



**SOINS DES PSYCHOTRAUMATISMES DES FEMMES VICTIMES
DE VIOLENCES CONJUGALES: LES BARRIERES A L'ACCES
AUX SOINS EN SANTE MENTALE**

Véronique RICHARD (n° d'étudiante 22210806)

Mémoire de recherche

En vue de l'obtention du D.E. d'Infirmière de Pratique Avancée

Mention psychiatrie et santé mentale

Sous la direction de Céline PELEAU (IDE, CRP sud NA, CHU Charles Perrens)

Sous la Codirection de Sophie DUCLOS (IPA,CMP du Maré, CHD La Candelier)

Le 29 avril 2024, Année Universitaire 2023/2024

Faculté de médecine et de pharmacie

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame Céline PELEAU, ma directrice de mémoire, pour sa guidance soutenue, son implication dans le recrutement des patientes, sa pédagogie et la richesse de la formation aux psychotraumatismes lors de mes deux mois de stage au CRP. Merci pour tes commentaires constructifs durant toutes les phases d'élaboration de ce projet qui m'ont permis de progresser.

Je remercie Madame Sophie DUCLOS, ma co-directrice de mémoire, pour son indéfectible soutien tant moral que méthodologique durant ces deux années de master. Merci pour ton tutorat allant de la construction du projet de formation IPA, en passant par ma première démarche clinique et jusqu'à aujourd'hui dans la supervision de ce mémoire. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenu lorsque je n'y croyais plus.

Je remercie mes enseignants, formateurs et médecins universitaires de la faculté de médecine pharmacie de Poitiers, pour la qualité de leurs enseignements, à la hauteur des exigences et compétences attendues dans la profession IPA.

Je remercie mes collègues de promotion et tout particulièrement mes collègues de mention psychiatrie et santé mentale pour leur soutien: Anne-cé, Anaïs, Célia, Céline, Cédric, merci d'avoir été là dans les périodes de doute, de travail intense, de révisions et de réussites.

Je remercie mon établissement, le CHD la Candélie à Agen de nous avoir permis de suivre cette formation dans les meilleures conditions et d'avoir financé mes deux années d'études pour devenir IPA. Je remercie les membres du jury de l'hôpital de m'avoir sélectionnée et de m'avoir fait confiance.

Je remercie Laurie SIDOBRE de m'avoir permis de réaliser mon stage de première année à la clinique psychiatrique d'AUCH ; le Dr Arnaud De JESUS, le Dr Fabrice ELASRI et l'ensemble de l'équipe de la clinique psychiatrique d'Embats pour leur implication, leurs apports pédagogiques et la qualité de leur prise en charge durant mon stage premier d'étudiante IPA. Un grand merci à Carole et Judith de l'équipe EMPP d'avoir partagé leur bureau et leurs expériences quotidiennes avec moi.

Je remercie le Dr Chantal BERGEY et Valérie RUFFROY d'avoir accepté ma demande de stage au CRP du CH C. Perrens de Bordeaux. Un grand merci à ma tutrice de stage le Dr Maïté Caumont et à l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle du CRP pour la qualité et la richesse de l'enseignement qu'ils m'ont apporté, ainsi que leur implication dynamique et soutenue dans mon processus final de professionnalisation. Je les remercie également de m'avoir formée à la clinique et à la prise en charge spécifique de femmes victimes de violences conjugales et/ou sexuelles, et de m'avoir suivie dans la formation à la thérapie de Brunet.

Je remercie Marie Jo HAY, pour ses conseils avisés en tant que patiente partenaire et son implication dans le recrutement des participantes au niveau associatif pour cette enquête, sans toi je n'aurais jamais pu obtenir autant de questionnaires.

Un grand merci aux participantes des toutes les associations de victimes et aux patientes du CRP de Bordeaux pour leur introspection et le temps consacré à cette enquête.

Je remercie mes anciens collègues de l'HDJ et du CMP, mes nouvelles collègues de l'EMMS, mes amis et ma famille d'avoir été présents, soutenant et réconfortants dans les moments difficiles.

Pour finir, je remercie affectueusement ma petite famille, mon « noyau central », mon équilibre : mon compagnon, Thibault et mon fils Valentin, qui m'ont comblée de leur fierté, mais aussi ma belle-fille Sara et mon beau fils Evan. Sans vous je n'aurais jamais réussi à conserver la motivation durant ces deux années de master remplies d'expériences et de richesses mais aussi parsemée de moments de fatigue, de doutes et de découragements. Merci pour votre patience, votre écoute, votre clairvoyance, vos encouragements et votre amour inconditionnel.

RESUME

Le parcours de soin des femmes victimes de violences conjugales est jalonné de nombreux obstacles d'accès à des soins de santé mentale. Ainsi les femmes mettent en moyenne 13 ans pour y accéder sachant qu'un quart n'y accède jamais. Les psychotraumatismes induits par les violences subies ont des répercussions cliniques et fonctionnelles graves et durables. Pourtant un accompagnement psychologique spécifique et adapté, au mieux précoce, permet de diminuer les symptômes, d'éviter les nombreuses comorbidités psychiatriques, addictives et somatiques et de prévenir une re-victimisation.

Cette étude quantitative exploratoire se propose de mesurer les barrières perçues par les femmes victimes de violences conjugales pour accéder à des soins de santé mentale à partir de l'échelle Bace 3, qui contient également la mesure de la stigmatisation. En effet selon la théorie de l'étiquetage de Goffman l'auto-stigmatisation serait la conséquence de la stigmatisation sociale et structurelle intégrée par les personnes qui en sont l'objet. Cette enquête transversale en ligne a été réalisée auprès d'associations de victimes de violences au niveau national, et au CRP de Bordeaux. Nous avons recruté 64 participantes dont 39 questionnaires complets.

Ces résultats révèlent que la stigmatisation a été un frein pour 82% des femmes victimes et qu'elle représentait un frein majeur pour presque la moitié d'entre elles. Toutes les femmes ont déclaré que la gêne ou la honte avait retardé ou empêché des soins, 70% des femmes ont craint que des soins de santé mentale aient un impact sur leur travail, 87% ont craint d'être considérées comme faible à cause d'un problème de santé mentale et 92% d'entre elles ont eu peur d'être considérées comme « folle » dont 60% au niveau le plus élevé. D'autres obstacles courants ont pu être identifiés : des facteurs pratiques et logistique (coût, transport, disponibilité), des difficultés pour identifier les lieux de soin adaptés, des difficultés liées à la maladie, à la crainte des effets secondaires des traitements et à de mauvaises expériences vécues avec des professionnels de santé. Nous avons également pu identifier certains biais cognitifs, des préférences en matière de soins et des facteurs pouvant influencer la prise de décision des victimes.

Dans ces situations de soin complexe, les compétences cliniques d'une IPA spécialisée en santé mentale peuvent représenter une plus-value dans une équipe de soin; son rôle de coordinatrice de parcours de soin, de collaboration et de « coatching » transversal et son leadership clinique dans la conception de projet et la mise en place d'actions d'amélioration des pratiques professionnelles, lui confèrent une place essentielle auprès des femmes victimes de violences conjugales et des équipes de santé mentale.

ABSTRACT

Women who are victims of domestic violence face many difficulties in accessing mental health care. On average, it takes 13 years for women to access care, and a quarter never do. The psychotrauma induced by the violence suffered has serious and lasting clinical and functional repercussions. However, specific and adapted psychological support, at best at an early stage, can reduce symptoms, avoid numerous psychiatric, addictive, and somatic comorbidities, and prevent re-victimization.

The aim of this exploratory quantitative study is to measure the barriers perceived by female victims of domestic violence to accessing mental health care, using the Bace 3 scale, which also measures stigmatization. Indeed, according to Goffman's labelling theory, self-stigmatization is the consequence of social and structural stigmatization integrated by those who are subject to it. This cross-sectional online survey was carried out among associations for victims of violence at national level, and at the CRP in Bordeaux. It recruited 64 participants, 39 of whom completed questionnaires.

The results showed that stigmatization was a barrier for 82% of the women, and a major barrier for almost half of them. All women reported that embarrassment or shame had delayed or prevented care, 70% of women feared that mental health care would have an impact on their work, 87% feared being considered weak because of a mental health problem, and 92% feared being considered "crazy", including 60% at the highest level. Other common barriers were identified: practical and logistical factors (cost, transport, availability), difficulties in identifying suitable places of care, difficulties linked to the illness, fear of treatment side-effects and bad experiences with healthcare professionals. We were also able to identify certain cognitive biases, care preferences and factors that could influence victims' decision-making.

In these complex care situations, the clinical skills of an advanced practice nurse specialized in mental health can represent an added value in a care team; her role as coordinator of care pathways, collaboration, and transversal "coaching", and her clinical leadership in project design and the implementation of actions to improve professional practices, give her an essential place with women victims of domestic violence and mental health teams.

Sommaire

Résumé	2
Abstract	3
Liste des abréviations	9
Liste des tableaux	10
Liste des figures	23
Introduction	0
I- Le Contexte de la recherche	1
1-1 Le psychotraumatismes, un trouble connu depuis l'antiquité	1
1-1-1 définition	1
1-1-2 Histoire des psychotraumatismes	1
1-1-3 Prévalence des psychotraumatismes	3
1-1-4 Trouble de stress post traumatique (TSPT) et violences conjugales	3
1-2 Contexte mondial de la violence au sein du couple	4
1-2-1 Au niveau épidémiologique	4
1-2-2 Au niveau socioéconomique	4
1-2-3 Au niveau de la santé	5
1-2-4 Au niveau politique.....	5
1-3 Contexte national de la violence au sein du couple	5
1-3-1 Au niveau épidémiologique	5
1-3-2 au niveau de la santé	6

1-3-3 Au niveau socio-économique :	6
1-3-4 Au niveau législatif	7
1-3-5 Au niveau politique.....	8
1-4 Contexte départemental : le lot et Garonne	9
1-5 De mon constat de départ à ma question générale de recherche	10
<i>II- la problématique</i>	11
2-1 Les psycho traumatismes	11
2-2-1 La dissociation traumatique	12
2-1-2 les réactions péri-traumatique	19
2-1-3 Le trouble de stress aigu.....	20
2-1-4 Le trouble de stress post traumatique	20
2-1-5 les critères diagnostiques du TSPT Complexe (TSPT-C)	23
2-1-6 Diagnostic différentiel entre TSPT-C et le trouble de la personnalité borderline (TPB)	25
2-1-7 Comorbidités et TSPT	26
2-2 Les violences conjugales.....	27
2-2-1 Définitions	27
2-2-2 Les types de violences conjugales	27
2-2-3 Le cycle de la violence au sein du couple	28
2-2-4 L'emprise	29
2-2-5 Les Facteurs de risques d'être victime violences conjugales.....	30
2-2-6 Les conséquences des violences sur la santé des victimes.....	31
2-3 Le Parcours de soin des femmes victimes de violences conjugales.....	34
2-3-1 le parcours de soin	34
2-3-2 Le dépistage des violences conjugales	35
2-3-3 L'évaluation de la violence et de ses conséquences psychologiques.....	39

2-3-4 La prise en charge des psycho traumatismes induit par les violences	43
2-3-5 L'orientation et la coordination du parcours de soin des victimes	51
2-4 L'influence des représentations sur le parcours de soin des femmes victimes de violences	
conjugales.....	53
2-4-1 les représentations sociales des violences conjugales	53
2-4-2 Les représentations des professionnels de santé mentale	54
2-4-3 Stigmatisation et maladie mentale.....	55
2-4-4 La légitimation des femmes victimes de violences conjugales.....	55
2-5 Synthèse de la Problématique.....	56
III- Modèle d'analyse et cadre théorique	57
3-1 Définition du concept de stigmat.....	57
3-2 La théorie de l'étiquetage de Goffman	58
3-3 les différents niveaux de stigmatisation : la stigmatisation structurelle, la stigmatisation sociale et l'auto-stigmatisation	62
3-4 De la question générale à la question spécifique de recherche	63
IV- Méthodes	65
4-1 l'approche méthodologique	65
4-2 Le type d'étude	66
4-3 Le cadre et la période de l'étude	66
4-4 la population d'étude.....	66
4-5 Le déroulement de l'étude	67
4-6 technique de recueil de données.....	68

4-7 L'analyse des données.....	69
4-8 les critères de jugement	69
4-9 Les variables à l'étude	70
4-10 Les considérations éthiques et la protection des données personnelles.....	70
V- Les résultats.....	70
5-1 Présentation des résultats du questionnaire BACE 3.....	70
5-2 Analyse des résultats	80
5-2-1-Identification des principaux obstacles à l'accès aux soins	80
5-2-2 Analyse des perceptions et des préférences	83
5-2-3 Corrélations potentielles entre les réponses.....	85
VI- Discussion.....	86
6-1 implications théoriques	86
6-1-1 Rappels des grandes lignes de l'étude et synthèse des nouvelles connaissances établies	86
6-1-2 les limites de l'étude.....	88
6-1-3 Les biais de l'étude	88
6-1-4 Implication dans de nouvelles recherches	89
6-2 le rôle de l' IPA dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales dans les services de santé mentale	89
6-3-1 la pratique clinique	92
6-3-2 la consultation	92
6-3-3 l'expertise et le conseil (Guidance and coatching)	93
6-3-4 L'éthique.....	94
6-3-5 La recherche	94

6-3-6 le leadership	95
6-3-7 la collaboration.....	95
Conclusion.....	96
Bibliographie	98
Annexes	105

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

CIM 11 : classification internationale des maladies, OMS

CMP : centre médico-psychologique

CRP : centre régionaux psycho traumatismes

DSM : Diagnostic et statistique des troubles mentaux

ELSA : équipe de liaison et de soin en addictologie

EMDR : Eye movement desensitization and reprocessing (En français : mouvement des yeux, désensibilisation et retraitement de l'information)

EMMS : équipe mobile médico-sociale

ET : Événement traumatique

HAS : Haute autorité de santé

HCE : haut conseil de l'égalité entre les hommes et les femmes

IDE : infirmière diplômée d'état

IPA : Infirmière de pratique avancée

OMS : organisation mondiale de la santé

ONU : organisation des nations unies

TCC : thérapie cognitive et comportementale

TCC ciblée : thérapie cognitive et comportementale centrée sur le traumatisme

TSA : trouble de stress aigu

TSPT : Trouble de stress post traumatique

TSPT-C: Trouble de stress post traumatique complexe/

PTSM 47 : projet territorial de santé mentale du lot et Garonne
Stress post traumatique complexe

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 (P.3): Prévalence des traumatismes en fonction de l'évènement (Étude de Breslau et al., 1998, Detroit area Survey of trauma, schéma CRP, CH Charles Perrens)

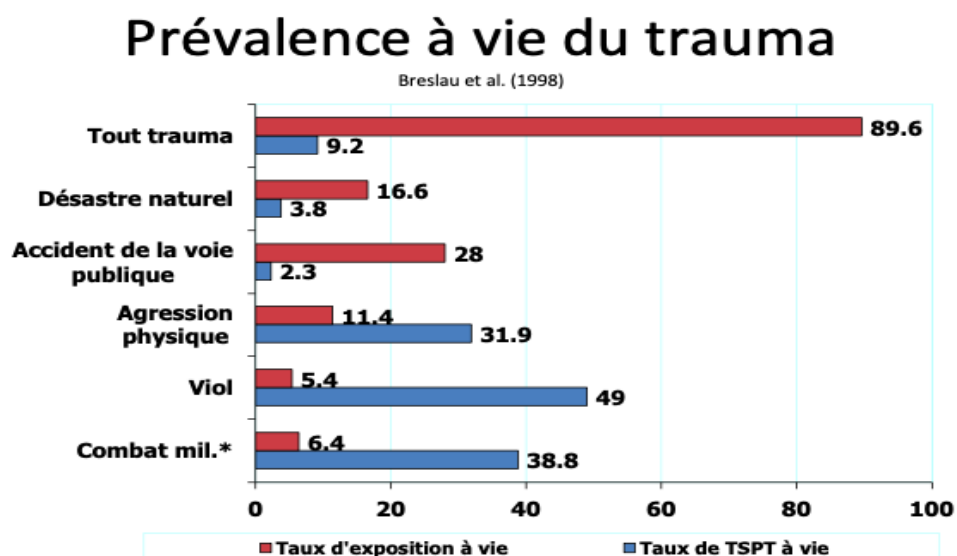


Tableau 2 (P.22) Critères du TSPT selon le DSM5)

Critères A-Menace vitale, ou blessure grave, ou violence sexuelle:(=>au moins 1 critère)

1. Victime directe
 2. Témoin
 3. La victime est un proche
- Exposition dans le cadre du travail

Critères B-intrusion (symptômes intrusifs débutants ou s'intensifiant après le trauma)=>au moins 1 critère

1. Pensées involontaires (non déclenchées)
 2. Cauchemars récurrents
 3. Réactions dissociatives (Flashbacks)
 4. Détresse
- Réactivité physique (déclenchées)

Critères C-Évitement (Évitement actif et persistant des stimuli rappelant le trauma)=> au moins 1 critère

1. Stimuli internes: pensées, sentiments...
- Stimuli externes: gens, lieux, conversations, activités, objets, situations

Critères D-Humeur et cognition (Altérations de la cognition et l'humeur)=>au moins 2 critères

1. Amnésie
2. Croyances négatives (soi, les autres, le monde)
3. Blâme / culpabilité inappropriée
4. Émotions négatives persistantes
5. Anhédonie
6. Isolement, aliénation vis à vis des autres
7. Incapacité à ressentir des émotions positives

Critères E-Hyperéveil (Hyperréactivité neurovégétative)=>au moins 2 critères

1. Irritabilité
2. Impulsivité / Témérité
3. Hypervigilance
4. Sursauts
5. Concentration défaillante
6. Troubles du sommeil

Critères F-Durée

1. >1 mois
2. Différé : si début >6 mois post événement)

Critère G-détresse/dysfonctionnement social

Critère H- non dû à un médicament, une substance, ou à une autre maladie

Tableau 3 (P.23) Critères du TSPT dans la CIM-11

A- Exposition à un ou des évènement(s) très menaçant(s) ou horrible(s) B- sentiment de revivre l'évènement accompagné d'émotions fortes et envahissantes (peur ou horreur) et de sensations physiques : • Souvenirs reviviscents intrusifs • Flashbacks • Cauchemars C- Évitement • Évitement des pensées et de souvenirs de l'évènement • Évitement des activités, des situations ou des gens rappelant l'évènement D-perceptions persistantes d'une menace actuelle importante • Hypervigilance • Augmentation des réactions de sursaut Les symptômes durent depuis plusieurs semaines Les symptômes entraînent un dysfonctionnement significatif

Tableau 4 (P.24): Critères du TSPT complexe dans la CIM-11

Le TSPT complexe dans la CIM 11 Événements extrêmes, prolongés ou répétitifs: • Torture, trafics d'être humain, esclavage, génocide, violence domestique, sexuelle ou physique répétée Les symptômes d'un TSPT, et: • Difficultés dans la régulation des affects • Sentiments d'être diminué, en échec, sans valeur, honteux, ou coupable • Difficultés relationnelles (attachement)
--

Tableau 5 (P.27) exemples des différents types de violences (CRP Sud NA)

Violences administratives	Violences économiques	Violences psychologiques	Violences physiques	Violences sexuelles
Rétention de passeport	Donner de l'argent au compte-goutte	Humiliation, dévalorisation	Coups, gifle	Harcèlement sexuel
Empêcher d'avoir des papiers	Surveiller le compte en banque	Injures	Brulure, Piqures	Cyberharcèlement
Empêcher l'accès à des services sociaux	Toucher le salaire à la place de sa/ son conjoint.e	Abîmer, casser des objets (vêtements, photos...)	Empêcher de sortir	« Revenge Porn »
Refuser un titre de séjour auquel on a droit	Refuser de payer la pension alimentaire	Ne plus parler	Morsures	Le stealthing (retrait non consenti du préservatif)
		Empêcher de dormir	Étranglement	Agression sexuelle
				Tentative de viol
				Viol
				Mutilations sexuelles
				Mariage forcé

Tableau 6 (P.28) Les facteurs de risque d'être victime de violences (HAS, repérage des femmes victimes de violences au sein du couple)

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. ■ Maltraitance pendant l'enfance. ■ L'acceptation de la violence. ■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale. ■ Les handicaps, les maladies de longue durée. ■ Les problèmes de santé mentale. ■ La dépendance financière. ■ Une conduite addictive (alcool, drogues).	■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. ■ L'abus de drogues et d'alcool. ■ Des troubles de la personnalité. ■ La banalisation de la violence.	■ Insatisfaction dans le couple. ■ Contexte de séparation conflictuelle. ■ Domination masculine dans la famille. ■ Stress économique, précarité. ■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. ■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. ■ Différence d'âge importante dans le couple. ■ Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.

Tableau 7 (P.34) Résumé des conséquences de la violence sur la santé globale des victimes
(Formation CRP sud NA, MIPROF, Impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes)

Physiques	Santé psychique et comportementale	Santé sexuelle et reproductive	Maladies chroniques
• Blessures • Traumatismes cérébraux • Brûlures, coupures • Morsures • Fractures • Handicaps divers • Décès • Obésité morbide	• Sd de stress post-traumatique • Dépression, anxiété • Troubles de l'alimentation, du sommeil • Pensées et comportements suicidaires • Addictions : alcool, tabac, drogue • Comportement autoagressif	• Douleurs pelviennes chroniques • Hémorragies • Infections vaginales et urinaires • Complications de la grossesse, fausses couches, morts in utero • Grossesses non désirées, avortements à risque • VIH et autres IST (1,5) • Comportement sexuel à risque	• Maladies auto-immunes • Arthrite, asthme • Cancers • Maladies cardiovasculaires • Accident vasculaire cérébral • Diabète • Hypertension • ...

Tableau 8 (P.70-77) Résultats du questionnaire d'enquête « Bace 3 » via le logiciel « Lime Survey » avec les nouveaux calculs pour les items optionnels (personnes non concernées)

Nombre d'enregistrement(s) pour cette requête :	39
Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	39
Pourcentage du total :	100,00%

Résumé pour Q00001(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint d'être considéré comme faible à cause d'un problème de santé mentale

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	5	12,82%
1 = Un peu (AO01)	10	25,64%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	19	48,72%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		87,18%

 Résumé pour Q00002(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que cela nuise à mes chances d'être embauché

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%	28,64%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%	17,14%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%	14,28%
3 = Beaucoup (AO03)	14	35,90%	40%
Je ne suis pas concerné (AO04)	4	10,26%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		51,28%	71,42%

Résumé pour Q00003(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été inquiet de ce que ma famille pouvait penser, dire, ou ressentir

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	2	5,13%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	25	64,10%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		94,87%

Résumé pour Q00004(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été gêné ou j' ai eu honte

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	0	0,00%
1 = Un peu (AO01)	4	10,26%
2 = Moyennement (AO02)	4	10,26%
3 = Beaucoup (AO03)	31	79,49%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		100%

Résumé pour Q00005(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d' être considéré comme "fou"

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	3	7,69%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	24	61,54%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		92,31%

 Résumé pour Q00006(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d' être considéré comme un mauvais parent

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	8	20,51%	36,36%
1 = Un peu (AO01)	2	5,13%	9%
2 = Moyennement (AO02)	2	5,13%	9%
3 = Beaucoup (AO03)	10	25,64%	45,45%
Je ne suis pas concerné (AO04)	17	43,59%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		35,90%	63,40%

Résumé pour Q00007(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que les gens que je connais l' apprennent

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	12	30,77%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41,03%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		89,74%

Résumé pour Q00008(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que l' on ne me prenne pas au sérieux, si les gens apprenaient que j'avais recours à une aide professionnelle

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	9	23,08%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33,33%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,36%

Résumé pour Q00009(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne voulais pas qu' un problème de santé mentale soit dans mon dossier médical

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41,03%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,64%

Résumé pour Q00010(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que mes enfants soient confiés aux services sociaux, que je ne puisse plus les voir ou que je perde leur garde

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%	25%
1 = Un peu (AO01)	2	5,13%	12,50%
2 = Moyennement (AO02)	3	7,69%	18,75%
3 = Beaucoup (AO03)	7	17,95%	43,75%
Je ne suis pas concerné (AO04)	23	58,97%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		30,77%	75,00%

Résumé pour Q00011(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes amis pouvaient penser, dire, ou faire

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	7	17,95%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	14	35,90%
3 = Beaucoup (AO03)	12	30,77%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		82,05%

Résumé pour Q00012(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes collègues de travail pouvaient penser, dire ou faire

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%	12,12%
1 = Un peu (AO01)	3	7,69%	9%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%	24,24%
3 = Beaucoup (AO03)	18	46,15%	54,54%
Je ne suis pas concerné (AO04)	6	15,38%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,35%	87,90%

Résumé pour Q00013(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'avais pas les moyens financiers nécessaires

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	11	28,21%
3 = Beaucoup (AO03)	18	46,15%
Sans réponse	0	0,00%

Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		89,74%

Résumé pour Q00014(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il n'y avait pas de professionnel de santé de mon groupe culturel ou ethnique

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	29	74,36%
1 = Un peu (AO01)	1	2,56%
2 = Moyennement (AO02)	4	10,26%
3 = Beaucoup (AO03)	5	12,82%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		25,64%

Résumé pour Q00015(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été trop malade pour demander de l'aide

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	9	23,08%
1 = Un peu (AO01)	11	28,21%
2 = Moyennement (AO02)	10	25,64%
3 = Beaucoup (AO03)	9	23,08%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		76,92%

Résumé pour Q00016(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'aimais pas parler de mes sentiments, émotions ou pensées

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	5	12,82%
1 = Un peu (AO01)	12	30,77%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	15	38,46%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		87,18%

Résumé pour Q00017(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été préoccupé par les effets éventuels des traitements disponibles (effets secondaires des médicaments...)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	21	53,85%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		89,74%

Résumé pour Q00018(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des mauvaises expériences précédemment avec des professionnels de santé mentale

Réponse	Décompte	Pourcentage
---------	----------	-------------

0 = Pas du tout (AO00)	5	12,82%
1 = Un peu (AO01)	14	35,90%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	12	30,77%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		87,18%

Résumé pour Q00019(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]
Il m'était difficile d'être disponible compte tenu de mon travail

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	9	23,08%	27,27%
1 = Un peu (AO01)	8	20,51%	24,24%
2 = Moyennement (AO02)	11	28,21%	33,33%
3 = Beaucoup (AO03)	5	12,82%	15,15%
Je ne suis pas concerné (AO04)	6	15,38%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		61,54%	72,30%

Résumé pour Q00020(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pouvais pas faire garder mes enfants pendant que je recevais les soins

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%	26,66%
1 = Un peu (AO01)	3	7,69%	20%
2 = Moyennement (AO02)	2	5,13%	13,33%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15,38%	37,50%
Je ne suis pas concerné (AO04)	24	61,54%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		28,20%	73,40%

Résumé pour Q00021(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'ai pas vraiment su où aller pour trouver l'aide d'un professionnel de santé

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	8	20,51%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	11	28,21%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33,33%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		79,49%

Résumé pour Q00022(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai voulu résoudre le problème par moi même

Réponse	Décompte	Pourcentage
---------	----------	-------------

0 = Pas du tout (AO00)	3	7,69%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	26	66,67%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		92,31%

Résumé pour Q00023(AO01)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d'être hospitalisé contre ma volonté ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas du tout (AO01)	13	33,33%
Un peu (AO02)	4	10,26%
Moyennement (AO03)	8	20,51%
Beaucoup (AO04)	14	35,90%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		66,76%

Résumé pour Q00024(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des difficultés pour me rendre au rendez-vous (transport, difficulté de déplacement)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	18	46,15%
1 = Un peu (AO01)	12	30,77%
2 = Moyennement (AO02)	3	7,69%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15,38%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		53,85%

Résumé pour Q00025(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé que le problème allait s'améliorer de lui-même

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41,03%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,36%

Résumé pour Q00026(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré d'autres types de soins (par exemple, soins traditionnels/religieux ou thérapie alternative/complémentaire)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	15	38,46%
1 = Un peu (AO01)	10	25,64%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	9	23,08%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		61,54%

Résumé pour Q00027(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]
J'ai pensé qu'une assistance de la part d'un professionnel de santé ne m'aiderait pas

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	19	48,72%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	9	23,08%
3 = Beaucoup (AO03)	4	10,26%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		51,28%

Résumé pour Q00028(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]
J'ai préféré chercher de l'aide auprès de ma famille et de mes amis

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	21	53,85%
1 = Un peu (AO01)	9	23,08%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	4	10,26%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		46,15%

Résumé pour Q00029(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pensais pas avoir de problème

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	13	33,33%
1 = Un peu (AO01)	8	20,51%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	10	25,64%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		66,67%

Résumé pour Q00030(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'avais personne qui pouvait m'aider à obtenir l'aide d'un professionnel de santé

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	15	38,46%
1 = Un peu (AO01)	4	10,26%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33,33%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		61,54%

STIGMATISATION

- Facteur 1 (réponse 3: beaucoup) = **48,64%**
- Facteur 1 (moyenne réponses de 1 à 3) **82,73%**

Tableau 9 (P.79) Classement des questions par thématique (facteurs) et résultats

FACTEURS	QUESTIONS	RESULTATS BACE 3
<u>Facteur 1: Stigmatisation</u> -Auto/stigma -Stigma social/familial -Stigma structurel -Stigma ciblé santé mentale : -Total stigmatisation et auto-stigmatisation (moyenne des résultats des questions coteées de 1 à 3)	-Q1/Q4/Q5/Q8/Q9 -Q2/Q3/Q6/Q7/Q11/Q12 -Q2/Q10 -Q1/Q5/Q8/Q9 -Q1 à 12	BCP= 52,82% //Moyenne= 85,67% BCP= 45,29% //Moyenne= 81,61% BCP= 41,87% //Moyenne= 73,21% BCP= 46,15% //Moyenne= 82,12% - <u>Beaucoup</u> : 48,64% (pour toutes les personnes concernées) - <u>D'un peu à beaucoup</u> : 82,73% (pour toutes les personnes concernées)
Facteurs individuels (facteurs 2 et 3) regroupés par thématiques		
Biais cognitifs liés au trauma	Q6/Q10/Q16/Q23/Q25/Q29	BCP= 38,38% Moyenne= 66,79%
Facteur pratique et logistique :Financier, Géographique/transport	Q13/Q24	BCP= 30,77% Moyenne= 71,80%
Confidentialité	Q7/Q8/Q9	BCP= 38,46% Moyenne= 79,67%
Difficulté d'ordre Ethnique/culturel	Q14	BCP= 12,82% Moyenne=25,74%
Sentiment et/ou besoin d'autonomie par rapport au problème et concernant sa résolution	Q22/Q25/Q29	BCP= 45,78% Moyenne= 77,78%
Recherche d'une alternative à l'aide d'un professionnel de santé mentale et préférences pour d'autres formes de soutien	Q26/Q27/Q28	BCP= 14,53% Moyenne= 52,99%
Difficulté de disponibilité personnelle en lien avec le travail ou les enfants	Q19/Q20	Bcp= 26,33% Moyenne= 72,9%
Difficultés liées au traitement thérapeutique/médicamenteux proposé et/ou aux professionnels de santé mentale	Q15/Q16/Q17/Q18	BCP= 36,54% Moyenne= 84,76%
Difficulté d'Identification des lieux de soins adaptés et besoin d'information sur les ressources disponibles	Q21/Q30	BCP= 33,33% Moyenne= 70,52%

LISTE DES FIGURES

Figure 1 (P.14): Ci-après le schéma du fonctionnement cérébral d'un stress régulé émotionnellement, (CRP Charles Perrens, selon la théorie de Ledoux)

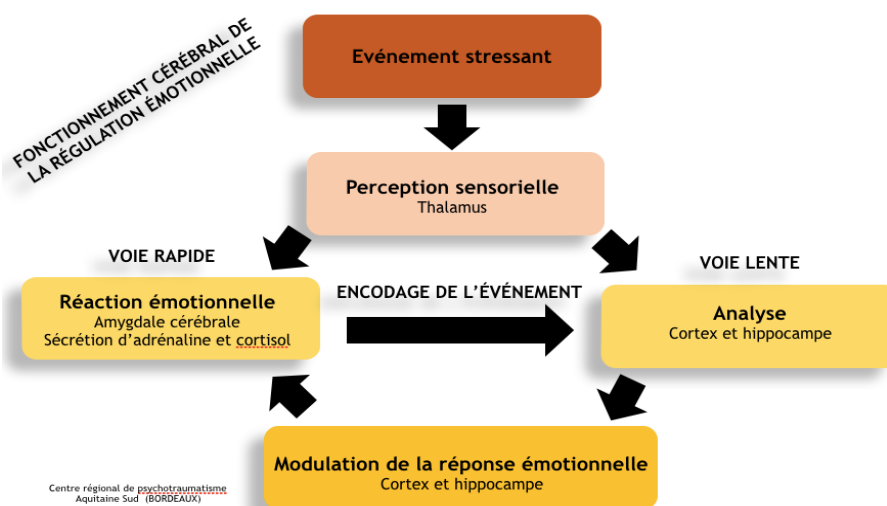


Figure 2 (P.15) Fonctionnement cérébral d'un stress dépassé émotionnellement (CRP, Charles Perrens, selon la théorie de Ledoux)

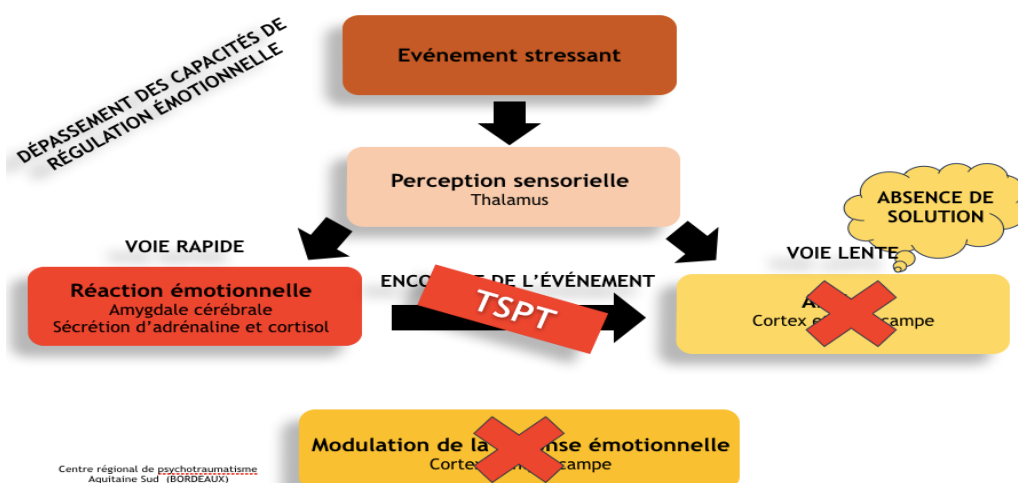


Figure 3 (P.16) le schéma des structures cérébrales impliquées et le « Circuit de traitement d'un stimulus menaçant selon Ledoux

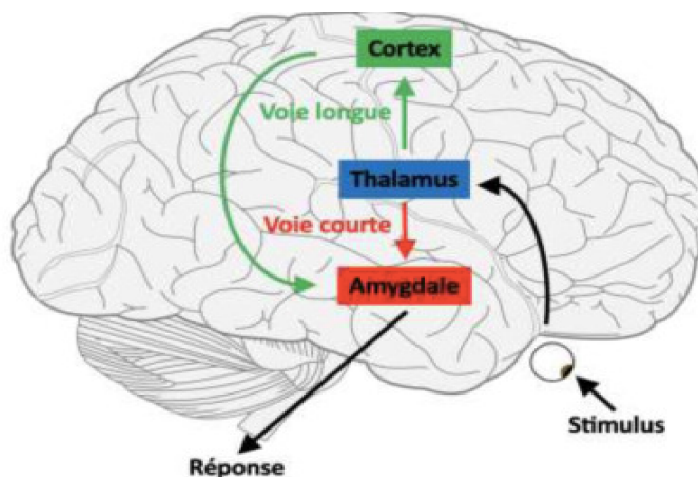


Figure 4 (P.25) Évolution dynamique des psychotraumatismes (schéma réalisé par le CRP sud NA, CH Charles Perrens)

Evolution dynamique

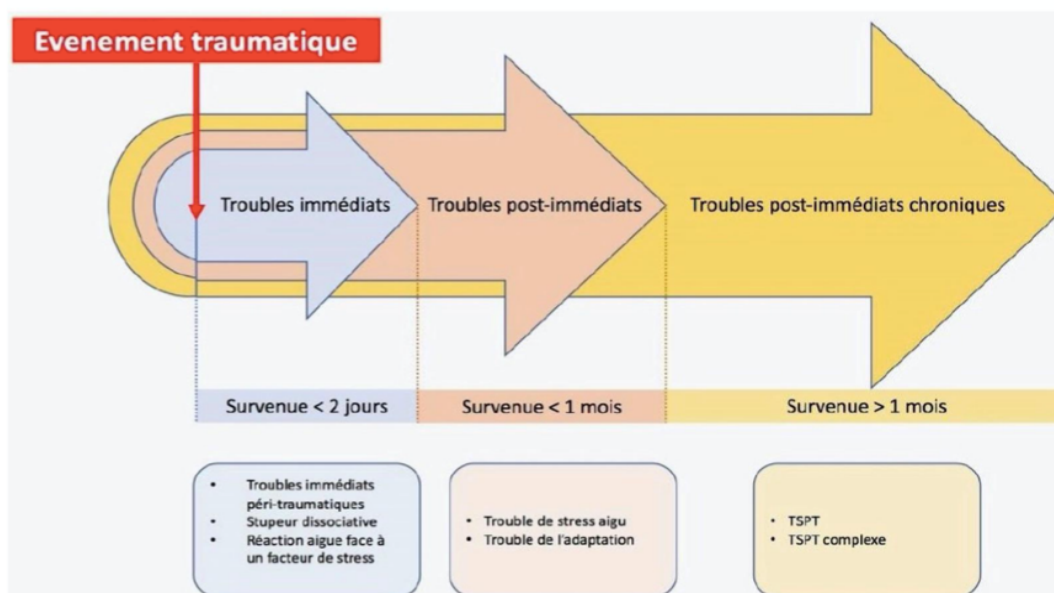


Figure 5 (P. 26) Évolution clinique des psychotraumatismes (schéma réalisé par le CRP Sud NA, Charles Perrens)

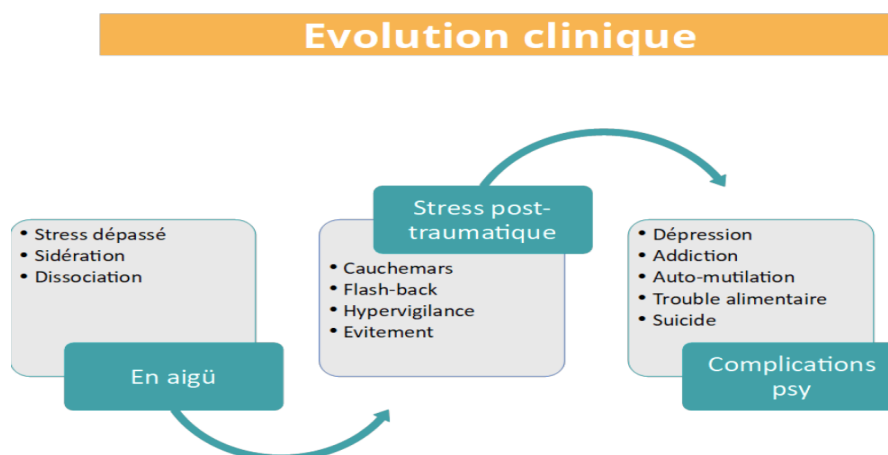


Figure 6 (P.27) Le cycle de la violence selon Léonor Walker, 1979

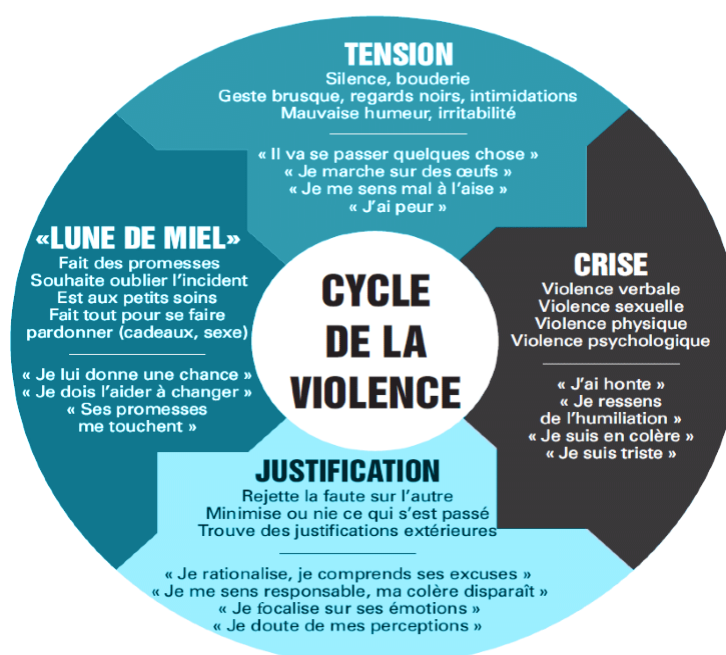


Figure 7 (P. 52) Accompagnement pluriprofessionnel des victimes (schéma réalisé par le CRP Sud Na, Charles Perrens)



Figure 8 (P.61) Le mécanisme de la stigmatisation (Link et Phelan 2001)

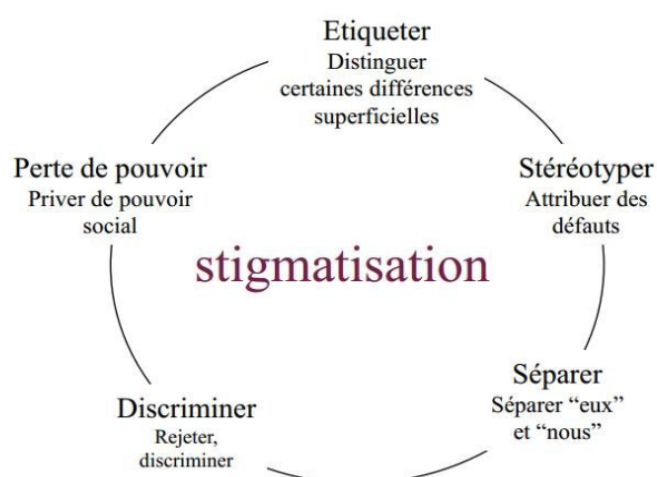


Figure 9 (P.62) les différents niveaux de stigmatisation et leurs interrelations (Livingston JD, Un cadre pour évaluer la stigmatisation structurelle dans le contexte des soins de santé, 2020).

Figure 1. Niveaux de stigmatisation

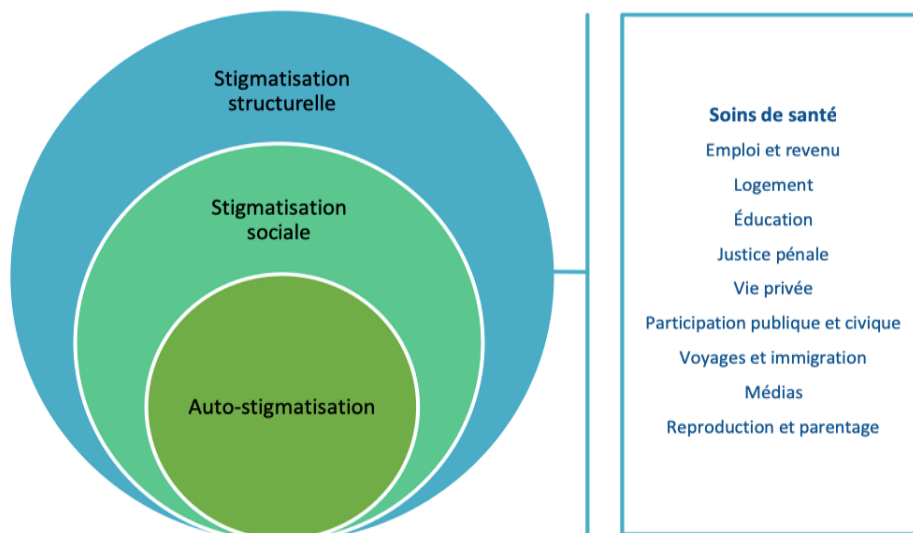
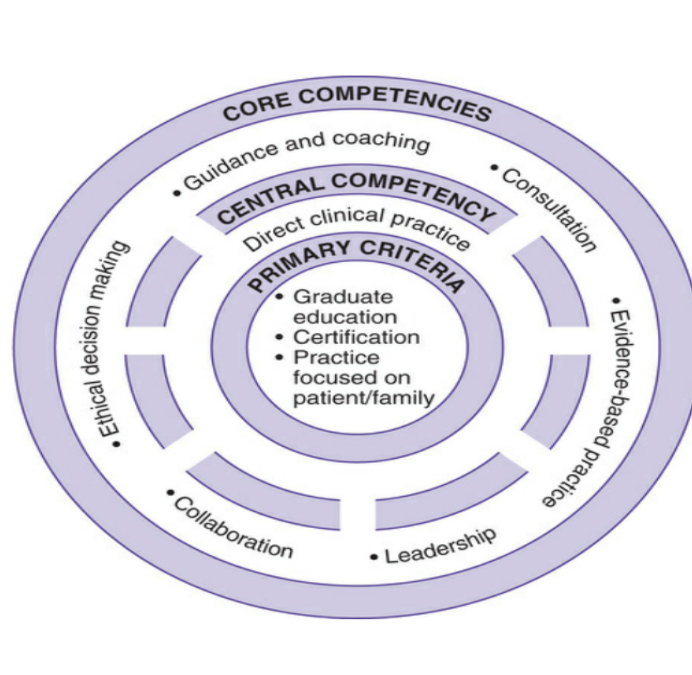


Figure 10 : (P.63) Les compétences de l'IPA selon Ann Hamric (HAMRIC and HANSON'S, ADVANCED PRACTICE NURSING)



Un individu stigmatisé « se définit comme *n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part* » (Erving Goffman)

INTRODUCTION

La plupart des victimes de violences conjugales ou domestiques sont des femmes. Ces violences peuvent être verbales, psychologiques, financières mais aussi physiques avec blessures et sévices sexuels, jusqu'au viol et au meurtre. Elles peuvent conduire les victimes au suicide ou à l'homicide. En France, une femme en meurt tous les trois jours (1). Longtemps perçue comme un problème d'ordre privé, la violence à l'égard des femmes est aujourd'hui considérée comme un problème de santé publique et une violation des droits de l'homme, qui porte atteinte, en particulier, au droit des femmes à la vie, à ne pas être soumises à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et à jouir du meilleur état de santé physique et mental possible.

