culpabilise sa victime en lui faisant croire qu'elle est responsable des faits, et que c'est de sa faute. La culpabilisation peut, en outre, émaner d'un discours paradoxal du manipulateur envers sa victime. Ce discours renvoie à « *une double contrainte* » qui se définit par la présence de deux messages antagoniques dans le même discours. Or, la réponse à l'un des deux messages par la victime implique une non-réponse de l'autre message. Dès lors, cette non-réponse sera utilisée par le manipulateur pour culpabiliser sa victime.

- En s'appuyant sur les éléments recueillis lors de l'entretien thématique semi-directif sur les violences conjugales, identifier avec la femme victime de violences conjugales les

stratégies de culpabilisation utilisées par le conjoint violent. Si il y a des injonctions paradoxales, les relever, et les expliciter.

Le second aspect est rattaché au fait que le manipulateur se démet, en permanence, de ses responsabilités qu'elles soient professionnelles ou familiales. Le manipulateur use pour ce faire d'évitements divers et variés. Ces évitements vont lui permettre de se soustraire des confrontations éventuelles, de ne pas se positionner sur le plan décisionnel ou encore de ne pas résoudre les problèmes.

- Si les enfants sont touchés par cette composante, il apparaît important de le rappeler. Si l'auteur ne reconnaît pas être violent, l'identifier aussi avec la femme victime de violences conjugales.

Le troisième aspect est lié à la communication du manipulateur. Ce dernier n'exprime jamais de façon claire et précise ses besoins, ses émotions, ses demandes et ses points de vue. Les objectifs de ce type de communication volontairement floue et évasive vont permettre, entre autres, au manipulateur, de laisser sa victime user d'interprétations de manière à pouvoir changer d'opinions en fonction des circonstances et/ou de la dévaloriser si elle se trompe et/ou de se déresponsabiliser et/ou de séduire par le mystère.

- Identifier avec la victime les caractéristiques de la communication de l'auteur des violences.

Le quatrième aspect va consister pour le manipulateur à créer le doute, la suspicion et la discorde au sein de son entourage. Lorsqu'il s'agit d'un conjoint manipulateur, l'objectif va être d'isoler sa victime de son réseau amical et familial.

- Restituer à la femme victime de violences conjugales lorsqu'il y en a, les stratégies d'isolement utilisées par l'auteur de violences.

Le cinquième aspect caractéristique de la manipulation est la dévalorisation. Cette dévalorisation peut avoir de multiples facettes. Il peut s'agir de critiques directes (le plus souvent injustifiées) et/ou de critiques formulées sous couvert de généralités et/ou d'ironie. La dévalorisation peut également avoir pour objet la mise en avant de sa supériorité au détriment de sa victime, pour le manipulateur.

- Faire le lien avec les violences psychologiques lorsqu'il y en a. Insister sur le fait que la dévalorisation peut, à terme, avoir des conséquences sur l'estime de soi de la femme victime. Il apparaît, donc, important que cette dernière identifie les stratégies de dévalorisation de son conjoint violent, et qu'elle les attribue à son fonctionnement à lui, et non à elle.

Le sixième aspect renvoie au fait que le manipulateur va systématiquement changer ses opinions et ses comportements en fonction des situations.

- Examiner cette question avec la femme victime de violences conjugales. Lui demander, entre-autres, si son conjoint violent change de comportement lorsqu'il est en public.

Pour finir, le manipulateur ne va jamais tenir compte, des droits, des besoins et des demandes de sa victime.

- Si il y a des contraintes vestimentaires, des contraintes de sorties, des stratégies de contrôle excessives, pour n'en citer que quelques-unes, les relever, et les mettre en lien avec cet aspect de la manipulation relationnelle.

Phase 3 : Décrire l'emprise psychologique²

L'emprise psychologique renvoie à un ascendant, une domination qui est exercé par un auteur de violences sur sa victime, et qui vient asseoir son pouvoir et son contrôle sur elle. Les phénomènes d'emprise peuvent se caractériser par des violences physiques, par des violences psychologiques et verbales (à mettre en lien avec la manipulation), ainsi que par des violences sexuelles qui vont avoir pour conséquences de déstabiliser la victime, de la fragiliser, de la plonger dans la confusion la plus totale quant aux violences subies, de la dévaloriser, de lui infliger des blessures physiques et psychiques, d'attaquer son estime de soi et de la rendre vulnérable. Les phénomènes d'emprise vont conduire la victime à s'attribuer l'origine des problèmes, et à être dans une relation de dépendance et de soumission quant à son agresseur.

- Revoir avec la victime les ingrédients actifs du processus d'emprise tels qu'il ont été vus lors de l'entretien thématique semi-directif sur les violences conjugales (dépendance affective, ambivalence (Cf. les périodes de rupture avec retour), impuissance, tristesse...).

Phase 4 : Stress et stratégies d'adaptation au stress (*coping*)

Les violences conjugales constituent une source de stress importante pour les femmes victimes de violences conjugales. Pour faire face au stress perçu, les femmes victimes de violences conjugales vont avoir tendance à mettre en place une quantité importante de stratégies d'adaptation au stress dites stratégies de *coping*. Certaines de ces stratégies semblent efficaces pour la santé mentale. D'autres le semblent moins.

- Restituer les résultats obtenus aux questionnaires portant sur l'évaluation des stratégies de *coping*. En fonction, des résultats obtenus aux questionnaires d'auto-évaluation portant sur les dimensions psychologiques, insister sur les stratégies de *coping* qui apparaissent comme inefficaces pour le statut de santé mentale. Les résultats de la présente thèse pourraient servir de premières bases. Cependant, des études supplémentaires sont

² Nous avons proposé une compréhension vulgarisée de l'emprise psychologique en nous appuyant sur les conceptions théoriques de Dorey (1981) ainsi que de Perronne & Nannini (1997).

nécessaires pour permettre leur généralisation. C'est la raison pour laquelle, nous proposons de nous appuyer exclusivement sur les stratégies de coping qui ont largement été étudiées dans la littérature. Il s'agit des stratégies de *coping* centrées sur le problème, sur l'émotion et sur la recherche de soutien social.

- Définir les trois grands groupes de *coping*, et insister sur les effets délétères de certaines composantes du *coping* centré sur l'émotion (entretenir un sentiment de malaise et d'auto-culpabilité, être dans l'évitement indirect de la source du stress au moyen d'une fuite dans le sommeil, les médicaments, la drogue...) ainsi que sur les effets bénéfiques (en fonction de la qualité du contact établi) des stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social (notions de soutien affectif, informationnel et matériel) et des stratégies de *coping* centrées sur le problème (confrontation à la source du problème pour mieux le résoudre, établissement d'un plan d'actions, résolution structurée du problème). Exposer la suite de la prise en charge, en disant qu'elle va consister à les amener à activer des stratégies de *coping* centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social.

Phase 5 : Clôturer le protocole de victimoéducation en demandant à la femme victime de violences conjugales ce qu'elle en a retenu, et les bénéfices qu'elle pourra en tirer pour la suite de son parcours avec son conjoint violent (prise de recul, distanciation...).

Finir la séance en proposant un compte-rendu d'évaluation psychologique à la femme victime de violences conjugales dans l'éventualité où elle en aurait besoin pour faire valoir ses droits dans le cadre d'une procédure juridique, et exposer l'objectif de la séance n°5.

Séance n°5 :

Plan de la séance n°5 :

Axe 1) Techniques de restructuration cognitive centrées sur les émotions et les sentiments ressentis en contexte de violences conjugales

Axe 2) Favoriser l'expression de la frustration

Axe 3) Prescription de tâches à effectuer

Axe 4) Clôturer la séance et présenter l'objectif de la séance n°6

L'objectif de la séance n°5 sera de mettre en place des techniques de restructuration cognitive spécifiques et adaptées à la problématique des violences conjugales, autour des émotions et des sentiments ressentis suite aux violences conjugales.

Par exemple, un travail spécifique autour du sentiment de culpabilité (si, il est présent) pourra être fait. Les techniques de restructuration cognitive autour du sentiment de culpabilité pourront comprendre les questions suivantes : « Qu'est-ce qui valide, dans les faits, votre sentiment de culpabilité ? » ; « Est-ce vrai ? » ; « Qu'est-ce qui infirme, dans les faits, votre sentiment de culpabilité ? » ; « D'après vous, qui de votre conjoint ou de vous devrait ressentir de la culpabilité ? » ; « Qu'est-ce qui justifie les violences conjugales, d'après vous ? » ; « Est-ce vrai ? » ; « Avez-vous le sentiment d'avoir mérité autant de violences ? ». La question : « Est-ce si grave ? » que l'on retrouve dans les protocoles classiques de restructuration cognitive est, bien entendu, à proscrire. Ce travail spécifique sur le sentiment de culpabilité sera une étape importante de la prise en charge psychothérapeutique dans la mesure où il permettra très vite de désamorcer une composante des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, dont on sait qu'elle a un effet néfaste sur le statut de santé mentale. Il s'agit du fait d'entretenir un sentiment de malaise et d'auto-culpabilité, comme moyen de faire face au stress perçu découlant des violences conjugales. Aussi, il est à noter que le sentiment de culpabilité inapproprié est un signe clinique de l'épisode dépressif majeur qui pourra, par cet intermédiaire, être travaillé très tôt dans le cadre de la prise en charge.

Un travail centré sur le sentiment de honte et d'humiliation (si, il est présent) pourra également être proposé. Ce sentiment devra pouvoir être compris comme une conséquence directe des violences conjugales subies. Il devra être mis en relation avec le processus d'emprise inhérent aux violences conjugales. Des techniques de décentration pourront être utilisées pour l'amoindrir (Par exemple, « Que diriez-vous à une amie en proie à de la honte et de l'humiliation suite à des violences conjugales ? »).