Pourtant, en France environ une femme sur quatre est victime de violence à un moment ou à un autre de sa vie, indépendamment de son âge, de sa situation économique ou de son appartenance ethnique. La violence domestique est un problème de santé bien connu qui a de graves répercussions sur la vie des femmes (2). Les traumatismes liés aux violences ne sont pas uniquement physiques et l'impact psychique des violences doit être pris en compte car les conséquences à moyen et long terme sur la vie du sujet sont extrêmement importantes. En effet la prévention, le repérage, l'accompagnement précoce et l'orientation adéquate des personnes souffrant de séquelles post-traumatique favorisent leur rétablissement et améliore leur qualité de vie. Cependant au niveau de la santé mentale, le manque de prise en charge du psycho traumatisme a été officiellement reconnu par l'OMS comme un problème de santé publique majeur. La France ne fait pas exception.

La convention du conseil de l'Europe (convention d'Istanbul, juin 2017) exige que les états prennent les mesures nécessaires pour garantir, que les femmes victimes de toutes formes de violences aient accès à des services de soins de santé, à des services sociaux et à des services d'aides spécialisés, que ces services disposent de ressources suffisantes et que les professionnels soient formés pour aider les victimes à effectuer les orientations appropriées(3).

Considérée par le Gouvernement français comme une « grande cause nationale » en 2010 et comme un enjeu majeur de santé publique depuis 2013, la violence conjugale figure aujourd'hui au cœur des préoccupations politiques, sociales et sanitaires.

En tant que future infirmière de pratique avancée en service de psychiatrie, je propose d'aborder la problématique des violences conjugales féminine sous un angle essentiellement sanitaire et plus particulièrement dans le cadre des soins de santé mentale.

I- LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1-1 LE PSYCHOTRAUMATISMES, UN TROUBLE CONNU DEPUIS L'ANTIQUITE

1-1-1 DEFINITION

Les psychotraumatismes ou troubles de stress post-traumatiques (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle. Dans le décours immédiat et jusqu'à 1 mois après l'événement, il s'agit d'un trouble de stress aigu (DSM-5). On parle ensuite de trouble de stress post-traumatique aigu lorsqu'ils persistent plus de 1 mois. Dans la plupart des cas, ces troubles disparaissent spontanément dans les trois mois, mais ils deviennent chroniques dans environ 20 % des cas (4). Ces troubles surviennent chez les enfants ou les adultes qui ont été exposés à un événement marquant, comme une menace de mort imminente, de blessure grave ou d'atteinte de l'intégrité physique dont ils ont été victimes ou témoins. Les TSPT peuvent également survenir après l'annonce d'une mort violente ou inattendue, ou d'un événement grave touchant un proche. Que ce soient des militaires, des victimes d'accidents, d'agression physiques ou sexuelles, des professionnels qui sont intervenus sur des catastrophes naturelles, des parents qui ont perdu un enfant ou des victimes ou témoins d'attentats, tous ont en commun d'avoir vécu cet événement comme un facteur de stress intense ou d'effroi face auxquels ils se sont sentis impuissants. Les psychotraumatismes se retrouvent chez les personnes en contact direct avec l'événement, chez les témoins et les proches mais aussi chez les professionnels qui prennent en charge les victimes ; dans ce dernier cas, ce traumatisme est appelé « traumatisme vicariant ». La symptomatologie du TSPT découle d'une altération du souvenir de cet événement du fait d'une mauvaise « mise en mémoire » du souvenir traumatique dans la mémoire épisodique du sujet(4).

1-1-2 HISTOIRE DES PSYCHOTRAUMATISMES

Les symptômes du trouble de stress post-traumatique sont connus depuis des millénaires, mais il aura fallu plus d'un siècle aux médecins pour le considérer comme une maladie nécessitant un traitement spécifique. Malgré la fin des combats les soldats étaient hantés par leurs souvenirs de guerre, par les cauchemars et la dépression. Certains avaient des troubles de l'élocution, d'autres avaient perdu leur capacité à se concentrer. Les symptômes de ces soldats ont été gravés en cunéiforme sur des tablettes il y a plus de 3 000 ans, en Mésopotamie. Les croyances de l'époque affirmaient que ces soldats étaient possédés par des fantômes. Même si ce diagnostic prend racine dans le combat, la communauté médicale reconnaît aujourd'hui que le TSPT affecte de la même façon civils et

militaires. Il aura fallu des centaines d'années et l'avènement des guerres à l'échelle industrielle pour que la société reconnaisse les effets physiques et psychologiques désastreux causés par le fait de vivre un événement traumatique, d'en être témoin ou d'en prendre conscience(5).

L'HYSTERIE TRAUMATIQUE.

« Alors que les premiers à étudier ce mal lui cherchaient une origine physique, il faudra attendre les années 1880 pour que des psychiatres associent les symptômes au cerveau. En ces temps-là, les femmes qui laissaient paraître des émotions véhémentes étaient diagnostiquées « hystériques », une affection prétendument causée par l'utérus. Lorsque le neurologue français Jean-Martin Charcot identifia des symptômes similaires chez les hommes, il décida de les lier à des événements traumatiques plutôt qu'à une fatalité biologique. Le terme « hystérie traumatique » était né »(5). Dès le départ, le concept de traumatisme était étroitement lié à la faiblesse féminine, mais lorsque la Première Guerre mondiale éclata, elle remit en question l'idée selon laquelle la stabilité psychologique était une affaire de caractère personnel, de masculinité et de force morale.

LE CHOC DES TRANCHEES.

Après la première guerre mondiale, le domaine de la psychiatrie de guerre a dû se développer rapidement et un nouveau terme a été inventé pour décrire une variété de blessures psychologiques, des tics du visage aux problèmes d'élocution : le « choc des tranchées ». Dans les deux camps, des centaines de milliers d'hommes quittent la Première Guerre mondiale atteints de ce que les médecins appellent « secousse de combat », « usure au combat » et névrose de guerre, pour décrire des symptômes aujourd'hui appelés trouble de stress post-traumatique. Cette affection est responsable de 40 % de l'ensemble des démobilisations(5).

SYNDROME POST-VIETNAM.

En 1952, l'Association américaine de psychologie publie le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*, un ouvrage de référence pour le monde de la psychiatrie. Cependant, les symptômes des vétérans y étaient répertoriés sous des troubles comme la dépression ou la schizophrénie au lieu de faire l'objet d'un diagnostic à part entière. Vient ensuite le « syndrome post-Vietnam », une expression créée par le psychiatre Chaim Shatan en 1972. Le concept de troubles post-traumatique, tel qu'on le connaît aujourd'hui, n'a été cliniquement défini qu'en 1980, à la suite des ravages de la guerre du Vietnam parmi les vétérans américains. Il fait son entrée en tant que diagnostic dans la

troisième édition du DSM, et douze ans plus tard, l'Organisation mondiale de la santé l'intègre à sa Classification internationale des maladies(5).

Plus récemment, en 2019, le trouble de stress post-traumatique complexe a été introduit dans la nouvelle édition de la CIM 11 en complément du TSPT et depuis 2022 dans la version française. Le TSPT-C permet de reconnaître les répercussions supplémentaires, d'une exposition à un événement ou à une série d'événements traumatiques chroniques ou répétés, tels que des abus dans l'enfance et des violences domestiques ou communautaires.

1-1-3 PREVALENCE DES PSYCHOTRAUMATISMES

« La prévalence des TSPT serait de 5% à 12 % dans la population générale, mais ces données sont principalement issues d'études menées aux états unis ». (Les études sont plus rares en France et nous verrons que les chiffres sont variables en fonction des études) « De plus, ces chiffres pourraient être sous-estimés du fait de la méconnaissance du trouble et de ses représentations incomplètes qui peuvent échapper au diagnostic (4)»

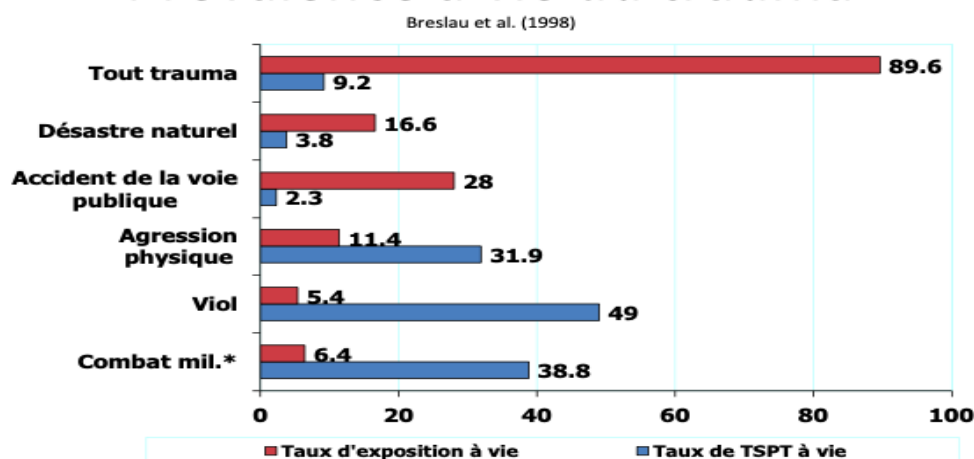
1-1-4 TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE (TSPT) ET VIOLENCES CONJUGALES

«La prévalence du TSPT chez les femmes victimes de violences conjugales est estimée entre 33 et 84 % selon les études, avec une prévalence moyenne de 61 %. Chez les victimes, le TSPT serait corrélé avec la sévérité des agressions, les violences répétées, les antécédents de maltraitance dans l'enfance, les agressions sexuelles, la sévérité de violences psychologiques et de harcèlement . L'association de plusieurs types de violences (physiques, psychologiques, sexuelles) augmenterait également le risque de développer un TSPT(6) ». Le TSPT complexe étant un diagnostic relativement nouveau, les études de prévalence réalisées à ce jour reposent sur des questionnaires d'auto-évaluation qui ne permettent de déterminer qu'un diagnostic probable de TSPT complexe.

Le tableau qui suit (tableau 9) montre la prévalence du TSPT en fonction des types de traumatismes (étude de Breslau et al., 1998, Detroit area Survey of trauma).

Malgré sa relative ancienneté, il permet d'apprécier le potentiel traumatogène d'un événement en fonction de sa nature.

Prévalence à vie du trauma



1-2 CONTEXTE MONDIAL DE LA VIOLENCE AU SEIN DU COUPLE

1-2-1 AU NIVEAU EPIDEMIOLOGIQUE

Selon les estimations de l'OMS, 35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques au cours de leur vie, le plus souvent, cette violence est le fait du partenaire intime. Plus d'un quart des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont eu des relations de couple ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire au moins une fois dans leur vie (à partir de l'âge de 15 ans) (7).

Les estimations relatives à l'incidence de la violence tout au long de la vie au sein du couple vont de 20 % dans le Pacifique occidental, de 22 % dans les pays à revenu élevé et en Europe et de 25 % dans la Région OMS des Amériques à 33 % dans la Région africaine de l'OMS, 31 % dans la Région OMS de la Méditerranée orientale et 33 % dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est. Dans le monde, pas moins de 38 % de l'ensemble des meurtres de femmes sont perpétrés par leur partenaire (7).

1-2-2 AU NIVEAU SOCIOECONOMIQUE

Selon l'OMS, les coûts sociaux et économiques de la violence au sein du couple et de la violence sexuelle sont considérables. Ils ont des répercussions sur l'ensemble de la société. Pour les femmes concernées, ces formes de violences peuvent entraîner l'isolement, une incapacité de travailler, des pertes de revenu, un défaut de participation aux activités ordinaires et une capacité limitée à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants.

De plus « Les enfants qui grandissent dans des familles où sévit la violence peuvent souffrir de toute une série de troubles comportementaux et émotionnels susceptibles de les amener ultérieurement à commettre des actes violents ou à en être victimes. La violence au sein du couple a également été associée à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez le nourrisson et l'enfant »(7).

1-2-3 AU NIVEAU DE LA SANTE

Selon l'OMS, ces violences entraînent des problèmes de santé physique, mentale, sexuelle, reproductive chez les femmes victimes et peuvent accroître leur vulnérabilité au VIH.

Tandis qu'une approche multisectorielle s'impose pour prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes, selon l'OMS, le secteur de la santé a un rôle important à jouer, notamment pour :

- Faire prendre conscience du caractère inacceptable de la violence à l'égard des femmes et lui conférer le statut de problème de santé publique
- Offrir des services complets, de qualité et axés sur les survivantes, sensibiliser les prestataires de soins de santé et les former de sorte qu'ils puissent répondre aux besoins des survivantes avec empathie et sans porter de jugements moraux
- Prévenir la résurgence de la violence en détectant au plus tôt les femmes et les enfants qui la subissent et en leur proposant une prise en charge, un aiguillage et un soutien adéquats
- Promouvoir l'égalité des sexes auprès des jeunes dans le cadre de la transmission de compétences pratiques et de programmes approfondis d'éducation sexuelle
- Produire des données factuelles sur les méthodes concluantes et sur l'ampleur du problème en menant des enquêtes auprès de la population ou en incorporant la violence à l'égard des femmes dans les enquêtes démographiques et de santé conduites auprès de la population, ainsi que dans les systèmes de veille et d'information sanitaire(7).

1-2-4 AU NIVEAU POLITIQUE

À l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en mai 2016, les États Membres ont approuvé un plan d'action mondial, visant à renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. L'OMS et ONU-Femmes, aux côtés d'autres partenaires, co-dirigent la Coalition d'action relative à la violence basée sur le genre, un partenariat novateur entre les autorités publiques, la société civile, les dirigeants de mouvements de jeunes, le secteur privé et des organismes philanthropiques, qui a pour objectif d'élaborer un programme audacieux d'actions porteuses et de mobiliser des fonds pour éradiquer la violence à l'égard des femmes(7).

1-3 CONTEXTE NATIONAL DE LA VIOLENCE AU SEIN DU COUPLE

1-3-1 AU NIVEAU EPIDEMIOLOGIQUE

En 1997, le Service des droits des femmes et de l'égalité commandite la première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff), dont les résultats

sont publiés en 2003. Elle montre qu'au sein du couple et de la famille, les femmes sont confrontées à de multiples agressions qui peuvent être physiques mais aussi verbales, psychologiques et sexuelles. Parmi ces agressions, le viol conjugal occupe une place importante et méconnue: près de la moitié des femmes victimes de viol l'ont été de la part d'un conjoint (8). Ces violences conjugales ne sont pas souvent suivies de plaintes, surtout lorsqu'elles ont un caractère sexuel : seules 27% des victimes les ont signalées à la police ou à la gendarmerie (6).

La mesure de ces violences reste difficile. En 2013, est créé la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Elle est chargée de rassembler, d'analyser et de diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes. Elle publie notamment la Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes.

La dernière enquête nationale, « Cadre de vie et sécurité » de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) révèle que, entre 2011 et 2018, 295 000 personnes de 18 à 75 ans, dont 72% de femmes, se sont déclarées victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint. Pour trois quarts des victimes, les violences subies sont exclusivement physiques. Pour une victime sur huit, les violences sont exclusivement sexuelles ; elles sont à la fois physiques et sexuelles pour une autre victime sur huit. Les jeunes (18-29 ans) sont fortement surreprésentés parmi les femmes (9).

1-3-2 AU NIVEAU DE LA SANTE

Selon ce même rapport d'enquête « Seule une minorité de victimes effectuent des démarches auprès des services sociaux ou médicaux. En moyenne entre 2011 et 2018, 15 % des victimes de violences conjugales par conjoint cohabitant au moment de l'enquête ont été vues par un médecin, 14 % ont consulté au moins une fois un psychiatre ou un psychologue et 12 % ont parlé de leur situation avec les services sociaux». En moyenne entre 2011 et 2018, 31 % des victimes de violences au sein du ménage ont effectué au moins une démarche sociale ou médicale »(9). Les violences restent longtemps du domaine de l'intime, cachées des regards extérieurs et les dépôts de plaintes sont peu fréquents. Cela montre l'importance du repérage des violences, notamment des violences conjugales, par les personnels de santé, afin de proposer une prise en charge rapide et éviter ainsi l'évolution vers des troubles psychiques et somatiques de plus en plus graves.

1-3-3 AU NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE :

Ces violences ont une répercussion économique non négligeable, tant en coût direct (système de soin, social, judiciaire), qu'indirect (perte de production, perte de qualité de vie).

Nectoux en 2010 a estimé le coût total des violences conjugales en France à près de 2,5 milliards d'euros à partir des données de 2006. Marissal, en 2006, avait quant à lui retrouvé un coût global à près d'un milliard d'euros. Selon Nectoux, l'augmentation d'un euro du budget en faveur de la prévention des violences conjugales pourrait économiser jusqu'à 87 euros de dépenses sociétales dont 30 euros de dépenses directes(6).

1-3-4 AU NIVEAU LEGISLATIF

C'est à partir du début des années 90 que les pouvoirs publics affirment leur volonté de lutter contre les violences conjugales avec le lancement de la première campagne nationale d'information et la création des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes. La Cour de cassation reconnaît alors le viol entre époux, mais il faudra attendre 2008, pour que la loi reconnaisse le harcèlement moral et le harcèlement sexuel comme ayant un caractère discriminatoire et sexiste (10).

La loi du 9 juillet 2010, relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants, marque une étape charnière, en créant l'ordonnance de protection des victimes et la sanction de sa violation, le retrait total de l'autorité parentale pour les personnes condamnées comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime sur la personne de l'autre parent et définit le délit de violence psychologique(10).

En 2014, la France ratifie la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique. Cette convention, dite convention d'Istanbul, érige des standards minimums en matière de prévention, de protection des victimes et de poursuite des auteurs (11).

L'article 51 de la loi du 4 août 2014 vise quant à lui à ce que chaque professionnel(le) en lien avec une femme victime de violences reçoive une formation initiale et continue sur les violences faites aux femmes, notamment à partir des contenus des kits de formation de la MIPROF et en faire annuellement le bilan.

La loi de janvier 2020, a fait suite aux travaux du Grenelle des violences conjugales. Elle prévoit l'exclusion de la procédure de médiation en matière civile et pénale aux cas de violences conjugales, la reconnaissance du suicide forcé comme délit, la suspension du droit de visite et d'hébergement de l'enfant mineur au parent violent, la levée du secret médical dès lors que le professionnel de santé suspecte un danger vital immédiat pour la personne victime et qu'elle se trouve sous l'emprise de leur auteur dans un contexte de violences conjugales, la suppression de l'obligation alimentaire pour les ascendants et descendant en cas de crimes, la reconnaissance du cyber contrôle dans le couple et la facilitation du recours à l'aide juridictionnelle provisoire (12).

Depuis la loi du 28 février 2023, les victimes de violences conjugales peuvent bénéficier d'une aide universelle d'urgence sous la forme d'un don ou d'un prêt sans intérêt. Il s'agit d'aider ces victimes à quitter rapidement le foyer conjugal pour se mettre à l'abri et prendre un nouveau départ(13).

Dans les faits, les modifications législatives sont rapides et la justice peine à faire appliquer ces lois. Encore à ce jour, on observe une répétition des faits de violence : 30% des auteurs ont déjà été condamnés et pour 15% des auteurs il s'agit de récidives de violences conjugales. Dans 77% des cas, la victime est la même. De plus, pour 43% des victimes le passage à l'acte est lié à l'annonce de la séparation et la séparation(14).

Dans son livre «classées sans suite » sorti en 2023, Violaine de Filippis-Abate, avocate engagée pour les droits des femmes, dénonce l'impunité en France des violences faites aux femmes. Elle stipule qu'aujourd'hui, « seul 1% des viols aboutissent à une condamnation et que 80% des plaintes des femmes pour violences sont classées sans suite, souvent par manque d'investigation ».

1-3-5 AU NIVEAU POLITIQUE

Lancé le 3 septembre 2019 par le Gouvernement, le Grenelle des violences conjugales s'est construit avec les associations, les acteurs de terrain, les familles de victimes, ainsi que toutes les administrations pour déboucher sur un plan d'action global pour lutter contre les violences conjugales(12). Ainsi, le 5ème plan de mobilisation et de lutte du gouvernement contre les violences faites aux femmes (2017-2019) comptait parmi ses objectifs, le développement d'une offre de soins psychotraumatiques pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences. Les Centres régionaux psychotraumatismes (CRP) créés en 2018, ont donc été pensés, à l'origine pour améliorer la prise en charge de la santé physique et psychique des victimes de violences. Cependant à ce jour, le rapport des CRP fait état de besoins considérables, de prises en charge insuffisantes, et de moyens dérisoires concernant la prise en charge des psychotraumatismes(15).

Le Rapport du haut conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) du 6 juillet 2023 fait quant à lui état d'une situation alarmante pour la prise en charge des femmes victimes de violences, étant donné que les victimes mettent en moyenne 13 ans pour trouver une prise en charge adaptée, sachant qu'un quart n'y accède jamais (15). Le HCE propose donc 3 grands axes d'amélioration, dont la gratuité des soins avec une prise en charge psychologique dès les premières consultations, des soins adaptés avec des personnels formés aux impacts psycho traumatiques des violences et une évaluation de l'activité des dix centres régionaux de psycho traumatisme, afin d'examiner les suites à apporter à ce dispositif (15).

Le 6ème plan interministériel (2023-2027) pour l'égalité entre les hommes et les femmes, paru en mars 2023, comporte la volonté d'aller vers les victimes et de s'adapter à leurs besoins pour mieux les protéger. La politique du gouvernement, s'articule autour de trois grands axes : assurer une protection intégrale et immédiate des femmes sur l'ensemble du territoire, mieux traiter les violences conjugales et leurs spécificités et sanctionner les auteurs de violences sexuelles de manière plus effective(16).

1-4 CONTEXTE DEPARTEMENTAL : LE LOT ET GARONNE

Au niveau de la prévalence des violences conjugales, le département du Lot et Garonne détient le triste record des départements qui dénombrent le plus de femmes victimes pour 1000 habitants âgées de 15 à 64 ans (17).

Au niveau de l'offre de soin en santé mentale, le CHD « la Candélie » est l'unique centre hospitalier départemental du Lot-et-Garonne. Il recouvre donc tous les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile pour un territoire de 331 000 habitants. La file active, ou nombre de patients pris en charge, est de 11 000 individus. Cela inclut les différents services d'hospitalisation, en établissement ou en ambulatoire. Ce chiffre est en croissance continue.

En 2020, les membres du COPIL du projet territorial de santé mentale (PTSM 47), ont fait le choix de prioriser 5 fiches-actions parmi les 20 référencées dont celle de « soutenir l'action menée en direction des victimes de psychotraumatismes » (18).

Les CMP ont donc dû étendre leurs missions en 2021 et former des volontaires au dépistage, à l'orientation et aux soins aux personnes atteintes de psycho traumatismes afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement de ces patients sur le secteur. Un(e) médecin, un(e) psychologue et un(e) IDE ont été référencés dans les 3 CMP « pivots » du département. A ce jour, le Lot et Garonne ne bénéficie pas d'une filière spécifique d'accompagnement aux psycho traumatismes qui permettrait d'être référencée et cartographiée par le CRP sud Nouvelle Aquitaine. Un nouveau groupe de travail pluriprofessionnel a donc débuté en fin d'année 2023, afin de mettre en œuvre les objectifs fixés par le PTSM 47, dans le but d'améliorer l'accessibilité aux soins et la qualité de vie des personnes atteintes de psychotraumatismes. L'objectif principal est de mettre en place un dispositif spécifique et lisible dans le département en direction des personnes victimes, par la création d'une filière de prise en charge, d'une part en s'appuyant sur les ressources du territoire et d'autre part en accompagnant et formant les acteurs identifiés comme partie prenante à cette filière.

1-5 DE MON CONSTAT DE DEPART A MA QUESTION GENERALE DE RECHERCHE

Durant mon exercice professionnel en tant qu'infirmière de santé mentale en ambulatoire, j'ai été interpellée par le nombre important de femmes victimes de violence sexiste et/ou sexuelles parmi les usagers de santé mentale. Dernièrement, alors infirmière d'accueil et d'orientation, ma mission était de repérer les événements potentiellement traumatiques, de dépister les personnes atteintes de TSPT simple et/ou complexe, de rechercher la présence de symptômes dissociatifs dans l'histoire de vie et de préciser les comorbidités syndromiques possibles afin d'orienter les usagers vers le réseau de soin disponible en fonction de leur demande et de leurs besoins. J'ai pu constater qu'il n'y avait pas d'uniformité des pratiques dans le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques induits par ces violences et que les ruptures de soins étaient fréquentes. Lorsque les traumatismes étaient anciens ou avaient été répétés dans le temps, l'accompagnement en soin ciblait essentiellement les comorbidités fréquemment associées telles que l'anxiété, la dépression, les troubles du comportement, les idées suicidaires et les conduites addictives, au détriment de soins centrés sur l'origine des symptômes. En effet la problématique se complexifie dès lors que les événements traumatogènes se multiplient pour un même individu et que la « traumatisation » devient chronique. Selon l'HAS : « Il est important de distinguer le TSPT simple consécutif à un événement isolé (accident, attentats, agression, etc.) et le TPST complexe consécutif à l'exposition répétée à des violences (maltraitance, violences intrafamiliales, professions à risques, etc.) car les enjeux et les conséquences développementales sont différentes et nécessitent des prises en charge et des parcours de soins différents »(19). Chez l'adulte, la victimisation chronique est souvent associée à la répétition de situations de violence interpersonnelle desquelles il est difficile voire impossible de s'échapper. C'est le cas en particulier de la violence intrafamiliale (19).

La prévalence du TSPT complexe est de 1 à 8 % dans la population générale et peut atteindre 50% dans les établissements de santé mentale (20).

Pourtant, selon l'HAS « La méconnaissance des troubles psycho traumatique et les difficultés de repérage et de prise en charge des formes complexes peuvent être à l'origine de diagnostic incomplets, voire erronés, avec des prises en charge inadaptées, inadéquates ou insuffisantes »(19). Les recommandations de l'HAS de 2020 s'articulent autour d'une prise en charge spécifique et globale des victimes de psycho traumatismes, de la nécessité d'une mise en sécurité des victimes, et de la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un travail en réseau. « Or il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques cliniques pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des

syndromes psychotraumatiques disponibles en langue française, permettant de standardiser et de diffuser les bonnes pratiques » (19).

Ainsi, la prise en charge des victimes de violences conjugales fait preuve d'une grande diversité de trajectoires et de parcours. La diversité des situations, les capacités des victimes à solliciter les dispositifs et la singularité des procédures font qu'il n'y a pas de parcours stéréotypé, ni même de linéarité à l'intérieur de chaque parcours de soin. Le recours aux acteurs de l'aide aux victimes ne déclenche pas nécessairement un processus spécifique de prise en charge, d'accompagnement social ou psychologique et la victime doit rechercher par elle-même des intervenants et des solutions. De plus, en l'absence de référent, leur sentiment d'isolement domine représentant ainsi un abandon et un déni de leur condition de victime(21).

En tant que future infirmière de pratique avancée (IPA) et face à l'importance du nombre de victimes de violences dans les services de psychiatrie et de santé mentale, j'ai voulu m'intéresser à leurs parcours de soin. Je me suis demandé: **Quels sont les parcours de soin en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales et atteintes de psychotraumatismes?**

Ma première étape de recherche consistera à l'élaboration d'un cadre théorique et d'une revue narrative de la littérature scientifique de ces dix dernières années ; Je ciblerai principalement la compréhension du parcours de soin en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales. A travers le parcours de soin en santé mentale des victimes et un état des lieux des connaissances en matière de prise en charge des psycho traumatismes induit par les violences, j'envisagerai les problématiques d'accès aux soins rencontrées par les femmes victimes de violences conjugales, les leviers d'améliorations possibles et les enjeux associés à la résolution de cette problématique.

Ma seconde étape de recherche s'organisera autour d'une question plus spécifique du problème à l'étude et d'une partie exploratoire auprès des victimes afin de tenter d'y répondre.

II- LA PROBLEMATIQUE

2-1 LES PSYCHO TRAUMATISMES

Un événement potentiellement traumatique est une expérience le plus souvent brutale, soudaine et grave, qui menace l'intégrité de la personne ou sa vie. Le traumatisme résulte d'un vécu subjectif violent, d'une perte de contrôle qui nous fait prendre conscience

du risque concret de la mort. Le dénominateur commun à tous les traumatismes est le vécu subjectif, la violence ressentie et la perte de contrôle sur le cours de la vie. (Livre, Le trauma comment s'en sortir ,de Coraline Hingray et Wissam El-Hage, 2020).

2-2-1 LA DISSOCIATION TRAUMATIQUE

APPROCHE HISTORIQUE DE LA DISSOCIATION.

« Depuis les années 1990, persiste un débat scientifique autour de l'existence de l'amnésie dissociative. Certains auteurs sont persuadés de tenir les preuves de son existence, tandis que d'autres, plus sceptiques, contestent les preuves peu convaincantes avancées par les premiers. Or, ce débat est absolument central dans le champ du psychotraumatisme, car la remise en question de l'amnésie dissociative engendre des répercussions cliniques, thérapeutiques et juridiques colossales pour toutes les victimes »(22). L'essentiel de ce débat réside dans les concepts d'« amnésie dissociative » et celui de « faux souvenirs ». Il sous-tend la compréhension du fonctionnement de la mémoire et du phénomène d'amnésie dissociative, ce qui représente un enjeu crucial pour les victimes.

Au départ, la dissociation psychique a été définie par Pierre Janet (1893) comme le « rétrécissement du champ de la conscience » (Janet, 1893; Thomas- Anterion, 2017) et, plus tard, par Ludwig (1983) comme un processus par lequel certaines fonctions mentales qui sont ordinairement intégrées à d'autres fonctions fonctionnent d'une manière plus compartimentée et automatique. La modélisation de la dissociation de Pierre Janet en tant que phénomène d'origine traumatique a connu un succès mondial. En France une mauvaise traduction du terme « dissociation » utilisé dans le sens de « désorganisation » (schizophrénie) va engendrer une grande confusion du concept(22).

L'avancée de la recherche en psycho traumatologie permet à ce jour de constituer une base théorique et empirique solide sur laquelle un psychologue, un psychiatre ou un magistrat peut s'appuyer pour conclure à un lien concret entre l'exposition à un évènement traumatique et la non-accessibilité plus ou moins temporaire à son vécu épisodique. « Fermer la piste de l'amnésie dissociative, c'est condamné les victimes à retourner au silence, à la honte, à la culpabilité et à la clandestinité, c'est priver les victimes d'une chance de se reconstruire juridiquement, socialement et humainement » (22).

UN MODELE DE L'AMNESIE DISSOCIATIVE.

Il existe plusieurs modèles scientifiques sur l'origine de l'amnésie dissociative et un certain scepticisme persiste. Cependant, « Même si, à ce stade des connaissances scientifiques, il n'est pas envisageable de privilégier un modèle plutôt qu'un autre sur l'origine de l'amnésie dissociative, il semble raisonnable de baser ce phénomène sur une rupture des

relations ordinairement entretenues entre le système cortico-hippocampique et le système amygdalien qui est bien étayé par le modèle cérébral de la peur tel que proposé par Ledoux»(22).

« Les connaissances neurobiologiques actuelles du TSPT peuvent se conceptualiser dans le cadre d'un modèle de conditionnement de la peur. Dans un premier temps, l'individu est exposé à une situation traumatique. Par la suite, des indices contextuels (couleur, lieux, odeurs) ou symboliques (date d'anniversaire) suscitent des reviviscences dysphoriques et aversives. Ainsi, l'évitement de tout ce qui rappelle le trauma se retrouve « récompensé » par une relative diminution de la détresse. Ceci conserve intact le conditionnement de peur, même dans un contexte ne prédisant pas la ré-occurrence du trauma, et peut confiner le sujet à une existence marginale. Pour qu'il y ait rémission, ou extinction dans le jargon du conditionnement de peur, le sujet doit se confronter aux indices contextuels et symboliques liés au trauma afin de « défaire » les associations établies lors du trauma » (Ledoux, 1997) . Certains travaux suggèrent que l'empreinte laissée par le conditionnement de peur est indélébile, et que l'extinction ne consiste pas à défaire les associations, mais plutôt à en tisser de nouvelles qui se superposent aux anciennes.

Proposition synthétique issue des différentes preuves scientifiques de l'amnésie dissociative(22)

- Le modèle cérébral de la peur tel que modélisé par Joseph Ledoux (1994) est en jeu dans les situations traumatiques
- Un excès d'hormones de stress libérées lors du traumatisme engendrerait des perturbations au niveau des connectivités préfronto-temporales et/ou cortico-limbiques, à la base du phénomène d'amnésie dissociative
- Les souvenirs engrammés via l'implication de l'amygdale, privés de traitement intégratif contextuel par la rupture du dialogue avec les structures cortico-hippocampiques, ne seraient plus accessibles à la récupération épisodique
- Dans l'amnésie dissociative, l'encodage des événements traumatiques a été effectué, mais la dissociation a imposé une restriction de leur accès à leur format de stockage initial c'est-à-dire un format implicite, non conscient, dépourvu d'empreinte épisodique

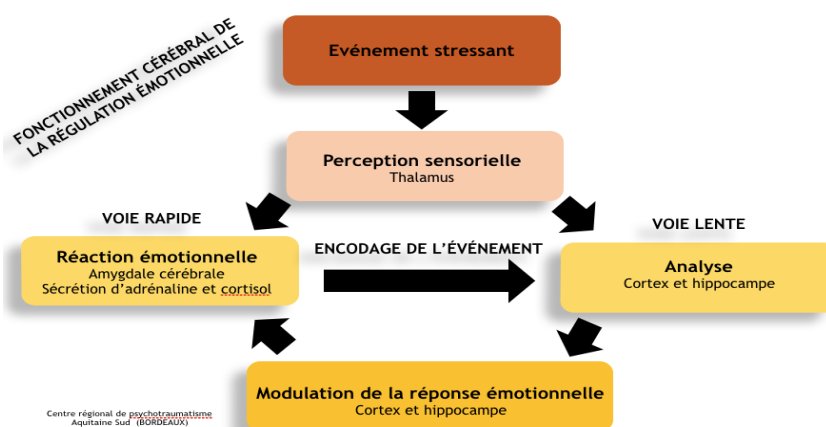
LA DISSOCIATION SUR LE PLAN NEUROBIOLOGIQUE

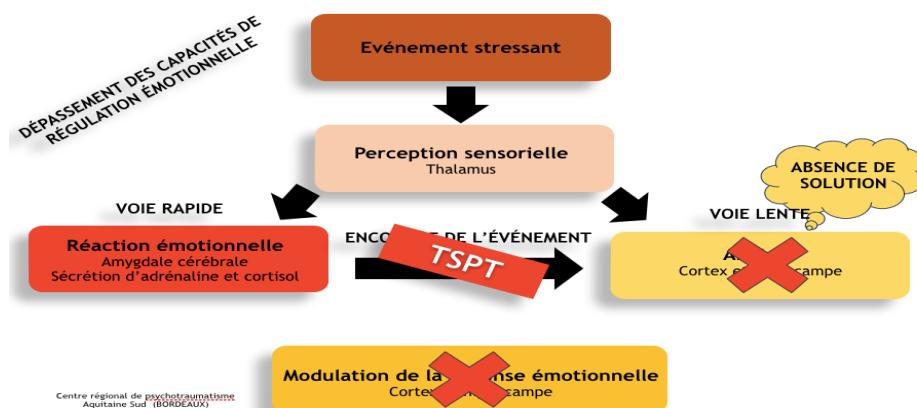
LE MODELE CEREBRAL DE LA PEUR TEL QUE PROPOSE PAR LEDOUX (1994). Les violences, par leur pouvoir de sidération et de paralysie psychique, empêchent toute

possibilité de contrôler les réactions émotionnelles et génèrent un état de stress dépassé avec la production de grande quantité d'hormones de stress, (adrénaline et cortisol) qui représente un risque vital cardio-vasculaire et neurologique (Nemeroff, 2009). Pour échapper à ce risque, un mécanisme de sauvegarde neurobiologique exceptionnel déclenché par le cerveau va faire disjoncter le circuit émotionnel ainsi que celui de la mémoire qui lui est lié, ce qui permet un arrêt brutal de la production d'hormones de stress et génère une anesthésie émotionnelle et physique (23).

« Le circuit émotionnel disjoncte sous la production de substances morphiniques et kétamine like, ce qui conduit à isoler l'amygdale et donc la réponse émotionnelle. Cette déconnection du circuit émotionnel fait suite à la libération d'endorphines et d'antagonistes des récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate (NMDA) du système glutamatergique. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec « sentiment d'étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion »(24). De ce fait, l'information traumatique demeure bloquée au niveau amygdalien et ne peut pas être encodée au niveau de la mémoire consciente des apprentissages. Par la suite, la confrontation à un événement rappelant ou symbolisant les violences subies va entraîner une suractivité des amygdales cérébrales qui court-circuitent les voies nerveuses reliant le cerveau émotionnel (limbique) au cortex préfrontal, qui ne pourra ainsi plus moduler la réponse émotionnelle. Cette disjonction physiologique entre le cortex et le cerveau émotionnel est visible par imagerie médicale (25).

Ci-après le schéma du fonctionnement cérébral d'un stress régulé émotionnellement, puis celui d'un stress dépassé (CRP, Charles Perrens)



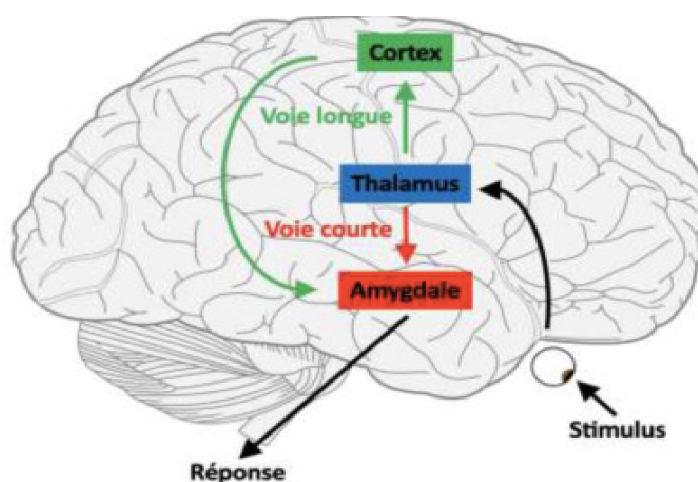


« Les désordres biologiques observés dans le TSPT sont soit antérieurs, soit consécutifs au psychotraumatismes. La première possibilité est développementale et tient du facteur de risque, tandis que l'autre est une (mal) adaptation consécutive au trauma. Ces deux possibilités sont d'ailleurs complémentaires et on peut supposer qu'elles ont leur place chez chaque sujet qui souffre de TSPT (26) ».

DEREGLEMENTS BIOLOGIQUES CONSECUTIFS AU TRAUMA. Le modèle animal de la peur conditionnée permet de rendre compte de la psychobiologie du TSPT. Trois structures cérébrales ont une importance majeure : l'amygdale, l'hippocampe et le cortex (préfrontal médian).

- L'amygdale régit la production des réponses émotionnelles, et permet la mémoire affective (implicite et non verbale)
- L'hippocampe joue un rôle dans l'extinction des réponses conditionnées en remplaçant les indices dans leur contexte mais ne fonctionne qu'en cas de stress faible ou modéré.
- Le Cortex en tandem avec l'hippocampe a pour rôle d'éteindre l'amygdale(26).

Ci-dessous, le schéma des structures cérébrales impliquées et le « Circuit de traitement d'un stimulus menaçant selon Ledoux (1994)» (22)



L'imagerie cérébrale fonctionnelle retrouve souvent une hyperactivité de l'amygdale lors des épreuves de provocation alors que l'hippocampe de plus petite taille apparaît hypo-actif (31).

ANOMALIE BIOLOGIQUES ANTERIEURES AU TRAUMA. Un certain nombre de données neurobiologiques conduisent à penser qu'il existerait une vulnérabilité neurodéveloppementale au TSPT, qui serait la conséquence de traumatismes psychiques survenus dans la petite enfance, affectant entre autres l'axe corticotrope. Les enfants ayant soufferts de maltraitements auraient une hypersécrétion de catécholamine encore présente à l'âge adulte. Les aspects héréditaires ont été également évoqués(26).

ÉTUDE EN IMAGERIE CEREbraLE.

L'étude en imagerie cérébrale retrouve deux types d'anomalies, celles qui concernent la structure du cerveau et celles qui concernent son fonctionnement(26).

ANOMALIES DE L'HIPPOCAMPE. L'hippocampe est une structure cérébrale impliquée dans l'encodage des informations contextuelles et dans l'acquisition de réponses émotionnelles conditionnées. Les études par IRM spectroscopique constatent une forte diminution du nombre de neurones vivants dans l'hippocampe chez les sujets avec un TSPT qui n'est pas toujours corrélée à une diminution de son volume. De plus l'étude sur des jumeaux homozygotes révèle qu'un faible volume hippocampique est un facteur de vulnérabilité à l'apparition d'un TSPT et non pas consécutif au trauma.

ANOMALIES STRUCTURALES DU CORTEX CINGULAIRE ANTERIEUR. De Bellis et al.(2002) ont noté chez les enfants et les adolescents ayant un TSPT des anomalies de la structure du gyrus temporal supérieur, très impliqué dans l'intégration des fonctions cognitives, affectives, et sensori-motrices. Un dysfonctionnement du gyrus temporal

supérieur expliquerait certains symptômes du TSPT tels que l'hypervigilance et le niveau d'anxiété. Le cortex cingulaire antérieur est une structure pivot, impliquée dans la régulation des phénomènes attentionnels, des réponses émotionnelles et dans le conditionnement de la peur. Selon de Bellis et al (2001), comparativement à des sujets exposés sans TSPT, les sujets souffrant d'un TSPT auraient une diminution de matière grise et une diminution de neurones vivants dans cette structure. Cette perte neuronale serait réversible sous traitement et amélioration clinique.

ÉPREUVE DE PROVOCATION DE SYMPTOMES. Les symptômes du TSPT sont contemporains d'activation du cortex orbitaire, du cortex cingulaire antérieur, de l'insula, du pôle temporal et de l'amygdale, et d'une diminution de l'activité dans l'aire de Broca. Des études ultérieures ont montré une activité cérébrale globalement diminuée avec une hypoactivité des cortex préfrontal, dorsal, occipital et temporal, ainsi que de l'hippocampe. L'hyperactivité de l'amygdale et du noyau accumbens a été confirmée, ainsi qu'une nette mobilisation de certains circuits limbiques (protopopescu, 2005). L'IRM a pu permettre l'étude du thalamus. Un hypofonctionnement du thalamus pourrait avoir une importance centrale dans la physiologie des états dissociatifs, source de flashbacks chez les patients souffrant de TSPT. (Osuch E.A. et al (2001) ont spécifiquement étudié l'activité cérébrale lors des flash-backs et ont observé une activation du cortex visuel, de l'insula du tronc cérébral mais pas d'activation de l'amygdale ni du cortex cingulaire. Une désactivation frontale apparaissait comme une constante au cours des épreuves de provocation et plus la fréquence cardiaque augmentait plus nette était l'activation des régions corticales.

ÉPREUVES D'ACTIVATIONS COGNITIVES. Selon W. Semple et al., les individus souffrant d'un TSPT ont un hypofonctionnement des régions attentionnelles et cognitives supérieures (cortex pariétal et préfrontal) et une hyperactivité du système amygdale/cortex orbitaire connu pour être impliqué dans le traitement et le contrôle des émotions, expliquant par là que les patients souffrants de TSPT soient incapable de traiter les informations ayant une forte charge émotionnelle.

ÉTUDE EN PHYSIOPATHOLOGIE. Les études psychophysiologiques ont montré que les activations étaient spécifiques aux indices reliés au trauma et non pas généralisées.

ÉLECTROCARDIOGRAMME. Une tachycardie péri traumatique supérieure à 95 pulsations par minute a été associée au développement ultérieur d'un TSPT alors qu'une fréquence inférieure à 80 apparaît associée à un effet protecteur (Shalev, 1998a).

POLYSOMNOGRAPHIE. Des travaux ont montré une augmentation de la fréquence des cauchemars, un temps global de sommeil réduit, ainsi qu'une augmentation de l'activité

motrice pendant le sommeil chez les sujets souffrant de TSPT ainsi qu'une discontinuité des phases de sommeil paradoxal interrompus par des micro-éveils.

REACTION DE SURSAUT. Chez les sujets présentant un TSPT on retrouve une augmentation spécifique des réponses physiologiques périphériques et des réactions de sursaut à des stimuli auditifs, visuels ou en imagination, symbolisant ou ressemblant à l'événement traumatique initial (Shavlev,2000).

ÉTUDE EN NEUROENDOCRINOLOGIE. Un certain nombre de troubles endocriniens ont été décrits dans le TSPT mais ce sont les troubles de l'axe corticotrope, système pivot des réponses au stress et des phénomènes de mémorisation émotionnelle, qui semblent les plus caractéristiques. Dans le TSPT l'axe corticotrope serait hypersensible (Yehuda,2002b). Il existerait une hyperstimulation chronique de l'hypophyse et une hypersensibilité des récepteurs centraux aux corticoïdes qui potentialiserait le rétrocontrôle négatif du cortisol sur le cerveau. Un certain nombre d'anomalies des neurotransmetteurs ont été mises également en évidence dans le TSPT (Nutt, 2000) au niveau des systèmes noradrénergiques, sérotoninergiques, au niveau de la dopamine, au niveau des systèmes Glutamatergiques, des récepteurs Gaba (gamma Aminobutyric Acid) et aux opiacés.

LA DISSOCIATION SUR LE PLAN CLINIQUE.

En psychiatrie, la dissociation fait référence à une « désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » selon le DSM-5 (APA,2014/2016).

Selon la CIM-11(OMS, 2018) la dissociation correspond à une perte partielle ou totale de l'intégration normale entre les souvenirs du passé, la conscience de son identité et de ses sensations immédiates et le contrôle des mouvements corporels. Le terme clé est la notion d'intégration comme opposition à la dissociation.

Au niveau clinique, la dissociation peut être vue sur un continuum graduel allant du mutisme, de l'errance, au détachement, à la dépersonnalisation, la déréalisation et enfin l'amnésie.

Pour le DSM-5, ce sont des expériences prolongées ou récurrentes de dépersonnalisation, de déréalisation ou les deux.

La dépersonnalisation comprend « des expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (par ex: altérations perceptives, déformation de la

perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique) »

La déréalisation comprend « des expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par ex :les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréel, perçus comme dans un rêve, dans le brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés) »

L'amnésie dissociative: Il s'agit d'une incapacité à se rappeler des informations autobiographiques importantes, le plus souvent traumatiques ou stressantes. On ne porte ce diagnostic que lorsque les manifestations entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Dans la forme généralisée de l'amnésie, rare, certains sujets peuvent aller jusqu'à oublier leur identité. La conscience de l'existence d'un trouble de mémoire fait souvent défaut. Dans la forme dite continue, tous les événements sont oubliés au fur et à mesure. Dans une forme dite systématisée, le sujet a perdu la mémoire d'une catégorie spécifique d'information.

2-1-2 LES REACTIONS PERI-TRAUMATIQUE

Les réactions péritraumatiques face au stress vont permettre de différencier un stress adapté et un stress dépassé, ce dernier étant un facteur prédictif de développer un TSPT, il sera important de savoir l'identifier. Si un stress adapté est utile, salvateur et de durée brève, le stress dépassé est d'emblée trop intense, prolongé et répété et signe une désorganisation psychique et une réaction « inadaptative ».

- L'état de stress dépassé: Il s'agit de comportements spécifiques qui peuvent paraître comme des attitudes paradoxales des victimes mais qui correspondent à un état de stress dépassé. Cela peut être :
 - Une sidération psychique
 - Une agitation majeure : un comportement désordonné
 - Une fuite panique : sans planification
 - Un comportement automatique

L'état de stress dépassé peut également décompenser un trouble psychologique ou psychiatrique préexistant car 20% des personnes présentent des vulnérabilités psychiatriques préalables.

(Formation prise en charge précoce des personnes confrontées à un événement potentiellement traumatique, CRP Charles Perrens).

- La Dissociation péri traumatique: il s'agit de torpeur, de détachement, d'absence de réactivité émotionnelle et d'une réduction de la conscience de l'environnement, Il peut s'agir d'épisode de dépersonnalisation, de déréalisation ou d'amnésie.
- La sidération (ou « freeze ») Il s'agit de l'impossibilité pour la victime de réagir, bouger, se débattre, de s'enfuir, de crier et dire NON.
- La détresse majeure péri traumatique : Il s'agit de manifestations émotionnelles et physique: d'une détresse émotionnelle associée à un sentiment de peur extrême et de mort imminente, d'impuissance, d'émotions négatives (la tristesse, la colère, l'horreur, la culpabilité, la honte) et des signes neurovégétatifs (sueurs, palpitations, tremblements...)

(Formation prise en charge précoce des personnes confrontées à un événement potentiellement traumatique, CRP Charles Perrens).

2-1-3 LE TROUBLE DE STRESS AIGU

Dans le DSM-5 le TSPT est catégorisé dans les « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » comprenant le trouble de stress aigu et le trouble de stress post traumatique. Si la symptomatologie est similaire c'est la durée des symptômes qui déterminera le diagnostic. Les critères du trouble de stress aigu (TSA) sont présents de trois jours à un mois, alors que pour le diagnostic de TSPT les symptômes doivent être présents depuis au moins un mois. (CF. Annexe C)

Les symptômes du trouble de stress aigu peuvent s'amender progressivement ou bien peuvent évoluer vers un TSPT si les symptômes persistent au-delà d'un mois.

Certains facteurs sont prédictifs d'un TSPT d'une part comme nous l'avons vu en lien avec la sémiologie péri-traumatique, d'autre part en cas de trouble de stress aigu puisque 70% des sujets ayant un TSA présentent un TSPT consécutifs (Bone et al. 2003, CRP Charles Perrens).

Les facteurs en lien avec la nature de l'évènement traumatique en lui-même sont également prédictifs en fonction de sa gravité et de la menace perçue par la personne. Il existe également des facteurs génétiques et biologiques prédisposant au TSPT, comme le fait d'être une femme (les femmes ont deux fois plus de TSPT que les hommes), le fait d'avoir des antécédents psychiatriques personnels et/ou familiaux, les séparations parentales précoces et les antécédents traumatiques. (Formation au TSPT, CRP, Charles Perrens)

2-1-4 LE TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE

Les diagnostics de troubles post-traumatiques reposent sur des troubles anxieux spécifiques à la réaction face à un événement traumatique et à des troubles non spécifiques.

Les troubles les plus spécifiques sont le TSA et le TSPT catégorisés dans le DSM-5. Les critères du DSM-5 sont critiqués en raison de leur caractère réducteur, écartant des symptômes fréquemment observés dans ces états pathologiques comme les symptômes psychosomatiques. La classification internationale des maladies (CIM-11) offre des outils complémentaires notamment en y ajoutant le TSPT-C. Ces troubles psychiques post traumatiques évoluent spontanément avec le temps, soit vers une réduction des symptômes (le plus souvent) soit vers l'apparition d'autres symptômes non spécifiques comorbides, telle que des consommations abusives d'alcool, des épisodes dépressifs, des symptômes d'anxiété généralisée, des troubles phobiques, paniques ou des plaintes somatiques (26).

La sémiologie du TSPT dans le DSM-5 et celle de la CIM-11 sont synthétisées dans les deux tableaux qui suivent.

Les critères diagnostiques du TSPT dans le DSM-5 (CF. annexe D)

Critères A-Menace vitale, ou blessure grave, ou violence sexuelle:(=>au moins 1 critère)

4. Victime directe
5. Témoin
6. La victime est un proche
7. Exposition dans le cadre du travail

Critères B-intrusion (symptômes intrusifs débutants ou s'intensifiant après le trauma)=>au moins 1 critère

5. Pensées involontaires (non déclenchées)
6. Cauchemars récurrents
7. Réactions dissociatives (Flashbacks)
8. Détresse
9. Réactivité physique (déclenchées)

Critères C-Évitement (Évitement actif et persistant des stimuli rappelant le trauma)=> au moins 1 critère

2. Stimuli internes: pensées, sentiments...
3. Stimuli externes: gens, lieux, conversations, activités, objets, situations

Critères D-Humeur et cognition (Altérations de la cognition et l'humeur)=>au moins 2 critères

8. Amnésie
9. Croyances négatives (soi, les autres, le monde)
10. Blâme / culpabilité inappropriée
11. Émotions négatives persistantes
12. Anhédonie
13. Isolement, aliénation vis à vis des autres
14. Incapacité à ressentir des émotions positives

Critères E-Hyperéveil (Hyperréactivité neurovégétative)=>au moins 2 critères

7. Irritabilité
8. Impulsivité / Témérité
9. Hypervigilance
10. Sursauts
11. Concentration défaillante
12. Troubles du sommeil

Critères F-Durée

3. >1 mois
4. Différé : si début >6 mois post événement)

Critère G-détresse/dysfonctionnement social

Critère H- non dû à un médicament, une substance, ou à une autre maladie

Le TSPT dans la CIM-11

A- Exposition à un ou des évènement(s) très menaçant(s) ou horrible(s)

B- sentiment de revivre l'évènement accompagné d'émotions fortes et envahissantes (peur ou horreur) et de sensations physiques :

- Souvenirs reviviscents intrusifs
- Flashbacks
- Cauchemars

C- Évitement

- Évitement des pensées et de souvenirs de l'évènement
- Évitement des activités, des situations ou des gens rappelant l'évènement

D-perceptions persistantes d'une menace actuelle importante

- Hypervigilance
- Augmentation des réactions de sursaut

Les symptômes durent depuis plusieurs semaines

Les symptômes entraînent un dysfonctionnement significatif

2-1-5 LES CRITERES DIAGNOSTIQUES DU TSPT COMPLEXE (TSPT-C)

« Léonore Terr, dans son article de 1991, établit un lien entre trauma de l'enfance et manifestation de pathologies psychiatriques diverses à l'âge adulte (trouble de personnalité multiple, trouble de la personnalité borderline, conduites d'automutilation, conduites suicidaires). Elle note également que les enfants victimes de viol dans l'enfance ont tendance à la re-victimisation à l'âge adulte. Ses recherches aboutissent à la classification de Terr : trauma de type I (s'il a été soudain et/ou isolé) , trauma de type II (si traumatismes répétés et/ou prolongés). Le concept de traumatisme complexe, assimilé aux traumatismes de type II de la classification de Terr, est amené par la suite par Judith Lewis Herman, en opposition aux traumatismes simples, équivalents aux traumatismes de type I. Le terme de DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise), proposé par Bessel Van der Kolk, qui renvoie à la dimension complexe du TSPT décrite par Herman, est introduit dans la 4e version du DSM. Le DESNOS est décrit comme étant le résultat d'une victimisation chronique et prolongée, vécue de façon particulièrement intense par le sujet (agressions sexuelles, violences physiques et psychologiques précoces, torture, génocide, séquestration, négligence infantile, guerre). Il s'apparente au trauma complexe ou de type 2 »(24).

Aujourd'hui, le DSM-5 ne retient plus ce terme, ses auteurs le trouvant peu spécifique, car comorbide avec de nombreux troubles (trouble de personnalité borderline,

TSPT). Le TSPT complexe est un nouveau diagnostic en santé mentale, qui a été introduit dans la CIM 11 en 2018 pour reconnaître l'effet que des traumatismes chroniques ou répétés peuvent avoir sur l'auto-organisation. Le TSPT complexe est le type de TSPT le plus fréquemment retrouvé chez les victimes de violences conjugales du fait des agressions fréquemment répétées sur une plus ou moins longue période et du fait du phénomène d'emprise du conjoint violent. « Les violences, du fait des tortures morales et physiques qui sont caractéristiques de l'emprise psychologique, constituent des attaques narcissiques qui vont remettre en cause l'idée que la personne se fait d'elle-même et du monde environnant et vont entraîner une destruction progressive de la personnalité (25) ». Bien qu'il ne s'agisse pas d'une catégorie du DSM-5, le TSPT-C est considéré comme un concept utile par de nombreuses personnes travaillant avec des victimes ayant subi des traumatismes chroniques. Ces symptômes sont définis sous le diagnostic de TSPT-C afin de refléter les effets des violences interpersonnelles chroniques que ne recouvre pas le diagnostic de TSPT et ainsi en faciliter le dépistage.

Le diagnostic du TSPT-C nécessite la présence d'au moins un événement traumatogène, la présence de la triade symptomatique du TSPT et de trois groupes de symptômes complémentaires, comme illustré dans le tableau et le schéma ci-dessous.

Le TSPT complexe dans la CIM 11

Événements extrêmes, prolongés ou répétitifs:

- Torture, trafics d'être humain, esclavage, génocide, violence domestique, sexuelle ou physique répétée

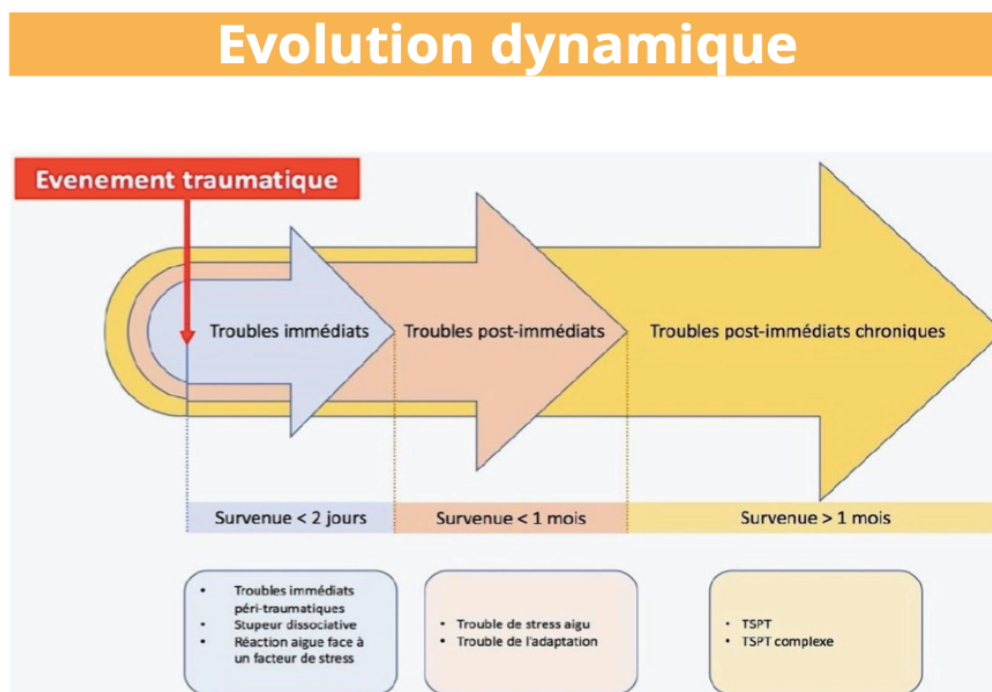
Les symptômes d'un TSPT, et:

- Difficultés dans la régulation des affects
- Sentiments d'être diminué, en échec, sans valeur, honteux, ou coupable
- Difficultés relationnelles (attachement)

« Il existe donc différentes façons d'envisager le traumatisme psychique. Le plus souvent, les théories proposées ne sont pas exclusives, mais tendent à s'enrichir mutuellement. Pour en faire une synthèse, on pourrait définir le psychotraumatisme (ou

traumatisme psychique ou psychologique) comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique »(24).

Le schéma ci-après présente l'évolution dynamique des psychotraumatismes (CRP, Charles Perrens)



2-1-6 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE TSPT-C ET LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE (TPB)

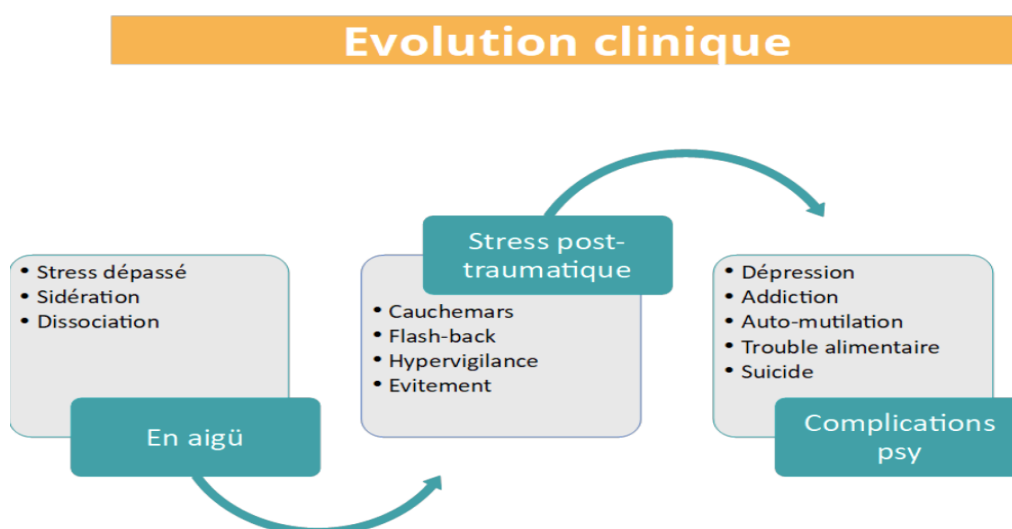
La catégorisation des troubles psychiatriques, entre traumatismes complexes, trouble de la personnalité borderline et troubles du développement ou de l'attachement fait encore débat aujourd'hui. Certains symptômes peuvent sembler similaires dans le TSPT-C et le trouble de la personnalité borderline notamment en ce qui concerne la régulation des affects, le concept de soi et les relations interpersonnelles, mais ils sont toutefois différents. Une distinction diagnostique formelle est que le TSPT-C nécessite la présence d'un facteur de stress traumatique alors que le TPB n'en nécessite pas. De plus, les difficultés liées au concept de soi dans le TPB, reflètent un sentiment instable de soi, alors que dans le TSPT complexe, les individus ont un sentiment négatif persistant de soi. Les difficultés relationnelles dans le TPB se caractérisent par des schémas d'interactions instables et un engagement intense dans les relations, alors que dans le TSPT complexe, elles reflètent une

tendance persistante à éviter les relations et à prendre de la distance lorsque des émotions intenses se manifestent. « Des recherches récentes, menées au cours des cinq dernières années et portant sur l'effet du type, du moment et de l'âge des expériences traumatiques sur les caractéristiques différentielles des symptômes, ont permis d'établir que le trouble borderline sévère implique un traumatisme chronique très précoce associé à un rejet social et à une négligence grave, tandis que le TSPT complexe sans TPB est plus susceptible d'impliquer un traumatisme plus tardif. En outre, les thérapies à composantes multiples qui semblent appropriées pour le TSPT complexe ont de nombreux éléments de traitement en commun avec le TPB (20)».

2-1-7 COMORBIDITES ET TSPT

Le TSPT est associé avec des fortes prévalences de comorbidités psychiatriques. L'étude Kessler met en évidence que plus de 80 % des personnes atteintes d'un TSPT souffrent d'au moins un autre trouble associé. L'étude française santé mentale en population générale (SMPG) identifie que le fait de présenter un TSPT multiplie, par 3 le risque de dépression, par 4 celui de développer un trouble anxieux, par 7 celui d'addiction et par 15 celui d'effectuer une tentative de suicide. Par ailleurs, 30 à 59 % des patients traités pour addiction remplissent les critères diagnostiques de TSPT et 89 % des consommateurs ont vécu au moins un événement de vie traumatique (24).

Tableau de synthèse de l'évolution clinique du TSPT (CRP Sud NA, Charles Perrens)



2-2 LES VIOLENCES CONJUGALES

2-2-1 DEFINITIONS

Les violences conjugales recentrent l'analyse sur le conjoint ou concubin actuel ou passé. La généralisation de l'expression « violences conjugales » n'est pas seulement formelle, elle illustre la transformation de la représentation des violences privées. L'expression « violences par un partenaire intime » (OMS, 2002) élargit explicitement l'approche à la relation avec des partenaires avec lesquels il n'y a pas de vie commune, dans les faits il s'agit le plus souvent du partenaire cohabitant, ou alors de l'ex-partenaire.

« Les violences au sein du couple se définissent comme un processus au cours duquel un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs. Elles diffèrent des disputes ou conflits conjugaux où deux points de vue s'opposent en mettant en scène une réciprocité des interactions. Le conflit constitue un mode relationnel susceptible d'entraîner du changement à la différence des situations de violences qui traduisent un rapport de domination et de prise de pouvoir de l'auteur sur la victime »(27). Elles touchent tous les milieux sociaux sans exception.

L'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies (ONU) définit la violence à l'égard des femmes comme tous les « actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (article 1^{er}).

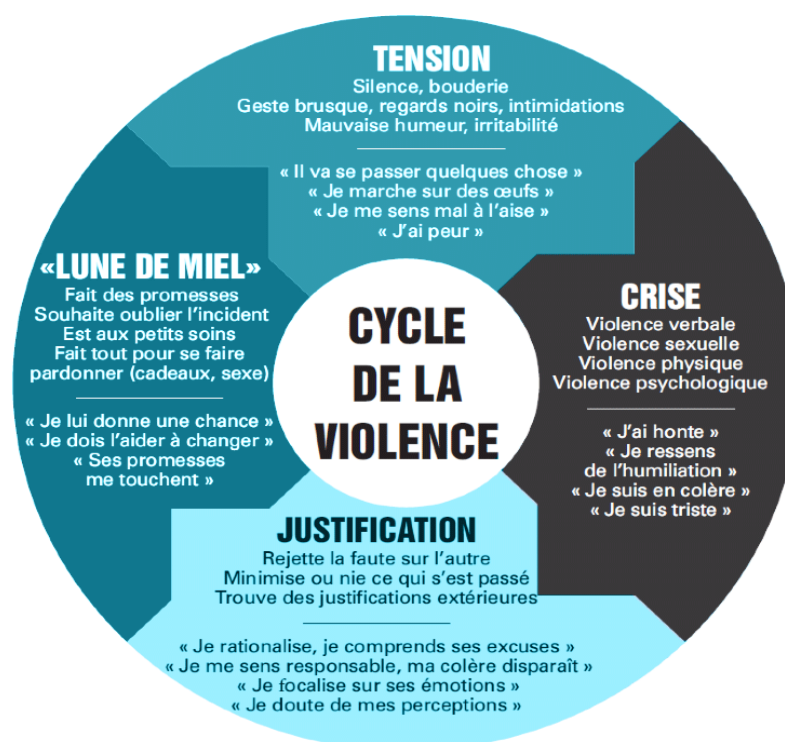
2-2-2 LES TYPES DE VIOLENCES CONJUGALES

Il existe différents types de violences. Ceux-ci sont synthétisés dans le tableau ci-joint, sachant que plusieurs types de violences sont le plus fréquemment retrouvées et que leur gravité augmente crescendo.

Violences administratives	Violences économiques	Violences psychologiques	Violences physiques	Violences sexuelles
Rétention de passeport	Donner de l'argent au compte-goutte	Humiliation, dévalorisation	Coups, gifle	Harcèlement sexuel
Empêcher d'avoir des papiers	Surveiller le compte en banque	Injures	Brûlure, Piqures	Cyberharcèlement
Empêcher l'accès à des services sociaux	Toucher le salaire à la place de sa/ son conjoint.e	Abîmer, casser des objets (vêtements, photos...)	Empêcher de sortir	« Revenge Porn »
Refuser un titre de séjour auquel on a droit	Refuser de payer la pension alimentaire	Ne plus parler	Morsures	Le stealthing (retrait non consenti du préservatif)
		Empêcher de dormir	Étranglement	Agression sexuelle
				Tentative de viol
				Viol
				Mutilations sexuelles
				Mariage forcé

2-2-3 LE CYCLE DE LA VIOLENCE AU SEIN DU COUPLE

Le cycle des violences a été théorisé par une psychologue, Léonor Walker, en 1979. Les violences au sein du couple s'installent le plus souvent progressivement, en commençant par des violences psychologiques, puis verbales et enfin physiques et sexuelles, avec une augmentation en fréquence et en intensité. Le cycle de la violence qu'elle décrit aide à comprendre comment la violence de genre se produit. Il s'agit d'un cycle en 4 phases qui se répètent dans le temps : une phase de tension, suivie d'une phase de crise, puis une phase de justification de l'auteur pour finir par une phase de « lune de miel », comme l'explique la figure ci-après.



« Ces violences répétées vont avoir un impact de plus en plus important sur le psychisme de la victime, sur sa santé physique, mais également sur son environnement social et affectif. En effet, la violence conjugale renvoie à la notion de pouvoir et de contrôle d'un individu sur un autre, à une volonté d'emprise. Pour augmenter son pouvoir et son contrôle sur la victime, l'auteur des violences a recours à plusieurs modalités de fonctionnement : la coercition et les menaces (menacer de lui faire du mal et le mettre à exécution, menacer de se suicider, menacer de la faire hospitalisée sous contrainte, l'intimidation de la victime (l'effrayer, la menacer, être imprévisible), la violence psychologique (humiliation, culpabilisation), l'isolement de la victime (surveiller ses

fréquentations, limiter ses activités extérieures), le déni des faits, retourner la responsabilité (minimiser la violence, dire que c'est sa faute), l'utilisation des enfants (menacer de lui enlever les enfants, lui dire qu'elle est une mauvaise mère), le privilège masculin (traiter la victime comme une domestique, définir les rôles masculins et féminins, la suppression de toute indépendance économique (lui prendre son argent, l'empêcher de travailler... »(6)

2-2-4 L'EMPRISE

Le Larousse définit l'emprise comme: « un ascendant intellectuel ou moral sur quelqu'un; l'influence de quelque chose sur une personne ». Il précise qu'il s'agit d'une « relation de domination, de manipulation et de maltraitance, utilisant la violence psychologique voire la violence physique ou l'abus sexuel, en alternance avec des marques d'affection, ce qui a pour effet de vulnérabiliser une personne et de la maintenir dans un état de dépendance psychologique et/ou matérielle ».

M.F. Hirigoyen, psychiatre spécialisée de toutes les formes de violences, explique que l'emprise est un engrenage central des violences faites aux femmes :« La mise sous emprise correspond au lavage de cerveau, appelé aussi persuasion coercitive, terme que l'on utilise d'habitude pour décrire les manipulations exercées sur un adepte dans les sectes »(28). L'action coercitive est à la fois physique et psychologique. Elle utilise des techniques comportementales, comme isoler la personne, contrôler l'information qu'elle reçoit et des techniques émotionnelles comme de la manipulation verbale et du chantage ainsi que des techniques cognitives (distorsions, et injonctions paradoxales) afin de la mettre dans la confusion. « L'emprise peut aussi produire des modifications de la conscience, une sorte d'état hypnotique imposé. L'influence que l'agresseur exerce sur son partenaire diminue sa capacité critique et fait entrer ce dernier dans une sorte de transe, qui modifie ses perceptions, ses sensations et sa conscience. Au niveau cérébral, il se produit chez la personne une déconnexion entre le néocortex (siège des fonctions d'apprentissage et de la connaissance) et le cerveau reptilien, qui régit la vie végétative. Cela induit une vulnérabilité à la suggestion (28) ».

Le DSM précise que ces états de dissociations peuvent résulter de manœuvres prolongées de persuasion coercitive. « La dissociation est un processus inconscient par lequel certaines pensées sont séparées du reste de la personnalité et fonctionnent indépendamment. La victime devient alors observateur extérieur de l'agression qu'elle subit. C'est un moyen efficace de survie, pour ne pas perdre la raison, une stratégie passive lorsqu'on a le sentiment qu'il n'y a aucune issue possible » (28). Le phénomène de

dissociation vient renforcer l'emprise et constituent une difficulté supplémentaire dont il faudra tenir compte dans la thérapie.

Le conditionnement de la victime passe également par le mécanisme de l'impuissance apprise qui est un mode de conditionnement relationnel. On sait grâce à des expériences sur des animaux (H. Laborit, Seligman et Léonor Walker) que l'impuissance apprise se produit lorsque les agressions sont imprévisibles et incontrôlables et qu'il n'y a aucun moyen d'agir pour changer la situation. La conception de l'impuissance apprise nous permet également de comprendre comment les traumatismes antérieurs et en particulier la maltraitance ou les abus sexuels subis dans l'enfance, augmentent la vulnérabilité d'une femme confrontée à son compagnon. Pour M.F. Hirigoyen, cette soumission apparente est moins un symptôme qu'une stratégie de survie.

2-2-5 LES FACTEURS DE RISQUES D'ETRE VICTIME VIOLENCES CONJUGALES

Toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées. Cependant, l'HAS recommande aux professionnels d'y penser en cas de facteurs associés à un risque majoré.

Ces facteurs de risques sont repris dans le tableau suivant (HAS,30):

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. ■ Maltraitance pendant l'enfance. ■ L'acceptation de la violence. ■ La grossesse, la naissance d'un enfant ; la période périnatale. ■ Les handicaps, les maladies de longue durée. ■ Les problèmes de santé mentale. ■ La dépendance financière. ■ Une conduite addictive (alcool, drogues).	■ Le jeune âge. ■ Un faible niveau d'instruction. ■ Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. ■ L'abus de drogues et d'alcool. ■ Des troubles de la personnalité. ■ La banalisation de la violence.	■ Insatisfaction dans le couple. ■ Contexte de séparation conflictuelle. ■ Domination masculine dans la famille. ■ Stress économique, précarité. ■ Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. ■ Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. ■ Différence d'âge importante dans le couple. ■ Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.

HANDICAP PSYCHIQUE ET VIOLENCES CONJUGALES.

Les patients souffrant de troubles mentaux, souvent plus vulnérables, présentent un risque plus élevé d'être victimes de violences et notamment de violences conjugales et peuvent être réticents à révéler les abus. Le fait d'être atteint d'un handicap psychique augmente également la vulnérabilité et le risque d'agression et de victimisation.

« L'exposition à la violence peut, d'une part, contribuer à la genèse de troubles psychopathologiques ou exacerber les troubles mentaux et, d'autre part, les problèmes de santé mentale existants peuvent accroître la vulnérabilité et la prédisposition à la violence entre partenaires »(30) .

ÂGE ET VIOLENCES CONJUGALES.

Certaines données suggèrent que la prévalence de la violence physique et sexuelle entre partenaires intimes est plus faible chez les femmes âgées que chez les femmes plus jeunes, mais que la prévalence de la violence psychologique et économique et des comportements contrôlants chez les femmes âgées est similaire à celle des femmes plus jeunes (tous âges confondus), avec une prévalence similaire de problèmes de santé mentale. Il existe également des preuves préliminaires d'un risque accru de violence domestique et de maltraitance chez les femmes atteintes de démence(31).

L'EXPOSITION DES ENFANTS A LA VIOLENCE DES PARENTS

« Des recherches récentes ont montré que la présence de violence entre partenaires intimes compromet souvent l'attachement de l'enfant aux personnes qui s'occupent de lui, ce qui constitue un facteur de risque supplémentaire de troubles sociaux, émotionnels et psychologiques » (30). Les expériences négatives vécues pendant l'enfance, telles que la maltraitance des enfants, les mauvais traitements, la toxicomanie au sein du ménage, l'incarcération des membres du ménage et la négligence émotionnelle ou physique, ont des conséquences à long terme sur les plans physique, mental, comportemental et social/interactionnel : Plus le nombre d'expériences négatives vécues pendant l'enfance est élevé, plus les risques de problèmes de santé physique et mentale sont importants (30).

2-2-6 LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES SUR LA SANTE DES VICTIMES

Selon le rapport Henrion, les effets des violences se constatent en traumatologie, en psychiatrie, en gynécologie et obstétrique, en pathologie chronique. Ces formes de violence peuvent avoir une issue mortelle par homicide ou suicide. Une femme en meurt tous les deux à trois jours en France (32). Les données ci-après sont issues de ce rapport.

LES EFFETS DES VIOLENCES SUR LA SANTE PHYSIQUE

La violence psychologique peut exister séparément ou n'être qu'un préalable à la violence physique. Les violences physiques ne sont jamais isolées. Elles sont accompagnées d'injures, de menaces et précèdent le plus souvent des rapports sexuels forcés.

LES LÉSIONS TRAUMATIQUES. Souvent multiples, elles sont d'âge différent et de nature variée : érosions, ecchymoses, hématomes, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation, mais aussi fractures. Elles siègent principalement au visage, au crâne, au cou, aux extrémités, mais peuvent être dissimulées par des lunettes, le maquillage, les vêtements. 42 % des femmes qui subissent des violences au sein de leur couple signalent des blessures consécutives à l'acte.

LES TROUBLES GYNÉCOLOGIQUES. Les troubles gynécologiques sont dus aux violences sexuelles elles-mêmes ou à l'impact des autres formes de violences sur l'image que la femme a de son propre corps. Des violences découlent des troubles de la sexualité : dyspareunie, vaginisme, anorgasmie et des troubles menstruels.

LES CONSÉQUENCES OBSTÉTRICALES. La grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant les violences conjugales. 40 % des femmes victimes de violences rapportent avoir subi des violences "domestiques" pendant leur grossesse. Les violences physiques peuvent entraîner des avortements spontanés, des ruptures prématurées des membranes et des accouchements prématurés, des décollements placentaires suivis de souffrance et de mort fœtale, des hémorragies, voire des ruptures utérines.

L'étude réalisée en 2013 par l'OMS au sujet des effets néfastes sur la santé associée à la violence à l'égard des femmes a montré que les femmes ayant subi des violences physiques ou des abus sexuels étaient 1,5 fois plus exposées au risque d'infection sexuellement transmissible, et dans certaines régions, au VIH, que les femmes n'ayant pas subi de violences de la part de leur partenaire. Elles sont par ailleurs deux fois plus exposées au risque de subir un avortement. Cette même étude a montré que les femmes qui subissaient des violences de la part de leur partenaire étaient exposées à un risque de faire une fausse couche de 16 % supérieur à celui encouru par les femmes qui n'en subissaient pas, et que leur risque d'accoucher prématurément était plus élevé de 41 %(7).

LES PATHOLOGIES CHRONIQUES. Elles nécessitent un traitement continu et un suivi régulier. Elles sont susceptibles d'être aggravées par les violences que ce soient des affections pulmonaires, des affections cardiaques, ou des troubles métaboliques. Il peut être difficile pour la femme de suivre son traitement ou de consulter, du fait de son asthénie, de son mauvais état de santé physique, d'un état dépressif ou parce que son mari contrôle ses faits et gestes et perturbe les soins.

LES EFFETS DES VIOLENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

Les violences peuvent entraîner des dépressions, des états de stress post-traumatique et d'autres troubles anxieux, ainsi que des troubles du sommeil, des troubles de

l'alimentation et des tentatives de suicide. Une étude systématique et une méta-analyse ont montré que la probabilité de troubles dépressifs était trois fois plus élevée, la probabilité de troubles anxieux quatre fois plus élevée et la probabilité de syndrome de stress posttraumatique (SSPT) sept fois plus élevée chez les femmes ayant subi des violences et des abus domestiques par rapport à la population générale (31). Les recherches montrent qu'il existe également un lien significatif entre les violences conjugales et le risque suicidaire. Dans l'ensemble, les femmes victimes de violences conjugales reçoivent 4 à 5 fois plus de traitements psychiatriques que dans la population générale, selon le rapport Henrion (32).

Les abus de substances psychoactives sont fréquents: consommation chronique et abusive de tabac, d'alcool, de drogues psychoactives, de médicaments analgésiques, anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques. 10 % des femmes victimes abusent de drogues et de médicaments prescrits par leur médecin (sédatifs, somnifères, analgésiques) (Stark et Flitcraft, 1988). Cet abus peut être interprété comme une tentative d'automédication pour faire face à l'anxiété et à la violence qui la provoque. Les troubles psychosomatiques font régulièrement partie du tableau clinique ainsi que les troubles cognitifs tels que des difficultés de concentration, d'attention et des pertes de mémoire (32).

LES TYPES DE VIOLENCES ET LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES. La littérature nous apprend que les victimes ayant vécu des violences conjugales dans plusieurs relations antérieures développeront significativement plus de symptômes psychologiques (dépression, état de stress post-traumatique). Toutes les femmes victimes de violence physique ont également subi une forme ou une autre de violence psychologique, et nombre d'entre elles ont également été victimes d'abus sexuels de la part de leur partenaire. Les abus domestiques psychologiques peuvent être aussi préjudiciables à la santé mentale que la violence et les abus domestiques physiques.(33) Les recherches suggèrent que les femmes qui subissent plus d'une forme de violence courent un risque accru de troubles psychiques et de comorbidité (31).

VIOLENCES CONJUGALES ET ANTECEDENTS TRAUMATIQUES. Les expériences chroniques de maltraitance, en particulier si la maltraitance a également été subie pendant l'enfance et qu'il n'a pas été possible de s'échapper en raison de facteurs physiques, psychologiques, familiaux ou sociétaux, peuvent entraîner un TSPT complexe, un trouble proposé pour la première fois par Herman et catégorisé dans la CIM 11.

DEPRESSION ET VIOLENCES CONJUGALES. Les violences conjugales constituent un facteur de risque de dépression, avec un taux de prévalence allant 35 à 63 % selon les études. En outre, différentes études ont montré que la fréquence et la sévérité des violences,

les violences psychologiques, les violences sexuelles associées et le manque d'étayage social étaient associés avec des symptômes sévères de dépression et étaient de meilleurs facteurs prédictifs de dépression que les facteurs démographiques, culturels ou les antécédents de troubles psychiatriques. Il est donc important d'évaluer l'existence d'un contexte de violences actuelles ou passées(6).

Résumé des conséquences de la violence sur la santé globale des victimes (CRP, Charles Perrens)

Physiques	Santé psychique et comportementale	Santé sexuelle et reproductive	Maladies chroniques
• Blessures • Traumatismes cérébraux • Brûlures, coupures • Morsures • Fractures • Handicaps divers • Décès • Obésité morbide	• Sd de stress post-traumatique • Dépression, anxiété • Troubles de l'alimentation, du sommeil • Pensées et comportements suicidaires • Addictions : alcool, tabac, drogue • Comportement autoagressif	• Douleurs pelviennes chroniques • Hémorragies • Infections vaginales et urinaires • Complications de la grossesse, fausses couches, morts in utero • Grossesses non désirées, avortements à risque • VIH et autres IST (1,5) • Comportement sexuel à risque	• Maladies auto-immunes • Arthrite, asthme • Cancers • Maladies cardiovasculaires • Accident vasculaire cérébral • Diabète • Hypertension • ...

2-3 LE PARCOURS DE SOIN DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

2-3-1 LE PARCOURS DE SOIN

Aujourd'hui, un parcours s'entend comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. Cela suppose l'intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux, tant en ville qu'en établissement de santé, médico-social et social, en cabinet libéral, en centre de santé, en réseau de santé, ainsi que la prise en compte pour chaque patient, de facteurs déterminants comme l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. Le parcours de soin pourrait être défini comme «Organiser les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment et au meilleur coût ». Il comprend la prévention, le dépistage, l'évaluation, les soins, ainsi que leur organisation et leur coordination. Cela nécessite de cartographier les étapes du trajet du patient tout au long de son parcours de santé en identifiant, l'accès aux soins (l'endroit et la manière dont la prise en charge est effectivement

réalisée et la manière dont elle devrait l'être), la pertinence (le coût et l'efficacité de chaque intervention) et la structuration et l'organisation des prises en charge(33).

2-3-2 LE DEPISTAGE DES VIOLENCES CONJUGALES

DEPISTAGE SYSTEMATIQUE OU DEPISTAGE ORIENTE

LES RECOMMANDATIONS. Compte tenu des conséquences négatives des violences intrafamiliales et notamment conjugales, qu'elles soient psychologiques, physiques, ou économiques, il semble essentiel de pouvoir dépister les victimes le plus précocement possible et ainsi de pouvoir les orienter vers une prise en charge pluridisciplinaire. Selon l'HAS le dépistage systématique a fait ses preuves, en France il est donc recommandé (29).

Pourtant, pour l'OMS le «dépistage universel» et « la recherche systématique d'informations » (interrogation des femmes à chaque entretien pour des soins de santé) ne doivent pas être appliqués(34). L'OMS recommande aux prestataires de soins de santé de poser des questions au sujet de l'exposition à la violence entre partenaires intimes lorsqu'ils évaluent des affections pouvant être causées ou compliquées par la violence pour améliorer le diagnostic, l'identification et les soins de contrôle.

Une revue de la littérature a examiné les preuves indiquant les effets bénéfiques ou délétères du dépistage systématique(35). Le résultat indique que le dépistage dans les établissements de soins augmente l'identification des femmes subissant des violences exercées par un partenaire intime. Cependant Il n'y avait pas de preuve d'un effet au niveau d'autres critères de jugement comme le renvoi à des services de soutien, la réexposition aux violences, les mesures de l'état de santé et concernant les préjudices provenant du dépistage. Les chercheurs de cette revue concluent que bien que le dépistage augmente les identifications, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour le justifier dans tous les établissements de soins(35). En revanche, cette étude précise que les femmes enceintes sont plus susceptibles de dénoncer les violences exercées par un partenaire intime lorsqu'elles sont interrogées et qu'il est obligatoire de considérer la grossesse comme étant à haut risque de violences. Ils recommandent une évaluation prénatale et des conseils pour la mère, ainsi que des programmes de visites à domicile si besoin au cours des premières années de l'enfant. La littérature est unanime également sur la recommandation de poser des questions sur la violence ou le risque de violence lorsque c'est sûr et approprié, dans le cadre d'une discussion privée, avec compassion et sans porter de jugement, en discutant des besoins, des préférences et des options immédiates. Il est nécessaire de soutenir l'autonomie du sujet, de lui apporter un soutien émotionnel et pratique, et de personnaliser les réponses et les solutions possibles pour chaque patient.

De plus, « Le dépistage des troubles mentaux tels que la dépression ou l'anxiété dans le cadre des soins primaires devrait raisonnablement inclure une enquête sur la violence actuelle et passée du partenaire intime. Parallèlement, la violence actuelle ou passée du partenaire intime devrait être incluse de manière appropriée dans le diagnostic différentiel de nombreux troubles médicaux et comportementaux, en particulier chez les femmes (30) ».

LES ENJEUX. Selon l'HAS, la prévalence des violences conjugales est sous-évaluée. Si le repérage de la violence est relativement aisé devant des séquelles physiques récentes, seul un questionnement systématique permettrait aux professionnels de dépister les situations dont la patiente ne parle pas spontanément. Le corps médical restant le principal premier recours des femmes avant les services de police, la justice et les associations, il semble indispensable que tous les professionnels repèrent les victimes de violences conjugales. Les répercussions sur la santé physique et psychique de ces femmes les conduisent à consulter deux fois plus souvent les médecins de premier recours que les femmes non-victimes. Cependant dans 75 % des cas, le médecin ignore la situation de violence conjugale. Une majorité de femmes interrogées dans une étude pensent que si elles avaient été questionnées par leur médecin, elles auraient parlé des violences (36).

LES PROBLEMES IDENTIFIES AU NIVEAU DU DEPISTAGE. Les freins à l'expression des violences sont nombreux. Ils peuvent être inhérents à la femme comme la peur d'être jugée, la peur de ne pas être crue, la honte ou encore la conviction que le médecin ne pourra pas les aider. Mais ils peuvent aussi être liés au médecin et à son attitude au cours de la consultation. Les femmes relatent fréquemment un manque d'attention du médecin, une absence d'informations dispensées sur les violences ainsi qu'un manque d'empathie (36).

LES ATTENTES DES VICTIMES EN MATIERE DE DEPISTAGE. Une étude qualitative française par entretien auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales rapporte que la qualité de la relation clinique est un facteur important pour elles, permettant de répondre aux questions concernant les violences. L'attitude du professionnel et l'écoute ainsi que la prise en compte de sa singularité et de son vécu apparaissent essentielles. Les femmes insistent sur le fait que la problématique est complexe et chronique. Le médecin doit s'adapter au rythme de la patiente et la laisser libre de ses choix. Elles appuient enfin sur l'importance de la rédaction d'un certificat médical adapté, dont elles ont compris l'importance à travers leurs parcours juridiques unanimement longs(36).

LE DEPISTAGE EN SANTE MENTALE

LES RECOMMANDATIONS. La prévalence de la violence et des abus domestiques est particulièrement élevée chez les personnes en contact avec les services de santé mentale. Une enquête sur les usagers des services de santé mentale à Londres publiée en 2017 dans « the Lancet psychiatry » a révélé que 70 % des femmes (et 50 % des hommes) avaient été victimes de violence et d'abus domestiques à l'âge adulte, et qu'un grand nombre d'entre elles (27 % des femmes, 10 % des hommes) subissaient des violences et des abus domestiques récents et actuels. Les chercheurs expliquent que la prévalence d'être une victime de violence est si élevée chez les utilisateurs des services de santé mentale que les directives cliniques recommandent la question systématique de la violence (« enquête de routine ») dans ces services. Cependant les résultats pour les victimes dépendent de la nature de la réponse à la divulgation. Les lignes directrices de la revue soulignent donc que l'enquête de routine ne devrait être introduite que lorsque les professionnels ont reçu une formation appropriée et qu'ils ont mis en place des protocoles d'intervention, en particulier l'orientation vers des services spécialisés dans la violence domestique, les abus et l'accès à des interventions tenant compte des traumatismes (31).