Par ailleurs, sur le volet des émotions, le cadre psychothérapeutique devra pouvoir autoriser tout mouvement de colère si, il émerge. En effet, les violences conjugales peuvent générer beaucoup de frustrations chez les femmes qui en sont victimes. Le corolaire de la frustration pourrait être compris comme étant la composante passive-agressive et l'agressivité allant jusqu'à la colère. Le thérapeute devra pouvoir accueillir, et surtout nommer ces mouvements affectifs pour permettre le début de leur intégration ainsi que leur élaboration (Par exemple, je vois que vous êtes très en colère, voulez-vous qu'on parle de cette émotion qui vous habite en ce moment ?...Et toujours finir par : Qu'est-ce que ça vous a fait d'en parler ?). Un exercice favorisant l'expression de la colère pourra, par ailleurs, être proposé. L'idée sera de demander à la femme victime de violences conjugales de faire comme si le conjoint violent était dans la pièce, et de lui exprimer tout ce qu'elle aurait voulu lui dire mais qu'elle a tu de peur de faire l'objet de nouvelles violences.

Finir la séance par une prescription de tâches à effectuer, en particulier, demander à la femme victime de violences conjugales de réfléchir à ses attentes par rapport à une relation de couple.

Clôturer la séance n°5 et présenter l'objectif de la séance n°6.

Séance n°6 :

Plan de la séance n°6 :

Axe 1) Revue des tâches à effectuer

Axe 2) Interroger la décision de rupture

Axe 3) Activation de comportements alternatifs (Etape 1 : activation de stratégies de *coping* centrées sur la composante juridique pour faire face aux violences conjugales)

Axe 4) Diffusion d'informations utiles

Axe 5) Prescription de tâches à effectuer

Axe 6) Clôturer la séance et présenter l'objectif de la séance n°7

L'objectif de la séance n°6 sera de commencer par faire une revue des tâches à effectuer. Il s'agira de recueillir les attentes de la femme victime de violences conjugales quant à une relation conjugale. Ce travail préliminaire permettra d'arriver à la conclusion que ses attentes ne sont pas respectées dans sa vie de couple actuelle, et d'explorer sa volonté ou non de changement.

Par la suite, la psychothérapie traditionnelle qui aurait tendance à dérouler un protocole thérapeutique visant à prendre en charge, entre-autres, les comportements-problèmes sur la base des analyses fonctionnelles et diagnostiques devra être révisée, et remise à plus tard. En effet, certaines femmes victimes de violences conjugales subissent des violences physiques et sexuelles sévères. Ces manifestations des violences conjugales altèrent grandement leur santé psychique. Il apparaît important que la prise en charge puisse proposer à cette population-cible des outils pour faire face, dans cet ordre, aux violences sexuelles, aux violences physiques, aux violences de privation économique et, pour finir, aux violences psychologiques sur la base des situations-problèmes recensées dans les analyses fonctionnelles. En travaillant sur ces composantes, cela induirait par ricochet, si ce n'est une modification des comportements-problèmes, au moins l'ajout de comportements non plus problématiques mais sains et adaptés pour faire face aux situations-problèmes. On pourrait

appeler cette phase du protocole thérapeutique « activation de comportements alternatifs » ; par opposition aux cognitions alternatives que l'on retrouve dans les protocoles de restructuration cognitive bien établis dans la littérature.

Cette étape de la prise en charge psychothérapeutique nécessitera que la femme victime de violences conjugales ait décidé de sortir définitivement du contexte de maltraitance. Pour les femmes victimes de violences conjugales sous emprise et restant avec le conjoint violent malgré les violences conjugales, des entretiens motivationnels pour éclairer l'ambivalence pourront être conduits, associés à la mise en place d'une balance décisionnelle (Avantages/Inconvénients à rester et à partir). La question des enfants co-victimes des violences conjugales pourra également être interrogée pour favoriser, sans culpabiliser, l'émergence d'une remise en question, et précipiter la décision de rupture définitive. De plus, des techniques de décentration pourront être énoncées pour aller dans ce sens (Par exemple : « Que conseillerez-vous à une amie qui subit des violences conjugales au quotidien ? »). Des questions spécifiques pourront, aussi, être formulées par le thérapeute pour cheminer vers une prise de conscience de la nécessité de faire le deuil d'une relation toxique (Par exemple : « Quelle est votre conception d'un couple ? » ; « Comment pensez-vous qu'un couple classique fonctionne ? » ; « Etes-vous heureuse et épanouie dans votre vie de couple ? » ; « Vous sentez-vous en sécurité ? » ; « N'avez-vous pas le sentiment de mériter une relation dans laquelle vous vous sentiriez en sécurité ? » ; « Comment vous voyez-vous dans 10 ans ? » ; « Qu'est-ce qui vous contraint à rester ? Je suis là pour vous aider à trouver des solutions, j'aimerais que vous me parliez des raisons qui vous empêchent de prendre votre envol...»). Certaines femmes prennent du temps avant d'envisager une séparation. Pour cette catégorie de femmes, il faudra prévoir plus de séances et la prise en charge sera, de fait, beaucoup plus longue.

A ce moment-là du protocole thérapeutique, une fois la décision de rupture prise, derrière ce que l'on pourrait appeler « activation de comportements alternatifs » (Etape 1), interviendra l'activation de stratégies de *coping* centrées sur la composante juridique pour agir concrètement sur une éviction du conjoint violent. Ces stratégies de *coping* centrées sur la composante juridique renverront à l'activation de stratégies de *coping* centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social. L'orientation vers des professionnels du Droit (juristes et/ou avocats, au moyen d'une demande d'aide juridictionnelle, pour les femmes en

situation de précarité économique) pourra, à ce stade, avoir lieu. Et ce, afin de favoriser une décision de dépôt de plainte et d'établir une demande d'ordonnance de protection permettant, en situation de violences conjugales, d'obtenir la jouissance du domicile, une mesure d'éloignement de l'auteur des violences sous peine d'emprisonnement, la garde des enfants et/ou une indemnisation financière. Pour les situations de violences conjugales les plus sévères, une demande de Téléphone Femmes en Grand Danger (TGD) pourra être faite. Des Mesures d'Accompagnements Protégés (MAP) pour exiger la présence d'une tierce personne lors du droit de visite et d'hébergement pour les enfants pourront, également, en fonction du tableau victimologique, être sollicitées.

Finir la séance en donnant quelques informations utiles aux femmes victimes de violences conjugales. Ces informations pourront être les suivantes : réunir dans les plus brefs délais, les documents administratifs les plus importants (pièces d'identités des femmes victimes et des enfants, documents attestant des ressources du foyer...), ouvrir un nouveau compte personnel, rassembler quelques effets personnels, enregistrer dans son téléphone le numéro du commissariat le plus proche, recueillir des témoignages attestant des violences conjugales, demander à son médecin traitant un certificat médical, conserver en cas de prise en charge médicamenteuse les ordonnances, notifier dans un carnet de bord toutes les violences subies au fur et à mesure de leurs survenues... etc....

Clôturer la séance par une prescription de tâches à effectuer, en particulier, demander à la femme victime de violences conjugales de lister toutes les activités agréables qu'elle faisait avant d'être en couple, et qu'elle ne fait plus.

Recueillir les éléments que la femme victime de violences conjugales a retenu de la séance puis présenter l'objectif de la séance n°7.

Séance n°7 :

Plan de la séance n°7 :

Axe 1) Revue des tâches à effectuer

Axe 2) Activation de comportements alternatifs (Etape 2 : Plan d'actions et de mise en sécurité pour faire face aux violences physiques et sexuelles)

Axe 3) Activation de comportements alternatifs (Etape 3 : Activation de stratégies de *coping* centrées sur la recherche de soutien social pour faire face aux violences de privation économique)

Axe 4) Prescription de tâches à effectuer

Axe 5) Clôturer la séance et présenter l'objectif de la séance n°8

La séance n°7 commencera par une revue des tâches à effectuer. Il s'agira, ici, d'examiner les raisons de la rupture d'activités agréables et d'étudier dans quelle mesure certaines activités agréables pourraient être mises en place de nouveau. Certaines femmes victimes de violences conjugales expliquent la rupture d'activités agréables pour des raisons financières. Dans ce cas, orienter vers le tissu associatif de quartier pour permettre la mise en place d'activités agréables gratuites, et ainsi rompre avec l'isolement. D'autres femmes renvoient l'absence d'activités agréables à une interdiction de sorties de la part de l'auteur de violences. Dans ce cas, insister sur la privation de liberté que constitue ce comportement.

L'objectif de la séance n°7 sera, ensuite, de continuer l'activation de comportements alternatifs (Etape 2) en préparant avec la femme victime de violences conjugales « un plan d'actions et de mise en sécurité » pour faire face aux violences physiques et sexuelles. Des techniques de résolution de problèmes pourront, à ce stade, être mises en place. Les solutions à envisager sur le court-terme pourraient être de se mettre à l'abri dans une pièce qui ferme à clés, de sortir si possible du domicile, d'appeler le commissariat et/ou de se rendre au commissariat, de contacter le 3919... Le tout, en cas de violences sexuelles et/ou physiques.

Pour faire face aux violences de privation économique (activation de comportements alternatifs : étape 3), une orientation vers des travailleurs sociaux dans le cadre d'une activation de stratégies de *coping* centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social pourra être faite. Il apparaît important que le thérapeute puisse faire le lien, et entrer en collaboration étroite avec tout professionnel vers qui il oriente sa patientèle. Et ce, pour permettre un travail pluridisciplinaire au bénéfice des patientes. Les travailleurs sociaux peuvent, entre-autres, solliciter des aides financières de façon ponctuelle, accompagner la procédure de demande de logement (si il y a une ordonnance de non conciliation, en cas de mariage), aider à l'ouverture de droits en fonction de la situation (par exemple, RSA, prestation familiale au nom de la femme victime de violences conjugales, allocation de soutien familial le temps de la fixation de la pension alimentaire), et dans les cas les plus sévères de violences conjugales, remplir des dossiers « SIAO » pour que les femmes victimes de violences conjugales, en très grand danger, puissent intégrer avec leurs enfants des foyers d'hébergement pour femmes battues.

Clôturer l'entretien par une prescription de tâches à effectuer, en particulier, demander à la femme victime de violences conjugales d'auto-observer les stratégies de *coping* qu'elle met en place pour faire face aux violences psychologiques, et présenter l'objectif de la séance n°8.