LES ENJEUX. Malgré la forte prévalence de la violence domestique et des abus parmi les usagers des services de santé mentale, une étude de 2010 a révélé que seulement 10 à 30 % des victimes de violence domestique et d'abus sont identifiées par les professionnels de la santé mentale au niveau international et qu'après la détection de la violence domestique, les plans de traitement tiennent rarement compte de ces expériences de violences (31). Les chiffres indiquent qu'il est absolument nécessaire d'investir dans des interventions visant à améliorer l'identification de la victimisation due à la violence conjugale et la fourniture de services de santé mentale destinés à prévenir la (re)victimisation due à la violence conjugale chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Une petite étude pilote menée dans des équipes de santé mentale dans le sud de Londres, au Royaume-Uni, suggère que l'intégration d'avocats spécialisés dans la violence et les abus domestiques au sein des équipes, en plus du temps consacré à la formation, améliore l'identification de la violence et des abus domestiques et les résultats pour les victimes, avec moins de besoins non satisfaits et des niveaux d'abus plus faibles lors du suivi à trois mois (37).

Le repérage, le diagnostic précoce et la prise en charge spécifique des personnes psychotraumatisées constituent par conséquent un enjeu majeur car en l'absence d'une prise en charge adaptée, ces patients verront leurs troubles s'installer durablement et se compliquer de diverses comorbidités, entraînant une grande souffrance morale liée à des

réminiscences (mémoire traumatique) avec la mise en place de conduites d'évitement (pour y échapper : phobies, retrait), des conduites d'hypervigilance pour tenter de les contrôler et des conduites dissociantes pour tenter de les auto-traiter (conduites à risque et conduites addictives anesthésiantes). En France les professionnels du centre CASPERTT (Centre d'Accueil spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes psychiques à Lormont en Gironde) préconisent un changement de paradigme. « Plutôt que de prendre en charge tardivement les comorbidités psychiatriques de nos patients (dépressions, addictions, troubles anxieux...), comme nous le faisons quotidiennement en CMP, en cabinet libéral ou en unité d'hospitalisation, il s'agit de prévenir leur survenue en agissant au plus près du traumatisme» (24).

LES PROBLEMES IDENTIFIES. Selon la revue systématique de la littérature publiée dans « the Lancet psychiatry », un des problèmes majeurs est la formation des professionnels concernant les violences conjugales, leurs conséquences sur la santé mentale des victimes et les orientations spécifiques pour les victimes. Des études qualitatives ont fait état de plusieurs obstacles au dépistage systématique de la violence par les professionnels, notamment un manque de confiance et de compétence pour faciliter et gérer les révélations, un manque de connaissance et de compréhension de la violence, des abus domestiques et un manque de clarté quant au rôle des professionnels de la santé mentale dans la lutte contre la violence et les abus domestiques. Les cliniciens font souvent état d'obstacles qui les empêchent de demander des informations sur les cas de violence conjugale concomitante. Ces obstacles comprennent la peur de confronter et d'offenser les patients ou la peur d'induire de faux souvenirs, ainsi que le manque perçu de connaissances et d'expertise pour traiter les abus. Presque aucune recherche n'a été menée pour explorer les obstacles à l'identification et à la prise en charge de la violence sexuelle dans les établissements de santé mentale. Bien qu'une petite étude qualitative réalisée en Australie ait révélé que le personnel se sentait personnellement mal à l'aise avec la question et « mal équipé » pour répondre aux révélations en raison d'une formation et d'une orientation insuffisantes, notamment en ce qui concerne la gestion de la détresse et l'orientation vers des services d'aide aux victimes d'agressions sexuelles (37).

LES CONSEQUENCES POUR LES VICTIMES. Une méta-synthèse d'études qualitatives impliquant des utilisateurs de santé mentale révèle que les réponses des professionnels de santé mentale aux préoccupations des victimes en matière de sécurité sont appréciées, mais les usagers craignent que la divulgation de la violence ne les expose à un risque de préjudice supplémentaire ou de renvoi par les services s'ils ne quittent pas leur partenaire.

Certains usagers ont déclaré que leurs révélations n'étaient pas prises au sérieux et qu'ils se sentaient blâmés par les professionnels, ce qui était associé à des symptômes persistants. L'absence de reconnaissance a été ressentie comme aggravée par le peu d'occasions offertes aux usagers de discuter de la violence domestique et des abus au cours des consultations, qui, selon eux, se concentrent exclusivement sur le diagnostic et le traitement des symptômes psychiatriques, les empêchant de reconnaître l'ampleur de la violence, de recevoir des soins appropriés et de minimiser leurs expériences(31).

LES ATTENTES DES VICTIMES. Une petite étude qualitative auprès de victimes impliquant des utilisateurs de services de santé mentale a révélé que les victimes de violence domestiques souhaitent que les professionnels de la santé mentale reconnaissent ou valident leurs révélations de violence domestique sans porter de jugement et avec compassion. Le choix de rester dans une relation violente peut être basé sur une analyse stratégique des risques et des avantages qui comprend des préoccupations financières, la crainte d'être considéré comme trop malade pour s'occuper de ses enfants, des pertes à court terme telles que la perte du domicile familial et d'un père et d'un réseau pour les enfants de la victime, la stigmatisation, l'espoir que l'auteur changera, et la conscience que l'auteur pourrait traquer la victime et causer des violences plus graves. En effet, les femmes courent le plus grand risque d'homicide dans les mois qui suivent immédiatement la séparation(36).

LES OUTILS D'AIDE AU REPERAGE DES VIOLENCES DOMESTIQUES.

- **Le Violentomètre et la roue des inégalités** (cf. figure annexe F)
- **Le questionnaire WAST-** (cf. annexe G)
- **Échelle révisée d'impact d'événements traumatisants (IES-R)-** (cf. annexe H)

2-3-3 L'EVALUATION DE LA VIOLENCE ET DE SES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES

LES RECOMMANDATIONS :

CONCERNANT L'EVALUATION DE LA VICTIME. Il est recommandé d'évaluer l'histoire de la violence (ancienneté, différentes formes de violences), l'impact sur la sécurité de la femme et celle des enfants et de s'enquérir sur l'isolement de la patiente et son autonomie (psychologique et économique) pour le suivi ultérieur.

L'évaluation globale de la situation de la victime comprend:

- La typologie des violences subies, avec une attention particulière portée aux violences sexuelles subies par les victimes de violences conjugales car ce phénomène concernerait 40 à 50 % des victimes (38)
- La description de l'événement violent (faits et processus)
- La situation familiale
- L'histoire personnelle
- L'évaluation de la dépression
- L'évaluation du syndrome post-traumatique
- Les facteurs augmentant la vulnérabilité (dépendance, alcool, conduite à risque, Handicap, contexte socioéconomique)
- Les antécédents de violence (typologie, qualité de l'agresseur)
- L'état de santé général
- Les ressources (professionnelles, économiques, sociales, affectives, sanitaires)
- L'évaluation du risque immédiat (risque suicidaire, risque d'être agressé de nouveau)
- Les antécédents psychiatriques
- Les services déjà sollicités
- Les orientations et les suites de la consultation (38)

CONCERNANT LES ECRITS PROFESSIONNELS. La femme victime de violences, lorsqu'elle engage des démarches judiciaires, a besoin de fournir des éléments probants pour faire valoir ses droits et obtenir une mesure de protection (notamment une ordonnance de protection, l'attribution d'un téléphone grave danger ...)

L'attestation clinique infirmière : L'article R.4312-23 du Code de la santé publique dispose que « *L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'établissement par le professionnel conformément aux constatations qu'il est en mesure d'effectuer, de certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires* ». r. L'attestation doit être rédigée de manière lisible, précise et sans terme technique ni abréviation. Une lecture de l'attestation à la victime doit être faite avant de la lui remettre. Cette attestation a été validée par l'Ordre national des infirmiers et est téléchargeable sur le site de l'Ordre.

En rédigeant ce certificat médical ou cette attestation (pour les IDE), il ou elle contribue à accompagner la victime dans ses démarches vers l'autonomie. Ce document écrit représente un des éléments objectifs sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner et notamment prononcer des mesures de protection et

engager des poursuites contre l'agresseur. L'original sera remis à la victime et le double conservé dans son dossier. Si la patiente ne souhaite pas en disposer, Il pourra alors le conserver dans le dossier médical, et le remettre à la patiente lorsqu'elle se sentira prête à entreprendre des démarches. Le certificat doit aussi décrire l'impact des violences sur la santé psychique de la personne (cf. attestation clinique infirmière, Annexe E)

CONCERNANT LE SIGNALEMENT. Lorsque le praticien est amené à prendre en charge un patient vulnérable victime de violences (mineur, personne en situation de handicap, femme enceinte), il doit impérativement signaler la situation à la cellule de recueil des informations préoccupantes de son département (CRIP) ou au procureur de la République. Lorsque le patient est majeur, ce signalement doit se faire avec le consentement de ce dernier. Cependant lorsqu'une victime se trouve « en situation de danger immédiat » et « sous emprise » l'article 226-14 du 30 juillet 2020 prévoit que le secret médical énoncé à l'article 226-13 ne s'applique pas et permette de faire un signalement au procureur même sans l'accord du patient. Il s'agit bien sûr de protéger ce dernier, pas toujours conscient de la situation et de sa gravité(39).

ÉTAT DES LIEUX.

La revue de la littérature effectuée au Royaume-Unis, publiée dans « the Lancet » révèle que les utilisateurs des services de santé mentale ont expliqué que l'accent mis sur le diagnostic et le traitement des symptômes psychiatriques empêchait souvent les professionnels de la santé de reconnaître les violences subies, tandis que les étiquettes de maladies mentales minimisent les expériences des utilisateurs de services concernant les violences subies. Les chercheurs et les défenseurs du secteur de la violence domestique ont également fait valoir que la « pathologisation » et la médicalisation des symptômes du TSPT obscurcissent leur signification et qu'ils peuvent ne pas aider les victimes à surmonter les symptômes et à développer des stratégies pour prévenir de nouvelles violences (31).

Les données montrent, qu'il existe une association causale bidirectionnelle entre les troubles mentaux et la violence et l'abus domestiques. Par exemple, la dépression apparaît à la fois comme un facteur de risque d'abus et une conséquence des violences conjugales. Les facteurs de risque de violences sont également des facteurs de risque de troubles mentaux, ce qui souligne les déterminants sociaux des troubles mentaux et de la violence à l'égard des femmes, ainsi que les parcours complexes des victimes de violence tout au long de la vie (31).

LES PROBLEMES IDENTIFIES DU COTE DES PROFESSIONNELS DE SANTE MENTALE.

Selon les professionnels du centre CAPERTT (Centre d'Accueil spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes psychiques, 33) « Les troubles psychotraumatiques sont méconnus, sous-estimés, rarement dépistés ou tardivement diagnostiqués par les professionnels de santé. Ces derniers n'ont généralement pas été suffisamment formés, pendant leurs études médicales ou paramédicales, à la psychotraumatologie et à la victimologie (24) ».

Les symptômes d'un traumatisme sévère, comme la dissociation ou les reviviscences peuvent mimer des troubles psychotiques mettant en lumière le risque d'erreur diagnostique et de traitement(25).

Même si elle n'est pas spécifique aux violences domestiques, une étude française de 2016 sur le TSPT dans la schizophrénie révèle que « Les patients souffrant de schizophrénie sont particulièrement à risque de développer des syndromes traumatiques ou des états de stress post-traumatiques. La prévalence de l'état de stress post-traumatique dans la schizophrénie a été estimée à environ 16 %. Cependant, les troubles anxieux et les états dépressifs dans cette population sont sous-estimés dans un système diagnostique hiérarchique qui prévaut dans la pratique clinique habituelle. Les situations traumatismes chez les patients souffrant de schizophrénie peuvent être déclinées de la façon suivante : le vécu traumatique des symptômes psychotiques, la perception traumatique des soins et les traumatismes précoces. Les symptômes psychotiques eux-mêmes comme les hallucinations, les idées délirantes ou la désorganisation peuvent constituer des expériences terrifiantes (40) ».

LES PROBLEMES IDENTIFIES DU COTE DES VICTIMES. Les victimes de violences conjugales vont souvent avoir des difficultés à aller vers des soins psychiatriques traditionnels car elles ne se sentent pas « malades » ou parce que cela renforce les violences psychologiques subies. Elles sont donc réticentes lorsqu'elles sont orientées vers des centres de consultations médico-psychologiques où elles vont être confrontées à d'autres patients pouvant être atteints de pathologies plus symptomatiques(41).

Les victimes soulignent l'importance d'une mise en confiance durant la consultation et le sentiment que sa parole n'est pas remise en question. Elles ont des attentes liées aux actions des professionnels, comme la délivrance d'informations sur les violences conjugales, la reconnaissance en tant que victime, leur permettre de percevoir que la situation conjugale est anormale et que la loi les protège. Les femmes victimes soulignent l'importance d'une orientation adaptée et de professionnels formés, c'est-à-dire sachant faire (36).

LES ENJEUX.

La littérature est unanime sur le manque de formation au TSPT des professionnels de la santé. Les chercheurs suggèrent que les professionnels de santé mentale soient conscients de l'impact de la violence à l'égard des femmes sur la santé mentale et de l'efficacité des traitements potentiels, mais aussi qu'ils développent leur compréhension de la dynamique et de la complexité de la maltraitance(31).

Elle est également unanime sur le rôle de la psychiatrie face à l'impact des violences sur la vie des individus, les professionnels de la santé mentale doivent identifier, prévenir et répondre à la violence à l'égard des femmes de manière plus effective. Cela nécessite de proposer des prises en charge adaptées, qui prennent en compte la dynamique particulière des violences conjugales, qui évalue les symptômes et qui reconnaissent l'impact direct des comportements de l'agresseur aussi bien que l'effet psycho traumatique des violences. C'est à ces conditions que les victimes pourront modifier leurs représentations d'elles-mêmes et sortir de l'emprise (31).

LES OUTILS D'EVALUATION ET LES ECHELLES PSYCHOMETRIQUES (NON EXHAUSTIF)

- Échelle de **Hamilton** pour évaluer la dépression (cf. annexe I)
- Échelle **PCL-5** de dépistage de l'ESPT(cf. annexe J)
- Échelle **ITQ** de dépistage de l'ESPT-C (cf. annexe K)
- Échelle de dissociation péri-traumatique (cf. annexe L)
- Échelle **CAPS-5** de diagnostic de l'ESPT (cf. annexe M)
- Échelle d'évaluation du danger (cf. annexe N)
- Échelle d'évaluation de l'emprise (cf. annexe O)

2-3-4 LA PRISE EN CHARGE DES PSYCHO TRAUMATISMES INDUIT PAR LES VIOLENCES

Il convient de bien distinguer "traitement" et/ou psychothérapie et "aide au soutien aux victimes" (associatif) chacun ayant un rôle différent et complémentaire pour l'accompagnement des victimes.

PRISE EN CHARGE PRECOCE

RECOMMANDATIONS. Une prise en charge la plus précoce possible dans les suites d'un traumatisme psychique est indispensable. Les patients qui bénéficient d'une prise en charge globale immédiate souffrent deux fois moins de TSPT six mois après les faits(19).

OBJECTIFS. L'objectif de la prise en charge précoce est de procurer à la victime « un soulagement cathartique, de mettre de l'ordre dans sa perturbation émotionnelle et de l'aider à trouver un sens à l'événement »(38). Elle devrait être effectuée dans les 24h/ 48 heures par un psychologue formé, avec un RDV de contrôle 10 jours environ après.

METHODE: La prise en charge professionnelle consiste à « réancrer la personne dans l'ici et maintenant », en :

- Favorisant le retour aux habitudes de vie
- Mettant en place des conditions hygiéno-diététiques favorables (sommeil, alimentation, pas d'alcool, pas d'automédication, pas de benzodiazépines...)
- Si nécessaire proposer des exercices d'ancrages (cf. annexe B)
- Et en ayant une écoute active, bienveillante et en respectant le temps de la personne. (Formation sensibilisation au TSPT, CRP Charles Perrens).

Il est nécessaire d'informer la victime que la séparation est une période à risque au niveau des violences. Cette dernière devra se préparer avant son départ et réfléchir à la protection des enfants s'il y a lieu. En s'appuyant sur les symptômes de la victime, il sera nécessaire de la sensibiliser et l'encourager à un accompagnement psychothérapeutique sur le long terme afin de lui permettre une reconstruction psychique. En cas de refus de l'informer des associations existantes et de l'aide aux victimes(38).

LA PRISE EN CHARGE SUR LE LONG TERME

LES RECOMMANDATIONS. L'Organisation mondiale de la santé recommande que les femmes qui ont été victimes de violence domestiques et ayant un diagnostic de santé mentale reçoivent des traitements de santé mentale basés sur des données probantes. Cependant les méthodes de prestation les plus efficaces pour les femmes présentant différents niveaux de risque d'abus, y compris les groupes divers et marginalisés, ne sont pas encore clairement définies. Ainsi, si les thérapies psychologiques améliorent probablement la santé émotionnelle, il n'est pas certain que cette approche réponde aux besoins permanents des femmes en matière de sécurité, de soutien et de guérison holistique de traumatismes complexes (42).

Une étude a haut niveau de preuve a évalué l'efficacité de tous les types d'interventions auprès des femmes victimes de violences domestiques, afin d'en retirer les approches les plus efficaces. Les interventions évaluées étaient la TCC, la TCC renforcée, la thérapie ciblée sur les traumatismes, la pleine conscience, l'entretien motivationnel, l'

écriture expressive, le soutien social (groupe de parole), le service de défense des droits, la planification de la sécurité et la prise en charge des comorbidités (43).

Globalement l'ensemble des interventions améliorent l'anxiété, les problèmes liés au stress, la santé et l'utilisation des soins de santé, le soutien social, la sécurité et la diminution de la violence future. Les interventions de psychoéducation basées sur l'autonomisation des victimes (« empowerment ») se sont révélées essentielles car elles améliorent les différentes composantes du bien être psychosocial.

Les problèmes de santé mentale tels que la dépression et le TSPT se sont révélés plus difficiles à traiter car les effets des violences entre partenaires intimes sont durables et nécessitent une prise en charge axée sur la complexité et sur le long terme. Les résultats ont montré que les interventions axées sur le traumatisme, associées à des stratégies à composantes multiples, permettaient de réduire considérablement les symptômes. Une méta-analyse de sous-groupe a indiqué que les traitements soigneusement ciblés sur le traumatisme, la TCC et la TCC combinée à l'autonomisation étaient des approches prometteuses pour améliorer les symptômes du TSPT. L'écriture expressive et les approches relationnelles et de sécurité, en revanche, n'ont pas atteint le seuil de signification statistique(43).

ÉTAT DES LIEUX. Il existe certaines preuves dans la littérature scientifique que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme, la psychoéducation et le retraitement par le mouvement oculaire (EMDR) sont supérieurs à la TCC non centrée sur le traumatisme. (Entre 1 et 4 mois après le traitement). La base de données sur les interventions psychologiques spécifiquement conçues pour les survivants de violences domestiques et d'abus s'étoffe, et des études systématiques ont montré que les interventions basées sur la TCC et le traitement cognitif pourraient être associés à une amélioration du TSPT et des symptômes dépressifs chez les survivants qui ne sont plus dans des relations abusives mais on sait peu de choses sur l'efficacité des interventions psychologiques ou pharmacologiques pour les victimes de violence lorsque la violence n'a pas été révélée, ou lorsque la violence n'est pas le point central de l'intervention. Bien que l'on ait constaté un certain soutien à l'efficacité des interventions de défense des droits et de TCC dans la réduction de la violence et des abus domestiques physiques et psychologiques, peu d'études ont examiné si les interventions étaient utiles pour réduire les symptômes psychologiques chez les femmes encore victimes d'abus. Cependant, les quelques études qui intègrent des interventions psychologiques et de sensibilisation à la violence domestique et aux abus chez les femmes qui risquent de continuer à subir des abus font état d'une amélioration des

symptômes dépressifs et d'une réduction des abus, y compris d'une amélioration des résultats à la naissance pour les femmes pendant la période périnatale (31).

Les groupes de parole constituent également une modalité intéressante de prise en charge, permettant de mettre en évidence les mécanismes de l'emprise et de se confronter à l'expérience d'autres victimes, en se sentant ainsi moins isolées. « Les groupes de parole mettent en place un cadre qui permet de réécrire le scénario traumatique. Ils favorisent une solidarité au sein du groupe et rompent les liens de dépendance qui entravent l'autonomie des participantes. La mise en commun des épreuves, humiliations, émotions, permet de reconnaître en l'autre une personne semblable à soi, confrontée à des problèmes personnels, familiaux et sociaux, souvent assez proches. Les groupes luttent contre les sentiments de culpabilité en attribuant les responsabilités aux auteurs, ils permettent de transformer la honte en colère qui, bien dirigée, constitue une motivation puissante pour inverser le cours des choses »(25)

Il existe également des groupes de psychoéducation pour les femmes victimes de violences conjugales à l'étude dont les résultats semblent prometteurs. Ils abordent la symptomatologie péri-traumatique, les sentiments de honte, de culpabilité et l'estime de soi, la gestion des émotions, l'impact fonctionnel des violences et le rétablissement (Groupe de psychoéducation des violences conjugales, CRP de Bordeaux)

Le maillage territorial étant très inégal des consultations pourraient être « délocalisées », dans des locaux mis à disposition, afin d'essayer d'offrir un accès aux soins à toute victime, quel que soit son lieu d'habitation (41). Des consultations en Visio pourrait être également une approche intéressante.

ABORD PHARMACOLOGIQUE.

Il n'existe à ce jour aucun traitement médicamenteux spécifique qui soit reconnu pleinement efficace dans la prise en charge de la pathologie traumatique. Les recommandations actuelles mettent en avant le bénéfice des traitements antidépresseurs, notamment *Sérotoninergiques*. Mais selon les études, seuls 20 à 50 % des patients entreront en rémission grâce à ce traitement. En France, seules la *Sertraline* et la *Paroxétine* ont une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans cette indication. En pratique usuelle, la fluoxétine et la venlafaxine sont également largement utilisées. Les *benzodiazépines* sont à exclure à tous les stades. Elles n'ont non seulement pas démontré d'utilité dans le traitement ou la prévention du TSPT, mais elles sont source d'effets secondaires non négligeables, dont un risque de dépendance chez cette population de patients déjà prédisposé aux addictions. Elles peuvent nuire à l'efficacité de certaines psychothérapies concomitantes.

Des données récentes suggèrent que les *Benzodiazépines* pourraient favoriser le maintien de la mémoire traumatique, en modifiant l'architecture du sommeil et notamment en supprimant les phases de sommeil REM (Rapid Eye Movement), dont le rôle pourrait être central pour la guérison. Le *propranolol* (bloqueur bêta 1 et bêta 2 adrénergique non sélectif): son administration précoce pourrait être intéressante à titre préventif, après une exposition traumatique, pour prévenir le développement du TSPT. D'un point de vue théorique, cette molécule permettrait de limiter les mécanismes d'hyper-encodage et de consolidation mnésiques, notamment au niveau amygdalien. Cette étude est basée sur la méthode dite de « blocage de la reconsolidation mnésique », consistant à ramener un souvenir consolidé à une forme instable en se le remémorant, puis en interférant sur sa reconsolidation en bloquant la synthèse protéique requise pour le consolider dans l'amygdale, par la prise d'un bêtabloquant. La *Prazosine* suscite beaucoup d'espoir pour le traitement des cauchemars traumatiques. C'est un antagoniste des récepteurs alpha 1 adrénergiques, utilisé dans le traitement de l'HTA et de l'hypertrophie bénignes de la prostate. La diminution de l'hyperadrénergisme cérébrale permettrait de lever l'inhibition sur les noyaux générateurs du sommeil et de restaurer par conséquent le sommeil paradoxal.(24)

METHODES THERAPEUTIQUES.

LES GRANDS PRINCIPES DE LA THERAPIE POUR LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES. C'est la qualité de la relation qu'un soignant met en place qui permet de réécrire le scénario traumatique et de briser la spirale de la répétition sur le plan personnel, mais également transgénérationnel(25). Même s'il existe différentes approches thérapeutiques, notamment concernant la prise en charge de la dépression, les orientations scientifiques validées concernant la prise en charge de l'ESPT sont les TCC centrées sur le traumatisme et l'EMDR. Au sein des TCC centrés trauma, il existe cependant plusieurs types de thérapies et d'indications en fonction du traumatisme telles que la thérapie d'exposition prolongée.

LES CRITERES POUR PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE. La porte d'entrée potentielle, dans le soin psychique, étant les soins somatiques, il sera important de pouvoir créer des liens entre les médecins somatiques et les psychiatres ou psychologues intervenant dans le soin aux victimes. Il semble donc nécessaire de pouvoir proposer ces consultations spécialisées dans des lieux spécifiquement dédiés, qui soient à la fois sécurisants et accueillants.

- Instauration d'un climat de confiance qui passe par la reconnaissance des violences subies et une attitude empathique

- Il s'agit également de s'assurer que la patiente est en sécurité par l'évaluation d'un risque de violences graves de la part du conjoint actuel ou d'un ex-conjoint et que le risque de re victimisation est limité
- Accompagner la victime dans son cheminement : Les femmes rapportent de façon systématique que c'est la qualité de la relation qui leur a permis de répondre aux questions qui leur étaient posées sur les violences subies
- Pour une personne vivant sous la menace et l'intimidation, être traitée avec respect et se sentir libre de faire ses propres choix, sans peur du jugement ou de représailles peut être déjà thérapeutique en soi
- Offrir un cadre thérapeutique suffisamment souple pour s'adapter aux symptômes que peut présenter la victime à cause des violences subies, comme le fait de manquer des rendez-vous ou d'arriver très en retard (Être trop rigide, c'est rejouer l'emprise qui existe déjà au sein du couple, c'est créer la rupture au risque de renforcer le sentiment d'abandon que présentent souvent les victimes)
- Déstigmatiser les symptômes psychiatriques présentés, en expliquant qu'il s'agit de réactions normales à la suite de violences, de communiquer des informations sur l'impact psychique des violences, sur les mécanismes d'emprise, de donner des choix dans les modalités thérapeutiques et de l'espoir
- Rappeler également que seul l'auteur des violences en est responsable, que l'utilisation de la violence est un choix du partenaire pour maintenir son conjoint dans une relation coercitive

LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE DES PSYCHOTRAUMATISMES DES VIOLENCES CONJUGALES. Le travail psychothérapique en identifiant, en comprenant puis en reliant chaque manifestation de la mémoire traumatique aux violences dont elle est la réminiscence, permet de la recontextualiser et de réintroduire des représentations mentales qui permettent de rétablir un contrôle émotionnel efficace sur la mémoire traumatique et de pouvoir ainsi la désamorcer. Le but de la psychothérapie, que ce soit pour le psychothérapeute ou le patient, est donc de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens. Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doit être disséquée pour la relier à son origine, pour l'éclairer par des liens qui permettent de la mettre en perspective avec les violences subies, et pouvoir ainsi la désamorcer (41).

LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DU TRAUMATISME COMPLEXE (42)

ÉTAT DES LIEUX. Le trouble est nouveau et les données sont insuffisantes pour formuler des recommandations. Les recommandations ont généralement proposé l'utilisation de traitements fondés sur des données probantes pour le TSPT, qui comprennent à la fois des interventions centrées sur le traumatisme et des thérapies à composantes multiples.

- Thérapies centrées sur le traumatisme
- Les interventions à composantes multiples comprenant la tolérance à la détresse et les stratégies d'autorégulation émotionnelle
- La thérapie comportementale dialectique (thérapies dialectiques = compassion)
- Un ordre flexible des composantes en fonction du patient
- La psychoéducation sur le TSPT complexe (proposée dans le but de normaliser l'expérience des symptômes du patient et de réduire la stigmatisation)

PHARMACOTHERAPIE DE L'ESPT-C. Toutes les directives thérapeutiques et les méta-analyses concluent qu'il faut privilégier le traitement psychologique et que la pharmacothérapie ne doit pas être utilisée comme traitement autonome. En raison de la comorbidité fréquente avec la dépression majeure, les recommandations pharmacologiques pertinentes doivent être suivies.

LES PRINCIPES DE GESTION DU TRAITEMENT DE L'ESPT-C.

- Mettre l'accent sur la sécurité ; décrire les droits du patient, clarifier les rôles et les responsabilités, et décrire les résultats connus des différentes interventions thérapeutiques
- Expliquer les symptômes complexes du syndrome de stress post-traumatique dans le but de normaliser les réactions et de déstigmatiser le diagnostic
- Soutenir la collaboration et l'auto-efficacité du patient; les décisions concernant la priorisation des cibles des interventions sont prises par le patient, et les forces et les ressources du patient sont identifiées et intégrées dans le traitement (responsabilisation)

APPROCHE DE L'INTERVENTION.

- Recommander un traitement flexible, à composantes multiples, avec une composante centrée sur le traumatisme
- Recommander une thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes

- Collaborer avec le patient pour élaborer un plan de traitement conforme à ses préférences et à ses valeurs
- Tenir compte des symptômes comorbides (dépression et dissociation) dans la sélection des composantes du traitement
- Mettre l'accent sur le fonctionnement psychosocial
- Coordonner les services nécessaires, y compris les médicaments
- L'évaluation et le suivi de la santé physique et les services sociaux

LES ENJEUX. L'exposition à un traumatisme est un phénomène courant, sa présence et ses conséquences psychologiques devraient faire partie de l'anamnèse et de l'évaluation des symptômes dans les services de santé mentale. Le dépistage des traumatismes et de leurs effets psychologiques, y compris le syndrome de stress post-traumatique complexe, devrait être normalisé et faire partie intégrante des évaluations de santé afin de pouvoir offrir des soins adaptés. L'évaluation et la planification du traitement doivent être mises en œuvre dans un esprit de collaboration, en tenant compte des préoccupations de l'individu et en suivant un modèle de prise de décision partagée. Après une évaluation approfondie des besoins en ressources mentales, physiques et sociales de base, un plan de traitement doit inclure la coordination des thérapies psychosociales, des médicaments, le suivi de la santé physique et l'accompagnement par les services sociaux(20).

NOUVELLES APPROCHES.

D'autres approches ont fait leur apparition ces dernières années; même si elles ne disposent pour le moment pas toutes de preuves suffisantes de leur efficacité faute d'études, ce sont des approches intéressantes: parmi elles, l'Intégration du Cycle de vie (ICV), la reconsolidation (dite méthode Brunet), le développement de la Mindfulness, la thérapie sensorimotrice (utilisation du corps comme point d'entrée du traitement émotionnel et moteur), le yoga, le Brain spotting (issu de l'EMDR), les psychédéliques (thérapies assistées par MDMA), la thérapie par exposition en réalité virtuelle...

LES PROBLEMES IDENTIFIES

« Lors de violences conjugales, les différents acteurs qui prennent en charge les victimes, ne sont que rarement formés aux conséquences psycho traumatiques des violences, et sont très souvent confrontés à de grandes difficultés pour opérer ce processus de libération, les victimes restant attachées à leur conjoint violent et continuant d'être à leur service. Même lorsqu'elles s'en sont séparées, ils assistent fréquemment, impuissants, à des processus de répétition : les femmes victimes revenant vers leur conjoint violent, ou se retrouvant avec de

nouveaux partenaires violents. Le changement libérateur n'a pas eu lieu. Dans ces cas, les prises en charge ont traité avant tout les symptômes les plus gênants et donné des médicaments pour anesthésier les douleurs et les détresses les plus graves sans s'attaquer aux causes, ou bien n'ont traité qu'une partie des causes. Les processus de colonisation fonctionnent toujours»(44). Or, connaître les conséquences psychotraumatiques des violences est absolument nécessaire pour mieux protéger, accompagner et soigner les personnes qui en sont victimes. Sans cette connaissance, beaucoup de symptômes et de comportement de victimes sont perçus comme paradoxaux par l'entourage et les professionnels qui les prennent en charge, et sont mal interprétés, alors que ce sont des réactions normales à des situations traumatiques.

LES CONSEQUENCES POUR LES VICTIMES.

La méconnaissance des troubles psycho traumatique et de leurs mécanismes porte lourdement préjudice aux victimes puisqu'elle empêche de reconnaître la réalité de la souffrance, des symptômes et des handicaps qu'elles présentent, ou de les relier à leur cause : les violences. Elle permet également de continuer à mettre en cause les victimes qui seraient les artisanes de leur propre malheur en étant incapables d'aller mieux, de se relever, de tourner la page, d'arrêter de se victimiser, de sortir d'une prétendue fascination pour le trauma (44).

2-3-5 L'ORIENTATION ET LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOIN DES VICTIMES

INTERET DE LA CONSTITUTION DU RESEAU

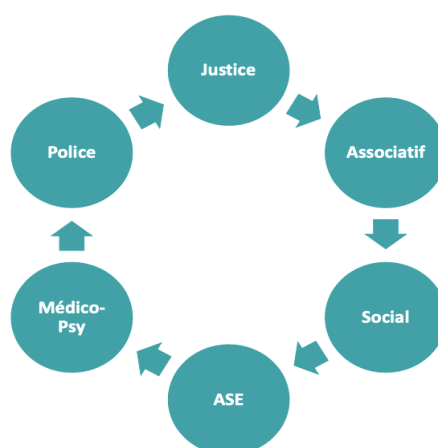
Pour être efficace, le soin aux victimes de violences conjugales doit se faire en réseau. Il doit s'appuyer sur des professionnels formés au repérage des violences, et qui connaissent le réseau de professionnels pour orienter les victimes vers les bons interlocuteurs. Il est indispensable que les professionnels du soin psychique soient bien repérés de tous les professionnels intervenant auprès des victimes de violences (champ sanitaire, social, éducatif, judiciaire) afin que ces derniers puissent orienter facilement les victimes qui en ont besoin. Combien d'entre elles rapportent les difficultés qu'elles ont eues à trouver un lieu pour être prises en charge de façon adaptée, pour que la question des violences subies leur soit posée ? Elles vivent cela comme une violence supplémentaire, qui renforce leur sentiment de n'être rien, d'être nulles, minables (41).

Les conséquences des violences conjugales sur la santé mentale et somatique des victimes directes et indirectes peuvent être limitées par la co-construction de pratiques d'intervention et par la « création de modèles d'action ». La richesse du réseau est justement d'opérer une réflexion. Le dispositif en réseau permet de dépasser les limites de la prise en

charge habituelle grâce à une mutualisation des connaissances et à la pluridisciplinarité. La création de modèles communs d'intervention par le biais de groupe de travail, permet aussi de penser une pratique optimale par rapport à des problématiques complexes : la constitution d'un réseau est un moyen de créer du lien entre les professionnels.

Les associations d'aide aux femmes victimes jouent également un rôle très positif dans l'accompagnement des femmes. Certaines développent des groupes de parole tout à fait bénéfiques. La prise en charge des psychotraumatismes des femmes victimes de violences conjugales, nécessite donc une approche holistique, spécifique et sur le long terme, dans un réseau de soin coordonné du fait de la complexité de leur parcours, cela afin de les aider à réapprendre à vivre après les violences et se reconstruire.

Réparation globale des victimes



LES GUICHETS UNIQUES

Dans ces objectifs, des consultations spécialisées pour la prise en charge globale des femmes victimes de violences telles que les « maison des femmes » se développent depuis quelques années. Il s'agit de « guichet unique » pour la prise en charge des femmes victimes de violences avec une prise en charge particulière afin de pouvoir répondre de façon adaptée à une souffrance liée à des événements violents que tous les psychiatres ou les psychologues ne maîtrisent pas. La France compte 56 maisons des femmes à ce jour et le gouvernement entend doubler leur nombre sur le territoire.

LES CENTRES REGIONAUX PSYCHO TRAUMATISMES (CRP)

Compte tenu du contexte, de la même façon certains CRP ont fait le choix d'accueillir de façon prioritaire les femmes victimes de violences sexistes et sexuelles afin de pouvoir

soigner leurs psycho traumatismes et les accompagner vers une reconstruction. Cependant Il n'existe que 12 CRP répartis sur le territoire à ce jour.

2-4 L'INFLUENCE DES REPRESENTATIONS SUR LE PARCOURS DE SOIN DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

2-4-1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES DES VIOLENCES CONJUGALES

La compréhension des mécanismes psychologiques et sociaux qui sous-tendent la persistance de cette violence ainsi que les obstacles liés à la recherche d'aide par les victimes sont des questions scientifiques essentielles. L'étude des phénomènes représentatifs et de leurs déterminants idéologiques permettent de mieux comprendre les processus et les enjeux psychosociaux sous-jacents au phénomène de violence conjugale. Nous avons vu que les violences conjugales sont définies comme un processus de prise de pouvoir sur l'autre ce qui les différencie des querelles, des crises ou des conflits de couple dans lesquels les protagonistes restent dans des positions symétriques. Les violences faites aux femmes semblent être "légitimées" par l'idéologie sexiste de domination dont les stéréotypes assignent des rôles différents aux personnes de sexes féminin et masculin. Ces stéréotypes sociaux encouragent les hommes à prendre une position dominante dans leurs rapports avec les femmes qui y adhèrent, pour une partie d'entre elles. Ainsi selon les stéréotypes de genres :

- **Les hommes seraient** : forts, protecteurs, responsables, sérieux, intelligents, rationnels, logiques, maîtres de leurs émotions, décidés, capables, courageux, entreprenants, ambitieux, leaders.
- **Les femmes seraient** : faibles, émotives, sensibles, fragiles, belles, tendres, affectueuses, maternelles, dévouées, aimantes, dociles, passives, masochistes, versatiles, futiles, coquettes, bavardes, subalternes (25).

Les résultats d'une étude française concernant les représentations sociales illustrent le fait que les « tout-venants » aussi bien que les victimes attribuent des causes psychologiques qui tendent à atténuer la responsabilité de l'auteur de violence et à accentuer celle de la victime. Ces psychologies naïves semblent puiser dans des systèmes de pensée qui sont en jeu dans la définition des rôles de genre et qui posent la femme comme un être naturellement faible, soumis et passif. La fonction sociale de cette psychologisation pourrait consister à « assigner aux femmes la responsabilité de leur propre oppression, en suggérant, qu'elles choisissent d'adopter des pratiques soumises ou même qu'elles aiment leur propre domination et qu'elles "jouissent" des traitements qui leur sont imposés par une sorte de masochisme constitutif. Cette violence symbolique se caractérise dans leurs résultats par la non-reconnaissance de la violence conjugale comme telle, et

notamment chez les femmes qui semblent autant responsabiliser la victime que les hommes à travers la psychologisation. Les résultats permettent ainsi de rendre saillant un ensemble de représentations auxquelles les survivantes sont confrontées et qui contribuent à entretenir le sentiment de honte, de culpabilité et d'impuissance qu'elles peuvent ressentir face à la violence (45).

L'influence des idéologies patriarcales va entraîner deux constructions sociocognitives qui semblent particulièrement pertinentes pour identifier les idéologies potentiellement impliquées dans la construction des représentations associées à la violence conjugale .

- Le sexisme bienveillant qui est un ensemble d'attitudes à l'encontre des femmes perçues de manière stéréotypées mais qui d'un point de vue subjectif ont une tonalité positive
- Le sexisme hostile qui est la plus connue, basé sur une idéologie de domination et de supériorité masculine ainsi que sur une forme hostile de sexualité.

Cette étude permet d'identifier la condamnation de la violence, comme la dimension faisant l'objet de l'adhésion la plus forte et la plus consensuelle. Cependant la condamnation de la violence conjugale semble coexister avec l'expression de causes psychologisantes qui tendent à responsabiliser la victime et à déresponsabiliser l'auteur de violence, cela en lien avec la définition des rôles de genre. Ce principe de légitimation trouve écho dans les représentations que les victimes associent à la violence conjugale dans la mesure où elles expriment une forte adhésion à ces rapports sociaux asymétriques. Ainsi la prévention de la violence conjugale passe par un travail de sensibilisation et de déconstruction des stéréotypes de genres et de psychologies naïves qui contribuent à légitimer ce type de violence(45).

2-4-2 LES REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE

Il n'y a pas d'étude française ciblant les représentations des professionnels de santé mentale concernant les femmes victimes de violences conjugales. Cependant, un éditorial de « l'American Journal of Psychiatry » a suggéré que les professionnels de la santé mentale devraient s'attaquer à leurs fortes barrières psychologiques pour aborder la violence domestique, les abus et la violence sexuelle, qui peuvent conduire à la pitié et au mépris de la victime, à la diffamation de l'agresseur et à l'abdication des rôles des cliniciens et des chercheurs (31). Il suggère que les professionnels de la santé mentale s'engagent dans la prévention primaire en sensibilisant aux effets de la violence intergénérationnelle subie par les femmes et les enfants, et remettent en question les normes culturelles au sein des services de santé mentale et de la société en général. La prévention secondaire de la

violence à l'égard des femmes implique l'identification et la réponse à la violence domestique, sexuelle et à d'autres formes de violence à l'égard des femmes dans les services de santé mentale. L'amélioration de l'accès aux services de santé mentale est une mesure de prévention secondaire et tertiaire importante : bien qu'il soit prouvé que les troubles mentaux augmentent le risque de victimisation et de perpétration de violences domestiques et d'abus, que le fait d'être victime de violences domestiques et d'abus augmente le risque de troubles mentaux, partout dans le monde de nombreuses personnes n'ont pas accès à des soins. Les services de santé mentale au niveau international devraient donc identifier la violence à l'égard des femmes, prévenir de nouvelles violences et traiter plus efficacement les conséquences sur la santé mentale. Pour ce faire, il est nécessaire que les professionnels de la santé mentale soient conscients de l'impact de la violence à l'égard des femmes sur la santé mentale et de l'efficacité des traitements potentiels, mais aussi qu'ils développent leur compréhension de la dynamique et de la complexité de la maltraitance. En particulier, les professionnels doivent se prémunir contre les risques de culpabilisation des victimes et de déresponsabilisation des femmes déjà désavantagées par les déterminants sociaux de la violence et la vulnérabilité psychique (31).

2-4-3 STIGMATISATION ET MALADIE MENTALE

La stigmatisation associée à la maladie mentale et le manque de connaissance des cliniciens sur les violences conjugales peuvent renforcer les capacités des agresseurs à manipuler le système de santé pour contrôler et discréditer leur partenaire. Les allégations de la victime vont sans cesse être justifiées par les troubles mentaux existants, être présentées comme un phénomène délirant, pouvant par exemple justifier la mise en place d'un traitement psychotrope voire une hospitalisation sous contrainte. Les auteurs peuvent pousser ou forcer leur victime à prendre des médicaments, et présenteront ensuite ces faits comme une tentative de suicide démontrant une nouvelle fois que leur équilibre psychique est instable (6).

2-4-4 LA LEGITIMATION DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES

La libération de l'emprise et le processus de guérison sont en relation avec un changement de paradigme: les conséquences psycho traumatiques ne viennent pas de la victime mais des violences, ce sont des conséquences normales. La reconnaissance de la réalité des violences subies et de leur impact psycho traumatique, la compréhension des mécanismes neurobiologiques en jeu et des stratégies des agresseurs sont essentielles pour la victime et pour toutes les personnes qui vont la prendre en charge et la soigner (44).

2-5 SYNTHÈSE DE LA PROBLÉMATIQUE

Grâce à cette revue narrative de la littérature, il est aisé de percevoir les nombreux facteurs qui peuvent représenter des obstacles à l'accès aux soins de santé mentale dans le parcours des femmes victimes de violences conjugales.

En synthèse, ces facteurs peuvent être regroupés dans les catégories suivantes:

- Facteurs en lien avec le manque de formation des professionnels de santé primaire pour le repérage des victimes et le dépistage du TSPT
- Facteurs en lien le manque de formation des professionnels de santé mentale et leurs connaissances du TSPT, notamment en cas de pathologie psychiatrique ou de comorbidités associées
- Facteurs en lien avec les inégalités territoriales de l'offre de soin des psychotraumatismes
- Facteurs en lien avec le manque de coordination pluriprofessionnelle, et/ou l'absence de prise en charge holistique des victimes
- Facteurs en lien avec les représentations sociales et professionnelles et la stigmatisation des femmes victimes (auto-stigmatisation, stigmatisation sociale et stigmatisation structurelle)
- Facteurs en lien avec la difficulté d'organisation du parcours et l'identification des lieux de soins adaptés pour les professionnels et pour les victimes
- Facteurs en lien avec l'accès aux services de santé mentale (délais parfois long) et le besoin de prévention et de prise en charge précoce après un événement traumatogène
- Facteurs liés aux représentations sociales de la santé mentale et aux biais cognitifs chez les femmes victimes de violences conjugales
- Facteurs liés aux thérapies d'expositions difficiles à vivre pour les victimes et à l'absence de traitements innovants

Les services de santé mentale pourraient avoir un rôle important à jouer dans l'amélioration du parcours de soin des femmes victimes de violence, d'une part compte tenu de la prévalence du TSPT chez les usagers de santé mentale, d'autre part afin d'intervenir le plus précocement possible dans l'accompagnement des victimes pour diminuer le risque de constitution du TSPT ou sa chronicisation compte tenu du retentissement sur la qualité de vie et du risque majeur de comorbidités associées. Si cette prise en charge spécifique relève

des missions des CRP, l'afflux de demandes d'évaluation et de soin, ainsi que l'inégalité des dispositifs de soins sur les territoires et notamment en milieu rural rend l'accès aux soins complexe pour les victimes, voire impossible sur certains secteurs.

La littérature nous indique que connaître les psychotraumatismes et les conséquences psychotraumatiques des violences est absolument nécessaire pour mieux protéger, accompagner et soigner les personnes qui en sont victimes. Ainsi la formation des professionnels de santé mentale apparaît comme un levier central afin de garantir l'accès aux soins et la qualité des soins des femmes victimes de violences conjugales à toutes les étapes de leur accompagnement en soin, c'est-à-dire au niveau du dépistage, de l'orientation, de l'évaluation, de la prise en soins et de la coordination du parcours de santé. Cependant à ce jour, les professionnels de santé (infirmiers, médecins) ne bénéficient pas tous de formation initiale aux psycho traumatismes notamment ceux induit par les violences conjugales et les violences sexuelles. Les CRP consacrent une partie de leurs activités à la formation y compris celles des professionnels soignants. Les formations (gratuites) sont souvent en distanciel ou en format hybride pour toucher les territoires éloignés. Elles vont de la sensibilisation pour le grand public (conférences) jusqu'à des formations plus poussées pour les professionnels du soin. Selon les CRP « La formation est en enjeu primordial et ce à deux égards. D'une part pour augmenter le nombre de praticiens compétents et d'autre part pour maximiser les chances de repérage des victimes »(15).

Cependant, certaines « données d'études internationales montrent que la diffusion de lignes directrices et la formation isolée ne permettent pas d'améliorer de manière cohérente et durable l'identification et la réponse à la violence à l'égard des femmes, et qu'il est nécessaire de mener des recherches sur les stratégies visant à améliorer l'intégration de la violence et des abus domestiques et d'autres formes de violence à l'égard des femmes, dans les activités de base des services de santé mentale »(31).

III- MODELE D'ANALYSE ET CADRE THEORIQUE

3-1 DEFINITION DU CONCEPT DE STIGMATE

Le mot « Stigmate » serait apparu au début du XV siècle, il viendrait directement du latin *stigmata*, correspondant à la marque que portait les esclaves et indirectement du grec *stigma*, signifiant *piqûre*, ou *plaie ouverte*. Sous l'ancien régime, le terme de stigmate est employé pour désigner la marque au fer rouge imprimée sur le corps des galériens ou des voleurs, qui permet de les distinguer.

C'est le sociologue américain, Ervin Goffman qui propose en 1963 une définition cohérente du concept; il s'inscrit dans une approche interactionniste. Selon lui, le stigmaté est un attribut synonyme de faiblesse, déficit ou handicap, entraînant un discrédit pour la personne qui le porte. Cette dernière n'est ainsi pas considérée comme une personne ordinaire, mais davantage comme « *diminuée* ». Au-delà de l'éloignement des normes, Goffman va même jusqu'à dire qu'« il va de soi que, par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmaté n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne ». Le stigmaté porte donc le signe d'une violence faite à l'autre(46).

3-2 LA THEORIE DE L'ETIQUETAGE DE GOFFMAN

La stigmatisation a été conceptualisée dans la « théorie de l'étiquetage » par Becker et Goffman entre 1960 et 1970 aux États Unis. Le concept de stigmaté a ensuite été repris par le sociologue Bruce G. Link (Link et coll., 1989) dans la « théorie de l'étiquetage modifiée ». La théorie du stigmaté examine comment les individus sont étiquetés comme différents ou déviants par la société, et comment ces étiquettes affectent leur identité et leurs interactions sociales.

Un des axes principaux de la théorie de l'étiquetage modifiée concerne les sources et les conséquences du stigmaté associé au désordre mental. Il se fonde sur l'observation des discriminations qui affectent les personnes frappées de maladie mentale et leurs familles ou leurs proches. La théorie de l'étiquetage modifiée de Link suggère que les individus qui souffrent de désordre mental ont vraisemblablement intériorisé une image négative de la maladie mentale avant d'avoir été étiquetés.« Les conséquences négatives peuvent donc découler au moins de deux mécanismes psychosociaux. D'abord, les individus qui deviennent patients psychiatriques peuvent être amenés à se dévaloriser eux-mêmes parce qu'ils appartiennent alors à une catégorie qu'ils considèrent de façon négative. Deuxièmement, les patients peuvent être concernés par la façon dont les autres vont leur répondre et ainsi engager des défenses qui mènent à des tensions dans l'interaction, à l'isolement et à d'autres conséquences négatives »(47).

La notion du stigmaté a été posée dès son origine par Goffman en relation avec d'autres notions. Celui-ci voit le stigmaté comme une relation entre « un attribut et un stéréotype ». Link et Phelan proposent d'étendre ce réseau de relations, reprenant les études réalisées, ils inventorient un certain nombre de notions, reliées à celle de stigmaté. Voici les composantes du stigmaté liées à ces extensions conceptuelles :

L'ÉTIQUETAGE. Les différences interhumaines font l'objet d'un processus de sélection sociale. La nature de ce processus de labellisation consiste à mettre une étiquette sur des différences qui passe largement inaperçue. Il est de nature sociale, on y crée des regroupements à partir d'un étiquetage de traits. Ce processus reste la plupart du temps inobservé, il varie en fonction du temps et de l'espace. Certains traits sont, selon le cas, valorisés ou dévalorisés selon l'époque ou le lieu.

L'étiquetage social : est un stigmatisme initialement imposé de l'extérieur par un groupe dominant sur d'autres groupes ou des individus qu'il va alors marginaliser, même si les individus ne reconnaissent pas dans l'étiquette dont on les affuble. Mais très souvent, notamment chez les enfants, handicapés mentaux et personnes vulnérables, cet étiquetage social sera rapidement, fortement et durablement intériorisé, il s'agit de l'auto-stigmatisation.

L'étiquetage en psychiatrie : Certains diagnostics en santé mentale, même s'ils offrent la possibilité d'être reconnus et traités par le système de soins en psychiatrie, peuvent entraîner une stigmatisation, empêchant la reconnaissance de leur expérience comme réelle et significative (injustice épistémique).

LA STEREOTYPISATION. Il revient au journaliste américain Walter Lippmann d'avoir inventé dans les années 1920 de façon fructueuse le terme de stéréotype qui, pour lui, est « une image dans la tête ». Repris par les sciences humaines et sociales, il indique les idées toutes faites et les croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles, traits ou comportements de certains individus, catégories ou groupes.

La définition du stigmatisme rejoint la notion de stéréotype. « Les stéréotypes sont impliqués dans la stigmatisation dans la mesure où la réponse du percevant n'est pas simplement de nature individuelle mais vis-à-vis d'un ensemble spécifique de caractéristiques parmi les gens qui portent le même stigmatisme » (Biernat et Dovidio, 2000). En résumé, Il s'agit d'une catégorisation de personnes selon des caractéristiques que la société attribue à un groupe (idées toutes faites, croyances partagées) pour les classer instinctivement.

LA SEPARATION « EUX »-« NOUS » . La séparation « eux » – « nous » est un des traits fondamentaux du stigmatisme. Dans le secteur des relations soignantes (et particulièrement en psychiatrie), ce trait est consubstantiel à la création de l'identité professionnelle de soignant. Toutes les maladies seraient dès lors stigmatisantes, mais certaines le seraient plus que d'autres. Ce phénomène a pour effet de renforcer la distance sociale entre les personnes qui disent connaître des problèmes de santé mentale et celles qui le taisent. En évitant d'en parler, nous entrons sans nous en rendre compte dans un

mode de pensée qui consiste à distinguer le « eux » (ceux qui subissent le jugement de la société) du « nous » (qui restons à l'abri). L'idée que nous pourrions changer de catégorie rend plus difficile encore la démarche consistant à dévoiler nos problèmes.

On apprend ainsi aux étudiants (infirmier, psychologue, médecin) à ne pas s'identifier au patient et à contrôler leurs émotions, à mettre une distance avec lui. Être un professionnel, consisterait à interdire la proximité avec le soigné et toute symétrie relationnelle. Sauf exception, ces distorsions des relations interpersonnelles dans les échanges entre soignants et soignés sont des effets pervers des prérequis de l'éthique professionnelle. Dans les professions de santé, il est conditionné par la structure asymétrique des échanges, des rôles et des statuts au niveau institutionnel.

LE POUVOIR ET LES RELATIONS DE POUVOIR. Certaines personnes ont des pouvoirs particuliers sur les autres. Professeurs, travailleurs sociaux, et surtout médecins, juges ont le pouvoir de nommer, de donner des étiquettes qui vont ensuite disqualifier les gens. Divers spécialistes ont la capacité de certifier que les gens sont déviants, conformes, normaux ou anormaux. L'étiquetage est souvent essentiellement une relation de pouvoir, dans laquelle le dominé se soumet en acceptant le jugement du dominant et la définition que ce dernier donne de sa personne. Scheff (1966) et Schlosberg (1993) montrent que les professionnels de la psychiatrie devraient être sensibilisés à ces questions en prenant conscience des options différentielles à se poser comme stigmatisateurs ou destigmatisateurs. Il s'agit au fond d'œuvrer pour qu'ils deviennent essentiellement destigmatisateurs. Cela ne peut se faire qu'en promouvant une conception non discriminatoire et non déshumanisante de leurs modalités d'intervention.

LA PERTE DE STATUT ET LA DISCRIMINATION. Comme conséquence de l'étiquetage et de la stigmatisation, les individus, les groupes ou les catégories stigmatisés, sont affectés de façon péjorative à des attributs qui font l'objet d'une sélection, d'un étiquetage social, d'une stratification qui est fondée sur leur caractère moral mais aussi social. De façon générale, la perte de statut implique « une hiérarchisation descendante de la personne dans la stratification des statuts » (Link et Phelan, 2001). La possession d'un statut perçu de façon dépréciative dans la société est corrélative d'une inégalité des chances expérimentée par les personnes qui présentent des différences et des déficiences suggérées par le stigmat. Classiquement, la discrimination est définie comme « un acte comportemental ou verbal négatif envers un individu ou plusieurs membres d'un groupe social à propos duquel il existe un préjugé négatif » (Scharnitzky, 2006). On peut distinguer la discrimination individuelle et la discrimination institutionnelle (ou structurale).

Dans la première, une personne dotée d'une caractéristique stigmatisante va être l'objet d'un traitement attentatoire et inégalitaire par autrui, dans le cas d'un accès à certaines ressources qui peuvent lui être refusées en raison de son stigmate.

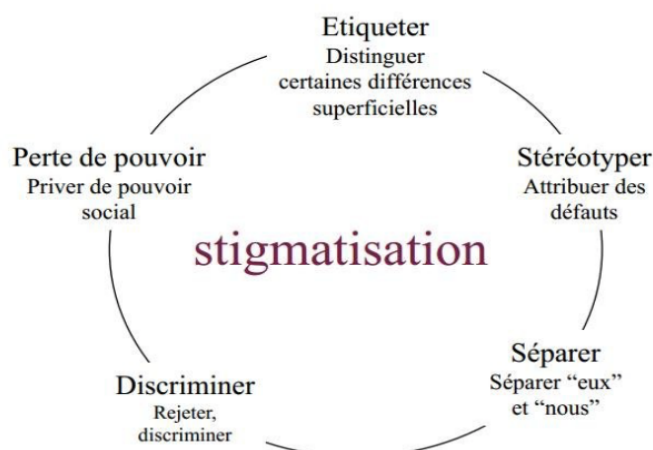
Dans la discrimination institutionnelle, les institutions « stigmatophobes » travaillent elles-mêmes à désavantager, pénaliser ou exclure certains individus, catégories ou groupes stigmatisés.

LES EMOTIONS. Cette sixième composante a été introduite dans un article ultérieur (Link et coll., 2004). Le rôle des émotions dans les processus de stigmatisation a été un thème longtemps négligé. Les réponses émotionnelles, tant celles des stigmatisateurs que celles des stigmatisés, s'avèrent critiques pour comprendre l'ensemble des processus impliqués dans les processus d'étiquetage et de stigmatisation.

Les philosophes Axel Honneth et Emmanuel Renault traitent du mépris et du déni de reconnaissance (Honneth, 1992 ; Renault, 2000), Claudine Haroche, de l'humiliation (2007) et de leur expérience chez les stigmatisés. Globalement, le rôle des émotions est central, comme il l'est à l'égard du réexamen de l'analyse stigmatique à travers la question de l'auto-étiquetage. On note aussi l'importance relative des désordres émotionnels dans la symptomatologie psychiatrique et la centralité des émotions dans l'imputation de maladie mentale.

Le psychiatre suisse Asmus Finzen (1996) estime que la lutte anti-stigmate passe par la reconnaissance que le stigmate est une « seconde maladie », non vue et occultée, qui s'enracine dans les préjugés, les conceptions erronées à l'égard des troubles mentaux, les conséquences négatives des traitements et la qualité de vie péjorative des personnes qui en sont affectées (47).

LE MECANISME DE LA STIGMATISATION (LINK ET PHELAN 2001)



En ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences conjugales, la théorie du stigmat peut être pertinente pour comprendre comment la société perçoit et traite les femmes victimes de violences conjugales. Les femmes qui subissent des violences peuvent être stigmatisées et jugées négativement, ce qui peut les dissuader de chercher de l'aide ou de chercher des soins de santé mentale. L'intégration de cette perspective théorique peut permettre de mieux comprendre les barrières sociales et culturelles qui entravent l'accès aux soins de santé mentale pour ces femmes.

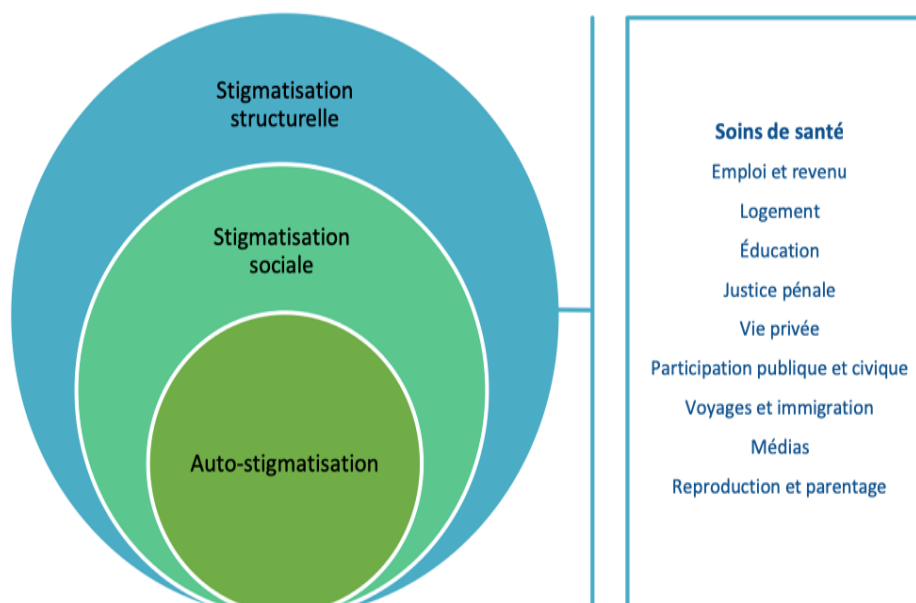
3-3 LES DIFFERENTS NIVEAUX DE STIGMATISATION : LA STIGMATISATION STRUCTURELLE, LA STIGMATISATION SOCIALE ET L'AUTO-STIGMATISATION

L'analyse sociologique de la stigmatisation peut se placer à différents niveaux hiérarchiques, comme nous avons pu le voir ci-dessus dans la « théorie de l'étiquetage modifié » ou l'auto-stigmatisation apparaît comme la résultante de la stigmatisation sociale et de la stigmatisation structurelle.

Dans ce cadre, Il me paraît opportun d'adapter le modèle de « la stigmatisation structurelle dans le contexte des soins de santé pour les personnes aux prises de santé mentale et de consommation de substances » au schème théorique de ma recherche(48). En effet, « chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, la stigmatisation structurelle occasionne des besoins non satisfaits, des délais dans la recherche d'aide et l'abandon de traitements; dès lors, elle est considérée comme une cause fondamentale des inégalités dans la santé des populations. C'est pourquoi les chercheurs recommandent que toutes les initiatives de réduction de la stigmatisation accordent une grande priorité au système de santé »(48).

Le schéma ci-dessous est issu de ce modèle et permet de comprendre l'interrelation entre les différents niveaux de stigmatisation et leurs interrelations (Livingston JD, Un cadre pour évaluer la stigmatisation structurelle dans le contexte des soins de santé pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances, 2020).

Figure 1. Niveaux de stigmatisation



L'auto-stigmatisation est liée aux perceptions et aux expériences des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Elle constitue un facteur dissuasif déterminant dans la recherche d'aide et dans l'adhésion à un traitement. Les personnes ayant un vécu expérientiel invoquent souvent la peur d'être stigmatisées et la crainte de susciter des réactions négatives comme des raisons majeures d'éviter de demander des soins.

La stigmatisation sociale se produit lorsque des membres d'une communauté perpétuent des stéréotypes négatifs et adoptent un comportement préjudiciable et discriminatoire à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Elle constitue un terreau fertile pour l'auto-stigmatisation et la stigmatisation structurelle.

La stigmatisation structurelle fait référence à l'iniquité et à l'injustice ancrées dans les règles, les politiques et les procédures des institutions sociales. Les stéréotypes négatifs et la discrimination sont inscrits et renforcés dans les lois, les politiques et les procédures internes des institutions et des systèmes privés ou publics, et dans les pratiques des professionnels et des décideurs »(48).

3-4 DE LA QUESTION GENERALE A LA QUESTION SPECIFIQUE DE RECHERCHE

Aborder la question des représentations dans la prise en charge des psycho-traumatismes des femmes victimes de violences conjugales apporterait des bénéfices au niveau social, professionnel et scientifique : L'étude des stéréotypes ou croyances, facteurs fondateurs de la stigmatisation, est une étape préalable au développement d'interventions efficaces basées sur les preuves. La stigmatisation des maladies mentales est un enjeu

(inter)national majeur en santé mentale. Selon l'OMS « Partout dans le monde, la stigmatisation, la discrimination à l'encontre des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et les violations de leurs droits humains sont fréquents dans les communautés et les systèmes de soins »(49) . D'après mes recherches, il n'y a pas d'étude française qui ait étudié l'impact de la stigmatisation des femmes victimes de violences conjugales sur leur parcours de soin en santé mentale. De ce fait il me semble essentiel de comprendre les mécanismes psychologiques et sociaux qui sous-tendent la persistance de cette violence ainsi que les obstacles liés à la recherche d'aide par les victimes.

Des recherches ont pu démontrer qu'il existe des moyens efficaces de « déstigmatiser » les soins de santé mentale. Ces stratégies peuvent être d'aller vers les victimes, de proposer des actions de sensibilisation auprès de professionnels et des usagers, par l'intégration de patients-experts ou de pair-aidant dans les services, grâce à la mise en place de psychoéducation individuelle et ou collective afin de favoriser l'autonomie et une dynamique des soins orientée vers le rétablissement ou encore grâce à des outils tels que les échelles psychométriques afin d'objectiver une problématique.

L'hypothèse principale de cette étude est que les obstacles à la prise en charge en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales sont corrélés à des représentations sociales ancrées et des dysfonctionnements d'ordre structurel pesant sur le processus de prise en charge. Il s'agit d'hypothèses directionnelles puisque la revue de la littérature apporte déjà un certain nombre de connaissances concernant l'impact négatif de certains déterminants sur l'accès aux soins des victimes notamment celui de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation.

Pour cette recherche nous avons donc choisi l'échelle des barrières à l'accès aux soins de santé mentale « Bace 3 » qui a été validée en français et comprend l'étude de la stigmatisation(50).

Ainsi deux questions sous-tendent cette recherche :

Ma première question est : **Dans quelle mesure la stigmatisation telle que perçue par les femmes victimes de violences conjugales influence t'-elle leur accès aux soins de santé mentale ?** (Selon l'échelle Bace 3). En se basant sur les déterminants (indicateurs) de la stigmatisation telle qu'évoquée dans notre cadre théorique, il s'agit ici d'identifier, d'évaluer et de qualifier ce phénomène et d'en mesurer l'impact sur le parcours de soin des victimes.

La deuxième question plus générale vise l'identification et la compréhension des autres obstacles liés à la recherche d'aide par les victimes et les défis qu'elles rencontrent lorsqu'elles tentent d'accéder à des soins de santé mentale. Par cette sous-question j'ai cherché : **Quelles sont les autres facteurs pouvant représenter des barrières d'accès à des soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences conjugales?**(Selon l'échelle Bace 3)

IV- METHODES

4-1 L'APPROCHE METHODOLOGIQUE

L'objectif de ma recherche est d'identifier et d'expliquer les différents facteurs représentant des barrières d'accès aux soins en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales, en explorant plus particulièrement la stigmatisation et l'auto-stigmatisation (facteur 1) comme facteurs pouvant avoir une incidence sur le parcours de soin. Cette recherche s'inscrit dans la Paradigme positiviste : Il s'agit de découvrir une « réalité qui existe indépendamment du chercheur », déterminée par des lois naturelles intangibles. Dans cette démarche de recherche la connaissance correspond à la découverte de ces lois par l'établissement de « liens de causes à effets ».

Comme outil de recherche j'ai choisi d'utiliser l'échelle « BACE 3 » qui a été conçue comme un outil d'évaluation initiale mais complet des barrières à l'accès aux soins en santé mentale incluant une mesure de la stigmatisation. (Cf. Guide d'utilisation de l'échelle Bace 3 pour les chercheurs) <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.03.010> .

-« Le BACE est conçu pour évaluer les obstacles aux soins de santé mentale pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Il inclut les obstacles liés ou non à la stigmatisation et à la discrimination. Il comporte 30 questions. Il contient une sous-échelle de 12 items qui évalue dans quelle mesure la stigmatisation et la discrimination constituent des obstacles aux soins ("stigmatisation du traitement"). Il englobe à la fois les obstacles à l'accès initial et à l'utilisation continue des services. Il peut être utilisé avec des échantillons communautaires et des échantillons déjà en contact avec les services » (51).

L'échelle « BACE 3 » (*Barriers to Care Evaluation*) permet également d'identifier d'autres raisons de non-accès aux soins tels que les biais cognitifs ou des facteurs indépendants (qui peuvent permettre un approfondissement et déboucher sur d'autres recherches). Elle a été validée en français par une étude publiée dans l'encéphale 49, en 2023 (Cf. validation française de l'échelle, [barriers-to-accessing-care-bace_manual\(français\).pdf](#)) et (Cf. annexe O, échelle BACE 3)

4-2 LE TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude quantitative explicative par analyse exploratoire factorielle de 30 items qui permet de dégager les facteurs de stigmatisation, les facteurs liés aux biais cognitifs et au déni, ainsi que d'autres facteurs indépendants.

Elle permet une analyse corrélationnelle entre la stigmatisation et l'accès aux soins (issue de la théorie de soin de Goffman) en cherchant l'influence de cette première variable sur la seconde. Il s'agit donc ici de mesurer la stigmatisation et l'auto-stigmatisation par l'énoncée d'une question et d'en évaluer l'influence sur l'accès aux soins en santé mentale afin de permettre de l'expliquer.

4-3 LE CADRE ET LA PERIODE DE L'ETUDE

L'étude a débuté le 27 février 2024 et s'est clôturée le 15 avril 2024. La question posée aux victimes est : Est-ce qu'une ou plusieurs de ces raisons expliquent que vous ayez renoncé ou retardé à obtenir ou à poursuivre un soin par un professionnel pour un problème de santé mentale ?

Voici les facteurs tels que regroupés dans l'étude qui a permis de valider l'échelle en français :

Facteur 1 Stigmatisation : items 3/5/8/9/12/14/17/19/21/24/26/28

Facteurs 2 Artificiels (items indépendants) : Items 11/15/16/20/22/27/29/18

Facteurs 3 Biais cognitifs : Items 1/2/4/6/7/13/23/25/30

Remarques : selon l'étude de validation de l'échelle Bace 3 en français, 5 items sont notés comme optionnels: les items 5/ 14/ 24 /27/ 29. Cependant j'ai retrouvé 6 items optionnels parmi les 30 questions, soit les items 5/14/24/27/28/29.

De plus, les questions incluses dans le facteur 3 (Déni/biais cognitifs) ne correspondaient pas toutes à la thématique de mon groupe à l'étude. J'ai donc conservé les questions du facteurs 2 et du facteur 3 en tant que facteurs individuels, que j'ai pu ensuite regroupées par thématiques, en vue de l'analyse des résultats. Après vérification dans le guide de l'utilisation de l'échelle BACE 3 pour les chercheurs le facteur « déni et biais cognitif » n'était pas catégorisé.

4-4 LA POPULATION D'ETUDE

Recrutement des participants

Lors de mon stage au Centre Régional Psychotraumatisme Sud Nouvelle Aquitaine, j'ai pu rencontrer une patiente partenaire, également directrice d'une association de victimes de violences sexuelles. Je lui ai soumis l'échelle Bace 3 afin d'éclairer ma démarche avec un avis expérientiel, pour savoir si cette échelle psychométrique pouvait correspondre au vécu des femmes victimes de violences conjugales et être utilisée comme questionnaire de recherche. L'échelle paraissant potentiellement adaptée, elle a donc été diffusée au sein de plusieurs associations de victimes de violences conjugales et de victimes de violences sexuelles via des directeurs/directrices d'associations au niveau national.

Le recrutement des victimes a également été effectué sur mon lieu de stage via les professionnels du CRP et un affichage comprenant un flash code et un lien URL à destination des victimes.(Cf. affiche annexe P)

Échantillonnage :

La taille de l'échantillon nécessaire à la saturation de données pour une évaluation des facteurs à partir de l'échelle psychométrique BACE 3 est au minimum de 100 participants. Cependant le délai imparti pour la réalisation de cette recherche ne m'a pas permis d'atteindre ce taux de participation ce qui représente un biais de sélection et nécessiterait la poursuite de l'étude sur un plus long terme.

Les critères d'inclusion de l'étude sont :

- Être une femme majeure (plus de 18 ans)
- Avoir subi au moins un type de violence d'un conjoint ou d'un ex conjoint (violence physique, sexuelle, psychologique, économique, administrative)

Remarque :Avoir eu des soins de santé mentale ou être en soin n'est pas un critère d'inclusion

- Les critères d'exclusion de l'étude sont :
- Avoir subi des violences en dehors d'une relation ou une ancienne relation d'un partenaire intime
- Être un homme
- Être mineur

4-5 LE DEROULEMENT DE L'ETUDE

Le questionnaire a été anonymisé et diffusé via l'application de l'université « lime Survey » afin de garantir la protection des données personnelles des répondants.

Il a été proposé à plusieurs associations de victimes de violences au niveau national . Après avoir expliqué le but de l'étude, les critères d'inclusion et obtenu l'accord des

directeurs/directrices, les questionnaires ont été diffusés par les responsables aux adhérents dans toute la France.

Ce questionnaire a été soumis sous cette forme à la responsable de la recherche du CH Charles Perrens afin de permettre le bon déroulement de l'étude au CRP de Bordeaux. Il a été validé et proposé aux patientes du CRP de Bordeaux où j'ai réalisé un stage de 2 mois de mi-janvier à mi-mars et poursuivi via des affiches de recrutement pour l'étude dans la salle d'attente et directement grâce aux professionnels de santé jusqu'au 15 avril 2024.

4-6 TECHNIQUE DE RECUEIL DE DONNEES

L'université de Poitiers dispose du logiciel « LimeSurvey » qui permet à la suite d'une ouverture de compte la création de questionnaires anonymes en ligne.

J'ai donc reproduit intégralement le questionnaire Bace 3 afin de pouvoir l'utiliser via cette application.

Voici comment je l'ai configuré (cf. annexe Q)

- Le but de l'étude est expliqué aux associations chargées de le diffuser via un mail comprenant l'URL orientant vers le questionnaire ou bien via une affiche comprenant un flash code
- Les critères d'inclusions de l'étude sont énoncés sur les affiches et en début du questionnaire ainsi que la confidentialité des données
- Il s'agit d'un auto-questionnaire, anonyme de 30 questions
- Il n'y a pas de saut de question possible
- Il n'y a pas de retour en arrière possible
- Une barre de progression est affichée
- Il ne peut être rempli qu'une seule fois
- Il est en mode d'accès ouvert

Avant sa diffusion j'ai pris contact avec plusieurs associations de victimes pouvant correspondre à mes critères d'inclusion. Après un contact direct ou téléphonique avec les directrices/ responsables des associations, je leur ai envoyé un mail explicatif et le lien URL afin qu'elles puissent envoyer le lien du questionnaire par mail à tous les membres de l'association, dans le but de récolter le plus de réponses possibles tout en respectant l'anonymat et la confidentialité des données personnelles

Pour le recrutement des participantes au CRP de Bordeaux, j'ai présenté succinctement ma démarche et mon questionnaire à la responsable de la recherche du CH

Charles Perrens, ainsi qu'au médecin coordinateur de l'unité qui ont validés la possibilité de l'étude, du fait du respect de l'anonymat des participantes et de la confidentialité. Les données ont été recueillies au fur et à mesure des réponses des victimes automatiquement par le logiciel qui permettait également d'en extraire les données statistiques sous forme de décompte et de pourcentage.

4-7 L'ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données est statistique, elle comprend:

- La valeur moyenne pour chaque réponse
- La moyenne et le pourcentage du Facteur 1 (Stigmatisation)
- La moyenne et le pourcentage des facteurs indépendants

4-8 LES CRITERES DE JUGEMENT

Le format de réponse est une échelle à 4 niveaux :« L'échelle BACE 3 comporte des catégories de réponses allant de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup), les scores les plus élevés indiquant un obstacle plus important.

Pour chaque obstacle, trois scores différents peuvent être attribués :

- 1) La moyenne des scores de réponse
- 2) Le pourcentage de personnes déclarant avoir rencontré l'obstacle à un degré ou à un autre (c'est-à-dire le pourcentage de personnes entourant 1, 2 ou 3)
- 3) Le pourcentage de personnes qui considèrent l'obstacle comme un obstacle majeur (c'est-à-dire le pourcentage de personnes qui entourent le chiffre 3)

Les 12 premiers items évaluent les différents niveaux de stigmatisation. Les 18 autres sont indépendants. Le score de la sous-échelle de stigmatisation du traitement BACE 3 est la moyenne des évaluations des barrières liées à la stigmatisation pour les items applicables.

Les obstacles liés à la stigmatisation ont été regroupés dans le Facteur 1 (Q1 à Q 12) pour s'adapter au logiciel « LimeSurvey » et au calcul statistique (l'ordre des questions de l'échelle est donc différent). Six items peuvent ne pas être renseignés car dépendant de la situation personnelle du répondant. Un nouveau calcul tenant compte des résultats des personnes concernées a dû être réalisé pour ces items (au format Excel) pour éviter un biais statistique lié au logiciel « LimeSurvey ».

Remarque : il est possible de calculer le pourcentage de patients ayant été confronté à une barrière de soins (réponses 1, 2 ou 3), ou le pourcentage de patients ayant été confronté de manière massive à une barrière de soins (réponse 3).

4-9 LES VARIABLES A L'ETUDE

Les résultats sont représentés par la corrélation entre 2 variables avec un lien de cause à effet. Le résultat est considéré comme majeur s'il est $>$ ou $=$ à 3 (beaucoup)

- **Variable indépendante** : ce sont les facteurs explicatifs (causes présumées)
 - Les Variables qualitatives ordinales de la stigmatisation/auto stigmatisation (pourcentage)
 - Les Variables qualitatives ordinales indépendantes (pourcentage en fonction de l'effectif/fréquence)
- **Variable dépendante** : ce sont les réponses apportées (classement de 0 à 3) c'est à dire ce qui représente des barrières à l'accès aux soins (absence, retard, renoncement...) et donc l'effet attendu

4-10 LES CONSIDERATIONS ETHIQUES ET LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Considération éthique et démarche:

L'enquête et son mode de diffusion ont été formalisés conformément à l'autorisation de l'organisme de protection des données de l'université (DPO) après m'en être assurée auprès des responsables de l'université de Poitiers et de la responsable de la recherche du CH Charles Perrens .

V- LES RESULTATS

5-1 PRESENTATION DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE BACE 3

Il s'agit d'une étude transversale, multisites, réalisée entre le 27 février et le 15 avril 2024, qui étudie les barrières à l'accès aux soins en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales, comprenant l'évaluation de la stigmatisation.

Pour rappel la question posée est : « est-ce qu'une ou plusieurs de ces raisons expliquent que vous ayez renoncé ou retardé à obtenir ou à poursuivre un soin par un professionnel pour un problème de santé mentale ? »

Les critères d'inclusion comprennent le fait d'être une femme majeure et d'avoir subi au moins un type de violence d'un conjoint ou d'un ex-conjoint.

Le format de réponse est une échelle à 4 niveaux et 6 items peuvent ne pas être renseignés car dépendant de la situation du répondant.

J'ai obtenu 64 questionnaires enregistrés via le logiciel lime Survey, dont 39 questionnaires complets. 25 questionnaires étaient donc totalement ou bien partiellement incomplets. J'ai conservé uniquement les questionnaires complets pour cette recherche afin d'éviter le biais de recrutement.

Aucunes données sociodémographiques complémentaires de l'échantillon n'ont pu être recueillies, afin de conserver l'anonymat du questionnaire et respecter la confidentialité des données des répondants.

Voici les résultats des questionnaires complets tirés du tableau de statistique Excel et ajustés pour les items optionnels :

Nombre d'enregistrement(s) pour cette requête :	39
Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	39
Pourcentage du total :	100,00%

Résumé pour Q00001(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint d'être considéré comme faible à cause d'un problème de santé mentale

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	5	12,82%
1 = Un peu (AO01)	10	25,64%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	19	48,72%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		87,18%

Résumé pour Q00002(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que cela nuise à mes chances d'être embauché

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%	28,64%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%	17,14%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%	14,28%
3 = Beaucoup (AO03)	14	35,90%	40%
Je ne suis pas concerné (AO04)	4	10,26%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		51,28%	71,42%

Résumé pour Q00003(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été inquiet de ce que ma famille pouvait penser, dire, ou ressentir

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	2	5,13%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	25	64,10%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		94,87%

 Résumé pour Q00004(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été gêné ou j' ai eu honte

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	0	0,00%
1 = Un peu (AO01)	4	10,26%
2 = Moyennement (AO02)	4	10,26%
3 = Beaucoup (AO03)	31	79,49%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE:RÉPONSES DE 1 À 3		100%

 Résumé pour Q00005(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d' être considéré comme "fou"

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	3	7,69%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	24	61,54%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE:RÉPONSES DE 1 À 3		92,31%

 Résumé pour Q00006(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d' être considéré comme un mauvais parent

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	8	20,51%	36,36%
1 = Un peu (AO01)	2	5,13%	9%
2 = Moyennement (AO02)	2	5,13%	9%
3 = Beaucoup (AO03)	10	25,64%	45,45%
Je ne suis pas concerné (AO04)	17	43,59%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		35,90%	63,40%

Résumé pour Q00007(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que les gens que je connais l' apprennent

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	12	30,77%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41,03%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		89,74%

Résumé pour Q00008(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que l' on ne me prenne pas au sérieux, si les gens apprenaient que j'avais recours à une aide professionnelle

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	9	23,08%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33,33%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,36%

Résumé pour Q00009(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne voulais pas qu' un problème de santé mentale soit dans mon dossier médical

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41,03%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,64%

 Résumé pour Q00010(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que mes enfants soient confiés aux services sociaux, que je ne puisse plus les voir ou que je perde leur garde

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%	25%
1 = Un peu (AO01)	2	5,13%	12,50%
2 = Moyennement (AO02)	3	7,69%	18,75%
3 = Beaucoup (AO03)	7	17,95%	43,75%
Je ne suis pas concerné (AO04)	23	58,97%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		30,77%	75,00%

Résumé pour Q00011(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes amis pouvaient penser, dire, ou faire

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	7	17,95%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	14	35,90%
3 = Beaucoup (AO03)	12	30,77%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		82,05%

Résumé pour Q00012(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes collègues de travail pouvaient penser, dire ou faire

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%	12,12%
1 = Un peu (AO01)	3	7,69%	9%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%	24,24%
3 = Beaucoup (AO03)	18	46,15%	54,54%
Je ne suis pas concerné (AO04)	6	15,38%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		74,35%	87,90%

Résumé pour Q00013(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'avais pas les moyens financiers nécessaires

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	11	28,21%
3 = Beaucoup (AO03)	18	46,15%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		89,74%

 Résumé pour Q00014(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il n'y avait pas de professionnel de santé de mon groupe culturel ou ethnique

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	29	74,36%
1 = Un peu (AO01)	1	2,56%
2 = Moyennement (AO02)	4	10,26%
3 = Beaucoup (AO03)	5	12,82%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		25,64%

 Résumé pour Q00015(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été trop malade pour demander de l' aide

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	9	23,08%
1 = Un peu (AO01)	11	28,21%
2 = Moyennement (AO02)	10	25,64%
3 = Beaucoup (AO03)	9	23,08%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		76,92%

 Résumé pour Q00016(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'aimais pas parler de mes sentiments, émotions ou pensées

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	5	12,82%
1 = Un peu (AO01)	12	30,77%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	15	38,46%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		87,18%

 Résumé pour Q00017(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été préoccupé par les effets éventuels des traitements disponibles (effets secondaires des médicaments...)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%
1 = Un peu (AO01)	6	15,38%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	21	53,85%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		89,74%

 Résumé pour Q00018(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des mauvaises expériences précédemment avec des professionnels de santé mentale

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	5	12,82%
1 = Un peu (AO01)	14	35,90%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	12	30,77%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		87,18%

Résumé pour Q00019(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il m'était difficile d'être disponible compte tenu de mon travail

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	9	23,08%	27,27%
1 = Un peu (AO01)	8	20,51%	24,24%
2 = Moyennement (AO02)	11	28,21%	33,33%
3 = Beaucoup (AO03)	5	12,82%	15,15%
Je ne suis pas concerné (AO04)	6	15,38%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		61,54%	72,30%

Résumé pour Q00020(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pouvais pas faire garder mes enfants pendant que je recevais les soins

Réponse	Décompte	Pourcentage	Personnes concernées uniquement
0 = Pas du tout (AO00)	4	10,26%	26,66%
1 = Un peu (AO01)	3	7,69%	20%
2 = Moyennement (AO02)	2	5,13%	13,33%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15,38%	37,50%
Je ne suis pas concerné (AO04)	24	61,54%	
Sans réponse	0	0,00%	
Non affiché	0	0,00%	
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		28,20%	73,40%

Résumé pour Q00021(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'ai pas vraiment su où aller pour trouver l'aide d'un professionnel de santé

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	8	20,51%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	11	28,21%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33,33%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		79,49%

 Résumé pour Q00022(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai voulu résoudre le problème par moi même

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	3	7,69%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	26	66,67%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE:RÉPONSES DE 1 À 3		92,31%

Résumé pour Q00023(AO01)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d'être hospitalisé contre ma volonté

?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Pas du tout (AO01)	13	33,33%
Un peu (AO02)	4	10,26%
Moyennement (AO03)	8	20,51%
Beaucoup (AO04)	14	35,90%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE:RÉPONSES DE 1 À 3		66,76%

Résumé pour Q00024(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des difficultés pour me rendre au rendez-vous (transport, difficulté de déplacement)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	18	46,15%
1 = Un peu (AO01)	12	30,77%
2 = Moyennement (AO02)	3	7,69%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15,38%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE:RÉPONSES DE 1 À 3		53,85%

Résumé pour Q00025(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé que le problème allait s'améliorer de lui-même

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25,64%
1 = Un peu (AO01)	5	12,82%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41,03%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE:RÉPONSES DE 1 À 3		74,36%

Résumé pour Q00026(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré d'autres types de soins (par exemple, soins traditionnels/religieux ou thérapie alternative/complémentaire)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	15	38,46%

1 = Un peu (AO01)	10	25,64%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	9	23,08%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		61,54%

Résumé pour Q00027(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé qu'une assistance de la part d'un professionnel de santé ne m'aiderait pas

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	19	48,72%
1 = Un peu (AO01)	7	17,95%
2 = Moyennement (AO02)	9	23,08%
3 = Beaucoup (AO03)	4	10,26%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		51,28%

Résumé pour Q00028(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré chercher de l'aide auprès de ma famille et de mes amis

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	21	53,85%
1 = Un peu (AO01)	9	23,08%
2 = Moyennement (AO02)	5	12,82%
3 = Beaucoup (AO03)	4	10,26%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		46,15%

Résumé pour Q00029(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pensais pas avoir de problème

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	13	33,33%
1 = Un peu (AO01)	8	20,51%
2 = Moyennement (AO02)	8	20,51%
3 = Beaucoup (AO03)	10	25,64%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		66,67%

Résumé pour Q00030(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'avais personne qui pouvait m'aider à obtenir l'aide d'un professionnel de santé

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	15	38,46%
1 = Un peu (AO01)	4	10,26%
2 = Moyennement (AO02)	7	17,95%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33,33%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%
MOYENNE: RÉPONSES DE 1 À 3		61,54%

Moyenne de la stigmatisation :Facteur 1 (réponse 3: beaucoup)= **48,64%**Facteur 1 (moyenne réponses de 1 à 3) **82,73%**

Afin de pouvoir réaliser une analyse statistique en fonction de notre question principale et de notre sous-question de recherche, j'ai ensuite regroupé les items (indicateurs) de ce questionnaire en fonction des thématiques pouvant être catégorisées dans le tableau suivant :

FACTEURS	QUESTIONS	RESULTATS BACE 3
<u>Facteur 1: Stigmatisation</u>		
-Auto/stigma	-Q1/Q4/Q5/Q8/Q9	BCP= 52,82% //Moyenne= 85,67%
-Stigma social/familial	-Q2/Q3/Q6/Q7/Q11/Q12	BCP= 45,29% //Moyenne= 81,61%
-Stigma structurel	-Q2/Q10	BCP= 41,87% //Moyenne= 73,21%
-Stigma ciblé santé mentale :	-Q1/Q5/Q8/Q9	BCP= 46,15% //Moyenne= 82,12%
-Total stigmatisation et auto-stigmatisation (moyenne des résultats des questions coteées de 1 à 3)	-Q1 à 12	-Beaucoup : 48,64% (pour toutes les personnes concernées) -D'un peu à beaucoup : 82,73% (pour toutes les personnes concernées)
Facteurs individuels (facteurs 2 et 3) regroupés par thématique		
Biais cognitifs liés au trauma	Q6/Q10/Q16/Q23/Q25/Q29	BCP= 38,38% Moyenne= 66,79%
Facteur pratique et logistique :Financier, Géographique/transport	Q13/Q24	BCP= 30,77% Moyenne= 71,80%
Confidentialité	Q7/Q8/Q9	BCP= 38,46% Moyenne= 79,67%
Difficulté d'ordre Ethnique/culturel	Q14	BCP= 12,82% Moyenne=25,74%
Sentiment et/ou besoin d'autonomie par rapport au problème et concernant sa résolution	Q22/Q25/Q29	BCP= 45,78% Moyenne= 77,78%
Recherche d'une alternative à l'aide d'un professionnel de santé mentale et préférences pour d'autres formes de soutien	Q26/Q27/Q28	BCP= 14,53% Moyenne= 52,99%
Difficulté de disponibilité personnelle en lien avec le travail Ou les enfants	Q19/Q20	Bcp= 26,33% Moyenne= 72,9%
Difficultés liées au traitement	Q15/Q16/Q17/Q18	BCP= 36,54%

thérapeutique/médicamenteux proposé et/ou aux professionnels de santé mentale		Moyenne= <u>84,76%</u>
Difficulté d'Identification des lieux de soins adaptés et besoin d'information sur les ressources disponibles	Q21/Q30	BCP= 33,33% Moyenne= <u>70,52%</u>

5-2 ANALYSE DES RESULTATS

(Cf. histogrammes Annexe R)

5-2-1-IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

LA STIGMATISATION (FACTEUR1)

Les premiers résultats de ce questionnaire nous permettent de répondre à notre première hypothèse de recherche, la fréquence des craintes liées à la stigmatisation apparaissant comme une barrière majeure d'accès à des soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences conjugales. En effet, une majorité de femmes (82%) déclarent avoir été empêchées, où avoir retardé des soins de crainte d'être stigmatisées, et pour presque la moitié d'entre elles la stigmatisation et /ou l'auto-stigmatisation ont été un frein majeur (niveau 3). Une analyse plus approfondie de la stigmatisation vécue, place l'auto-stigmatisation des victimes en tant que barrière majeure aux soins de santé mentale (52%), devant la stigmatisation sociale/familiale et celle en lien avec la santé mentale (45%), puis celle liée à la stigmatisation structurelle (41%).