Séance n°8 :

Plan de la séance n°8 :

Axe 1) Revue des tâches à effectuer

Axe 2) Activation de comportements alternatifs (Etape 4 : Exposition avec prévention de la réponse de *coping* inadaptée pour faire face aux violences psychologiques)

Axe 3) Clôturer la séance et poursuivre avec une TCC classique

La séance n°8 commencera par une revue des tâches à effectuer. Pour ce faire, examiner dans un premier temps, les activités agréables qui ont pu être mises en place, et recueillir l'effet que ces activités ont eu ou non sur le bien-être de la femme victime de violences conjugales.

Ensuite, cibler les stratégies de *coping* qui sont mises en place par la femme victime de violences conjugales pour faire face aux violences psychologiques, et évaluer leur efficacité sur la santé psychique ainsi que sur les violences psychologiques elles-mêmes, quand c'est possible (Par exemple, « Est-ce qu'elles les arrêtent ? » ; « Est-ce qu'elles les augmentent ? » ; « Est-ce qu'elles ne changent rien au problème ? »). Ce travail va permettre d'introduire la suite de la séance.

En effet, l'objectif de la séance n°8 sera de continuer l'activation de comportements alternatifs (Etape 4) pour faire face aux violences psychologiques. Avant de proposer des outils pour faire face aux violences psychologiques, il s'agira de pouvoir bien étudier, à travers la description qu'en fait la femme victime, le profil de l'auteur des violences conjugales. Les violents « surcontrôlés » (Dutton, 1996) usent exclusivement de violences psychologiques, et non de violences physiques. Le risque de passage à l'acte hétéro-agressif est faible, chez eux. Pour cette catégorie d'auteurs et uniquement pour cette catégorie d'auteurs, des techniques d'affirmation de soi et de contre-manipulation pourront être enseignées aux femmes victimes de violences conjugales. Ces techniques s'incluront dans le cadre d'un protocole plus large qui pourrait s'appeler « exposition avec prévention de la réponse de *coping* inadaptée ». Ainsi, certaines stratégies de *coping*, particulièrement délétères pour nos variables psychologiques, telles que les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (inefficaces pour le niveau de stress post-traumatique), centrées sur l'évasion (inefficaces pour le niveau d'anxiété-dépression et pour le niveau de stress post-traumatique) et centrées sur l'acceptation (inefficaces pour le niveau de stress post-traumatique) pourraient faire l'objet d'une « exposition avec prévention de la réponse de *coping* inadaptée ». Le protocole d'exposition avec prévention de la réponse classique est utilisé dans la prise en charge des TOC. Une exposition aux idées obsédantes est suivie d'une prévention des rituels. Ici, il s'agirait d'une exposition aux violences psychologiques qui se ferait à travers des jeux de rôle, et ensuite on remplacerait les stratégies de *coping* délétères activées, et présentes dans les analyses fonctionnelles, par des techniques d'affirmation de soi (uniquement refus de forme) et de contre-manipulation (technique du brouillard). Avant de commencer les exercices, préciser à la femme victime de violences conjugales qu'elle est en sécurité dans votre bureau. Il s'agira, par ailleurs, de toujours commencer par un jeu de rôle inversé, et de recueillir régulièrement le niveau d'anxiété de la femme victime de violences conjugales pour arrêter l'exercice quand son niveau d'anxiété aura réduit de moitié. Et ce, pour éviter toute

sensibilisation. Nous tenons à préciser qu'aucune étude scientifique n'a étudié l'efficacité des techniques d'affirmation de soi et de contre-manipulation en contexte de violences conjugales. Il apparaît donc d'une importance capitale de toujours demander à la femme victime de violences comment elle pense que son conjoint réagirait si elle se mettait à lui répondre de façon assertive.

Cependant, pour les auteurs de violences conjugales recourant à de la violence physique (les violents cycliques à humeur instable et les psychopathes pour reprendre la catégorisation de Dutton (1996)), l'utilisation de techniques d'affirmation de soi et de contre-manipulation risquerait de susciter une explosion de la violence. Compte-tenu des données de la littérature, elles apparaissent, effectivement, comme à proscrire dans la mesure où elles pourraient générer de nouvelles scènes de violence. Nous pensons, sur la base de notre expérience clinique, que l'activation de stratégies de *coping* centrées sur la composante physiologique (contrôle respiratoire) et sur la composante cognitive (restructuration cognitive) serait plus adéquate pour faire face à cette catégorie d'auteurs. Il s'agira de pouvoir enseigner à la femme victime de violences conjugales des techniques de contrôle respiratoire (respiration abdominale) à appliquer en situation de violences psychologiques. Et ce, associées à la lecture d'une fiche « mémo-technique » dès qu'elle se retrouverait seule. Cette fiche « mémo-technique » permettra aux femmes victimes de violences psychologiques d'utiliser, elles-mêmes, des techniques de restructuration cognitive visant l'établissement de pensées alternatives mais aussi permettant une distanciation vis-à-vis des violences psychologiques subies.

Encart n°3 : Exemple de fiche mémo-technique pour faire face aux violences psychologiques

- 1) Que m'a-t-il dit ?
- 2) Est-ce vrai ?
- 3) Est-ce que mes proches pensent cela de moi ?
- 4) Qu'est-ce qui valide dans les faits ce qu'il m'a dit ?
- 5) Est-ce fondé ?

- 6) Qu'est-ce qui infirme dans les faits ce qu'il m'a dit ?
 - 7) Qu'est-ce je pourrais me dire d'autre pour me soulager ?
 - 8) Qu'ai-je fait pour qu'il me dise cela ?
 - 9) Avais-je le droit d'agir ainsi ?
 - 10) A-t-il le droit de me parler comme ça ?
 - 11) Est-ce une forme de dévalorisation qui pourrait être rattachée au fonctionnement de mon conjoint ?
 - 12) Suis-je dans une situation d'emprise psychologique ?
 - 13) Qui de lui ou de moi présente un dysfonctionnement ?
 - 14) Que cherche-t-il à me faire ressentir ?
 - 15) Dois-je me soumettre à ce ressenti ?
 - 16) Est-il sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue ?
- Si oui, dois-je accorder une importance quelconque à son comportement destructeur ?
- 17) Si non, est-ce une caractéristique stable de sa personnalité ?
- Si oui, que puis-je espérer de cette relation ?
- 18) Est-ce une critique et/ou une insulte destructive ?
 - 19) Dois-je conditionner mon estime de soi à ce qu'il me dit ?

Une fois, les femmes victimes de violences conjugales sorties du contexte de maltraitance, une prise en charge classique de type TCC pourra voir le jour. Il est à noter que les femmes présentant une dissociation à un degré pathologique et un état de stress post-traumatique d'intensité sévère constituent une population fortement à risque. En effet, d'après les résultats de la présente thèse, aucune des stratégies de *coping* mesurées ne fut efficace pour le niveau de dissociation. Des protocoles d'exposition aux souvenirs traumatiques pourront être mis en place pour cette population-cible. Par ailleurs, pour les femmes victimes de violences conjugales présentant des antécédents de maltraitance, le traitement de choix pourra être la thérapie des schémas.

Nous venons de présenter une ébauche de prise en charge TCC pour les femmes victimes de violences conjugales sur la base des stratégies de *coping*, objets d'étude de la présente thèse. Nous souhaitons souligner le fait que ce protocole constitue des pistes de réflexion psychothérapeutiques, et n'a en aucun cas fait l'objet d'une validation sur le plan scientifique. Des études de validation devront donc être conduites, par des recherches futures, pour tester son efficacité.

6.2 Limites de la recherche

La présente recherche présente quelques limites qu'il conviendra d'intégrer à des recherches futures. Pour commencer, la petite taille d'échantillon n'a pas rendu possible l'utilisation du logiciel AMOS pour tester des modèles d'équations structurales. Or, ces derniers sont des tests statistiques permettant de tester des valeurs prédictives plus robustes que celles testées par des régressions multiples, comme fait dans la présente thèse.

Par ailleurs, si la taille d'échantillon avait été plus importante (N=200) l'utilisation de sous-groupes aurait été davantage pertinente. Ces sous-groupes auraient été de distinguer en contexte de violences conjugales : présence d'antécédents de maltraitance/absence d'antécédents de maltraitance ; présence d'une dissociation traumatique à degré pathologique/absence de dissociation traumatique à degré pathologique ; violence situationnelle/terrorisme conjugal ; présence de violences conjugales dans une précédente relation de couple/absence de violences conjugales dans une précédente relation de couple...

De plus, concernant la variable dissociation, une observation attentive des participantes lors du recueil de données nous a montré les faiblesses sur le plan méthodologique des questionnaires d'auto-évaluation (BDI, STAI et IES) chez les personnes présentant une dissociation à un degré pathologique. En effet, la symptomatologie relative à la dissociation telle que l'amnésie dissociative, la déréalisation et l'anesthésie affective, pour n'en citer que quelques unes, rend questionnable la pertinence d'outils de mesure tels que les questionnaires

d'auto-évaluation. Une approche hétéro-évaluative au moyen du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) aurait été davantage pertinente et moins sujette à caution. Or, la dissociation traumatique n'apparaît pas dans le MINI.

Concernant le *coping*, malgré notre volonté d'intégrer des stratégies de *coping* plus précises que celles générales centrées sur l'émotion, centrées sur le problème, et centrées sur la recherche de soutien social, nous constatons que les échelles de *coping* existantes dans la littérature ne sont pas assez adaptées à un contexte spécifique de violences conjugales. L'élaboration de stratégies de *coping* plus précises dans le cadre de nouveaux questionnaires semble particulièrement indiquée, à l'instar de l'échelle de *coping* centrée sur la douleur existante dans la littérature pour les sujets douloureux chroniques.

En outre, s'agissant du *coping*, des variables influençant le *coping*, et étant en jeu dans l'évaluation primaire (stress perçu) et secondaire (contrôle perçu et soutien perçu) n'ont pas été mesurées et contrôlées dans la présente étude. Ainsi, même si ce n'était pas tout à fait l'objectif de la présente thèse, cela aurait été plus précis d'intégrer ces variables à un modèle pluri-explicatif plus large de l'effet des stratégies de *coping* sur la santé mentale et sur la perception de la qualité de vie des femmes qui sont victimes de violences conjugales, en tant que variables influençant le *coping*. Et ce, en fonction des sous-groupes évoqués plus haut.

Aussi, il existe une véritable nécessité pour les recherches futures de proposer un modèle pluri-explicatif des déterminants et de l'effet des stratégies de *coping* sur la santé mentale, mais aussi sur le contexte de violences conjugales. A cet effet, très peu d'études ont centré leurs investigations dans la recherche de stratégies de *coping* qui permettraient d'arrêter sinon d'amoindrir les violences conjugales elles-mêmes. Or, le traitement de cette double question (effet du *coping* sur la santé mentale et sur le contexte même de violences conjugales) apparaît nécessaire pour aider des femmes victimes de violences conjugales à faire face aux violences conjugales, tout en préservant leur santé mentale et en agissant concrètement sur la diminution des violences conjugales. Afin de traiter finement cette question, il semblerait important d'administrer sur le plan méthodologique autant de questionnaires de *coping* que de situations stressantes rencontrées (un questionnaire pour évaluer les stratégies de *coping* mises place pour faire face aux violences physiques, un questionnaire pour évaluer les stratégies de

coping mises place pour faire face aux violences sexuelles, un questionnaire pour évaluer les stratégies de *coping* mises place pour faire face aux violences psychologiques, un questionnaire pour évaluer les stratégies de *coping* mises place pour faire face aux violences verbales et un questionnaire pour évaluer les stratégies de *coping* mises place pour faire face aux violences de privation économique).

La question des dimensions de la personnalité influençant le *coping* mériterait, également, d'être étudiée. En effet, outre les variables citées plus haut, en lien avec l'évaluation cognitive primaire et secondaire en jeu dans le stress psychologique, les dimensions de la personnalité semblent, également, être des déterminants du *coping*. Des variables inhérentes à la santé physique peuvent, en outre, influencer sur le *coping* comme les modèles théoriques issus de la psychologie de la santé en témoignent. Il serait donc intéressant de mesurer ces variables dans le cadre de recherches futures, en tant que variables susceptibles d'influencer le *coping*.

Partie 7 : Conclusion

Il apparaît important que la recherche scientifique centrée sur les violences conjugales se dote de moyens importants pour mener des études multi-sites, à grande taille d'échantillon, permettant de cerner dans sa globalité la question du *coping* en contexte de violences conjugales. Et ce, afin de proposer un modèle théorique pluri-explicatif des déterminants du coping (stress perçu, contrôle perçu, soutien perçu, types de personnalité, antécédents de maltraitance, maladies organiques...) et des effets du coping sur la santé mentale (anxiété, dépression, stress post-traumatique, dissociation, qualité de vie subjective...) chez des femmes victimes de violences conjugales. Il en va de l'efficacité des prises en charge psychothérapeutiques dispensées. Il est à noter que pour rendre la démarche de recherche plus facile, il conviendra de mener ces recherches dans des foyers de femmes battues pour retirer ces femmes du contexte de violences conjugales, leur apporter une prise en charge multimodale, et les rendre ainsi disponibles pour répondre favorablement à une participation aux recherches menées.

La présente thèse n'a éclairé la question du *coping* que quant à ses effets sur la santé mentale. Malgré notre volonté d'étudier des stratégies de *coping* plus spécifiques que celles plus larges centrées sur l'émotion, centrées sur le problème et centrées sur la recherche de soutien social, il ressort de nos investigations que des stratégies de *coping* plus spécifiques et adaptées à un contexte de violences conjugales manquent dans la littérature, et devront faire l'objet de nouvelles productions scientifiques. Par exemple, des stratégies de *coping* centrées sur le comportement (assertif, passif, agressif, contre-manipulateur) et des stratégies de *coping* centrées sur la composante juridique (mise en place d'une ordonnance de protection, porter plainte, mise en place d'une mesure d'accompagnement protégé pour les enfants en cas de divorce...) pourraient, ainsi, constituer ces nouvelles stratégies de *coping*, bien que centrées sur le problème, adaptées au moins à un contexte de violences conjugales. Des stratégies de *coping* centrées sur la composante cognitive (restructuration cognitive) et sur la composante physiologique (respiration abdominale) pourraient également former ces nouvelles stratégies.

Par ailleurs, il est à noter qu'aucune des stratégies de *coping* étudiées dans la présente thèse n'a eu un effet favorable sur le niveau de dissociation et plus largement sur l'état de stress post-traumatique. Les femmes victimes de violences conjugales qui présentent une dissociation à un degré pathologique et qui sont psychotraumatisées constituent une population particulièrement à risque. Des recherches plus poussées sur ce type de population nécessitent d'être menées pour éclairer et mieux comprendre les failles et les échecs du *coping* chez des femmes victimes de violences conjugales sujettes à de la dissociation à un degré pathologique et souffrant de stress post-traumatique. Il se pourrait que les stratégies de *coping* n'aient aucune action efficace sur le niveau de dissociation et sur le stress post-traumatique car les femmes victimes de violences conjugales restent malgré tout exposées au facteur psychotraumatogène et/ou présentent une vulnérabilité double aux abus du fait d'éventuels antécédents de maltraitance. Il serait intéressant, par ailleurs, de voir si nous retrouvons les mêmes effets chez une population de femmes qui sont sorties du contexte de violences conjugales mais qui présentent encore une symptomatologie post-traumatique dissociative. Il apparaît évident, en tout état de cause, que ces femmes doivent faire l'objet d'une prise en charge psychothérapeutique la plus précoce possible.

Pour finir, un protocole thérapeutique centré sur la mise en place de stratégies de *coping* bénéfiques pour la santé mentale pourrait être construit en s'appuyant sur les résultats obtenus par la présente thèse. Ce protocole ne concernerait, par précaution, que les femmes victimes de violences conjugales ne présentant pas une dissociation à un degré pathologique, et nécessiterait une étude de validation supplémentaire. Il intégrerait des stratégies de *coping* centrées sur le problème (ayant montré une efficacité sur le niveau d'anxiété, de dépression et sur la perception de la qualité de vie), centrées sur la résolution de problème (ayant montré une efficacité sur le niveau d'anxiété, de dépression, et sur la perception de la qualité de vie), centrées sur l'autocontrôle (ayant montré une efficacité sur la perception de la qualité de vie), et centrées sur l'évolution personnelle (ayant montré une efficacité sur le niveau d'anxiété, de dépression, et sur la perception de la qualité de vie). Des protocoles de « victimoéducation » intégrant les effets des stratégies de *coping* sur la santé mentale pourraient également, à titre préventif et/ou thérapeutique, être construits et mis en place moyennant des études de validation supplémentaires. Et ce, afin d'aider les femmes victimes de violences conjugales à distinguer les stratégies de *coping* bénéfiques pour la santé mentale de celles qui sont néfastes c'est-à-dire les stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (ayant montré un effet délétère sur

le niveau de stress post-traumatique), les stratégies de *coping* centrées sur l'évasion (ayant montré un effet délétère sur le niveau d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de dissociation et sur la perception de la qualité de vie), les stratégies de *coping* centrées sur l'autocontrôle (ayant montré un effet délétère sur le niveau de dissociation), les stratégies de *coping* centrées sur la fuite-évitement (ayant montré un effet délétère sur le niveau de dissociation), les stratégies de *coping* centrées sur l'acceptation (ayant montré un effet délétère sur le niveau de stress post-traumatique et de dissociation), les stratégies de *coping* centrées sur la diplomatie (ayant montré un effet délétère sur le niveau de dissociation) et les stratégies de *coping* centrées sur la confrontation (ayant montré un effet délétère sur le niveau de dissociation).

Références bibliographiques

Acevedo, B.P., Lowe, S.R., Griffin, K.W., Botvin, G.J. (2013). Predictors of intimate partner violence in a sample of multiethnic urban young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(15), 3004-3022.

Ajah, L.O., Lyoke, C.A., Nkwo, P.O., Nwakoby, B., Ezeonu, P. (2014). Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria. *International Journal of Women's Health*, 6, 865-872.

Akar, T., Aksakal, F., Demirel, B., Durukan, E., Ozkan, S. (2010). The prevalence of domestic violence against women among a group woman : Ankara, Turkey. *Journal of Family Violence*, 25(5), 449-460.

Ali, A.A., Yassin, K., Omer, R. (2014). Domestic violence against women in Eastern Sudan. *BMC Public Health*, 14(1), 11-36.

Ali, T., Mogren, I., Krantz, G. (2013). Intimate partner violence and mental health effects : a population-based study among married women in karachi, pakistan. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 131-139.

Ali, A.A., Yassin, K., Omer, R. (2014). Domestic violence against women in Eastern Sudan. *BMC Public Health*, 14(1), 11-36.

Alsaker, K., Moen, B.E., Nortvedt, M.W., Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research*, 15, 959-965.

American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques*. Paris : Masson.

American Psychiatric Association. (2004). *Mini DSM-IV-Tr. Critères diagnostiques* (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson.

Appel, A.E., Holden, G.W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse : a review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12, 578-599.

Arias, I., Lyons, C.M., Street, A.E. (1997). Individual and marital consequences of victimization : Moderating effects of relationship efficacy and spouse support. *Journal of Family Violence*, 12(2), 193-210.

Armstrong, A. (1998). Culture and choice : lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe. *Violence against Women in Zimbabwe Research Project*.

Bailey, J.E. & al. (1997). Risk factors for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 157, 777-782.