Les réponses indiquent des craintes ressenties quant à la stigmatisation liée à leur situation, que ce soit la crainte d'être considérées comme "folles", "faibles", ou craignant le jugement de la famille, des amis, des collègues de travail, ou même des professionnels de santé. Les données suggèrent que ces craintes ont un impact significatif sur les décisions des femmes en ce qui concerne l'accès aux soins de santé mentale.

Ce questionnaire quantitatif ne permet pas de différencier précisément ce qui est de l'ordre de la stigmatisation en lien avec les violences conjugales et la stigmatisation en lien avec la santé mentale, les deux étant profondément liés et intriqués. Cependant la moyenne des résultats concernant la stigmatisation ainsi que la cotation des différents facteurs (Tableau 9) nous permettent de percevoir les obstacles les plus importants et de mieux comprendre ce qui relève des différents niveaux de stigmatisation selon la théorie de Goffman.

En effet, au niveau de la stigmatisation structurelle, plus de 70% des femmes ont craint que des soins de santé mentale aient un impact sur leur travail, et pour 40% des

femmes concernées ces craintes étaient très importantes. Ces chiffres se retrouvent également dans les mêmes proportions concernant leur crainte de perdre la garde de leurs enfants ou qu'ils soient confiés aux services sociaux. Ces résultats sont encore majorés lorsqu'il s'agit d'auto-stigmatisation en lien avec la santé mentale : Toutes les femmes ont déclaré avoir ressenti de la gêne ou de la honte (dont 80%, beaucoup) et 87% ont craint d'être considérées comme faible à cause d'un problème de santé mentale (dont 48% beaucoup). 92% d'entre elles ont eu peur d'être considérés comme « folle » dont 60% au niveau le plus élevé. De plus elles craignent également beaucoup les conséquences d'un manque de confidentialité des soins avec la peur que les gens l'apprennent (41%, beaucoup et 90 % au moins un peu). Plus de la moitié des femmes avait très peur de ce que leurs collègues de travail pouvaient penser dire ou faire, elles craignaient également de ne pas être prise au sérieux à cause d'un problème de santé mentale ou encore craignaient un manque de confidentialité par rapport à leur dossier médical (41%, beaucoup et 75% au moins un peu). Les craintes liées aux réactions de l'entourage sont aussi très prégnantes : 64% des femmes victimes de violences conjugales, ont déclarées le plus haut degré d'inquiétude de ce que leur famille pouvait penser, dire ou ressentir ; 45 % d'entre elles craignaient beaucoup d'être considérées comme un mauvais parent (dont 63 % au moins un peu) et 30% exprimaient le plus haut degré d'inquiétude de ce que leurs amis pouvaient penser, dire ou faire (dont plus de 80 % au moins un peu).

LES AUTRES OBSTACLES LES PLUS COURANTS (FACTEURS 2 ET 3)

Cette deuxième partie du questionnaire permet de répondre à notre deuxième question de recherche en regroupant les réponses en plusieurs thématiques: de manière globale, les autres barrières d'accès aux soins identifiées comme majeures par les femmes victimes de violences conjugales sont tout d'abord, le besoin d'autonomie par rapport au problème et concernant sa résolution (45%), puis viennent le besoin de confidentialité et les biais cognitifs liés aux traumatismes (38%), ensuite les difficultés liés aux traitements et aux professionnels de santé mentale (36%) et enfin les difficultés d'identification des lieux de soin adaptés et le besoin d'information sur les ressources disponibles(33%). Viennent ensuite dans une moindre mesure, les facteurs pratiques et logistiques (30%), les difficultés de disponibilité en lien avec le travail ou la garde des enfants (26%) et la recherche d'autres alternatives de soins (26%). Pour finir les difficultés d'ordre culturelle ou ethnique représentent un obstacle majeur pour 12% des victimes.

Voici l'analyse des facteurs par thématiques plus en détail :

LES FACTEURS PRATIQUES ET LOGISTIQUES. Le coût des soins représente un obstacle pour presque 90 % des femmes victimes de violences conjugales dont un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé mentale pour 46% d'entre elles. Dans une moindre mesure, plus de la moitié des femmes peuvent rencontrer des difficultés pour se rendre au RDV lié à la difficulté de déplacement ou de transport. Pour 15% d'entre elles, le déplacement était un obstacle important.

De même, la disponibilité aux soins par rapport au travail ou la garde des enfants pour les femmes concernées peut représenter quelques difficultés pour plus de 70% des femmes. Elle est une difficulté majeure pour plus de 37% des femmes concernant la garde des enfants.

LA DIFFICULTE D'IDENTIFICATION DES LIEUX DE SOINS ADAPTES. Environ, un tiers des femmes victimes de violences conjugales, n'ont pas du tout su où trouver l'aide d'un professionnel de santé et n'avaient personne qui pouvaient les aider à obtenir cette aide. Cette difficulté était présente au moins un peu, pour 80% d'entre elles pour trouver un professionnel de santé et 60% d'entre elles n'avaient personne qui pouvaient les aider à en trouver un.

LES DIFFICULTES LIEES A LA MALADIE, AUX TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ET/OU AUX PROFESSIONNELS DE SANTE MENTALE. 23% des femmes estiment avoir été trop malade pour pouvoir demander de l'aide et 76% se sont senties au moins un peu dans ce même cas. 87% des femmes victimes de violences conjugales n'aimaient pas trop à pas du tout parler de leurs sentiments, émotions ou pensées ce qui a empêché ou retardé des soins. Pour 38% cela représentait une barrière très importante.

Plus de la moitié des femmes avaient le plus haut degré de préoccupation pour les effets secondaires des médicaments et 90 % d'entre elles ont été au moins un peu préoccupées par les effets éventuels des traitements disponibles. Pour 87% d'entre elles de mauvaises expériences avec des professionnels de santé mentale à divers degrés ont empêché, retardé ou découragé une demande de soin en santé mentale et 30% ont déclaré beaucoup de mauvaises expériences.

LA DIFFICULTE DE DISPONIBILITE POUR LES SOINS EN LIEN AVEC LE TRAVAIL ET/OU LES ENFANTS. Les difficultés pour se rendre disponible pour le soin en lien avec le travail n'apparaît comme majeure que dans 15% des cas pour les personnes concernées, cependant elle représente tout de même une difficulté qui doit être prise en compte pour 72% des femmes. Les difficultés des femmes pour faire garder leurs enfants lors des soins

représentent un frein majeur pour 37% d'entre elles, pour une moyenne d'au moins quelques difficultés pour 73%.

LES DIFFICULTES D'ORDRE ETHNIQUE ET/OU CULTUREL. Le retard de soin ou l'accès au soin par manque de professionnels de santé du même groupe culturel ou ethnique est peu représenté avec une moyenne de 25% de femme ayant rencontré des difficultés allant d'un peu à beaucoup. Cependant des difficultés majeures de cet ordre pour presque 13% des femmes victimes de violences sont à prendre en compte pour permettre l'accès à des soins de santé mentale.

5-2-2 ANALYSE DES PERCEPTIONS ET DES PREFERENCES

UTILITE PERÇUE DES SOINS EN SANTE MENTALE

Malgré toutes les barrières aux soins déjà citées, plus de la moitié des femmes sont en demande de soin de santé mentale et pensent que l'aide d'un professionnel pourrait les aider. De plus, la moitié des femmes ne souhaitent pas du tout d'aide de la part de leur famille ni de leurs amis. Un nombre important de femmes, 40% ne souhaitent pas du tout d'autres type de soins que ceux proposés par les professionnels de santé mentale.

LES PERCEPTIONS DE LA SANTE MENTALE. La stigmatisation telle que décrite par Goffman et perçue par les victimes, semble à la fois en lien avec les représentations de la violence conjugale et à la fois en lien avec les représentations liées à la psychiatrie et à santé mentale. Ceci pourrait expliquer les résultats très élevés de la stigmatisation perçue par les femmes victimes de violences conjugales. Nous pouvons rappeler les principaux résultats du questionnaire Bace 3 apparaissant comme des facteurs majeurs pouvant empêcher ou retarder des soins :

- 48% des femmes victimes de violences conjugales craignent beaucoup d'être considérées comme faibles à cause d'un problème de santé mentale
- 80% ont ressenties beaucoup de gêne et/ou de hontes
- 60% ont eu très peur d'être considérées comme « folle »
- 64% se sont beaucoup inquiétées de ce leur famille pouvait penser, dire ou ressentir s'ils l'apprenaient
- 46% ont eu une crainte majeure de ce que leurs collègues pouvaient penser, dire ou faire
- 40% ne veulent pas qu'un problème de santé mentale soit dans leur dossier médical
- 33% ont une crainte très importante de ne pas être prise au sérieux si les gens apprenaient qu'elles avaient recours à une aide professionnelle

Nous retrouvons également une crainte majeure des effets secondaires des traitements disponibles en santé mentale pour 53% d'entre elles et le fait d'avoir voulu totalement résoudre le problème par elle-même pour 66% des femmes victimes de violences.

LES BIAIS COGNITIFS LIES AUX TRAUMATISMES. Les symptômes des psychotraumatismes complexes des femmes victimes de violences conjugales peuvent induire des biais cognitifs inhérents à la pathologie comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature. Notons les troubles de la relation à l'autre à travers le manque de confiance et l'insécurité ressentie, le trouble de l'estime de soi à travers la honte et la culpabilité et les conduites d'évitements de tout ce qui est en lien avec les événements traumatisants (pensées, émotions, comportements).

Si de nombreux biais retrouvés sont en lien avec la stigmatisation, comme la peur d'être considéré comme un mauvais parent, la peur de perdre la garde de leurs enfants, d'autres réponses à certains facteurs ont pu être influencés par les biais cognitifs de certaines femmes victimes de violences conjugales. Ainsi, on note que 36% des femmes expriment que le fait d'être hospitalisées contre leur volonté a été un frein majeur à la demande de soin, cette préoccupation était quand même présente chez 66 % des femmes au total.

On retrouve également fréquemment le fait de ne pas aimer parler de ses sentiments, émotions et pensées, celui de penser ne pas avoir de problème, ou bien que le problème s'améliorerait de lui-même tel qu'identifié plus haut, pouvant être en lien avec la problématique.

FACTEURS INFLUENÇANT LA PRISE DE DECISION EN MATIERE DE SANTE MENTALE

LE SENTIMENT ET/OU BESOIN D'AUTONOMIE PAR RAPPORT AU PROBLEME. Le concept d'autonomie par rapport au problème ou d'«empowerment» identifié dans la revue de la littérature apparaît ici fondamental dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Ainsi, une moyenne de 92 % des femmes déclarent avoir voulu au moins un peu résoudre le problème par elles-mêmes, dont 66% au niveau le plus élevé. Elles ont pensé que le problème allait s'améliorer de lui-même pour 74% au moins un peu et pour 41%, beaucoup. Un quart d'entre elles ne pensaient pas du tout avoir de problème quand c'était au moins un peu le cas pour 66 % des femmes.

De plus la peur d'une hospitalisation sous contraintes est très prégnante avec 35% des femmes pour qui c'est une barrière majeure à l'accès au soin et une moyenne de 66% pour qui c'est un sujet de préoccupation.

LA GRATUITE DES SOINS, LEUR PROXIMITE ET LA DISPONIBILITE DES PROFESSIONNELS. Les préférences en termes d'accès à des soins de santé mentale sont largement influencés par leur coût, mais également dans une moindre mesure par la disponibilité des professionnels (par exemple la flexibilité des horaires et les délais de prise en charge) ainsi que la proximité du lieu de soin en fonction du territoire. Si le lieu géographique et le transport n'apparaissent pas comme un frein majeur dans ces résultats (ce n'est pas du tout un problème pour la moitié des femmes) rappelons que malgré l'absence de données socio-démographiques, la grande majorité des participantes pourrait résider en milieu urbain (lieux de recrutements) ou l'accès au soin pourrait être plus aisé qu'en milieu rural. Nous pouvons ici spécifier que les soins psychologiques privés ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, même dans le cadre de violences conjugales (en dehors des rares psychologues conventionnés avec la sécurité sociale et sur ordonnance médicale) et que seuls les psychologues sectorisés des CMP sont gratuits.

LA RECHERCHE D'UNE ALTERNATIVE A L'AIDE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE MENTALE ET LA PREFERENCE POUR D'AUTRES FORMES DE SOUTIEN. Il est important de noter que si 38% des femmes ne souhaitent que des soins prodigués par des professionnels de santé mentale, 62% des femmes souhaiteraient d'autres types de soins ou des soins complémentaires de types traditionnels, religieux ou des thérapies alternatives.

Un pourcentage significatif de répondants a indiqué préférer chercher de l'aide auprès de leur famille et de leurs amis (46 %) ou résoudre le problème par eux-mêmes (92%). Ces chiffres peuvent être corrélés au fait que les soins proposés puissent être difficiles à vivre pour les femmes étant donné que 87% d'entre elles n'aiment pas trop à pas du tout parler de leurs sentiments, émotions ou pensées ce qui est cohérent avec la littérature et les conduites d'évitements enduits par les psychotraumatismes.

5-2-3 CORRELATIONS POTENTIELLES ENTRE LES REPONSES

LE BESOIN DE PROFESSIONNELS FORMES

Nous pouvons ici mettre en corrélation la demande importante de soin de santé mentale des femmes victimes de violences conjugales (seulement 10 % des femmes ont pensé qu'un professionnel de santé de les aiderait pas) avec les résultats de leurs mauvaises expériences ressenties précédemment avec ces professionnels (pour 30% beaucoup et pour 87% en moyenne au moins un peu)

De plus, compte tenu de la stigmatisation sociale et structurelle fortement ressentie par les femmes victimes de violences conjugales, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé mentale apparaissent essentielle en tant que facteur de déstigmatisation dans les services tant pour l'accompagnement des usagers suivi en santé mentale que pour l'accueil de nouvelles victimes.

LE BESOIN DE PROFESSIONNELS BIEN IDENTIFIES

Il semble intéressant de mettre en corrélation la difficulté perçue par les femmes pour trouver l'aide de professionnels de santé mentale (79% n'ont pas vraiment su où aller et un tiers n'avait réellement personne pour l'aider à en trouver) avec les mauvaises expériences vécues avec les professionnels qui est présent pour 87% des femmes et élevées pour 30% d'entre elles.

En effet, au regard de la revue de la littérature qui nous éclaire sur l'absence de parcours de soin bien défini et coordonné pour les victimes, le manque de formation des professionnels de santé et l'absence de recommandation concernant la prise en charge du TSPT-C les résultats de ce questionnaire semblent tout à fait cohérent .

De plus, la multiplicité de professionnels de l'offre de soin en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques et thérapeutes en tous genres) peut obscurcir encore un peu plus l'orientation des victimes vers des soins ciblés et adaptés.

VI- DISCUSSION

6-1 IMPLICATIONS THEORIQUES

6-1-1 RAPPELS DES GRANDES LIGNES DE L'ETUDE ET SYNTHÈSE DES NOUVELLES CONNAISSANCES ÉTABLIES

La première étape de cette étude nous a permis de comprendre quelles pouvaient être les difficultés rencontrées par les femmes victimes de violences conjugales dans leurs parcours de soins en santé mentale, notamment les problèmes liés au manque de formation des professionnels aux psychotraumatismes induits par les violences conjugales, ainsi que le problème des représentations des professionnels concernant les victimes. Grâce à notre revue narrative de la littérature nous avons pu formuler une question spécifique de recherche qui est: « Dans quelle mesure la stigmatisation telle que perçue par les femmes victimes de violences conjugales influence t'-elle leur accès aux soins de santé mentale ? » (Selon l'échelle Bace 3) Et une sous question de recherche qui est : « Quels sont les autres facteurs

pouvant représenter des barrières d'accès à des soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences conjugales? »(Selon l'échelle Bace 3)

A partir de la théorie de l'étiquetage de Goffman selon laquelle l'auto-stigmatisation est la conséquence de la stigmatisation sociale et structurelle qui pèse sur les personnes qui en sont l'objet, nous avons pu faire l'hypothèse que la stigmatisation constitue un facteur dissuasif déterminant dans la recherche d'aide et dans l'adhésion à un traitement des femmes victimes de violences conjugales. L'hypothèse principale de cette étude est donc que les obstacles à la prise en charge en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales sont corrélés à des représentations sociales ancrées et des dysfonctionnements d'ordre structurel pesant sur leur processus de prise en charge.

A partir du questionnaire de l'échelle Bace 3 qui évalue de manière quantitative « les barrières à l'accès aux soins de santé mentale » nous avons pu mesurer les facteurs de la stigmatisation et répondre de manière essentielle à notre première question de recherche. En effet, la stigmatisation représente un frein pour 82,73% des femmes victimes de violences et un frein considéré comme majeur pour 48,64% d'entre elles.

De plus ce questionnaire nous a permis de répondre à notre sous-question de recherche en identifiant d'autres facteurs courants constituant des barrières et/ou des barrières majeures à l'accès aux soins. Rappelons ici des facteurs pratiques et logistiques (coût, transport), des difficultés d'identification des lieux de soin adaptés, les difficultés liées à la maladie, à la crainte des effets secondaires des traitements médicamenteux et liées à de mauvaises expériences avec des professionnels de santé mentale. Notons encore, les difficultés liées au travail et à la garde des enfants pour se rendre disponible ainsi que dans une moindre mesure des difficultés d'ordre ethnique et/ou religieuse.

Nous avons pu également analyser des préférences en termes de soins, il s'agit du besoin d'autonomie et d'autogestion (empowerment) par rapport à la problématique, de l'utilité perçue par les victimes des professionnels de santé mentale dans les soins qui les concernent, mais aussi la recherche d'autres alternatives aux soins classiques ou des préférences pour d'autres types de soutien (familiaux, amicaux).

L'interprétation de ces résultats tend vers le besoin pour les femmes victimes de professionnels formés et bien identifiés, de gratuité, de disponibilité et de proximité des soins ce qui rejoint les résultats de notre revue de la littérature. Les nouvelles connaissances identifiées dans ces résultats concernent la mesure de la stigmatisation qui se révèle être un frein majeur d'accès aux soins de santé mentale ainsi que la présence de biais cognitifs

importants chez les victimes et leur besoin majeur d'autonomie et d'autogestion concernant leurs problématiques.

En résumé, les données du questionnaire BACE 3 offrent de nouvelles perspectives sur les défis spécifiques auxquels sont confrontées les femmes victimes de violences conjugales en matière d'accès aux soins de santé mentale. Ces insights pourraient contribuer à enrichir la littérature scientifique en fournissant des informations précieuses pour orienter les politiques, les programmes et les interventions visant à soutenir cette population vulnérable.

6-1-2 LES LIMITES DE L'ETUDE

Notons ici la petite taille de l'échantillon, le manque de temps pour cette recherche, le fait qu'elle repose sur un seul chercheur et qu'il s'agit d'une étude dans uniquement 2 contextes différents (contexte associatif et un CRP)

6-1-3 LES BIAIS DE L'ETUDE

BIAIS DE SELECTION

Le nombre de participants à cette étude est de 63 au total dont 39 participants qui ont envoyés leur questionnaire complet. Le nombre de participants pour atteindre la saturation des données de l'échelle Bace 3 doit être au minimum de 100, il existe donc un biais de sélection pour cette enquête, le temps imparti pour cette recherche ne m'ayant pas permis de continuer à récolter des questionnaires. Une étude mixte aurait pu nous permettre de comprendre également le nombre important de questionnaires incomplets, ici ils n'ont pas pu être analysés.

De plus, pour respecter la loi de protection des données dans cette recherche multicentrique impliquant des personnes, nous n'avons que peu de données socio démographiques afin d'écarter tout risque de rompre l'anonymat des répondants. L'analyse des résultats en regard des facteurs socio-économiques nous aurait permis d'obtenir de nombreuses caractéristiques de l'échantillonnage ce qui aurait pu apporter plus d'indices à notre enquête.

Les critères de sélection des participants ne précisent pas si les répondants sont atteints de psychotraumatismes dans cette enquête, ce qui peut également représenter un biais de sélection dans le sens ou certains biais cognitifs et certains symptômes peuvent avoir un impact sur les résultats.

BIAIS DE CONFUSION

Cette étude peut présenter un biais de confusion entre stigmatisation en lien avec la santé mentale et stigmatisation en lien des femmes victimes de violences conjugales. Une étude

mixte aurait été nécessaire pour permettre de recueillir les verbatims en lien avec les facteurs de stigmatisation et en préciser l'origine.

BIAIS DE COMPARAISON

Il existe un biais de comparaison dans cette étude des barrières à l'accès aux soins en santé mentale des femmes victimes de violences conjugales car nous n'avons pas trouvé d'étude similaire dans notre processus de recherche.

BIAIS DE MESURE

Par rapport à l'échelle Bace 3 validée en français les questions n'ont pas été remises dans l'ordre d'origine pour l'adapter au logiciel LimeSurvey ce qui a pu influencer la logique des questions. De plus le facteur 3 regroupant les biais cognitifs dans la Bace 3 française n'a pas pu être classé dans la même catégorie thématique pour mon analyse de résultats, la problématique de l'échantillon de participantes n'étant pas similaire aux problématiques de l'échantillon de l'échelle validée en français. Cependant l'échelle d'origine et les recommandations des chercheurs ne font pas état de ce type de regroupement.

6-1-4 IMPLICATION DANS DE NOUVELLES RECHERCHES

Les thématiques de l'échelle Bace 3 permettent d'ouvrir la voie à de plus amples recherches notamment dans une étude mixte afin de pouvoir affiner les réponses des répondants en recueillant leurs verbatims et de permettre de différencier la stigmatisation en lien avec la santé mentale de la stigmatisation en lien avec les violences conjugales. De plus au regard de la prévalence des psychotraumatismes et de la vulnérabilité des usagers de santé mentale face aux violences de tous types, il apparaît scientifiquement intéressant d'effectuer le recrutement de l'échantillonnage dans ces services et d'associer l'échelle de la Bace 3 à l'échelle de dépistage des psychotraumatismes (PCL-5) pour approfondir et affiner notre recherche.

6-2 LE ROLE DE L' IPA DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LES SERVICES DE SANTE MENTALE

L'exercice de l'IPA en psychiatrie et santé mentale est encadrée par le décret n°2019-836 du 12 août 2019. Ce décret porte sur l'amélioration des conditions de vie, d'accompagnement et d'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques et va dans le sens de la loi de modernisation de notre système de santé. Selon N. Péoc'h, directrice des soins du CHU de Toulouse « La territorialisation de l'offre de soin interroge les métiers de coordination de parcours de soins et de santé cohérents, accessibles, sécurisés et efficaces pour lesquels l'exercice en pratiques avancées trouve toute sa légitimité et son

périmètre d'action. Dans cette approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique « d'aller vers » et d'empowerment, l'IPA en psychiatrie et santé mentale, dans l'*upgrade* de ses compétences, inscrit son action dans une perspective soignante, d'être au monde dans la vigilance »(52).

Ce travail de recherche s'inscrit dans la logique des décrets de compétences de l'IPA, notamment en matière de participation à l'organisation du parcours de soins, du travail en collaboration pluriprofessionnelle, et plus spécifiquement dans le cadre de la clinique en psychiatrie et santé mentale dans une conception du soin centrée vers le rétablissement.

Dans le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 du Code de la santé Publique relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, ces compétences apparaissent dans l'article suivant:

R. 4301-1 : Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant... l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe, en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge des patients, à l'organisation des parcours entre les soins de premier recours, les médecins spécialistes de premier ou deuxième recours et les services de santé ou médico-sociaux.

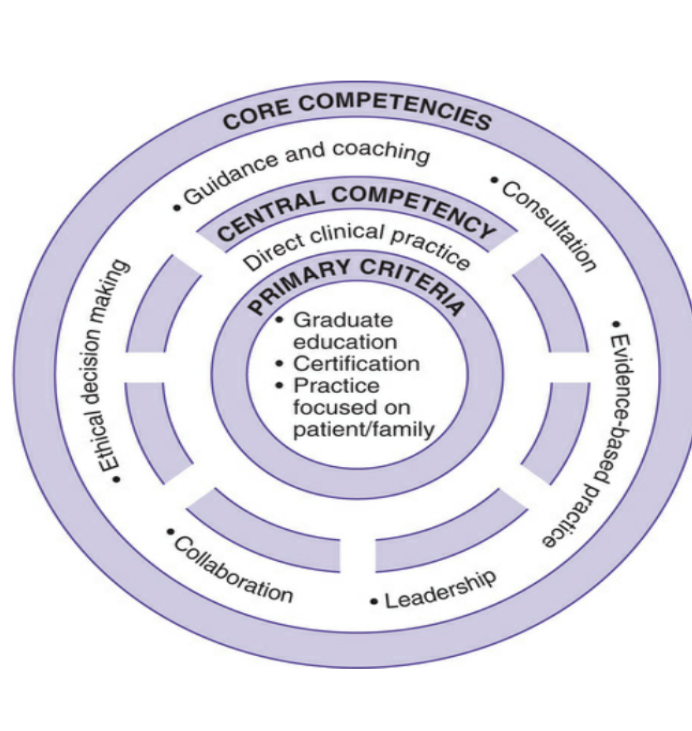
Dans le Décret n°2019-836 du 12 août 2019 du Code la Santé Publique relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, ces compétences sont décrites dans l'article L 4311-5, qui : « accorde spécifiquement à l'IPA en psychiatrie et santé mentale la compétence d'effectuer un recueil de données avec anamnèse et élaboration de synthèses cliniques, notamment pour des patients présentant des troubles du neurodéveloppement, des troubles neuro-dégénératifs, des troubles du comportement, des troubles psychiatriques, des conduites addictives, à tous âges de la vie, ou encore aider au repérage de l'évolution des troubles du patient suivi par les équipes médicales, paramédicales et autres professionnels ».

« ...réaliser des techniques de médiation à visée thérapeutique et de réhabilitation psychosociale spécifiques à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou en situation de handicap psychique. »

Au regard de ces différents articles, la place de l'IPA dans l'accompagnement de femmes victimes de violences conjugales en psychiatrie et santé mentale prend tout son sens. Du fait de sa transversalité et de son expertise clinique, l'IPA sera l'interlocuteur privilégié entre le patient et l'ensemble des professionnels qui interagissent avec ce dernier dans le cadre de ses soins.

Tout comme la formation initiale d'IDE, la formation de l'IPA reprend une approche par compétences. La pratique avancée existant depuis de nombreuses années aux états unis, Ann Hamric dans son livre *Advanced practice nursing*, a conceptualisé les pratiques avancées en les déclinant en sept compétences principales mobilisables, chacune pouvant être investie de manière variée et flexible (53).

Les compétences de l'IPA selon Ann Hamric sont schématisées dans la figure suivante.



Au regard de l'éclairage des compétences attendues de l'IPA selon Ann Hamric, nous aborderons ici qu'elle pourrait être sa place et sa plus-value dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales et atteintes de psychotraumatismes dans les services de santé mentale. En effet, les résultats de cette recherche mettent en évidence une gamme variée de barrières qui peuvent entraver l'accès aux soins de santé mentale de ces femmes, allant de la stigmatisation sociale aux obstacles pratiques et à un manque d'information sur les ressources disponibles.

Compte tenu du rôle de l'IPA dans la coordination et l'amélioration des parcours de soins et de santé des patients, et à partir des données fournies par ce questionnaire Bace 3 sur les barrières à l'accès aux soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences

conjugales, ces données seront investies pour orienter les interventions IPA visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale et à réduire les barrières perçues.

6-3-1 LA PRATIQUE CLINIQUE

Selon Ann Hamric la pratique clinique est la principale compétence de l'IPA, elle est son cœur de métier et est donc transverse aux autres compétences. Elle se caractérise par une forte autonomie professionnelle et par des compétences de gestion des situations complexes et de gestion des risques. Dans ce cadre l'IPA évalue une situation clinique et établit des hypothèses diagnostiques, elle conçoit et conduit un projet de soin personnalisé, met en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique, initie et met en œuvre des soins éducatifs préventifs et de dépistage.

6-3-2 LA CONSULTATION

L'activité de consultation peut se distinguer en deux niveaux : d'une part auprès des patients et de leurs familles en relai des consultations médicales et d'autre part en tant que « personne ressource » auprès d'équipes de soins sur un domaine d'expertise. La consultation peut être à visée thérapeutique, de dépistage, de prévention, d'éducation ou d'orientation.

Les interventions de l'IPA auprès des femmes victimes de violences consistent en un repérage systématique des violences au sein du couple dans les services de santé mentale et à la mise en place d'actions de prévention, au repérage des vulnérabilités et des symptômes cliniques prédisposant aux psychotraumatismes, au dépistage et au diagnostic du TSPT et du TSPT-C grâce à l'utilisation d'échelles psychométriques validées dans les services de santé mentale. Elle consiste également à l'évaluation, l'accompagnement et l'orientation des victimes en fonction des comorbidités somatiques et psychiatriques. L'IPA accompagne à la mise en œuvre du projet de soin du patient, au suivi thérapeutique et pharmacologique en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle et réalise des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient. Notons que la psychoéducation a une place prépondérante dans l'accompagnement des femmes victimes de violence conjugales car elle permet de répondre aux besoins immédiats en matière de sécurité et d'autosoins et d'éviter les risques de re-victimisation. La psychoéducation permet un sentiment de contrôle et d'autonomie par rapport aux symptômes et/ou aux traitements, elle apparaît en tant qu'élément majeur pour les victimes dans ce questionnaire d'enquête.

-« L'éducation sur les effets des événements traumatiques est importante parce qu'elle fournit un cadre cognitif à leur expérience et aide à minimiser l'impact des événements traumatiques sur leur vie.... » La psychoéducation peut renforcer les capacités des survivants de traumatismes en validant leur expérience, en expliquant les raisons de leurs réactions

apparemment incontrôlables et en leur donnant les moyens de gérer efficacement leur détresse. En aidant les survivants à développer une compréhension compatissante d'eux-mêmes et une maîtrise émotionnelle, nous pouvons contribuer à rendre supportable l'insupportable » (54).

Il paraît également essentiel de permettre l'accès des consultations à distance et de développer des programmes de télé médecine et des services en ligne pour fournir un accès aux soins de santé mentale aux femmes victimes de violence conjugale qui pourraient rencontrer des difficultés à se rendre physiquement dans un établissement de santé.

La consultation IPA en tant que « personne ressource » auprès des équipes sera développée en suivant dans le cadre de la compétence d'expertise et de conseil.

6-3-3 L'EXPERTISE ET LE CONSEIL (GUIDANCE AND COACHING)

La compétence « expertise et conseil » est la troisième compétence attendue de l'IPA. Dans ce cadre elle réalise le suivi individuel du patient, aide à la décision et conseille les équipes lors de situations complexes. Elle peut proposer et s'investir dans la conception de programmes de psychoéducation et/ou d'éducation thérapeutique.

Une des plus-values de l'IPA dans l'accompagnement des victimes de violences conjugales est de pouvoir former les professionnels de santé à la détection des signes de violence conjugale et à la manière de soutenir les survivantes, y compris en fournissant un soutien émotionnel et en les aidant à accéder aux services appropriés. Les psychotraumatismes induits par les violences et leur prise en charge n'étant pas proposés en formation initiale aux professionnels de santé, des actions de sensibilisation et des actions de formation en fonction des recommandations, paraissent essentielles à l'amélioration des pratiques professionnelles. La prévalence des psychotraumatismes chez les usagers de santé mentale et les difficultés diagnostiques lorsque le traumatisme est associé à d'autres troubles psychiatriques en font une situation complexe que l'expertise de l'IPA peut permettre de relever. « Pour les clients présentant des problèmes plus graves, plus anciens et plus complexes résultant d'abus et de traumatismes, les professionnels doivent aller au-delà des diverses étiquettes diagnostiques qui ont pu être appliquées au client et répondre aux processus pathologiques sous-jacents qui produisent des comportements qui sont autrement difficiles à comprendre » (Herman, 1992)(54).

Un autre axe de formation est celui de l'utilisation d'outils tels que des échelles psychométriques pour le dépistage du TSPT et du TSPT-C et celles du dépistage et de l'évaluation des nombreuses comorbidités qu'elles peuvent permettre d'objectiver.

Dans son rôle de coatching, l'IPA se doit de réaliser une veille sanitaire afin que les soins prodigués soient basés sur des données probantes. Elle se doit également de participer à des études en sciences infirmières, afin d'apporter sa contribution à la recherche.

Le rôle de l'IPA est également de sensibiliser les professionnels aux risques de traumatismes vicariants et à la manière de minimiser ces risques et de prendre soin de soi de manière efficace.

6-3-4 L'ETHIQUE

Promouvoir l'analyse réflexive et la prise de décision éthique est un des piliers fondamentaux du rôle de l'IPA pour qu'elle soit la plus présente dans les situations de soins.

La lutte contre la stigmatisation dans les services de santé mentale prend tout son sens dans le cadre de l'éthique. Le rôle de l'IPA dans le développement de moyens de déstigmatisation spécifiquement axés sur les femmes victimes de violences conjugales passe par la mise en place d'actions de sensibilisation aux violences faites aux femmes et à l'intégration de patients experts ou de pairs aidants dans les services, afin de lutter contre la stigmatisation et les biais cognitifs. La lutte contre la stigmatisation peut aussi passer par la conception de groupes de soutien où les survivantes peuvent partager leurs expériences, se sentir soutenues et trouver un réseau de soutien solidaire.

La réflexion éthique du soin peut également être développée en proposant de l'analyse des pratiques professionnelles au sein des équipes. « Lorsqu'on travaille avec des survivants de traumatismes, il est important non seulement de comprendre le comportement du client, mais aussi de comprendre ses propres réactions et de les utiliser de manière thérapeutique. Les personnes dont les antécédents de sévices graves ont conduit à des humeurs instables et intenses et à un fonctionnement interpersonnel altéré suscitent souvent des sentiments forts de la part des professionnels. Les membres du personnel doivent comprendre ces réponses contre-transférentielles pour éviter de reproduire involontairement les types d'interactions abusives que les clients traumatisés connaissent le mieux »(54).

Compte tenu des craintes des femmes victimes de violence conjugale, il apparaît essentiel de s'assurer que leur vie privée et leur sécurité seront protégées lorsqu'elles cherchent des services de santé mentale, en mettant en place des mesures de confidentialité strictes, et en réalisant des cartons de RDV discrets et difficilement identifiables (Type RDV coiffeur, esthétique...) contenant les numéros d'urgences et les numéros utiles en cas de situation à risque.

6-3-5 LA RECHERCHE

La recherche est une autre des missions de l'IPA, afin de produire de nouveaux savoirs scientifiques dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins.

Cette recherche est pour moi un mémoire projet afin de permettre le développement d'une filière spécifique au sein de mon établissement en lot et Garonne. Une seconde étape serait de pouvoir poursuivre cette recherche à plus grande échelle auprès des usagers des services de santé mentale en réalisant une étude mixte et en y associant une échelle de dépistage du TSPT (PCL5) afin de pouvoir produire des données et améliorer les pratiques professionnelles.

Développer la recherche en soins infirmiers concernant les interventions de soins du TSPT-C efficace et moins difficile à vivre pour les victimes fait également partie des besoins et des préférences importantes au regard de notre questionnaire de recherche.

6-3-6 LE LEADERSHIP

Grâce à son positionnement entre le patient, son entourage, l'équipe soignante et les instances, l'IPA est un acteur du changement des pratiques professionnelles en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle et promeut les valeurs du soin . En concertation avec l'encadrement, elle participe à la conduite de projets, favorise le lien ville hôpital et est une « référente clinique » sans rapport hiérarchique avec les autres infirmières.

En l'absence fréquente de référent de parcours pour les femmes victimes de violences conjugales, la plus-value de l'IPA du fait de son positionnement semble en cohérence avec leur parcours souvent complexes (juridiques, sociaux, somatiques et psychiatriques) et en tant qu'organisateur du parcours ville/hôpital en collaboration avec l'ensemble des acteurs.

Compte tenu des biais cognitifs fréquents et du besoin d'autonomie des femmes victimes de violences conjugales qui apparaissent majeur dans notre enquête, la conception d'actions de prévention et /ou de psychoéducation groupales à destination des femmes victimes de violences conjugales dans les services de santé mentale, apparait comme une nécessité tant au niveau de la prévention que de la prise en charge des psychotraumatismes induits. « Le recours à des stratégies d'adaptation saines, telles que la relaxation et la mobilisation du soutien social, peut se substituer à des stratégies d'adaptation malsaines, telles que la consommation de substances et l'évitement excessif, qui soulagent la détresse à court terme mais empêchent de surmonter le traumatisme. Comprendre les raisons des réactions au stress peut également aider à minimiser l'autocritique inappropriée et les dommages causés à l'estime de soi »(54)

6-3-7 LA COLLABORATION

L'IPA travaille en **collaboration** et en transversalité, en appui des équipes soignantes et travaille en réseau tout au long du parcours de santé du patient. Elle établit des partenariats de soin en vue d'une collaboration centrée sur la personne soignée.

Nous avons déjà abordé le rôle IPA dans l'organisation des parcours de soin et de santé des femmes en collaboration avec l'ensemble des acteurs, cependant il semble également nécessaire de développer le maillage territorial, le réseau de soin et de permettre d'être bien identifié dans le parcours, tant au niveau des professionnels prenant en charge les victimes que par les femmes elles-mêmes. Le travail en collaboration s'impose au niveau des services de soutien spécialisés et des associations pour les femmes victimes de violences conjugales, avec les services juridique et régaliens, ainsi qu'avec les services sociaux, éducatifs et d'hébergement, qui doivent être sûrs et confidentiels.

La mise en place de plaquettes d'informations ou de flyers à disposition des professionnels et des victimes sont indispensables afin de permettre d'identifier le réseau de soin adapté à leurs besoins .

Co-localiser les services de santé mentale avec d'autres services de soutien aux victimes de violences conjugales, tels que les centres d'accueil et les services juridiques, pour faciliter l'accès et garantir une approche holistique du bien-être des survivantes semble être aussi une piste de projet d'équipe intéressante à développer.

CONCLUSION

Ces données mettent en lumière l'importance de sensibiliser davantage et de fournir un soutien approprié aux femmes victimes de violences conjugales pour surmonter les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale. Les interventions devraient viser à réduire la stigmatisation, à renforcer les réseaux de soutien sociaux, à améliorer l'accessibilité financière et physique aux services de santé mentale, et à fournir des informations claires et accessibles sur les options de traitements et d'aides disponibles. En combinant ces différentes interventions, il serait possible d'améliorer significativement l'accès aux soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences conjugales, en leur offrant un soutien holistique et en réduisant les barrières perçues qui pourraient les empêcher de chercher de l'aide.

Dans les médias comme dans les revendications des associations féministes, «l'exemple espagnol » est régulièrement cité. Le taux de féminicide y est 2 fois moins élevé qu'en France. En Espagne, la prise de conscience de l'opinion publique a largement été influencée par l'histoire d'Ana Orantes, en 1997. Victime de violences conjugales, elle témoigne en direct à la télévision de ce que lui impose son mari depuis 40 ans alors même qu'elle l'a dénoncé à quinze reprises aux autorités. Il la tuera treize jours plus tard en la brûlant vive, provoquant colère et émotion dans tout le pays. Deux ans plus tard, en 1999,

les violences psychologiques deviennent un délit et les mesures d'éloignement sont intégrées au code pénal espagnol. En 2004, l'Espagne adopte à l'unanimité la loi de « protection intégrale » contre les violences conjugales, depuis régulièrement citée en modèle(55). L'originalité de ce texte réside en particulier dans l'accompagnement global qu'il garantit aux femmes victimes. Ce modèle intègre des cadres législatifs, administratifs et budgétaires les plus renforcés au monde, des dispositifs de protection des victimes, de prévention des féminicides renforcés avec plus de plaintes, d'ordonnance de protection

Il intègre également des droits sociaux et une prise en charge coordonnées des victimes, des dispositifs d'information et de sensibilisation d'ampleurs, des outils de suivi et d'évaluation remarquables et des politiques exemplaires bien que des points d'amélioration demeurent.

Bien que cette étude ait été centrée sur le vécu des femmes victimes de violences conjugales, les victimes masculines semblent encore moins visibles aux yeux de la société et encore plus tabou. Bien que les hommes soient moins représentatifs, de plus en plus d'associations de victimes de violences conjugales s'ouvrent aux hommes. La prise de conscience de leur vécu similaire à celui des femmes, ainsi que l'enrichissement mutuel procuré dans les groupes, nécessite certainement l'ouverture à la mixité.

BIBLIOGRAPHIE

1. La synthèse de l'étude sur les morts violentes au sein du couple en 2021 | Arrêtons les violences [Internet]. [Cité 13 déc 2023]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/focus/la-synthese-de-letude-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2021>
2. Données de l'observatoire national des Violences faites aux femmes pour 2022 MIPROF.pdf [Internet]. [Cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Données%20de%20l%27observatoire%20national%20des%20Violences%20faites%20aux%20femmes%20pour%202022%20MIPROF.pdf>
3. La Convention d'Istanbul, un outil pour lutter contre les violences à l'encontre des femmes et des filles.
4. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. [Cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
5. Trouble de stress post-traumatique, un long chemin pour la reconnaissance | National Geographic [Internet]. [Cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2020/06/trouble-de-stress-post-traumatique-un-long-chemin-pour-la-reconnaissance>
6. Voyer M, Delbreil A, Senon JL. Violences conjugales et troubles psychiatriques. 2014;90.
7. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [Cité 13 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
8. Jaspard M, L'Équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France: Population & Sociétés [Internet]. 1 janv 2001 [cité 16 févr 2024];N° 364(1):1-4. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2001-1-page-1.htm?ref=doi>
9. RapportCVS2019.pdf [Internet]. [Cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/content/download/120051/962866/file/RapportCVS2019.pdf>
10. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [Cité 16

nov 2023]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/reperes-chronologiques/>

11. Comment l'État me protège ? | Arrêtons les violences [Internet]. [Cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/l-etat-vous-protège/comment-l-etat-me-protège>

12. 99b8bdc69c15402eabbf31ceb4ab4247803deab9.pdf [Internet]. [Cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/upload/media/content/0001/04/99b8bdc69c15402eabbf31ceb4ab4247803deab9.pdf>

13. Vie-publique.fr -Loi du 28 février 2023 créant une aide universelle d'urgence pour les victimes de violences conjugales | Service-Public.fr [Internet]. [Cité 11 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16427>

14. Violences conjugales une protection insuffisante des victimes vie-publique.fr.pdf.

15. Rapport - Evaluation des Centres Régionaux du Psychotraumatisme des besoins considérables, des pri.pdf.

16. Présentation du plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 | Égalité-femmes-hommes [Internet]. [Cité 15 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/presentation-du-plan-interministeriel-pour-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes-2023-2027>

17. [cité 27 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/291834-violences-conjugales-en-2022-86-de-femmes-victimes>

18. Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) en Nouvelle-Aquitaine | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [Cité 13 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-en-nouvelle-aquitaine>

19. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants e.webarchive.

20. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet* [Internet]. Juill 2022 [cité 18 nov 2023];400(10345):60-72. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673622008212>
21. Balle A, Garib B. La prise en charge des victimes de violences conjugales. 2017;
22. L'amnésie dissociative dans le Trouble de Stress Post-Traumatique Analyse de la validité scientifique.pdf.
23. Romito P, Pellegrini M, Marchand-Martin L, Saurel-Cubizolles MJ. L'impact des violences conjugales sur la santé psychologique des femmes. *Empan* [Internet]. 2022;128(4):39-49. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-empan-2022-4-page-39.htm>
24. Al Joboory S, Soulan X, Lavandier A, Saint Jammes JT, Dieu E, Sorel O, et al. Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Sept 2019 [cité 4 mars 2024];177(7):717-27. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448719302082>
25. Lopez G. Conséquences psychologiques et prise en charge des femmes victimes de violences. *La Revue de l'Infirmière* [Internet]. Nov 2014 [cité 18 nov 2023];63(205):28-30. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1293850514003261>
26. Psychotraumatologie - Évaluation, clinique, traitement - Livre Psychothérapies de Louis Jehel - Dunod [Internet]. [Cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/psychotraumatologie-evaluation-clinique-traitement>
27. De quoi parle-t-on ? - Violences au sein du couple - Guide pour les professionnels.le.s du Gers - Lutte contre les violences faites aux femmes - Délégation aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes - Actions de l'État - Les services de l'État dans le Gers [Internet]. [Cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.gers.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Delegation-aux-droits-des-femmes-et-a-l-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/Violences-au-sein-du-couple-Guide-pour-les-professionnel.le.s-du-Gers/De-quoi-parle-t-on>

28. Femmes sous emprise, les ressorts de la violence dans le couple – Marie-France Hirigoyen [Internet]. [Cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.mariefrance-hirigoyen.com/book/femmes-sous-emprise-les-ressorts-de-la-violence-dans-le-couple/>
29. Haute Autorité de Santé - Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. [Cité 18 sept 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
30. Mazza M, Marano G, Del Castillo AG, Chieffo D, Monti L, Janiri D, et al. Intimate partner violence: A loop of abuse, depression, and victimization. WJP [Internet]. 19 juin 2021 [cité 21 sept 2023];11(6):215-21. Disponible sur: <https://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v11/i6/215.htm>
31. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. The Lancet Psychiatry [Internet]. Févr. 2017 [cité 21 sept 2023];4(2):159-70. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036616302619>
32. Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. République française; 17/072020 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/>
33. Parcours de santé, de soins et de vie - Ministère du travail, de la santé et des solidarités.pdf.
34. WHO_RHR_13.10_fre.pdf [Internet]. [Cité 7 nov. 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf
35. Le dépistage des femmes dans des établissements de soins quant aux violences exercées par un partenaire intime - O'Doherty, L - 2015 | Cochrane Library [Internet]. [Cité 20 févr. 2023]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007007.pub3/full/fr>
36. Le Bars M, Lasserre E, Le Goaziou MF. Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône. Ethique et Santé. 2015;12(4):244-9.