- Baker, L.L., Cunningham, A.J. (2004). *Helping children Thrive : Supporting woman abuse survivors as mothers*. London : Center for children and families in the justice system.
- Bauman, E.M., Haaga, D.A.F., Dutton, M.A. (2008). Coping with intimate partner violence: Battered women's use and perceived helpfulness of emotion-focused coping strategies. *Journal of aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(1), 23-41.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G., (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- Beck A.T. (2010). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. Paris: De Boeck.
- Bélanger, C., Brisebois, H. (2010). Anger as moderator as the relationships between attachment, dyadic adjustment and childhood victimization in physically violent spouses. *Europe's Journal of Psychology*, 14-43.
- Bevan, E., Higgins, D.J. (2002). Is domestic violence learned ? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family Violence*, 17(3), 223-245.
- Bilheran A. (2007). *Le harcèlement moral*. Paris : Armand Colin, p 69-75.
- Bograd, M. (1988). Feminist perspectives on wife abuse : An Introduction. In K. Yllo, M. Bograd. *Feminist perspective on wife abuse*. Newbury Park : Sage.
- Bostock, J., Plumpton, M., Pratt, R. (2009). Domestic violence against women : understanding social processes and women's experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19(2), 95-110.
- Boxer, P., Sloan-Power, E. (2013). Coping with violence : A comprehensive framework and implications for understanding resilience. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(3), 209-221.
- Brillon P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Canada : Les éditions Québec livres.
- Browne, A. (1987). *When battered woman kill*. New-York : Free Press.
- Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Aguerre, C., Bidan-Fortier, C., Chamberlain, K., Consoli, S.M., Cousson-Gélie, F., Dantzer, R., Gilliard, J., Koleck, M., Morin, M., Nuissier, J. & Rasclé, N. (2001). *Personnalité et maladies : stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R., Goodall, G., Nuissier, J., Paulhan, J., Quintard, B. & Rasclé, N. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. (1^e éd.). Paris : PUF
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers* n°67, 68-83.
- Brunet, A., St-Hilaire A., Jehel, L., King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Events Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 56-61.

- Brunnell, S.L., Greenhoot, A.F. (2012). When and why does abuse predict reduced autobiographical memory specificity ? *Memory*, 20(2), 121-137.
- Brush, L.D. (1990). Violent acts and injurious outcomes in married couples : methodological issues in the national survey of family and households. *Gender and Society*, 4, 56-67.
- Bunge, V.P., Levett, A. (1998). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa : Statistique Canada.
- Calvete, E., Corral, S., Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(4), 369-382.
- Calvete, E., Corral, S., Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence against women*, 14(8), 886-904.
- Campbell, J. (1995). *Assessing dangerousness : violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Californie : Sage.
- Campbell, J.C., Soeken, K.L. (1999). Women's responses to battering : a test of the model. *Research in Nursing and Health*, 22, 49-58.
- Campbell, J. & al. (1999). Voices of strength and resistance : a contextual and longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 743-762.
- Canady, B.E., Babcock, J.C. (2009). The protective functions of social support and coping for women experiencing intimate partner abuse. *Journal of Aggression, maltreatment & Trauma*, 18(5), 443-458.
- Caplan, P. (1984). The myth of women's masochism. *American Psychologist*, 39, 130-139.
- Carcach, C., James, M. (1998). *Homicide between intimate partners in Australia*. Canberra : Australian Institute of Criminology.
- Centre Canadien de la statistique juridique. (2000). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Canada : Statistique Canada.
- Chabrol, H. & Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. (p. 167). Paris : Dunod.
- Chaperon, A-F. (2015). *Prendre en charge les victimes de harcèlement moral*. (p. 20). Paris : Dunod.
- Chen, W-Y, Propp, J., Delara, E., Corvo, K. (2011). Child neglect and its association with subsequent juvenile drug and alcohol offense. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(4), 273-290.
- Chiodo, D., Leschied, A.W., Whitehead, P.C., Hurley, D. (2008). Child welfare practice and policy related to the impact of children experiencing physical victimisation and domestic violence. *Children & Youth Services Review*, 30(5), 564-574.

- Chuang, C.H., Cattoi, A.L., Mc Call-Hosenfel, J.S.D., Camacho, F., Dyer, A.M., Weisman, C.S. (2012). Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms. *Mental Health in Family Medicine*, 9(2), 107-114.
- Clements, C., Ogle, R.L. (2007). A comparison study of coping, family problem-solving and emotional status in victims of domestic violence. *Journal of Psychological Trauma*, 6(1), 29-37.
- Collings, S.J. (2011). Childhood exposure to community and domestic violence : prevalence, risk factors, and posttraumatic outcomes in a South African student sample. *Journal of Psychology in Africa*, 21(4), 535-539.
- Cottraux J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. Paris : Elsevier Masson.
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : Validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41, 2, 155-163.
- Coutanceau, R. (2011). Généralités, violences conjugales et société. In R. Coutanceau & al. (1^{ère} éd.). *Violence et famille* (pp. 74-93). Paris : Dunod.
- Craig, R.J. (2003). Use of the Million Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence : a review. *Aggression and Violent Behavior*, 8(3), 235-243.
- Cummings, J.G., Pepler, D.J., Moore, T.E. (1999). Behavior problems in children exposed to wife abuse : Gender differences. *Journal of Family Violence*, 14(2), 133-156.
- Damiani, C. (1997). *Les victimes, violences publiques et crimes privés*. (pp. 1037). Paris : Bayard.
- Dandurand, R.B. (1988). *Des mères sans alliance*. Québec : I.Q.R.C.
- Danner, C.C. (1999). The relationship between childhood exposure to domestic violence and women's experience in adult abusive relationships : The mediational role of coping styles and a socially normative view of domestic violence. *Dissertation abstracts international : Section B : The sciences and engineering*, 60(2), 08-23.
- Darves-Bornoz, J-M., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1999). Validation of a french version of the dissociative experiences scale in a rape-victim population. *Can J Psychiatry*, 44, 271-275.
- Davins-Pujols, M., Pérez-Testor, C., Salamero-Baro, M., Castillo-Garayoa, J-A. (2012). Personality profiles in Abused Women Receiving Psychotherapy According to the Existence of Childhood Abuse. *Journal of Family Violence*, 27(2), 87-96.
- Davoudi, F., Rasouljan, M., Asl, M.A., Nojomi, M. (2013). Factors associated with physical domestic violence against women in countries of eastern Mediterranean Region (EMR) : A systematic review and metanalysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 18(4), 275-282.
- De Board-Lucas, R., Grych, J. (2011). Children's perception of intimate partner violence : Causes, consequences, and coping. *Journal of Family Violence*, 26(5), 343-354.

De Bocanegra, H.T., Rostovtseva, D.P., Khera, S., Godhwani, N. (2010). Birth control sabotage and forced sex : experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence Against Women*, 16(5), 601-612.

Decker, M.R., Nair, S., Saggurti, N., Sabri, B., Jethva, M., Raj, A., Donta, B., Silverman, J.G. (2013). Violence-related coping, help-seeking and health care-based intervention : preferences among perinatal women in Mumbai, India. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(9), 1924-1947.

Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France, Mécanismes « violence conjugale ». (2010). En ligne, www.frerebenoit.net/wp.../mecanismes_violence_conjugale_2010_2.pdf. Consulté le 14 Mai 2015.

Delvaux, M., Denis, P., Allemand, H. (1997). Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive disease or controls : results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 9, 345-352.

DeKeseredy, W.S. & al. (1997). The meanings and motives for women's use of violence in Canadian college dating relationships : results from a national survey. *Sociological Spectrum*, 17, 199-222.

Dobash, R.E., Dobash, R.P. (1988). Research as Social Action : The struggle for battered Women. In K. Yllo & M. Bograd. *Feminist perspective on wife abuse*. Newbury Park : Sage.

Dorey, R. (1981). La relation d'emprise. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 24, 117-139.

Dutton, M.A. (1996). Battered women's strategic response to violence : the role of context. In Edelson, J.L., Eisikovits, Z.C. *Future interventions with battered women and their families*. Londres : Sage. pp. 105-124.

Dutton, D.G. (1996). Tous les cogneurs se ressemblent-ils ? In D.G. Dutton (Eds). *De la violence dans le couple* (pp. 33-51). Paris : Bayard Editions.

Edelson, J. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5(2), 134-154.

Ellsberg, M.C. & al. (1999). Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 89, 241-244.

Ellsberg, M.C. & al. (2000). Candies in hell : women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 51, 1595-1610.

Engel, L.R. (2005). Relationship between posttraumatic stress disorder, subjective threat appraisal and coping strategies used in victims of domestic violence. *Dissertation abstracts international : Section B : The Sciences and Engineering*, 65(9), 48-26.

En ligne, www.lamirabal-tremplin94.org/violencesconjugales.html. Consulté le 14 Mai 2015.

En ligne, www.unece.org/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf. Consulté le 19 Mai 2005.

En ligne, www.memoiretraumatique.org/. Consulté le 14 Mai 2015.

Fantuzzo, J.W., Fusco, R.A. (2007). Children's direct exposure to types of domestic violence crime : a population-based investigation. *Journal of Family Violence*, 22, 543-552.

Ferrer, Valle, (2007). Validating coping strategies and empowering latino battered women in Puerto Rico. *Battered women and their families: Interventions strategies and treatment programs*, 26, 563-590.

Finkelhor, D., Hotaling, G.T., Yllo, K. (1988). *Stopping Family Violence*. Newbury Park : Sage.

Fitzgerald, M.M., Schneider, R.A., Salstrom, S., Zinzow, H.M., Jackson, J., Fossel R.V. (2008). Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification : pathways to current psychosocial adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 320-324.

Flach, C., Leese, M., Heron, J., Evans, J., Feder, G., Sharp, D., Howard, L.M. (2011). Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour : a cohort study. *An international Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(11), 1383-1391.

Flannery, D.J., Singer, M., Williams, L., Castro, P. (1998). Adolescent violence exposure and victimization at home : coping and psychological trauma symptoms. *International Review of Victimology*, 6(1), 29-48.

Foa E.B., Olasov Rothbaum B. (2012). *Traiter le traumatisme du viol. Thérapie comportementale et cognitive des troubles du stress post-traumatique*. Paris : Dunod.

Foran, H.M., Heyman, R.E., Slep, A.M., Snarr, J.D. (2012). Hazardous alcohol use and intimate partner violence in the military : understanding protective factors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 471-483.

Futa, K.T., Nash, C.L., Hansen, D.J., Garbin, C.P. (2003). Adult survivors of childhood abuse : An analysis of coping mechanisms used for stressful childhood memories and current stressors. *Journal of Family Violence*, 18(4), 227-239.

George, A. (1998). Differential perspective of men and women in Mumbai, India on sexual relations and negotiations within marriage. *Reproductive Health Matters*, 6, 87-95.

Ghent, WR., Da Sylva, N.P., Farren, M.E. (1982). *La violence au foyer : directives pour la détection et l'intervention*. Ottawa : Association Médicale Canadienne.

Godbout, N., Dutton, D.G., Lussier, Y., Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384.

Golding, J.M. (1996). Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 19, 33-44.

Gouvernement du Québec. (1995). « Politique d'intervention en matière de violence conjugale : Prévenir, dépister, contrer », p. 23. En ligne, www.tcvcasl.com/index.php?option=com_content&view. Consulté le 14 Mai 2015.

Gonzales Montes, S. (1998). Domestic violence in Cuetzalan, Mexico : some research questions and results. *In Third Annual Meeting of The International Research Network on Violence Against Women*. Washington : Center for Health and Gender Equity, 36-41.

Graham-Bermann, S., Sularz, A.R., Howell, K.H. (2011). Additional adverse events among women exposed to intimate partner violence : frequency and impact. *Psychology of Violence*, 1(2), 136-149.

Graziani, P., Rusinek, S., Servant, D., Hautekeete-Sence, D., Hautekeete, M. (1998). Validation française du questionnaire de coping « Ways of coping check-list-revised » (WCC-R) et analyse des événements stressants du quotidien. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 8(3), 100-112.

Haeseler, L.A. (2013). Practitioner perspectives of the economic coping experiences of women of domestic violence abuse. *Journal of Evidence-based Social Work*, 10(1), 1-9.

Haeseler, L.A. (2013). Themes of coping in the spectrum of domestic violence abuse : a review of the literature. *Journal of Evidence-based Social Work*, 10(1), 25-32.

Haeseler, L.A. (2013). Women's coping experiences in the spectrum of domestic violence abuse. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(1), 33-43.

Hall, E.R., Flannery, P.J. (1984). Prevalence and correlates of sexual assault experiences in adolescents. *Victimology : An international Journal*, 398-406.

Hamdam-Mansour, A.M., Constantino, R.E., Farrell, M., Doswell, W., Gallagher, M.E., Safadi, R., Shishani, K.R., Banimustafa, R. (2011). Evaluating the mental health of Jordanian women in relationships with intimate partner abuse. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(10), 614-623.

Harper, A., Power, M. (1998). Development of the World Health Organization Whoqol-bref Quality of Life Assesment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Harvey, S.T., Pun, P.K.K. (2007). Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(3), 161-167.

Hayati, E.N., Eriksson, M., Hakimi, M., Hogberg, U., Emmelin, M. (2013). Elastic band strategy : women's lived experiences of coping with domestic violence in rural indonesia. *Global Health Action*, 6, 1-12.

Heise, L.L., Ellsberg, M., Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against woemen. *Center for Communications Programs : Johns Hopkins University School of Public Health*, L(11).

Henrion, R. (2001). *Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : Rapport au ministre chargé de la santé*. Paris : La documentation française.

- Herman, J.L. (1992a). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1992b). *Trauma and recovery*. New-York : Basic Books.
- Hetzel-Riggin, M.D., Meads, C.L. (2011). Childhood violence and adult partner maltreatment : the role of coping style and psychological distress. *Journal of Family Violence*, 26(8), 585-593.
- Heyman, R.E., O'Leary, K.D., Jouriles, E.N. (1995). Alcohol and aggressive personality styles : potentiators of serious physical aggression against wives ? *Journal of Family Psychology*, 9(1), 44-57.
- Hien, D., Ruglass, L. (2009). Interpersonal partner violence and women in the United States : An overview of prevalence rates, psychiatric correlates and consequences and barriers to help seeking. *International Journal of Law and Psychiatrie*, 32, 48-55.
- Hill, N., Woodson, K., Ferguson, A., Parks, C. (2012). Intimate partner abuse among african american lesbians : prevalence, risk factors, theory, and resilience. *Journal of Family Violence*, 27(5), 401-413.
- Hines, D.A. (2008). Borderline personality traits and intimate partner aggression : an international multisite, cross-gender analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 290-302.
- Hirigoyen, M-F. (2005). *Femmes sous emprise*. Paris : Pocket.
- Holden, G. & al. (1998). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*. Agence de santé publique du Canada.
- Homer, M., Leonard, A., Taylor, P. (1985). The Burden of Dependency. *Sociological Review Monograph*, 31, 77-92.
- Hotaling, G.T., Sugarman, D.B. (1990). A risk markers analysis of assaulted wives. *Journal of Family Violence*, 5(1), 1-13.
- Hughes, H.M., Graham-Bermann, S.A. (1998). Children of battered women : Impact of emotional abuse on adjustment and development. *Journal of Emotional Abuse*, 1(2), 23-50.
- Hugues, H.M. (1997). Research concerning children of battered women : clinical impliations. *Journal of Agression, Maltreatment and trauma*, 1, 21-239.
- Izmirli, G.O., Sonmez, Y., Sezik, M. (2014). Prediction of domestic violence against married women in southwestern Turkey. *International Journal Of Gynaecology And Obstetrics*, 127(3), 288-292.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J., Bentler, P. (2013). Risk factors for child-to-parent violence. *Journal of Family Violence*, 28(5), 523-534.

- Jacobson, N.S. & al. (1996). Psychological factors in the longitudinal course of battering : when do the couples split up ? When does the abuse decrease ? *Violence and Victims*, 11, 371-392.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilso, S. (1990). *Children of Battered Women*, Sage.
- Jaffe, P., Wolfe, D.A., Wilson, S.K. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park : Sage publication.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*, Paris, réédition L'Harmattan, 2007.
- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*. Vol. 1. Paris : Félix Alcan.
- Janssen, P.A. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes : A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1247-1341.
- Johnson, M.P., Ferraro, K.J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s : making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 948-963.
- Johnson, H. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence : Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.
- Johnson, H. (2006). Conflict and control : Gender Symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against Women*, 12(11), 1-16.
- Jones, G.M. (1987). Elderly People and Domestic Crime : Reflections on Ageism, Sexism, Vitimology. *British Journal of Criminology*, 27(2), 191-201.
- Kachadourian, L.K., Taft, C.T., O'Farrell, T.J., Doron-Lamarca, S., Murphy, C. (2012). Correlates of intimate partner psychological aggression perpetration in a clinical sample of alcoholic men. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 206-214.
- Karakurt, G., Keiley, M., Posada, G. (2013). Intimate relationship aggression in college couples : Family-of-Origin Violence, Egalitarian Attitude, Attachment Security. *Journal of Family Violence*, 28(6), 561-575.
- Katz, L.F., Rigterink, T. (2012). Domestic violence and emotion socialization. *Monographs of the society for research in child development*, 77(2), 52-60.
- Katz, L.F., Hessler, D.M., Annet, A. (2007). Domestic violence, emotional competence, and child adjustment. *Social Development*, 16(3), 513-538.
- Kaye, D.K., Ekstrom, A.M., Johansson, A., Bantebya, G., Mirembe, F.M. (2007). Escaping the triple trap : coping strategies of pregnant adolescent survivors of domestic violence in Mulago hospital, Uganda. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 180-186.
- Kédia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G., Saillot, I., Brown, D. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris : Dunod.

- Kédia, M. (2012). Dissociation et troubles psychotraumatiques. In M. Kédia & al. (Eds), *Dissociation et mémoire traumatique* (pp. 29-51). Paris : Dunod.
- Kédia, M., Sabouraud-Séguin, A. & al. (2008). *Psycho-traumatologie*. (p. 181). Paris : Dunod.
- Kelmendi, K. (2015). Domestic violence against women in Kosovo : A qualitative study of women's experiences. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(4), 680-702.
- Kerig, P.K. (1998). Gender and appraisals as mediators of adjustment in children exposed to interparental violence. *Journal of Family Violence*, 13(4), 345-363.
- Khan, F.I., Welch, T.L., Zillmer, E.A. (1993). MMPI-2 profiles of abused women in transition. *Journal of Personality Assessment*, 60(1), 100-111.
- Kocot, T.G. (2001). Mental health outcomes and coping in battered women : The roles of social support. *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering*, 61(8), 44-10.
- Koss, M.P. & al. (1994). *No safe haven : male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington : American Psychological Association.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A., Dutton, M.A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure : a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90.
- Kuhl, A.F. (1984). Personality Traits of abused women : Masochism myth refuted. *Victimology*, 9 (3-4), 450-463.
- Kuijpers, K.F., Van der Knaap, L.M., Winkel, F.W., Pemberton, A., Baldry, A.C. (2011). Borderline Traits and Symptoms of Post-Traumatic Stress in a Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Stress and Health*, 27, 206-215.
- Laffaye, C., Kennedy, C., Murray, B.S. (2003). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18, 227-238.
- Lamy, C., Dubois, F., Jaafari, N., Carl, T., Gaillard, P., Camus, V., El Hage, W. (2009). Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 57(4), 267-274.
- Landenburger, K.M. (1998). The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27, 700-706.
- Lazarus, R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.
- Lee, J., Pomeroy, E.C., Bohman, T.M. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women : the roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*, 22(8), 709-720.

- Lehmann, P. (1997). The development of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a sample of child witness to mother assault. *Journal of Family Violence*, 12(3), 241-257.
- Lemitre, S. (2011). Effets subjectif des violences conjugales sur l'enfant. In R. Coutanceau & al. (1^{ère} éd.), *Violence et famille* (pp. 87-93). Paris : Dunod.
- Leonore, W.E.A. (1984). *The battered woman syndrome*. New York : Springer publishing company.
- Lepist, S., Astedt-Kurki, P., Joronen, K., Luukaala, T. & Paavilainen, E. (2010). Adolescents experiences of coping with domestic violence. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(6), 1232-1245.
- Leserman, J. & al. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 58, 4-15.
- Lessard, G., Paradis, F. (2003). *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection. Recension des écrits*. Québec : Institut National de Santé Publique du Québec.
- Lettiere, A., Marcia Spano Nakano, A. (2011). Domestic Violence : possibilities and limitations in coping. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1421-1428.
- Levendosky, A.A., Graham-Bermann, S.A. (2000). Behavioral observations of parenting in battered women. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 80-94.
- Lewis, C.S., Griffing, S., Chu, M., Jospitre, T., E. Sage, R., Madry, L., Primm, B.J. (2006). Coping and violence exposure as predictors of psychological functioning in domestic violence survivors. *Violence Against Women*, 12(4), 340-354.
- Limandri, B.J. (1985). *Help-seeking patterns of abused women : self-esteem , role conflict and social support as influencing factors*. Thèse de doctorat en Sciences Infirmières réalisée à l'Université de de Californie, San Francisco.
- Lopez, G. (2014). *Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents*. (p. 93). Paris : Dunod.
- Lupri, E., Grandin, E., Brinkerhoff, M.B. (1994). Socioeconomic Status and male violence in the Canadian Home : a Reexamination. *Canadian Journal of Sociology*, 19(1), 47-73.
- Loseke, D.R., Cahill, S.E. (1984). The social construction of Deviance : Experts on Battered women. *Social Problems*, 31(3), 296-310.
- Mc Cormack, A., Burgess, A.W., Hartman, C. (1988). Familial abuse and post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1(2), 231-242.
- Mc Donald, R., Jouriles, E.N., Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., Green, C.E. (2006). Estimating the number of American Children living in partner-violent families. *Journal of Family Psychology*, 20, 137-142.