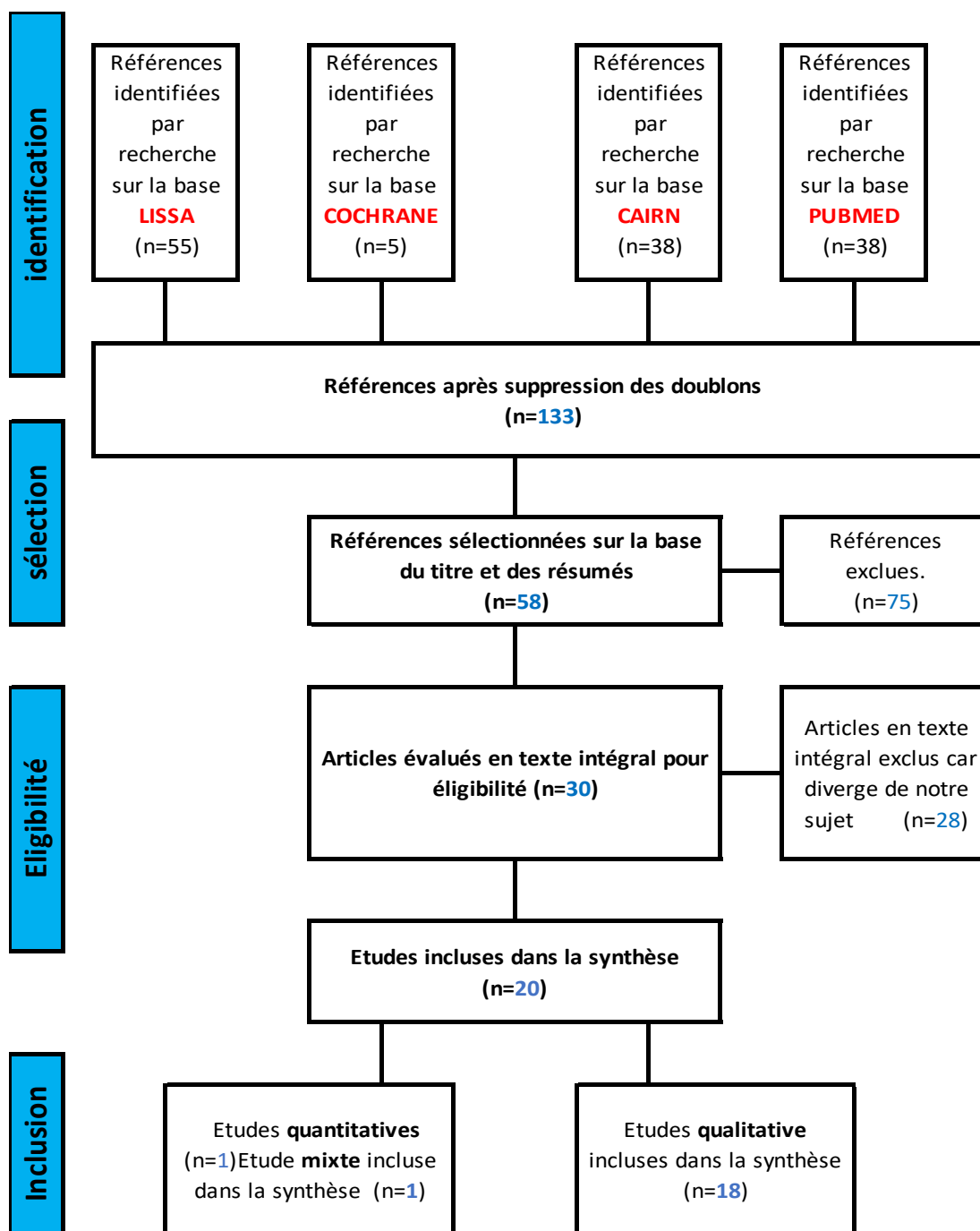
37. Ruijter RE, Howard LM, Trevillion K, Jongejans FE, Garofalo C, Bogaerts S, et al. Detection of domestic violence by community mental health teams: a multi-center, cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. Déc 2017 [cité 1 nov 2023];17(1):288. Disponible sur: <http://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1399-7>
38. Bazex H, Thomas A, Combalbert N, Lignon S. La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence conjugale. *L'encéphale*. Févr. 2010;36(1):62-8.
39. Hatem-Gantzer G. Rôle du professionnel de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences intrafamiliales. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)* [Internet]. 2021;30(3):84-9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-3-page-84.htm>
40. Misdrahi D. Expériences traumatiques et état de stress post traumatique dans la schizophrénie. *L'Encéphale* [Internet]. Juin 2016 [cité 4 mars 2024];42(3):S7-12. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700616302160>
41. Voyer M. Chapitre 6. Le soin aux victimes de violences conjugales. In: *Violences conjugales* [Internet]. Paris: Dunod; 2017. p. 75-84. (Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales--9782100769575-p-75.htm>
42. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence - Hameed, M - 2020 | *Cochrane Library* [Internet]. [Cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013017.pub2/full>
43. Karakurt G, Koç E, Katta P, Jones N, Bolen SD. Treatments for Female Victims of Intimate Partner Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* [Internet]. 4 févr 2022 [cité 21 sept 2023];13:793021. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.793021/full>
44. Salmona M. Chapitre 23. Le changement dans les psychothérapies de femmes victimes de violences conjugales. In: *Psychothérapie et éducation* [Internet]. Paris: Dunod; 2015. p. 237-52. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychotherapie-et-education--9782100727490-p-237.htm>

45. Les représentations sociales associées à la violence conjugale de la psychologisation à la légitim.webarchive.
46. CG 2024 - La violence du stigmat selon Goffman - Major Prépa [Internet]. [Cité 29 avr. 2024]. Disponible sur: <https://major-prepa.com/culture-generale/stigmat-sociologie-goffman-violence/>
47. La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatique » revisitée | Cairn.info [Internet]. [Cité 28 nov. 2023]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-1-page-183.htm>
48. Livingston JD. Un cadre pour évaluer la stigmatisation structurelle dans le contexte des soins de santé pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances.
49. L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés [Internet]. [Cité 23 janv. 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
50. Caci H, Boggero M, Mallet L, Bedira N, Giordana JY. Les barrières à l'accès aux soins : validation de la BACE-3 française. L'Encéphale [Internet]. Août 2023 [cité 3 févr 2024];49(4):393-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700622001117>
51. barriers-to-accessing-care-bace_manual (français).pdf.
52. Malaterre Julie. IPA infirmier en pratique avancée psychiatrie et santé mentale.
53. HAMRIC and HANSON'S ADVANCED PRACTICE NURSING: ISBN: 978-0-323-44775-1 Tracy, Mary Fran; O'Grady, Eileen T. Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing - E-Book (p. 19). Elsevier Health Sciences. Édition du Kindle.
54. Phoenix BJ. Psychoeducation for Survivors of Trauma. Perspect Psychiat Care [Internet]. Juill. 2007 [cité 18 avr 2024];43(3):123-31. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2007.00121.x>
55. Rapport « Les politiques publiques de lutte contre les violences conjugales en Espagne : regards

croisés avec la France » | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [Cité 27 avr. 2024]. Disponible sur:
<https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/rapport-espagne>

ANNEXES

Annexe A :diagramme de flux de ma revue narrative de la littérature



Annexe A' :Tableau récapitulatif des articles recensés

Auteur/ date/lieu/ Nom de la Revue ou du livre	-Titre -Type et format de l'étude -Base de données	Objectifs de l'étude	Résumé/ résultats
-Oram et al. - 2017 -RU - The Lancet Psychiatry	"Violence against women and mental health" -Article de revue spécialisée -PUBMED	Dans ce document de la série, nous montrons que la violence à l'égard des femmes est également un problème de santé mentale publique. Les services de santé mentale au niveau international devraient donc identifier la violence à l'égard des femmes, prévenir de nouvelles violences et traiter plus efficacement les conséquences sur la santé mentale. Pour ce faire, les professionnels de la santé mentale doivent non seulement être conscients de l'impact de la violence à l'égard des femmes sur la santé mentale et de l'efficacité des traitements potentiels, mais aussi développer leur compréhension de la dynamique et de la complexité de la maltraitance. En particulier, les professionnels doivent se prémunir contre les risques de culpabilisation des victimes et de déresponsabilisation des femmes déjà désavantagées par les déterminants sociaux de la violence à l'égard des femmes et des troubles mentaux, tels que la pauvreté et l'inégalité entre les sexes.	La violence à l'égard des femmes est largement reconnue comme une violation des droits de l'homme et un problème de santé publique. Dans ce document de la série, nous soutenons que la violence à l'égard des femmes est également un problème de santé mentale publique de premier plan et que les professionnels de la santé mentale devraient identifier, prévenir et répondre à la violence à l'égard des femmes de manière plus effective. Les formes les plus courantes de violence à l'égard des femmes sont les abus domestiques et la violence sexuelle, et la victimisation est associée à un risque accru de troubles mentaux. Malgré les conseils cliniques sur le rôle des professionnels de la santé mentale dans l'identification de la violence à l'égard des femmes et la réponse appropriée, une mauvaise identification persiste et peut conduire à un non-engagement dans les services et à une mauvaise réponse au traitement. Nous soulignons que peu de recherches ont été menées sur la manière d'améliorer l'identification et le traitement des victimes et des auteurs en contact avec les services de santé mentale, mais que ces derniers pourraient jouer un rôle majeur dans la prévention primaire et secondaire de la violence à l'égard des femmes.
-Karakurt et al. -2022 -EU (anglais) - Frontiers in Psychology	Treatments for Female Victims of Intimate Partner Violence: -Systematic Review and Meta-Analysis -PUBMED	Intimate partner violence (IPV) is an important problem that has significant detrimental effects on the wellbeing of female victims. The chronic physical and psychological effects of intimate partner violence (IPV) are complex, long-lasting, chronic, and require treatments focusing on improving mental health issues, safety, and support. Various psycho-social intervention programs are being implemented to improve survivor wellbeing. However, little is known about the effectiveness of different treatments on IPV survivors' wellbeing. For this purpose, we conducted a systematic review and meta-analysis to assess the effectiveness of interventions on improving outcomes that describe the wellbeing of adult female survivors of IPV. We searched PubMed, PsycINFO, and Cochrane Library. We explored the effectiveness of available interventions on multiple outcomes that are critical for the wellbeing of adult female victims of IPV. To provide a broad and comprehensive view of survivors' wellbeing, we considered outcomes including mental health, physical health, diminishing further violence, social support, safety, self-efficacy, and quality of life. We reviewed 2,770 citations. Among these 25 randomized-controlled-	Findings of meta-analyses on interventions indicated promising results in improving anxiety [standardized mean difference (SMD) -7.15, 95% confidence interval (CI) -8.39 to -5.92], depression (SMD -0.26, CI -0.56 to -0.05), safety (SMD = 0.43, CI 0.4 to -0.83), violence prevention (SMD = -0.92, CI -1.66 to -0.17), health (SMD = 0.39, CI 0.12 to 0.66), self-esteem (SMD = 1.33, CI -0.73 to 3.39), social support (SMD =0.40, CI 0.20 to 0.61), and stress management (SMD = -8.94, CI -10.48 to -7.40) at the post-test. We found that empowerment plays a vital role, especially when treating Depression and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), which are difficult to improve across interventions.

		study with a total of 4,683 participants met inclusion criteria.	
Auteur/ date/lieu/re vue	-Titre -Type et format de l'étude -Base de données	Objectifs de l'étude	Résumé/ résultats
-Maercker et al -2022 -RU - The Lancet	-Complex post- traumatic stress disorder -Article de revue spécialisée - PUBMED	As noted earlier, DSM-5 of the American Psychiatric Association ¹³⁰ has not recognised the diagnosis of complex PTSD but rather has included symptoms that somewhat overlap with disturbances in self-organisation symptoms (eg, alterations in mood and cognition) into the PTSD diagnosis. The literature supporting the presence of distinct PTSD and complex PTSD symptom profiles as described in ICD-11 is strong, ^{7,131} and impressively, has been observed across different countries and cultures. ^{132,133} Evidence of reliability and validity of ICD-11 PTSD and complex PTSD diagnosis is substantial, as is that for the DSM-5 PTSD diagnosis. An important topic of research is to determine whether the presence of two diagnoses (as represented in ICD-11) as compared with one diagnosis (as represented in DSM-5) will advance treatment development and lead to better and more efficient treatments and better functional outcomes for patients.	Complex post-traumatic stress disorder (complex PTSD) is a severe mental disorder that emerges in response to traumatic life events. Complex PTSD is characterised by three core post-traumatic symptom clusters, along with chronic and pervasive disturbances in emotion regulation, identity, and relationships. Complex PTSD has been adopted as a new diagnosis in the ICD-11. Individuals with complex PTSD typically have sustained or multiple exposures to trauma, such as childhood abuse and domestic or community violence. The disorder has a 1–8% population prevalence and up to 50% prevalence in mental health facilities. Progress in diagnostics, assessment, and differentiation from post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder is reported, along with assessment and treatment of children and adolescents. Studies recommend multicomponent therapies starting with a focus on safety, psychoeducation, and patient-provider collaboration, and treatment components that include selfregulatory strategies and trauma-focused interventions.
-Salmona Muriel -2013 -Français -Livre (avis d'expert) (P. 383 à 398)	La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité -article tiré du chapitre de livre (Chapitre 29) - CAIRN	Expliquer la dissociation traumatique d'un point de vue clinique et neurobiologique	La violence est un formidable instrument de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé. Elle est à l'origine de troubles psychotraumatiques fréquents et qui peuvent s'installer de façon chronique, sous la forme de troubles de la personnalité, par l'intermédiaire d'une mémoire traumatique et d'une dissociation traumatique. Mémoire traumatique des violences et dissociation vont coloniser les victimes et vont faire cohabiter chez elles plusieurs « personnalités » jusqu'à parfois les exproprier d'elles-mêmes si aucune protection et prise en charge ne sont mises en place, ce qui malheureusement est le plus souvent le cas, les victimes de violences étant dans leur immense majorité laissées à l'abandon (Salmona, 2008, 2012, 2013).

Auteur/ date/lieu/ Revue	-Titre -Type et format de l'étude -Base de données	Objectifs de l'étude	Résumé/ résultats
-Voyer Mélanie -2017 -France - Livre profes sionnel: violences conjugales le droit d'être protégée	Le soin aux victimes de violences conjugales - Article tiré du de livre (Chapitre 6) -CAIRN		Cet ouvrage s'adresse à tous les professionnels en lien avec des femmes victimes de violences dans le couple et qui souhaitent mieux connaître les mécanismes de ces violences et leurs conséquences. Il présente des outils utiles pour agir efficacement : le questionnement systématique pour permettre aux femmes de révéler les violences subies, les possibilités offertes par le droit français, des dispositifs innovants pour la protection des femmes et de leurs enfants. Les auteurs ont fait appel aux meilleurs spécialistes de ce phénomène qui concerne au minimum chaque année 223 000 femmes victimes de violences physiques et sexuelles graves de leurs partenaires intimes ou ex. Les regards croisés de psychologues, psychiatres, magistrats, médecins, sage-femmes, travailleurs sociaux et responsables institutionnels permettent une approche pluriprofessionnelle. Cette démarche enrichira chacun dans son champ de compétence propre afin de construire un partenariat indispensable pour une prise en charge adaptée.
Le Laurain solweig et al. -2018 -France - Les Cahiers Internationa ux de Psychologie Sociale	Les représentations sociales associées à la violence conjugale : de la psychologisation à la légitimation des violences -Article de revue n° 119- 120 (étude qualitative) -CAIRN		La littérature internationale montre que les survivantes de violence conjugale font face à de nombreux obstacles lors de leur recherche d'aide. Plusieurs d'entre eux sont liés à des croyances, des normes et des valeurs socialement partagées qui contribuent à légitimer cette violence. Bien que leur déconstruction constitue un enjeu majeur pour lutter contre la violence conjugale, les études conduites sur un versant psychosocial restent néanmoins peu nombreuses en France. L'objectif de cette recherche était d'explorer la manière dont les victimes et les tout-venants se représentent la violence conjugale dans le contexte français. Il s'agissait également d'étudier les effets des idéologies patriarcales sur ces représentations. Nous avons d'abord identifié les représentations associées à la violence conjugale (300 victimes et 210 personnes tout-venant). Nous avons ensuite construit un questionnaire basé sur ces résultats et avons ajouté deux échelles d'adhésion aux idéologies patriarcales (302 personnes tout-venant). Bien que la violence conjugale fasse l'objet d'une forte condamnation morale, les personnes interrogées construisent cet objet à partir de psychologies de sens commun qui tendent à diminuer la responsabilité de l'auteur et à augmenter celle de la victime. Ces raisonnements sont socialement régulés par l'adhésion aux idéologies patriarcales. Nous discutons l'intérêt de prendre en compte les représentations associées à la violence conjugale dans la conception des campagnes de sensibilisation pour le grand public, mais également dans la prise en charge des femmes qui en sont victimes.

- O'Doherty et al. -2015 - International	Le dépistage des femmes dans des établissements de soins quant aux violences exercées par un partenaire intime -Revue systématique de la littérature (IMRAD) -COCHRANE LIBRARY		Les violences exercées par un partenaire intime affectent négativement les personnes, leurs enfants, les communautés ainsi que la société et l'économie en général. Certains gouvernements et organismes de santé recommandent le dépistage pour toutes les femmes quant aux violences exercées par un partenaire intime plutôt que d'interroger seulement les femmes présentant des symptômes (la recherche de cas). Dans cette revue, nous avons examiné les preuves indiquant si le dépistage a des effets bénéfiques pour les femmes et ne mène à aucun effet délétère. Les preuves indiquent que le dépistage dans les établissements de soins augmente l'identification des femmes vivant des violences exercées par un partenaire intime. Dans l'ensemble, les taux étaient toutefois faibles par rapport aux meilleures estimations de la prévalence des violences exercées par un partenaire intime chez les femmes ayant recours à des services de soins. Les femmes enceintes dans les cliniques prénatales pourraient être plus susceptibles de dénoncer les violences exercées par un partenaire intime lorsqu'elles sont interrogées, cependant, de nouvelles recherches rigoureuses sont nécessaires pour confirmer cela. Il n'y avait aucune preuve d'un effet au niveau d'autres critères de jugement (le renvoi à des services de soutien, la réexposition aux violences, les mesures de l'état de santé, les préjudices provenant du dépistage). Par conséquent, bien que le dépistage augmente les identifications, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour le justifier dans les établissements de soins. En outre, il est important de réaliser d'autres études comparant le dépistage universel au dépistage par recherche de cas (avec ou sans interventions thérapeutiques ou de sensibilisation) au niveau du bien-être à long terme des femmes afin d'informer les stratégies d'identification des violences exercées par un partenaire intime dans les établissements de soins.
-Hameed M. et al. -2020 - international -revue systématique de la littérature scientifique	Thérapies psychologiques pour les femmes subissant la violence de leur partenaire intime - Article IMRAD -COCHRANE LIBRARY		La violence exercée par le partenaire intime (VPI) à l'égard des femmes est très répandue et fortement associée aux problèmes de santé mentale. Les femmes victimes de VPI se rendent fréquemment dans les services de santé pour des problèmes de santé mentale. L'Organisation mondiale de la santé recommande que les femmes qui ont été victimes de VPI et ayant un diagnostic de santé mentale reçoivent des traitements de santé mentale basés sur des données probantes. Cependant, on ne sait pas si les thérapies psychologiques fonctionnent pour les femmes dans le contexte de VPI et si elles ont un effet néfaste. Il existe des données probantes indiquant que pour les femmes ayant été victimes de VPI, les thérapies psychologiques réduisent probablement la dépression et pourraient réduire l'anxiété. Cependant, nous ne savons pas si les thérapies psychologiques améliorent d'autres critères de jugement (auto-efficacité, syndrome de stress

			post-traumatique, réexposition à la VPI, planification de la sécurité) et les données sur les dommages sont limitées. Ainsi, si les thérapies psychologiques améliorent probablement la santé émotionnelle, il n'est pas certain que cette approche réponde aux besoins permanents des femmes en matière de sécurité, de soutien et de guérison holistique de traumatismes complexes. Davantage d'interventions axées sur les approches traumatiques et des essais plus rigoureux (avec des critères de jugement constants à des moments de suivi similaires) sont nécessaires, car nous n'avons pas pu synthétiser une grande partie de la recherche.
Ruijne et al. -2017 -Essai contrôlé randomisé (Étude quantitative)	Detection of domestic violence by community mental health teams: a multi-center, cluster randomized controlled trial - Article IMRAD -COCHRANE LIBRARY		This study is the first cluster randomized controlled trial to target both male and female psychiatric patients that experience DVA, using an intervention that involves training of professionals. We expect the rate of detected cases of DVA to increase in the intervention teams. With early detection of victimization of DVA in psychiatric patients we hope to improve the mental health of psychiatric patients in the short and long term.
Hirigoyen Marie-France -Livre	Femmes sous emprise les ressorts de la violence dans le couple (Non répertoriée dans le diagramme de flux)	Livre thématique de l'emprise (2005)	Il n'est pas évident de comprendre que les femmes supportent si longtemps ces situations de violence ou bien déposent plainte pour la retirer quelques jours plus tard. Le processus de l'emprise et du conditionnement est bien connu dans le cas des sectes. La plupart des professionnels s'accordent pour dire que les femmes n'ont pas de profil type, qu'on les rencontre dans tous les groupes sociaux et à tous les niveaux socioculturels. Toute femme quelle que soit sa personnalité ou sa position sociale, peut avoir à subir la violence de son conjoint, mais certains facteurs de vulnérabilité facilitent parfois l'accrochage avec ce type d'hommes et diminuent les défenses de la femme. Parler de vulnérabilité ne signifie pas qu'en raison d'une pathologie une femme attire ou provoque ce genre de situations, mais simplement que, face à ce type d'agressions, certaines d'entre elles vont présenter une moins grande résistance. La vulnérabilité des femmes est soit d'ordre social, lié à leur position de femme, soit d'ordre psychologique, en lien avec leur histoire ou même à leur personnalité. La compréhension de l'emprise passe par : - le conditionnement des victimes : -les mécanismes d'adaptation à la violence

Auteur/ date/lieu/revue	-Titre -Type et format de l'étude -Base de données	Objectifs de l'étude	Résumé/ résultats
- Le Bars et al. - 2015 -France -Enquête qualitative - Ethique et Santé	- Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... -Article de revue Ethique et Santé -LISSA	Enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales, dans le Rhône	État des lieux Les violences conjugales sont un véritable problème de santé publique en France, touchant une femme sur dix. Les répercussions sur la santé physique et psychique de ces femmes les conduisent à consulter deux fois plus souvent les médecins de premier recours que les femmes non-victimes. Cependant dans 75 % des cas, le médecin ignore la situation de violence conjugale. Objectifs et méthode Identifier les freins à l'expression des violences conjugales chez le médecin et les attentes de ces femmes en matière de prise en charge médicale par une enquête qualitative donnant la parole à 11 femmes, anciennes victimes de violences conjugales dans le Rhône, volontaires pour raconter leur histoire de vie. Résultats Les freins à l'expression des violences conjugales peuvent être inhérents à la femme, comme la peur d'être jugée, la peur de ne pas être crue et la croyance que ce n'est pas le rôle du médecin. Ils peuvent aussi être inhérents au médecin, comme le manque d'attention, le manque d'informations dispensées ou encore la présence du conjoint lors des consultations. Ces femmes recherchent un médecin qui sait être à l'écoute ainsi qu'un médecin qui sait faire : questionner, informer, orienter. Conclusion Ces femmes, brisant le silence, nous rappellent l'importance de l'empathie, pierre fondatrice de la relation médecin-patient, permettant de dépister plus largement les victimes de violences conjugales, et l'importance du réseau partenarial permettant d'orienter ces femmes vers le soutien dont elles ont besoin pour s'en sortir.
- Lopez Gérard - La Revue de l'Infirmière - 11/2014	-Conséquences psychologiques et prise en charge des femmes victimes de violences -article de revue spécialisée -avis d'expert :Pédopsychiatre et expert agréé par la Cour d'Appel de Paris, Co-fondateur de l'institut de victimologie de Paris -LISSA		Les violences conjugales ne font souvent que reproduire des violences répétées subies dans l'enfance. Le traitement d'une femme victime dépend beaucoup de son passé traumatique, et la prise en charge se conçoit en réseau avec divers partenaires. En améliorant le repérage et la prise en charge des enfants soi-disant témoins de violences familiales, mais en réalité co-victimes, c'est-à-dire maltraités, il est possible d'éviter la reproduction transgénérationnelle de la violence sous toutes ses formes. Domestic violence often just reproduces the repeated violence suffered as a child. The treatment of a female victim depends a lot on her traumatic past, and the care is designed in coordination with various partners. By improving the identification and care of children who are so-called witnesses to family violence, but who are really co-victims, in other words abused, it is possible to avoid violence in all its forms being reproduced across the generations.
Auteur/ date/lieu/revue	-Titre -Type et format de l'étude -Base de données	Objectifs de l'étude	Résumé/ résultats

-Mazza et al. -2021 -Association mondiale de psychiatrie -world Journal of Psychiatry	-Intimate partner violence: A loop of abuse, depression, and victimization -revue de la littérature: Article IMRAD -PUBMED	Domestic violence against women is a well-recognized health concern and has serious negative impact on women's lives. It is important to stress the fact that most of the factors associated with violence against women are preventable. Studies assessing screening and interventions practice in primary care services for women who experience intimate partner violence have demonstrated that clinical programs can mitigate the risk of subsequent violence. In addition, interventional studies have stressed that gender-norms transformation through behavioral change and communication focused program can promote gender equality norm and avert domestic violence against women. Intimate partner violence is often not obvious, and patients may present with nonspecific signs and symptoms. Clinicians must be aware of the red flags of domestic violence and incorporate the principles of trauma-informed care into their practice. This means asking about violence or risk of violence when it is safe and appropriate, in a private discussion and in a compassionate and nonjudgmental way, discussing needs, preferences, and immediate options. It is necessary to support the subject's autonomy, provide emotional and practical support, and personalize responses and possible solutions to the individual patient	Intimate partner violence has been recognized as a serious public health issue. Exposure to violence contributes to the genesis of, and exacerbates, mental health conditions, and existing mental health problems increase vulnerability to partner violence, a loop that imprisons victims and perpetuates the abuse. A recently described phenomenon is when male violence against females occurs within intimate relationships during youth, and it is termed adolescent or teen dating violence. In this narrative review, factors associated with intimate partner violence and consequences of exposure of children to parental domestic violence are discussed, along with possible intensification of violence against women with the spread of coronavirus disease 2019 pandemic and subsequent lockdown. Intervention programs with a multicomponent approach involving many health care settings and research have a pivotal role in developing additional strategies for addressing violence and to provide tailored interventions to victims. Prevention policy with a particular attention on healthy child and adolescent development is mandatory in the struggle against all forms of violence. People with mental illness may have a heightened risk of becoming victims of domestic violence and can be reluctant to disclose abuse. On the other hand, mental ill-health can also be a consequence of victimization and can involve post-traumatic stress disorder, depression, suicidality, and alcohol or substance misuse: Physical sequelae of abuse are added to psychological morbidity.
-Romito et al. -2022 -Italie -Revue professionnelle Empan	-L'impact des violences conjugales sur la santé psychologique des femmes -Article de revue : Résultat d'étude qualitative -CAIRN	L'article présente les résultats d'une étude auprès de femmes qui se sont adressées à un centre antiviolence en Italie à l'époque du Covid. Elles étaient interrogées sur l'existence de symptômes de détresse psychologique, leurs conditions de vie et les violences. Toutes subissaient des violences diverses de la part d'un partenaire ou ex-partenaire. L'intensité de la violence ainsi que son évolution (augmentation ou diminution) récente étaient liées à la fréquence des symptômes. Ces résultats confirment les relations étroites, mais pas toujours suffisamment reconnues, entre violence et	La violence conjugale compte actuellement une littérature scientifique prolifique, un édifice juridique vaste et des politiques publiques volontaristes. Ces éléments ont accompagné la construction d'un cadre d'action pour les professionnels-le-s et favorisé la conscientisation de la population. Après la publication du numéro 73 de la revue Empan consacré à cette thématique, de nouvelles recherches, des enquêtes nationales et internationales et la promulgation de lois ont continué à faire avancer la connaissance et le traitement de ce phénomène. Ce dossier fera part de cette trajectoire déjà parcourue et mettra en lumière les références théoriques et pratiques actuelles, les évolutions en termes de prise en charge et les enjeux aujourd'hui, y compris en contexte de crise sanitaire liée

		santé des femmes.	au Covid-19. Adoptant une perspective pluridisciplinaire, ce dossier rassemblera des apports du monde académique, mais aussi juridique, du travail social et de la clinique.
-Misdrahi -2016 - international -L'encéphale	-Expériences traumatiques et état de stress post traumatique dans la schizophrénie -Revue narrative de la littérature -LISSA (EM consulte)		Les patients souffrant de schizophrénie sont particulièrement à risque de développer des syndromes traumatiques ou des états de stress post traumatiques. La prévalence de l'état de stress post traumatique dans la schizophrénie a été estimée à environ 16 %. Cependant, les troubles anxieux et les états dépressifs dans cette population sont sous-estimés dans un système diagnostic hiérarchique qui prévaut dans la pratique clinique habituelle. Les situations traumatismes chez les patients souffrant de schizophrénie peuvent être déclinées de la façon suivante : (i) le vécu traumatique des symptômes psychotiques, (ii) la perception traumatique des soins et (iii) les traumatismes précoces. Les symptômes psychotiques eux-mêmes comme les hallucinations, les idées délirantes ou la désorganisation peuvent constituer des expériences terrifiantes. Durant un épisode aigu, les patients peuvent être exposés à des traitements coercitifs. L'hospitalisation sans consentement, l'utilisation de techniques d'isolement, de contention ou l'obligation de prendre des traitements sont des situations pouvant être perçues comme traumatiques. Les traumatismes précoces dans l'enfance, abus sexuel, abus physique ou émotionnel, seraient des facteurs de risque supplémentaires de survenue d'un état de stress post traumatique chez les patients exposés à un premier épisode psychotique ou à des traitements coercitifs. Ces expériences traumatiques constituent un obstacle à l'engagement des patients dans les soins et doivent être considérés comme des facteurs de mauvais pronostic. Les recommandations internationales préconisent d'établir avec le patient et de façon concertée des objectifs communs pour le traitement au long cours de la maladie. Ces objectifs devraient être discutés dans un contexte d'informations partagées en lien avec les objectifs personnels du patient pour garantir un traitement au long cours efficace. Impliquer les patients dans une décision médicale partagée permettrait de réduire l'impact traumatique des soins psychiatriques et de renforcer l'engagement thérapeutique. Dans cette revue de la littérature sont explorées les situations multiples en cause dans le vécu traumatique ou l'état de stress post traumatique des patients souffrant de schizophrénie ou d'un premier épisode psychotique. Les conséquences pour le pronostic de la maladie et les implications thérapeutiques sont discutées.
-Voyer et al. -2014	Violences conjugales et troubles psychiatriques -Article de revue -CAIRN	Il a effectivement été largement démontré que les complications psychiatriques secondaires aux violences chroniques sont	Les violences faites aux femmes et notamment les violences conjugales font l'objet d'un plan de prévention national, avec une volonté d'améliorer le dépistage

- français		majeures avec une augmentation de la mortalité (suicide, affections secondaires aux addictions...)et de la morbidité chez les victimes (dépression, ESPT...). Cette mortalité et cette morbidité sont également augmentées du fait des conséquences somatiques des violences physiques et sexuelles. Beaucoup de pathologies psychiatriques trouvent leurs racines dans la violence et il semble donc essentiel, pour les praticiens, d'oser poser des questions en lien avec la violence, ce qui pourra constituer une forme de « libération » pour la victime et qui l'aidera très probablement à entrer dans un processus thérapeutique. Pour finir, il semble important de pouvoir proposer des prises en charge psychologiques adaptées aux victimes de violence et notamment de violence conjugale, du fait de la spécificité de la symptomatologie psychotraumatique et de la nécessité d'un travail pluridisciplinaire en réseau. En effet, une évaluation globale de la situation de la victime est indispensable et repose sur les compétences de multiples partenaires (sociaux, judiciaires, médicaux, association d'aides aux victimes...) dont la connaissance permettra une prise en charge de meilleure qualité.	et la prise en charge des victimes, notamment par les personnels de santé. L'impact de ces violences sur le psychisme est majeur, mais les troubles psychiatriques qui peuvent être présentés sont divers, ce qui rend le dépistage des violences parfois difficiles. Cela montre l'importance d'avoir des connaissances sur le mécanisme des violences conjugales et leurs conséquences afin de pouvoir poser les questions qui permettront leurs révélations et ainsi pouvoir accompagner au mieux les victimes.
------------	--	---	---

-Salmona muriel -2015 -France - Livre professionnel: Psychothérapie et éducation	- Le changement dans les psychothérapies de femmes victimes de violences conjugales -Article tiré du Chapitre d'un livre (chapitre 23) -CAIRN		Dans la galaxie des psychothérapies et de la prise en charge éducative, on peut recenser un grand nombre de techniques, et une grande diversité de repérages théoriques. La question que pose ce livre est provocatrice : y a-t-il véritablement changement ? En fin de compte, peut-on changer ? Chaque auteur a traité ce défi du changement dans sa pratique de terrain en explicitant les ressorts qui accompagnent une véritable évolution. Ce thème du changement concerne aussi bien les névrotiques, les troubles de la personnalité que les sujets normaux, les victimes d'agression et les auteurs.
-Al Joboory et al. -09/2019 -France -Annales Médico-psychologiques, revue	-Psychotraumatologie : prendre en charge les traumatismes psychiques -Article scientifique -LISSA (EM consulte)	Pourquoi et comment prendre en charge les traumatismes psychiques ? Le phénomène du psychotraumatisme est sans doute aussi vieux que le début de l'humanité et a	En résumé , plus les troubles psychotraumatiques sont graves, plus ils peuvent se chroniciser en transformant la vie des victimes traumatisées en un enfer s'ils ne sont pas identifiés au plus tôt et pris en charge de façon spécifique. Il est

psychiatrique		déjà été décrit dans de nombreux écrits anciens. En France, les autorités publiques commencent réellement à s'y intéresser après les attentats de 1995. Depuis, de nombreux travaux ont démontré l'importance d'accompagner de façon précoce les personnes victimes d'événements traumatiques. Dans cet entretien, des professionnels et collaborateurs du Centre d'Accueil Spécialisé dans le Repérage et le Traitement des Traumatismes psychiques (Caspertt) décrivent ce que l'on entend par psychotraumatisme, détaillent les différentes approches thérapeutiques proposées en psychotraumatologie et expliquent en quoi la prise en charge du traumatisme psychique est un enjeu important, en particulier en termes de prévention d'autres troubles. Le Caspertt s'inscrit pleinement dans cette perspective de soins en utilisant différentes approches thérapeutiques classiques mais aussi novatrices comme le modèle TIM-E (Temporal Identity Model & Experiencing) ou l'HTSMA.	donc essentiel que les victimes traumatisées soient prises en charge, d'autant plus que le traitement est efficace. Il est également essentiel que les auteurs de violences ne restent pas impunis et qu'ils soient eux-mêmes soignés. Bien souvent, les agresseurs se trouvent être d'anciennes victimes. Un rapport de recherche sur les auteurs de violences sexuelles met en évidence que l'on retrouve dans le passé d'un tiers d'entre eux une agression sexuelle subie avant 10 ans, qui sera dans les trois quarts des cas multiple ou répétée au cours de l'enfance ou de l'adolescence. En ce sens, des liens de collaboration forts existent avec le service CRIAVS (Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles)/ERIOS de Bordeaux.
-Tapia Géraldine -Mars 2023 -européen -Européan journal of trauma et dissociation	-L'amnésie dissociative dans le Trouble de Stress Post-Traumatique: Analyse de la validité scientifique d'un phénomène psychologique controversé -Article scientifique : revue de la littérature -LISSA	Depuis les années 1990, persiste un débat scientifique autour de l'existence de l'amnésie dissociative. Certains auteurs sont persuadés de tenir les preuves de son existence, tandis que d'autres, plus sceptiques, contestent les preuves peu convaincantes avancées par les premiers. Or, ce débat est absolument central dans le champ du psychotraumatisme, car la remise en question de l'amnésie dissociative engendre des répercussions cliniques, thérapeutiques et juridiques colossales pour toutes les victimes. Dans cet article, nous proposons de poser un regard scientifique sur ce concept, notamment par le biais de données issues des modèles animaux, afin d'apporter une validité scientifique à l'existence de l'amnésie dissociative. Après avoir passé en revue les principaux modèles théoriques de ce concept, nous proposons de formuler	Nous espérons que cet article constituera une base théorique et empirique solide sur laquelle un psychologue, un psychiatre ou un magistrat pourra s'appuyer pour conclure à un lien concret entre l'exposition à un événement traumatique et la non-accessibilité plus ou moins temporaire à son vécu épisodique. À la question posée par Dodier dans son article : « Est-il possible d'inférer un lien causal entre trauma et oubli uniquement sur le fait que les souvenirs sont de nature traumatique, car relatant de violences subies dans le passé ? La réponse est non. » (Page 25) (Dodier, 2021). Cet article démontre au contraire que la réponse peut être « oui » à condition que par « oubli » on entende « une incapacité plus ou moins temporaire à récupérer un souvenir ». Il est essentiel de mieux former les psychologues, les psychiatres et les magistrats au fonctionnement de la mémoire afin que ceux-ci puissent mieux appréhender les phénomènes d'amnésie dissociative qui en découlent, car les enjeux pour les victimes en termes scientifiques, cliniques et judiciaires sont cruciaux.

		une hypothèse mécaniste de l'amnésie dissociative et de répondre aux principaux arguments classiquement avancés par ses détracteurs. Enfin, nous proposons de clarifier le débat qui subsiste entre amnésie dissociative et faux souvenirs. Nous espérons que cet article constituera une base théorique solide sur laquelle un psychologue, un psychiatre ou un magistrat pourra s'appuyer pour conclure à un lien concret entre l'exposition à un événement traumatique et la non-accessibilité plus ou moins temporaire à son vécu épisodique.	« Il n'est pas question ici de nier la possibilité que certaines personnes puissent user de faux témoignages ou prétendre à tort souffrir d'amnésie dissociative. Mais reconnaître cette possibilité n'implique pas pour autant de faire disparaître l'amnésie dissociative des alternatives existantes. Car nier aujourd'hui l'existence de l'amnésie dissociative revient aussi à remettre en cause la validité de jugements qui ont apporté la preuve de la véracité des abus sexuels perpétrés, qui ont pourtant été récupérés par les victimes des années après les faits (Coons, 1994; Dalenberg, 1996; Dalenberg et al., 2012; Widom & Morris, 1997). Enfin, fermer la piste de l'amnésie dissociative, c'est condamner les victimes à retourner au silence, à la honte, à la culpabilité et à la clandestinité, c'est priver les victimes d'une chance de se reconstruire juridiquement, socialement et humainement ».
Bazex et al. -2010 -France -L'encéphale	La création d'un réseau pluridisciplinaire de prévention de la violence conjugale -Article de revue spécialisée -LISSA (EM consulte)		Les victimes de violences de couple présentent un risque important de développer des symptômes physiques et mentaux. La littérature actuelle encourage les améliorations à poursuivre en termes de prévention des conséquences des violences sur la santé des victimes. Cette publication présente les principales étapes de la mise en place d'un réseau (réseau Previos) dont l'un des objectifs principaux est d'améliorer la connaissance et les pratiques de prise en charge auprès des victimes de violences conjugales. Après avoir retracé le déroulement et la méthodologie des consultations menées auprès des victimes, nous montrerons en quoi le dispositif de prise en charge en réseau permet de dépasser les limites de la pratique traditionnelle. Au travers d'illustrations thématiques (prévention des conséquences psychologiques, prévention des conséquences sur l'enfant témoin des violences conjugales et prévention des agressions sexuelles), nous traitons du positionnement professionnel et déontologique spécifique que les professionnels tiennent dans ce dispositif.

Annexe B : exercices d'ancrages

Ces techniques visent à soulager les états de détresse émotionnelle et à lutter contre la dissociation

ANCORAGE

Ces techniques doivent être répétées très régulièrement, notamment en dehors des crises, pour être efficaces

SI JE PEUX ME DÉPLACER

Je m'étire très fort (doigts, bras, cou, muscles du visage, dos, jambes etc.) Je sautille sur place (je sens mon poids, les mouvements et les contacts avec le sol) Je marche lentement (je compte mes pas ou je pense droite/gauche)	Je fais couler de l'eau sur mes mains Je me projette de l'eau sur le visage Je prends une douche Je prends un bain Je fais de l'exercice (ex. courir dehors ou aller nager à la piscine)
--	---

SI JE PEUX BOUGER

Je serre les poings, je les desserre et ainsi de suite (je me concentre sur les muscles) Je me cramponne à ma chaise ou à quelque chose d'autre, aussi fort que possible Je me tiens sur mes talons (je sens le poids qui s'applique sur le sol)	Je manipule un objet agréable au toucher (je me concentre sur les sensations) Je regarde un objet qui a du sens pour moi (ex. une photo, un cadeau) Je sens un objet qui dégage une odeur (ex. crème, parfum, sachet de thé)
---	--

SI JE PEUX PARLER (sinon intérieurement)

Je nomme 5 choses que je peux voir Je nomme 4 choses que je peux entendre Je nomme 3 choses que je peux toucher Je nomme 2 choses que je peux sentir Je nomme 1 chose que je peux goûter	Je me dis des choses gentilles et encourageantes (ex. ça va passer) Je décris en détails 3 objets autour de moi Je décris de façon détaillée une de mes activités quotidiennes Je lis quelque chose que je trouve autour de moi (ex. livre, affiche, panneau) Je chante ou je récite quelque chose d'inspirant ou de réconfortant
--	--

SI JE PEUX SENTIR/RESSENTIR

Je sens les contacts du souffle de ma respiration (je respire lentement)	Je sens les contacts de mon corps avec mes vêtements
--	---

SI JE PEUX M'ORIENTER

Je nomme le lieu où je me trouve J'annonce mon identité	J'annonce l'heure et la date Je nomme le président de la République
---	--

SI JE PEUX PENSER

Je m'imagine protégé-e du mal (par des murs, des gardes ou un pouvoir) Je joue au jeu des catégories (ex. je cite des noms de pays qui débutent par « A »)	Je m'imagine dans un endroit sûr (réel ou imaginaire) Je prévois de m'accorder une récompense une fois que ce sera passé
--	--

SI JE PEUX ME SOUVENIR

Je décris de façon détaillée un souvenir neutre ou agréable Je progresse jusqu'au présent (ex. je décris mes anniversaires successifs)	Je décris ce que je dois faire dans les heures/jours qui viennent Je pense aux favoris de ma vie (ex. choses, activités, gens, principes et valeurs)
--	--

Annexe C

Le trouble de stress aigu selon le DSM-5

Le trouble de stress aigu doit retrouver la présence de 9 des symptômes suivants ce qui détermine le critère B :

Souvenirs envahissants provoquant un sentiment de détresse (répétitifs, involontaires et envahissants)

Humeur négative (incapacité persistante à éprouver des émotions positives)

Symptômes dissociatifs (altération de la perception de la réalité, de son environnement, ou de soi-même+/- incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques en raison de l'amnésie dissociative)

Symptômes d'évitements

-efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse

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

Symptômes d'éveil

-Perturbation du sommeil

-comportement irritable ou accès de colère

-hypervigilance

-Difficulté de concentration

-Réaction de sursaut exagérée

Pour le critère D cette perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Pour le critère E cette perturbation ne doit pas être due aux effets physiologiques d'une substance et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique.

Les critères D et E sont également similaires dans le diagnostic de l'ESPT.