- Mc Donald, R., Jouriles, E.N., Tart, C.D., Minze, L. (2009). Children's adjustment problems in families characterized by men's severe violence toward women : does other family violence matter ? *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 94-101.
- McLeod, L. (1987). *Wife Battering in Canada : The vicious circle*. Ottawa : Canadian Advisory Council On The Status of Women.
- Michau, L. (1998). Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. In *Third Annual Meeting of The International Research Network on Violence Against Women*. Washington : Center for Health and Gender Equity, 4-9.
- Mirabel-Sarron C., Docteur A. (2013). *Apprendre à soigner les dépressions avec les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Dunod.
- Mitchell, M.D., Hargrove, G.L., Collins, M.H., Thompson, M.P., Reddick, T.L., Kaslow, N.J. (2006). Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income, African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1503-1520.
- Mohammad, E.T., Shapiro, E.R., Wainwright, L.D., Carter, A.S. (2015). Impacts of family and community violence exposure on child coping and mental health. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 203-215.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping. An anthology*. New York : Columbia University Press.
- Mooney, J. (1993). *The hidden figure : domestic violence in North London*. Londres : Middlesex University.
- Morrell, J.S., Rubin, L.J. (2001). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, posttraumatic stress disorder, and women domestic violence survivors. *Professional Psychology : Research and Practice*, 32(2), 151-156.
- Morse, B.J. (1995). Beyond the conflict tactics scale : assessing gender differences in partner violence. *Violence and Victims*, 10, 251-272.
- Mouzos, J. (1999). *Femicide : the killing of women in Australia 1989-1998*. Canberra : Australian Institute of Criminology.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France, 1914-1918*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Nanjundaswamy, M., Sreedevi, P.A., Gangadharaiyah, H.M., Viswanath, B., Benegal, V. (2013). A study to assess the stress, coping strategies and domestic violence in wives of alcohol dependent individuals. *European Psychiatry*, 28, 1-1.
- Nations unies. (1993). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes ; Résolution adoptée par l'assemblée générale de l'ONU, (New-York, 20 Décembre 1993). En ligne, www.tcvcasl.com/index.php?option=com_content&view. Consulté le 14 Mai 2015.

Nazare-Aga, I. (2013). *Les manipulateurs sont parmi nous*. Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Il culpabilise les autres. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 73-86). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Le manipulateur et la responsabilité. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 87-96). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Le manipulateur et la communication. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 97-117). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Il sème la zizanie. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 119-132). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Le manipulateur et la dévalorisation. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 133-146). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Il change ses opinions et ses comportements en fonction des situations. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 155-161). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Il ne tient pas compte des besoins des autres. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 163-175). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Les caractéristiques du manipulateur relationnel. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 37-60). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Les masques du manipulateur relationnel. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 17-35). Québec : Les éditions de l'homme.

Nazare-Aga, I. (2013). Sachez vous affirmer. In I. Nazare-Aga (3^{ème} éd.), *Les manipulateurs sont parmi nous* (pp. 227-254). Québec : Les éditions de l'homme.

Nelson, E., Zimmerman, C. (1996). *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Cambodge : Ministry of Women's Affairs and Project Against Domestic Violence.

Ni Carthy, G. (1987). *The ones who got away : Women who left abusive partner*. Seattle : Seal Press Feminist.

Nijenhuis, E., Van Engen, A., Kusters, I., Van der Hart, O. (2001). Peritraumatic somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(3), 49-68.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20), *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.

Nijenhuis, E., Van der Hart, O., Stelle, K., De Soir, E., Matthess, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et Trauma. *Stress et Trauma*, 6(3), 125-139.

- Niu, X., Laidler, K.A.J. (2015). Understanding domestic violence against Muslim women in China. *Feminist Criminology*, 10(1), 92-112.
- Nyberg, E., Stieglitz, R.D., Flury, M., Riecher-Rossler, A. (2013). Domestic violence against women of a crisis intervention population-forms of violence and risk factors. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 81(6), 331-336.
- O'Brien, K., Cohen, L., Pooley, J., Taylor, M. (2013). Lifting the domestic violence cloak of silence : resilient australian women's reflected memories of their childhood experiences of witnessing domestic violence. *Journal of Family Violence*, 28(1), 95-108.
- O'Conner, M. (1995). *Making the links : towards an integrated strategy for the elimination of violence against women in intimate relationships with men*. Dublin : Women's Aid.
- O'Keefe, M. (1998). Factors mediating the link between witnessing interparental violence and dating violence. *Journal of family violence*, 13(1), 39-57.
- O'Leary, K.D., Tittle, N., Bromet, E. (2014). Risk factors for physical violence against partners in the U.S. *Psychology of Violence*, 4(1), 65-77.
- O'Neill, M.L., Kerig, P.K. (2000). Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(10), 1036-1049.
- Osakue, G., Hilber, A.M. (1998). Women's sexuality and fertility in Nigeria. In Petchesky, R., Judd, K. *Negotiating reproductive rights*. Londres : Zed Books. pp. 180-216.
- Ovaere, F., Sardo-Infirri, S., Touahria-Gaillard, A., Lévy, J-M. (2007). *L'impact de la violence conjugale sur les enfants*. *Revue critique de littérature*. Observatoire National de l'Enfance En Danger (ONED).
- Oyedokun, A.O. (2008). Domestic violence and constrained contraceptive choices in selected areas of Osun State, Nigeria. *Sexual & Relationship Therapy*, 23(4), 305-323.
- Oyunbileg, S., Sumberzul, N., Udval, N., Wang, J.D., Janes, C.R. (2009). Prevalence and risk factors of domestic violence among Mongolian women. *Journal of Women's Health*, 18(11), 1873-1880.
- Pagelow, M.D. (1984). *Family Violence*. New York : Praeger.
- Panaghi, L., Ghahari, S., Ahmadabadi, Z. & Yoosefi, H. (2008). Spouse abuse and mental health : The role of social support and coping strategies. *Journal of Iranian Psychologists*, 5(17), 69-80.
- Pepler, D., Moore, T.E., Mae, R., Kates, M. (1989). The effects of exposure to family violence on children : New directions for research and intervention. In L. Erlbaum & al. (éd.), *Family Violence and neglect : Innovative interventions*. New Jersey : Hillsdale.
- Pérez-Testor, C., Castillon, J-A., Davins, M., Salamero, M., San-Martino, M. (2007). Personality profiles in a Group of Battered Women : Clinical and Care Implications. *Journal of Family Violence*, 22(2), 73-80.

Perrone, R., Nannini, M. (1997). *Violence et abus sexuels dans la famille : une vision systémique des conduites sociales violentes*. Paris : ESF éditeur.

Peterson, K. (2013). Learned resourcefulness, danger in intimate partner relationships, and mental health symptoms of depression and PTSD in abused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(6), 386-394.

Purvis, R. (1995). Beliefs and realities about family violence : The child's experience. *Social Alternatives*, 14(1), 39-41.

Rao, V. (1997). Wife-beating in rural South India : a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine*, 44, 1169-1179.

Rapp, D., Zoch, B., Khan, M., Pollmann, T., Kramer, A. (2012). Association between gap in spousal education and domestic violence in India and Bangladesh. *BMC Public Health*, 12(1), 467-475.

Rapport mondiale sur la violence et la santé, OMS. (2002). En ligne, www.eoliaforse.fr/violencesconjugales/definition_et_statistiques.html. Consulté le 14 Mai 2015.

Rapport mondiale sur la violence et la santé, OMS. (2002). En ligne, www.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf. Consulté le 23 Janvier 2016.

Rapport sur les auteurs de violences : prise en charge et prévention. (2006). p. 10-11. En ligne, www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000270/ Consulté le 7 Janvier 2016.

Rea, J.G., Rossman, B.B.R. (2005). Children exposed to interparental violence : does parenting contribute to functioning over time ? *Journal of Emotional Abuse*, 5(1), 28-28.

Richardson, J.O, Coid, J. & al. (2002). Identifying domestic violence : cross sectional study in primary care. *BMJ*, 324, 274-277.

Rich-Edwards, J.W., James-Todd, T., Mohllajee, A., Kleinman, K., Burke, A., Gillman, M.W., Wright, R.J. (2011). Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pré-natal depression in two demographically distinct populations in Boston. *International Journal of Epidemiology*, 40(2), 375-384.

Robboy, J., Anderson K.G. (2011). Intergenerational child abuse and coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3526-3541.

Rodgers, K. (1996). Harcèlement criminel. *Statistiques Canada, Le quotidien*, 30 Juillet 1996, 7-8.

Rodgers, K. (1994). Wife assault : the findings of a national survey. *Juristat Bulletin Service*, 14, 1-22.

Rollstin, A.O., Kern, J.M. (1998). Correlates of abused women's psychological distress : severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychological Reports*, 82(2), 387-394.

Romkens, R. (1997). Prevalence of wife abuse in the Netherlands : combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 99-125.

Rosario, M., Salzinger, S., Feldman, R.S., NG-Mak, D.S. (2003). Community violence exposure and delinquent behaviors among youth : the moderating role of coping. *Journal of Community Psychology*, 31(5), 489-512.

Rosenbaum, A., O'Leary, K.D. (1986). Treatment of marital violence. In N., Jacobson, A., Gurman (éd.). *Clinical Handbook of Marital Therapy*. (pp. 385-405). New York : Guilford Press.

Rosewater, L.B. (1988). Abused or schizophrenic ? Psychological tests can't tell. In A.K., Yllo, M., Bograd (Eds). *Feminist perspectives on wife abuse*. (pp. 200-215). Newbury Park : Sage.

Sabina, C., Tindale, R.S. (2008). Abuse characteristics and coping resources as predictor of problem-focused coping strategies among battered women. *Violence against women*, 14(4), 437-456.

Sadlier, K. (2015). Les effets psychologiques. In K. Sadlier & al. (2^{ème} édition), *L'enfant face à la violence conjugale* (pp. 36-55). Paris : Dunod.

Sagot, M. (2000). *Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina : estudios de caso de diez paises*. Washington : Organisation panaméricaine de la Santé.

Sahin, N., Timur, S., Ergin, A., Taspinar, A., Balkaya, N., Cubukcu, S. (2010). Childhood Trauma, type of marriage and self-esteem as correlates of domestic violence in married women in Turkey. *Journal of Family Violence*, 25(7), 661-668.

Saillot, I. (2012). Petit historique de la dissociation. In M. Kédial & al. (Eds.), *Dissociation et mémoire traumatique* (pp. 1-28). Paris : Dunod.

Salmona, M. (2008). Mémoire traumatique. In M. Kédia & al., *Psycho-traumatologie* (pp. 153-160). Paris : Dunod.

Salwen, J.K., O'Leary, K.D. (2013). Adjustment problems and maladaptive relational style : a mediational model of sexual coercion in intimate relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(10), 1969-1988.

Saunders, D.G. (1986). When battered women use violence : husband-abuse or self-defense ? *Violence and Victims*, 1, 47-60.

Scott-Gilba, E., Minne, C., Mezey, G. (1995). The psychological, behavioural and emotional impact of surviving an abuse relationship. *Journal of Forensic Psychiatry*, 6(2), 343-358.

Schuler, S.R. & al. (1996). Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 43, 1729-1742.

- Seldak, A.J. (1988). Prevention of wife abuse. In V.B., Van Hasselt, R.L., Morrison, A.S., Bellack, M., Hersen, (éd.). *Handbook of family violence*. New York : Plenum Press.
- Seligman, M., Weiss, J., Weinraub, M., Sculman, A. (1980). Coping behaviour : learned helplessness, physiological change and learned inactivity. *Behaviour Research and Therapy*, 18(5), 459-512.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Massachusetts : Butterworth, Reading.
- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard.
- Servant, D. (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété*. (pp. 160-161). Paris : Masson.
- Shipman, K.L., Rossman, B.B.R., West, J.C. (1999). Co-occurrence of spousal violence and child abuse : Conceptual implications. *Child Maltreatment*, 4(2), 93-102.
- Short, L. (1998). Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. In Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women. Washington : Center for Health and Gender Equity, 27-31.
- Simon, S. (2014). Violence against women : an involvement of all players. *Revue de l'infirmière*, 205, 8-16.
- Smith, P.H., Murray, C.E. & Coker, A.L. (2010). The coping window : A contextual understanding of the methods women use to cope with battering. *Violence and Victims*, 25(1), 18-28.
- Smith, J. (2011). Facteurs de vulnérabilité à l'emprise. In R. Coutanceau & al., *Violence et famille* (pp. 231-233). Paris : Dunod.
- Smith, D.E., Moore, T.M. (2013). Family violence and aggression and their associations with psychosocial functioning in Jamaican adolescents. *Journal of Family Issues*, 34(6), 745-767.
- Smith P.H., Murray C.E., Coker A.L. (2010). The coping window: A contextual understanding of the methods women use to cope with battering. *Violence and Victims*, 25(1), 18-28.
- Smith Slep, A.M., O'Leary, S.G. (2005). Parent and partner violence in families with young children : rates, patterns and connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 435-444.
- Souffron, K. (2007). *Les violences conjugales*. Toulouse : Editions Milan.
- Stacey, W., Shupe, A. (1983). *The family Secret : Domestic Violence in America*. Boston : Beacon Press.
- Stark, E., Flitcraft, A. (1985). Woman Battering, Child Abuse and Social Heredity : What is the relationship ? *Sociological Review Monograph*, 31, 147-171.
- Stewart, D.E., Ceccuti, A. (1993). Physical abuse in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 149, 1257-1263.

- Stewart, D.E. (1994). Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, 151, 1601-1604.
- Stith, S.M., Rosen, K.H., Middleton, K.A., Bush, A.L., Lundeberg, K., Carlton, R.P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse : a meta-analysis. *Journal of marriage and the family*, 62, 640-654.
- Straus, M., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S., Sugarman, D.B. (1996). The revised conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of family Issues*, 17(3), 283-316.
- Street, A., Gibson, L.E., Holohan, D.R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma-related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress*, 18(3), 245-252.
- Strube, M.J., Barbour, L.S. (1983). The decision to leave an abusive relationship : Economic dependence and psychological commitment. *Journal of Marriage and the Family*, 45(4), 785-793.
- Sudermann, M., Jaffe, P.G. (1999). *A handbook for health and Social Service Providers and Educators on children exposed to woman Abuse/Family Violence*. Ottawa : National Clearinghouse on Family Violence.
- Sutherland, C., Bybee, D., Sullivan, C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Santé des femmes*, 4, 41-70.
- Taft, C.T., Resick, P.A., Panuzio, J., Vogt, D.S. & Mechanic, M.B. (2007). Examining the correlates of engagement and disengagement coping among help-seeking battered women. *Violence and Victims*, 22(1), 3-17.
- Taft, C.T., Resick, P.A., Panuzio, J., Vogt, D.S., Mechanic, M.B. (2007). Coping among victims of relationship abuse: a longitudinal examination. *Violence and Victims*, 22(4), 408-418.
- Tenkorang, E., Owusu, A., Yeboah, E., Bannerman, R. (2013). Factors influencing domestic and marital violence against women in Ghana. *Journal of Family Violence*, 28(8), 771-781.
- Tjaden, P., Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women : finding from the National Violence Against Women Survey*. Washington : National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention.
- Turgeon, J. (2003). Le point sur la violence conjugale. *Ressources et Vous*, 8(1), 1-26.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 18(5), 389-399.
- Vanderlinden, J. (2012). Outils diagnostiques des troubles dissociatifs : une évaluation multidimensionnelle. In M. Kédia & al. (Eds.), *Dissociation et mémoire traumatique* (pp. 53-84). Paris : Dunod.

Vatnar, S., Bjorkly, S. (2008). An interactional perspective of intimate partner violence : An in-depth semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. *Journal of Family Violence*, 23(4), 265-279.

Vitanza, S., Vogel, L.C.M., Marshall, L.L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*, 10(1), 23-34.

Vouche, J-P. (2009). *De l'emprise à la résilience*. Paris : Editions Fabert.

Vouche, J-P., Zinoune, L., Lambert, D., Loubeyre, J. (2007). Bilan qualitatif, *Les violences conjugales*, Beauvais.

Vouche, J-P. (2009). Les enfants exposés aux violences domestiques (conjugales et familiales). In J-P. Vouche, *De l'emprise à la résilience* (pp. 235-266). Paris : éditions Fabert.

Waldman-Levi, A., Finzi-Dottan, R., Weintraub, N. (2015). Attachment security and parental perception of competency among abused women in the shadow of PTSD and childhood exposure to domestic violence. *Journal of Child & Family Studies*, 24(1), 57-65.

Waldrop, A.E, Resick, P.A. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19(5), 291-302.

Walker, L., "The battered women", 1979. En ligne, www.eoliaforse.fr/violencesconjugales/definition_et_statistiques.html. Consulté le 14 Mai 2015.

Walker, L.E.A., Browne, A. (1985). Gender and Victimization by Intimates. *Journal of Personality*, 53(2), 179-195.

Walker, L.E.A. (1984). *The battered woman syndrome*. New York : Springer.

Walker, E.A. & al. (1993). Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1502-1506.

Walker, T. (2013). Voices from the group : Violent women's experiences of intervention. *Journal of Family Violence*, 28(4), 419-426.

Waker, E.A. & al. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis : Sexual, physical and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, 59, 572-577.

Watlington, C.G. (2007). Coping with domestic violence : The roles of spirituality and religion in the lives of african american women. *Dissertation abstracts international : Section B : The Sciences and Engineering*, 67(10), 60-82.

Watts, C., Zimmerman, C. (2002). Violence against Women : Global scope and magnitude. *Lancet*, 359(931), 1232-1237.

Weishaar M.E., Klosko J.S., Young J.E. (2005). *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Paris : De boeck.

- Wilson, M., Daly, M. (1994). Spousal homicide. *Juristat Bulletin Service*, 14, 1-15.
- Yeater, E.A., Austin, J.L., Green, M.J., Smith, J.E. (2010). Coping mediates the relationship between posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms and alcohol use in homeless, ethnically diverse women : A preliminary study. *Psychological trauma :Theory, Research, Practice and Policy*, 2(4), 307-310.
- Yoshihama, M., Sorenson, S.B. (1994). Physical, sexual and emotional abuse by male intimates : experiences of women in Japan. *Violence and Victims*, 9, 63-77.
- Yoshihama, M. (2002). Breaking the web of abuse and silence : Voices of battered women in Japan. *Social Work*, 47(4), 389-400.
- Yount, K.M., Carrera, J.S. (2006). Domestic violence againts married women in Cambodia. *Social Forces*, 85(1), 355-387.
- Zakar, R., Zakar, M.Z., Kramer, A. (2012). Voices of strength and struggle : women's coping strategies against spousal violence in Pakistan. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(16), 3268-3298.
- Zeanah, CH., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D., Heller, S.S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 77-86.
- Zimmerman, K. (1995). *Plates in a basket will rattle : domestic violence in Cambodia : A summary*. Cambodge : Project against domestic violence.
- Zink, T., Jacobson, J.C.J., Pabst, S., Regan, S., Fisher, B.S. (2006). A lifetime of intimate partner violence : Coping strategies of older women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 634-651.