Annexe D : LE TSPT selon les critères du DSM-5

Le critère A. Il est le même dans les 2 cas, il s'agit de l'« 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 :

- En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques
- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes
- 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
- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques

Le critère B. est la présence d'un ou des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques
- Réactions dissociatives (« par ex : flash-backs ») au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements allaient se reproduire.
- 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.
- 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 en cause

Le critère C. évitement 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 de deux des manifestations suivantes

- Évitement 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

- Évitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés

Le critère D. Altération négative des cognitions et de l'humeur associées à un ou à plusieurs événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants

- Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (amnésie dissociative)

- Croyance ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes, ou le monde (ex « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance en personne », « le monde entier est dangereux »)

- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

- État émotionnel négatif persistant (ex crainte, horreur, colère, culpabilité, honte)

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

- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex-bonheur, satisfaction, ou sentiment affectueux)

Le critère E. Altération marquée de l'éveil et de la réactivité 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 événements suivants :

- 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

- Comportement irréfléchi ou autodestructeur

- Hypervigilance

- Réaction de sursaut exagérée

- Problèmes de concentration
- Perturbation du sommeil (ex-difficulté d'endormissement, sommeil interrompu

ou agité)

Il est nécessaire de spécifier le type de TSPT, qui peut être :

-Avec symptômes dissociatif : les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un stress post traumatique; de plus et en réponse au facteur de stress le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes suivants :

- Dépersonnalisation: 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
- Déréalisation: expériences persistantes ou récurrente d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par ex: le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé)

-A expression retardée: si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement (alors que le début ou quelques symptômes peuvent être immédiats)

Annexe E

Attestation clinique Infirmière
EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE
 Sur demande de la personne et remis en main propre
Validée par l'Ordre National Infirmier

Un double doit être conservé par l'infirmier.e

Nom prénom de l'infirmier.e :

Adresse professionnelle :

Numéro ADELI et/ou RPPS et/ou d'inscription à l'ordre infirmier :

Je certifie avoir examiné.e le (date en toutes lettres) _____ à _____
 heure _____, à _____ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Madame ou Monsieur _____ (nom -- prénom)¹, né.e le (en toutes lettres) _____
 Domicilié.e à _____

Age de la grossesse (le cas échéant) _____

FAITS OU COMMÉMORATIFS:

La personne déclare : « j'ai été _____, je suis _____
 _____ ».

DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :

Elle dit se plaindre de² « _____
 _____ »

EXAMEN CLINIQUE INFIRMIER : (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :

- sur le plan psychique/émotionnel :

Joindre photographies éventuelles prises par l'infirmier.e, datées, signées et tamponnées au verso.

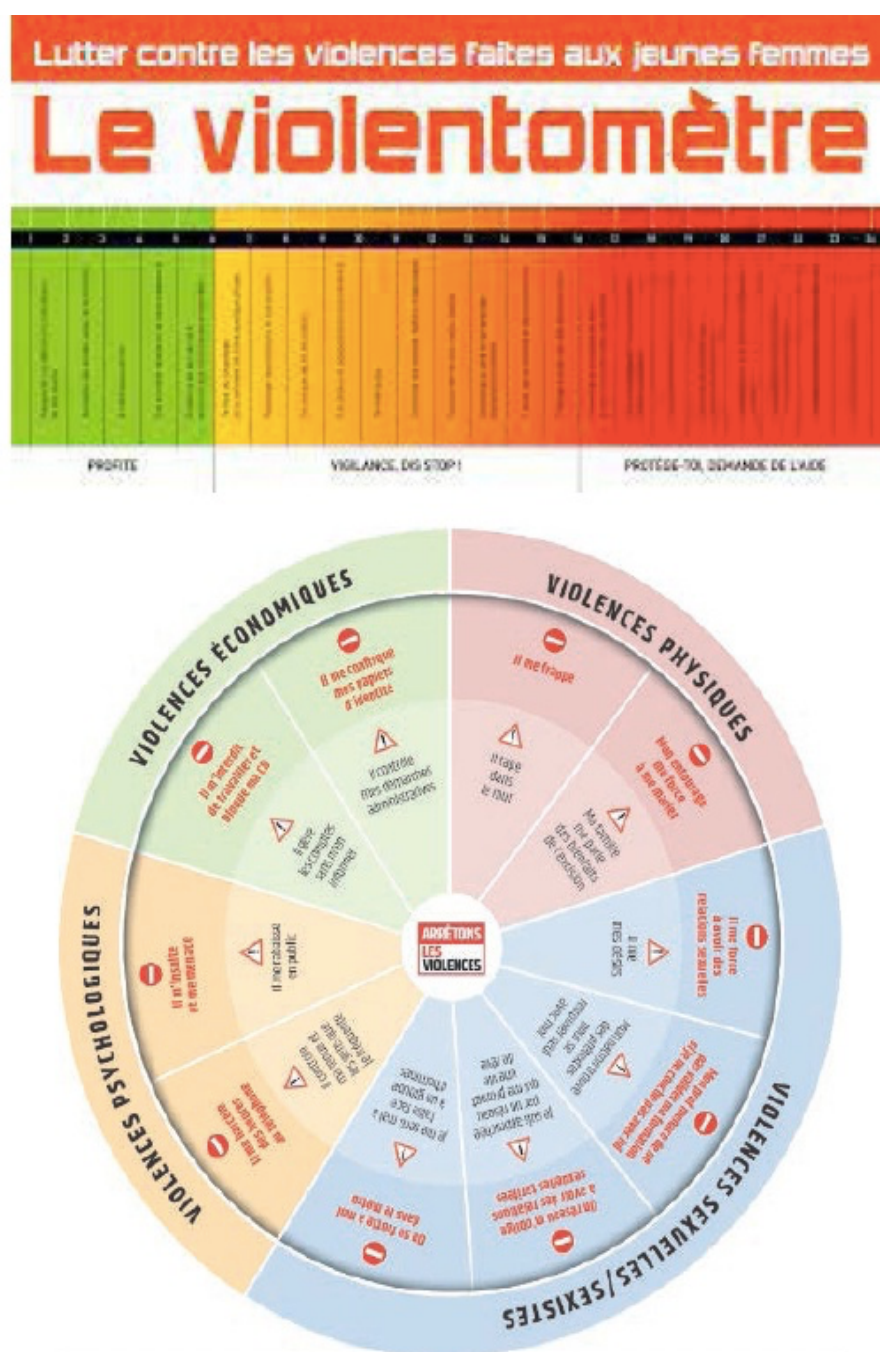
Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Attestation établie à la demande de l'intéressé.e et remise en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DE L'INFIRMIER.E et/ou DU SERVICE

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né.e le.... »

² Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signaler le caractère répétitif.



Annexe G: Échelle de dépistage de la violence au sein du couple

Questionnaire WAST (Woman Abuse Screening Tool)



Ces questions portent sur les 12 derniers mois.

1. En général, comment décririez-vous votre relation avec votre conjoint ?
 - ☐ 2 - Très tendue.
 - ☐ 1 - Assez tendue.
 - ☒ 0 - Sans tension.
2. Comment vous et votre conjoint arrivez-vous à résoudre vos disputes ?
 - ☐ 2 - Très difficilement.
 - ☐ 1 - Assez difficilement.
 - ☒ 0 - Sans difficulté.
3. Les disputes avec votre conjoint font-elles que vous vous sentez rabaissée ou que vous vous sentez dévalorisée ?
 - ☐ 2 - Souvent.
 - ☐ 1 - Parfois.
 - ☒ 0 - Jamais.
4. Les disputes avec votre conjoint se terminent-elles par le fait d'être frappée, de recevoir des coups de pieds ou d'être poussée (bousculée) ?
 - ☐ 2 - Souvent.
 - ☐ 1 - Parfois.
 - ☒ 0 - Jamais.
5. Vous êtes-vous déjà sentie effrayée par ce que votre conjoint dit ou fait ?
 - ☐ 2 - Souvent.
 - ☐ 1 - Parfois.
 - ☒ 0 - Jamais.
6. Votre conjoint vous a-t-il déjà maltraitée physiquement ?
 - ☐ 2 - Souvent.
 - ☐ 1 - Parfois.
 - ☒ 0 - Jamais.
7. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement ?
 - ☐ 2 - Souvent.
 - ☐ 1 - Parfois.
 - ☒ 0 - Jamais.
8. Votre conjoint a-t-il déjà abusé de vous sexuellement ?
 - ☐ 2 - Souvent.
 - ☐ 1 - Parfois.
 - ☒ 0 - Jamais.

Résultat :

Interprétation:
 Le questionnaire Woman Abuse Screening Tool (WAST) est un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, d'origine canadienne, qui a été validé entre autre en anglais et en français.
 Le score va de 0 à 16. Un score ≥ 5 pour le questionnaire détermine l'exposition à des violences conjugales.
 Certaines versions notent de 1 à 3 pour chaque item au lieu de 0 à 2. Cette version est celle validée en français.

Références:
 Guiguet-Auclair C, Boyer B, Djabour K, Ninert M, Verneret-Bord E, Vendittelli F, et al. Validation de la version française d'un outil de dépistage des violences conjugales faites aux femmes, le WAST (Woman Abuse Screening Tool). Bull Epidemiol Hebd. 2021;(2):32-40.
 Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med. 1996;28(6):422-8.

[\[Racine\]](#) - [\[Alphabétique\]](#) - [\[Spécialités\]](#)

Annexe H : IES-R

IES-R version française					
Nom patient :		Date passation :			
Instructions. Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés <i>au cours des 7 derniers jours</i> en ce qui concerne l'événement :					
Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés ?					
	Pas du tout	Un peu	Moyen- nement	Passa- blement	Extrême -ment
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement	0	1	2	3	4
2. Je me réveillais la nuit	0	1	2	3	4
3. Différentes choses m'y faisait penser	0	1	2	3	4
4. Je me sentais irritable et en colère	0	1	2	3	4
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser	0	1	2	3	4
6. Sans le vouloir, j'y repensais	0	1	2	3	4
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel	0	1	2	3	4
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser	0	1	2	3	4
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête	0	1	2	3	4
10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement	0	1	2	3	4
11. J'essayais de ne pas y penser	0	1	2	3	4
12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face	0	1	2	3	4
13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés	0	1	2	3	4
14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement	0	1	2	3	4
15. J'avais du mal à m'endormir	0	1	2	3	4
16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement	0	1	2	3	4
17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire	0	1	2	3	4
18. J'avais du mal à me concentrer	0	1	2	3	4
19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations	0	1	2	3	4
20. J'ai rêvé à l'événement	0	1	2	3	4
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes	0	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas en parler	0	1	2	3	4

Score :

- un score au-dessus de 22 moins d'1 mois après l'événement : indice pour un stress aigu (surveiller)
- score au dessus de 36 plus d'1 mois après l'événement : indice pour un état de stress post-traumatique (consulter)

Annexe I :Échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton

1)Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2)Sentiments de culpabilité

0 Absent.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3)Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4)Insomnie du début de nuit

0 Absent.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5)Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6)Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7)Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités Professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le

Malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Leger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, Hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de Médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'Energie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un Besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats :

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.
Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Annexe J : échelle de dépistage du TSPT

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

Annexe K :Échelle d'évaluation de l'ESPT complexe

International Trauma Questionnaire – Version Française

Instructions: Merci d'indiquer quelle est l'expérience qui vous perturbe le plus et répondez aux questions par rapport à cette expérience.

Description de l'expérience _____

Quand l'expérience s'est-elle passée ? (entourez une réponse)

- a. il y a moins de 6 mois
- b. 6 à 12 mois
- c. 1 à 5 ans
- d. 5 à 10 ans
- e. 10 à 20 ans
- f. il y a plus de 20 ans

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes et de plaintes qu'ont parfois les personnes suite à des expériences de vie stressantes ou traumatiques. Merci de lire chaque item attentivement, puis entourez un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème le mois dernier.

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience ?	0	1	2	3	4
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se rejoue ici et maintenant ?	0	1	2	3	4
P3. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	0	1	2	3	4
P4. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations)?	0	1	2	3	4
P5. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4
P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut ?	0	1	2	3	4

Symptômes ci-dessous le mois dernier

P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes que peuvent avoir parfois les personnes qui ont connu un événement stressant ou traumatique. Les questions se rapportent à la manière dont vous vous

Annexe L : échelle de détresse péritraumatique (PDI)

Je ressentais de l'impuissance.	0	1	2	3	4
Je ressentais de la tristesse et du chagrin.	0	1	2	3	4
Je me sentais frustré(e) et en colère.	0	1	2	3	4
J'avais peur pour ma propre sécurité.	0	1	2	3	4
Je me sentais coupable.	0	1	2	3	4
J'avais honte de mes réactions émotionnelles.	0	1	2	3	4
J'étais inquiet pour la sécurité des autres.	0	1	2	3	4
J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions.	0	1	2	3	4
J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle.	0	1	2	3	4
J'étais horrifié(e).	0	1	2	3	4
J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations.	0	1	2	3	4
Je sentais que je pourrais m'évanouir.	0	1	2	3	4
Je pensais que je pourrais mourir.	0	1	2	3	4

Sources : Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S. et Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 67-71.

Annexe M : Échelle d'évaluation du danger

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Identité	Nom : _____ Prénom : _____		
	Date et lieu de naissance : _____		
	Adresse : _____		
	Coordonnées téléphoniques où elle peut être contactée en sécurité (préciser les horaires et jours si besoin) : _____		
	Mail où elle peut être contactée en sécurité : _____		
	QUESTIONS	OUI	NON
Informations sur la victime	Êtes-vous blessé ?		
	Craignez-vous de nouvelles violences (envers vous, vos enfants, proches, etc.) ?		
	Selon vous, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il eu connaissance de votre projet de séparation ? Ou êtes-vous séparés ? (cherche-t-il à connaître votre lieu de résidence ?)		
	Vous sentez-vous isolé de votre famille et/ou de vos amis ?		
	Avez-vous peur pour vous et/ou pour vos enfants ?		
	Êtes-vous déprimé ou vous sentez-vous « à bout », sans solution ?		
Informations sur l'auteur	Votre partenaire ou ancien partenaire possède-t-il des armes à feu (déclarées ou non) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire consomme-t-il de l'alcool, des drogues et/ou médicaments ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il des antécédents psychiatriques ?		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà blessé quelqu'un d'autre ? (notamment ancienne partenaire)		
	À votre connaissance, votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà eu des problèmes avec la justice ou la police ?		
	La police ou la gendarmerie est-elle déjà intervenue à votre domicile ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà tenté ou menacé de se suicider ?		
Contexte des violences	Votre partenaire ou ancien partenaire s'est-il déjà montré violent envers vous ?		
	La fréquence des violences a-t-elle augmenté récemment ? (violences verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques)		
	Êtes-vous enceinte ou avez-vous un enfant de moins de deux ans ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire essaie-t-il de contrôler ce que vous faites (vêtements, maquillage, sortie, travail...) ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire exerce-t-il sur vous une surveillance quotidienne, du harcèlement moral et/ou sexuel au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres ?		
	Disposez-vous librement de votre argent, de vos documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale...) ?		
	Êtes-vous en difficultés financières ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà menacé de vous tuer ou de tuer quelqu'un d'autre ? (enfant)		
	A-t-il précisé de quelle manière il projetait de le faire ?		
	Votre partenaire ou ancien partenaire a-t-il déjà évoqué ou commis des actes à caractère sexuel qui vous ont mis mal à l'aise, ont heurté votre sensibilité ou vous ont blessé ?		

Annexe N: Évaluation de l'emprise

Questions

L'emprise

La victime indique-t-elle recevoir des propos dévalorisants, humiliants, dégradants ou injurieux de la part de son partenaire ou ancien partenaire ?

La victime se sent-elle sous **surveillance permanente** ou harcelée moralement et/ou sexuellement au moyen de mails, sms, appels, messages vocaux, lettres, etc. ? La victime dit-elle disposer librement de son temps ?

La victime se dit-elle empêchée ou restreinte par son partenaire d'entrer en contact avec sa famille et/ou ses amis ?

La victime se sent-elle déprimée ou « à bout », sans solution ?

La victime s'estime-t-elle responsable de la dégradation de la situation ?

La victime fait-elle part de menaces ou de tentatives de suicide par son partenaire ?

La victime paraît-elle en situation de dépendance financière ?
Son partenaire l'empêche-t-elle de disposer librement de son argent ?

La victime se voit-elle confisquer ses documents administratifs (papiers d'identité, carte vitale, etc.) par son partenaire ?

La victime se dit-elle dépendante des décisions de son partenaire ?
Son partenaire ignore-t-il ses opinions, ses choix ?

La victime évoque-t-elle l'exercice d'un contrôle, de la part de son partenaire, sur ses activités et comportements quotidiens (vêtements, maquillage, sortie, travail, etc.) ?

Annexe O: Version française de l'échelle BACE-3

	Raisons	Cela m'a empêché, retardé ou découragé :			
		Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
1	Je n'ai pas vraiment su où aller pour trouver l'aide d'un professionnel de santé	0	1	2	3
2	J'ai voulu résoudre le problème par moi-même	0	1	2	3
3	J'ai craint d'être considéré comme faible à cause d'un problème de santé mentale	0	1	2	3
4	J'ai eu peur d'être hospitalisé contre ma volonté	0	1	2	3
5	J'ai craint que cela nuise à mes chances d'être embauché Je ne suis pas concerné ☐	0	1	2	3
6	J'ai eu des difficultés pour me rendre aux rendez-vous (transport, difficultés de déplacement)	0	1	2	3
7	J'ai pensé que le problème allait s'améliorer de lui-même	0	1	2	3
8	J'ai été inquiet de ce que ma famille pouvait penser, dire ou ressentir	0	1	2	3
9	J'ai été gêné ou j'ai eu honte	0	1	2	3
10	J'ai préféré d'autres types de soins (par exemple, soins traditionnel/religieux ou thérapie alternative/complémentaire)	0	1	2	3
11	Je n'avais pas les moyens financiers nécessaires	0	1	2	3
12	J'ai eu peur d'être considéré comme "fou"	0	1	2	3
13	J'ai pensé qu'une assistance de la part d'un professionnel de santé ne m'aiderait pas	0	1	2	3
14	J'ai eu peur d'être considéré comme un mauvais parent Je ne suis pas concerné ☐	0	1	2	3
15	Il n'y avait pas de professionnel de santé de mon groupe culturel ou ethnique	0	1	2	3
16	J'ai été trop malade pour demander de l'aide	0	1	2	3
17	J'ai eu peur que les gens que je connais l'apprennent	0	1	2	3
18	Je n'aimais pas parler de mes sentiments, émotions ou pensées	0	1	2	3
19	J'ai craint que l'on ne me prenne pas au sérieux, si les gens apprenaient que j'avais recours à une aide professionnelle	0	1	2	3

20	J'ai été préoccupé par les effets éventuels des traitements disponibles (effets secondaires des médicaments...)	0	1	2	3
21	Je ne voulais pas qu'un problème de santé mentale soit dans mon dossier médical	0	1	2	3
22	J'ai eu des mauvaises expériences précédemment avec des professionnels de santé mentale	0	1	2	3
23	J'ai préféré chercher de l'aide auprès de ma famille et de mes amis	0	1	2	3
24	J'ai eu peur que mes enfants soient confiés aux services sociaux, que je ne puisse plus les voir ou que je perde leur garde Je ne suis pas concerné ☐	0	1	2	3
25	Je ne pensais pas avoir de problème	0	1	2	3
26	J'ai craint ce que mes amis pouvaient penser, dire ou faire	0	1	2	3
27	Il m'était difficile d'être disponible compte tenu de mon travail Je ne suis pas concerné ☐	0	1	2	3
28	J'ai craint ce que mes collègues de travail pouvaient penser, dire ou faire Je ne suis pas concerné ☐	0	1	2	3
29	Je ne pouvais pas faire garder mes enfants pendant que je recevais les soins Je ne suis pas concerné ☐	0	1	2	3
30	Je n'avais personne qui pouvait m'aider à obtenir l'aide d'un professionnel de santé	0	1	2	3

Annexe P :Affiche de recrutement des participantes au CRP sud NA



Etudiante infirmière en pratique avancée en 2^e année de master à la faculté de Poitiers, je réalise mon mémoire de recherche sur “[Les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale pour les femmes victimes de violences conjugales](#)”

Dans ce cadre je réalise un questionnaire en ligne. Ce questionnaire est totalement anonyme, l'enregistrement de vos réponses ne contient aucune information permettant de vous identifier.

Pour participer vous pouvez utiliser le flash code ci-dessous



Vous pouvez aussi en parler à un professionnel du CRP pour recevoir le lien par mail ou bien utiliser l'URL suivant: <https://survey.appli.univ-poitiers.fr/179118?lang=fr>

Ce questionnaire s'adresse à:

- Toute femme majeure ayant été victime de violences d'un conjoint ou d'un ex-conjoint
- Quel que soit le type de violence: psychologique, physique, sexuelle, économique, administrative
- Que vous ayez déjà bénéficié de soins auprès de professionnels de santé mentale ou non
- Il contient 30 questions à cocher et prend entre 5 et 10 minutes

Je vous remercie pour votre participation.



Véronique Richard

Annexe Q : Paramétrage du questionnaire d'enquête via lime Survey

LimeSurvey [Créer un questionnaire](#) [Questionnaires](#) [Aide](#) [Configuration](#) [Questionnaire\(s\) activé\(s\)](#) [vricha10](#)

Questionnaires ➔ Les barrières à l'accès aux soins en santé mentale (179118) ➔ Vue d'ensemble

[Arrêter ce questionnaire](#) [Exécuter le questionnaire](#) [Outils](#) [Exporter](#)

Résumé du questionnaire : Les barrières à l'accès aux soins en santé mentale (Identifiant (ID) 179118)

Partager le questionnaire Français (Langue de base): https://survey.appli.univ-poitiers.fr/179118?lang=fr URL de fin : - Nombre de question(s)/groupe(s) : 30/3 Panneau de partage : Ouvrir le panneau de partage	Éléments textuels : Description : Critères d'inclusion : Je suis une femme de plus de 18 ans J'ai déjà subi des violences d'un conjoint ou d'un ex-conjoint quel que soit son type: violence physique, sexuelle, psychologique, économique, administrative Accueil : Est-ce qu'une ou plusieurs de ces raisons expliquent que vous ayez renoncé ou retardé à obtenir ou à poursuivre un so... Afficher plus Message de fin : Merci d'avoir pris du temps pour remplir ce questionnaire
Paramètres de publication et d'accès: Date/Heure de lancement : 27.02.2024 14:00 Date / heure d'expiration : 19.04.2024 12:43 Listé publiquement : Oui	Paramètres généraux du questionnaire Propriétaire : vricha10 (veronique.richard@etu.univ-poitiers.fr) Administrateur : Etudiante en médecine (veronique.richard@etu.univ-poitiers.fr) Thème : fruity
Conseils et avertissements : Les réponses de ce questionnaire sont anonymes. Présentation question par question. Les réponses seront datées Utilisation des cookies pour le contrôle d'accès. Si les codes d'accès participant sont utilisés, le public peut s'inscrire pour ce sondage La notification simple par courriel est envoyée à : La notification détaillée par courriel avec les données de réponses est envoyée à :	Utilisation de la base de données: Pas d'info ou de donnée trouvées



Annexe R : Résultats du questionnaire avec les histogrammes

Les barrières à l'accès aux soins en santé mentale

Résultats

Questionnaire 179118

Nombre d'enregistrement(s) pour cette requête :	39
Nombre total d'enregistrements pour ce questionnaire :	39
Pourcentage du total :	100.00%

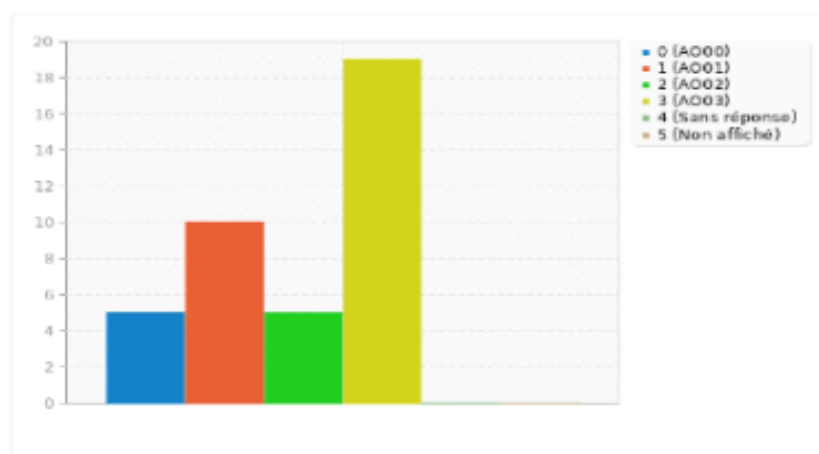
Résumé pour Q00001 (SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint d'être considéré comme faible à cause d'un problème de santé mentale

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	6	12.82%
1 = Un peu (AO01)	10	26.64%
2 = Moyennement (AO02)	5	12.82%
3 = Beaucoup (AO03)	18	48.72%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00001 (SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint d'être considéré comme faible à cause d'un problème de santé mentale



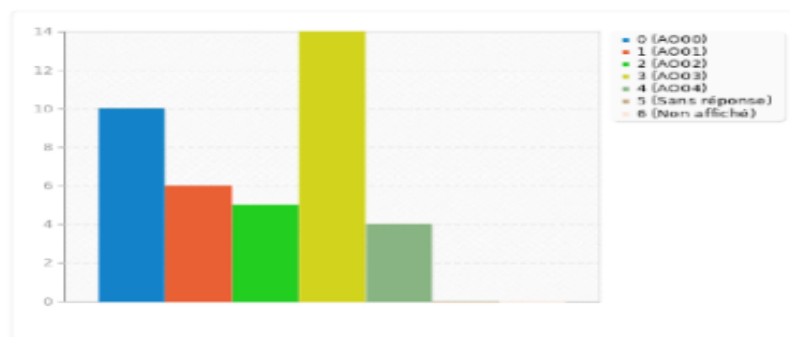
Résumé pour Q00002(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que cela nuise à mes chances d'être embauché

Réponses	Décompte	Pourcentage
0 - Pas du tout (A000)	10	25.84%
1 - Un peu (A001)	6	15.38%
2 - Moyennement (A002)	5	12.50%
3 - Beaucoup (A003)	14	35.80%
Je ne suis pas concerné (A004)	4	10.25%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00002(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que cela nuise à mes chances d'être embauché



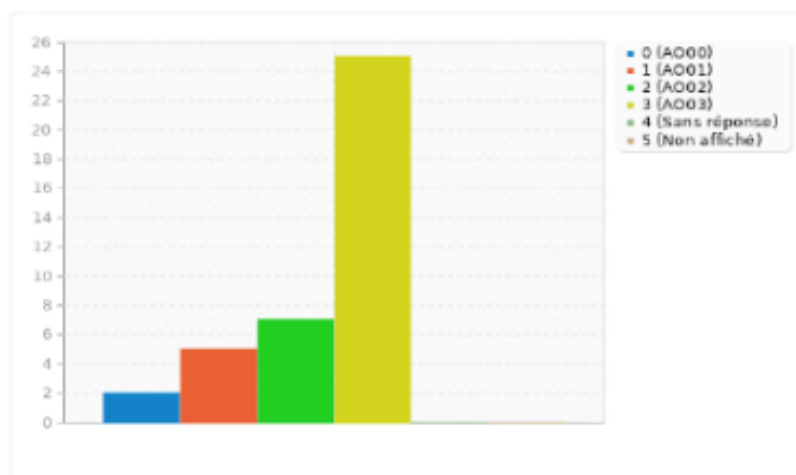
Résumé pour Q00003(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été inquiet de ce que ma famille pouvait penser, dire, ou ressentir

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	2	6.13%
1 = Un peu (AO01)	5	12.52%
2 = Moyennement (AO02)	7	17.58%
3 = Beaucoup (AO03)	26	64.10%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00003(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été inquiet de ce que ma famille pouvait penser, dire, ou ressentir



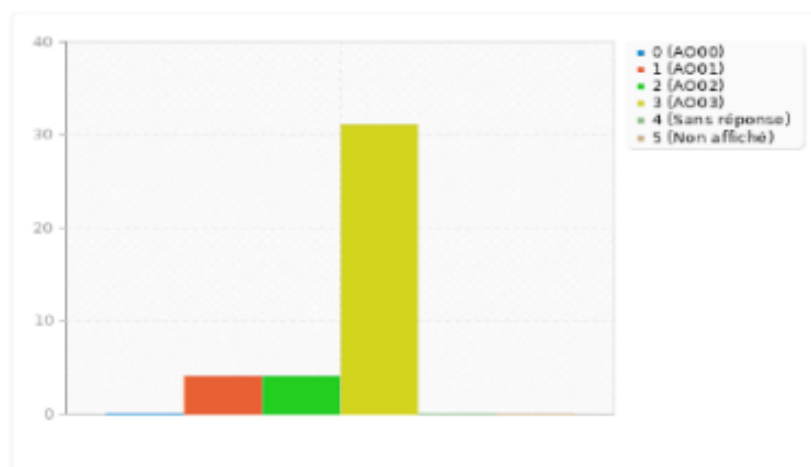
Résumé pour Q00004(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été gêné ou j'ai eu honte

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (A000)	0	0.00%
1 = Un peu (A001)	4	10.26%
2 = Moyennement (A002)	4	10.26%
3 = Beaucoup (A003)	31	78.48%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00004(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été gêné ou j'ai eu honte



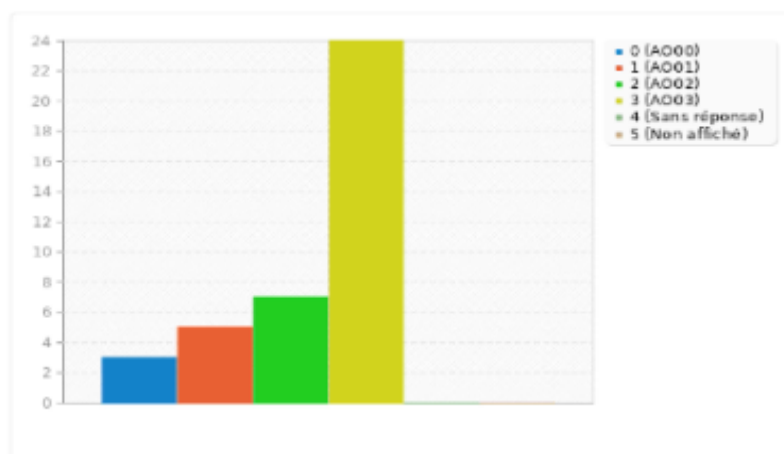
Résumé pour Q00005(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu pour d' être considéré comme "fou"

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	3	7.89%
1 = Un peu (AO01)	5	12.82%
2 = Moyennement (AO02)	7	17.95%
3 = Beaucoup (AO03)	24	61.54%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00005(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d' être considéré comme "fou"



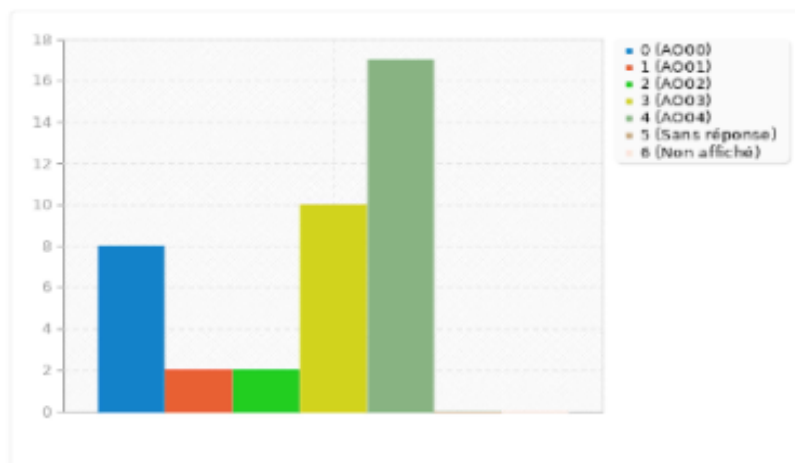
Résumé pour Q00006(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d'être considéré comme un mauvais parent

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	8	20,51%
1 = Un peu (AO01)	2	5,13%
2 = Moyennement (AO02)	2	5,13%
3 = Beaucoup (AO03)	10	25,64%
Je ne suis pas concerné (AO04)	17	43,59%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%

Résumé pour Q00006(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d'être considéré comme un mauvais parent



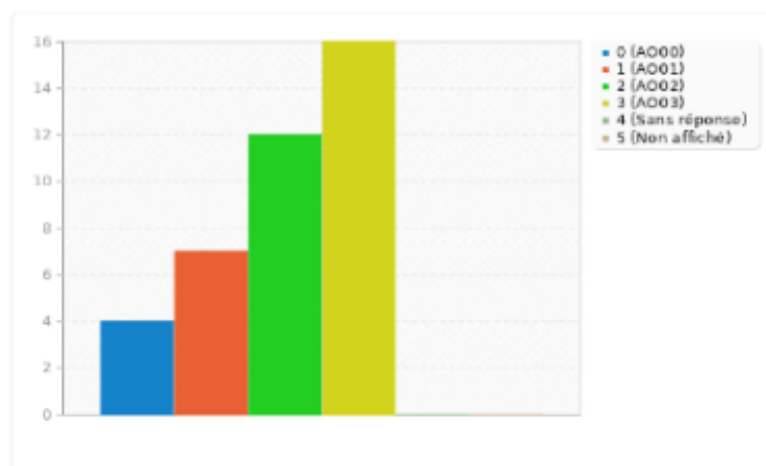
Résumé pour Q00007(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que les gens que je connais l'apprennent

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10.26%
1 = Un peu (AO01)	7	17.36%
2 = Moyennement (AO02)	12	30.77%
3 = Beaucoup (AO03)	18	41.03%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00007(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que les gens que je connais l'apprennent



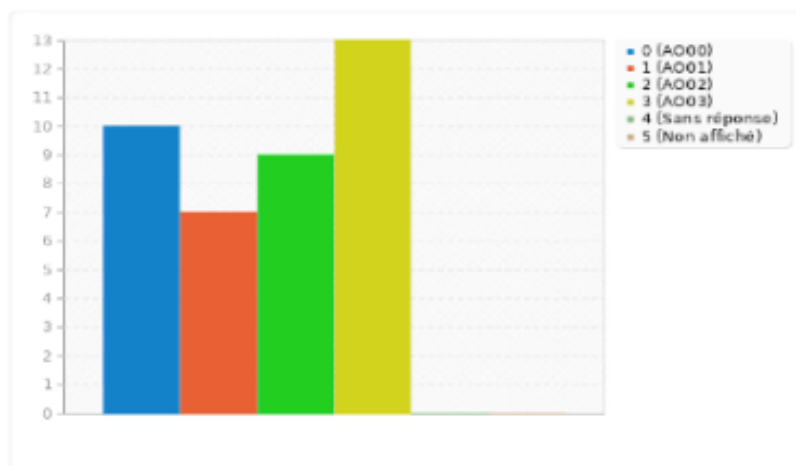
Résumé pour Q00008(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que l'on ne me prenne pas au sérieux, si les gens apprenaient que j'avais recours à une aide professionnelle

Réponses	Décompte	Pourcentage
0 - Pas du tout (AO00)	10	25.64%
1 - Un peu (AO01)	7	17.96%
2 - Moyennement (AO02)	9	23.08%
3 - Beaucoup (AO03)	13	33.33%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00008(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint que l'on ne me prenne pas au sérieux, si les gens apprenaient que j'avais recours à une aide professionnelle



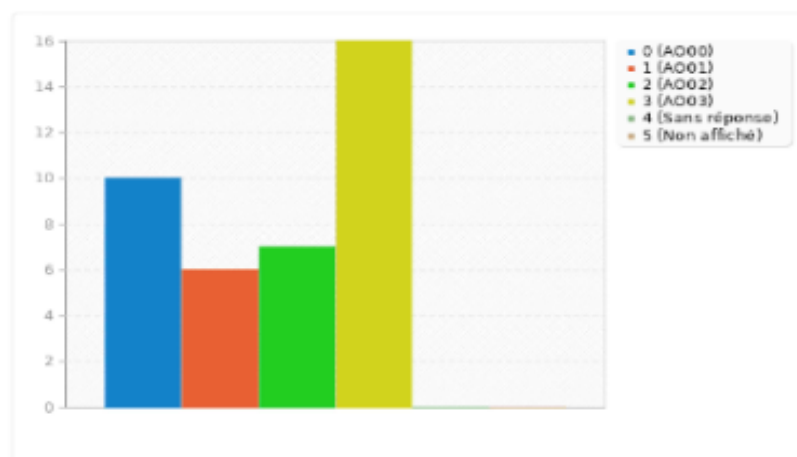
Résumé pour Q00009(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne voulais pas qu' un problème de santé mentale soit dans mon dossier médical

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25.64%
1 = Un peu (AO01)	6	16.58%
2 = Moyennement (AO02)	7	17.95%
3 = Beaucoup (AO03)	18	41.03%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00009(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne voulais pas qu' un problème de santé mentale soit dans mon dossier médical



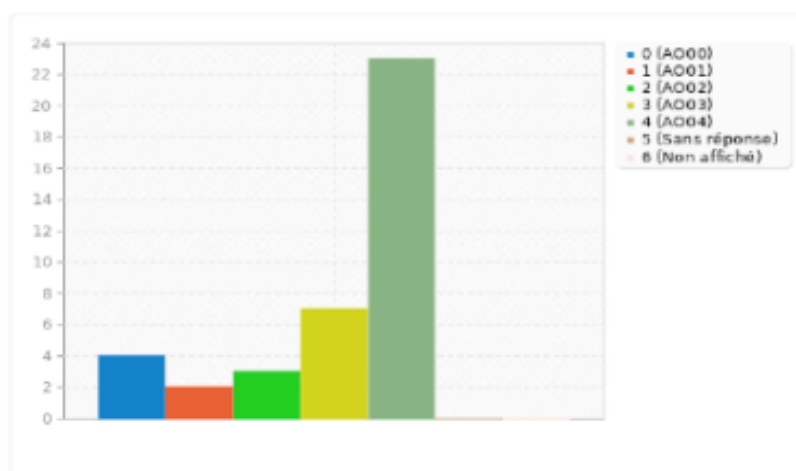
Résumé pour Q00010(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que mes enfants soient confiés aux services sociaux, que je ne puisse plus les voir ou que je perde leur garde

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10.26%
1 = Un peu (AO01)	2	5.13%
2 = Moyennement (AO02)	3	7.59%
3 = Beaucoup (AO03)	7	17.59%
4 = Je ne suis pas concerné (AO04)	23	58.87%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00010(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur que mes enfants soient confiés aux services sociaux, que je ne puisse plus les voir ou que je perde leur garde



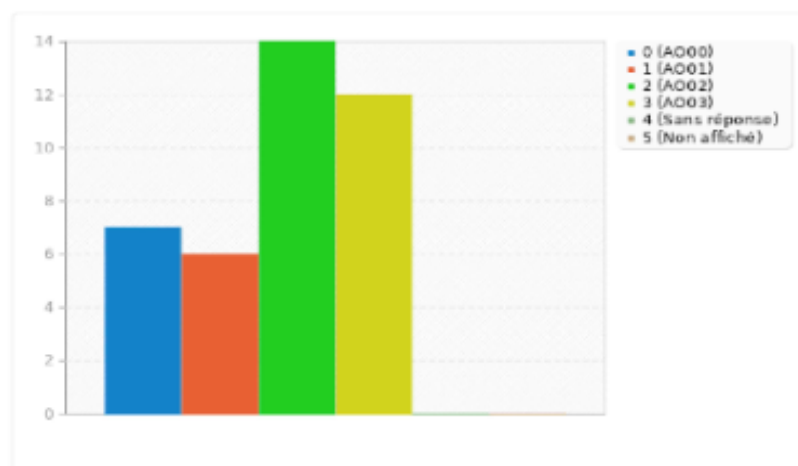
Résumé pour Q00011(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes amis pouvaient penser, dire, ou faire

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	7	17,96%
1 = Un peu (AO01)	6	16,33%
2 = Moyennement (AO02)	14	35,90%
3 = Beaucoup (AO03)	12	30,77%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%

Résumé pour Q00011(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes amis pouvaient penser, dire, ou faire



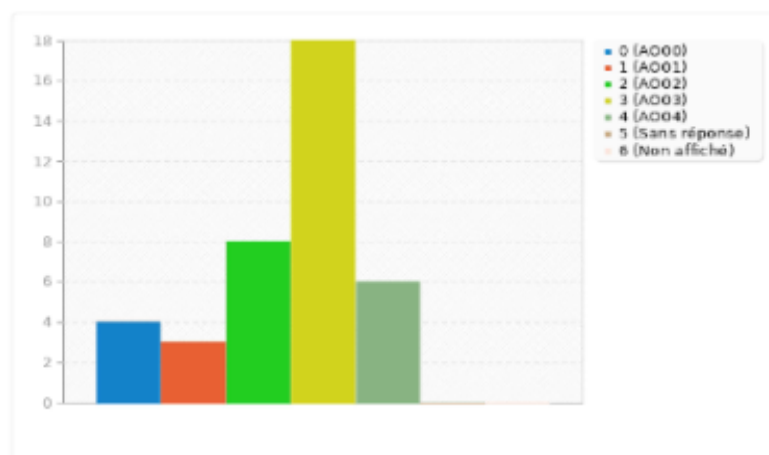
Résumé pour Q00012(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes collègues de travail pouvaient penser, dire ou faire

Réponse	Désompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (A000)	4	10.26%
1 = Un peu (A001)	3	7.69%
2 = Moyennement (A002)	8	20.51%
3 = Beaucoup (A003)	18	46.15%
Je ne suis pas concerné (A004)	6	15.38%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00012(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai craint ce que mes collègues de travail pouvaient penser, dire ou faire



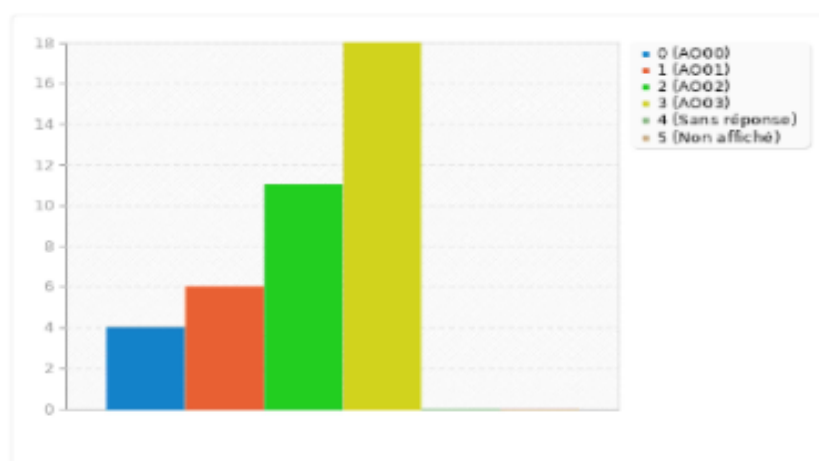
Résumé pour Q00013(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'avais pas les moyens financiers nécessaires

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 - Pas du tout (AO00)	4	10.26%
1 - Un peu (AO01)	6	16.33%
2 - Moyennement (AO02)	11	28.21%
3 - Beaucoup (AO03)	18	46.15%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00013(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'avais pas les moyens financiers nécessaires



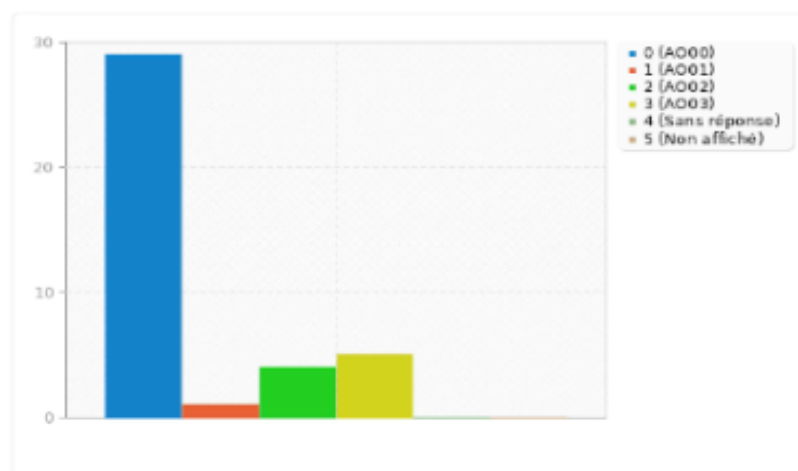
Résumé pour Q00014(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il n'y avait pas de professionnel de santé de mon groupe culturel ou ethnique

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	29	74,38%
1 = Un peu (AO01)	1	2,56%
2 = Moyennement (AO02)	4	10,26%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15,82%
Sans réponse	0	0,00%
Non affiché	0	0,00%

Résumé pour Q00014(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il n'y avait pas de professionnel de santé de mon groupe culturel ou ethnique



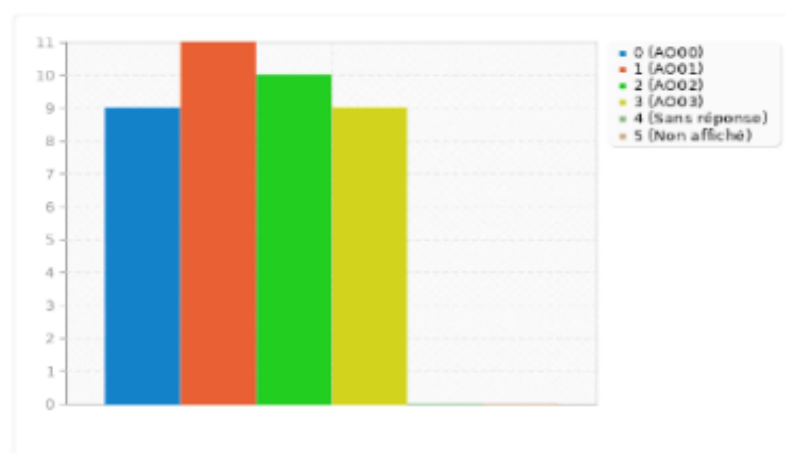
Résumé pour Q00015(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été trop malade pour demander de l'aide

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (A000)	0	23.08%
1 = Un peu (A001)	11	28.21%
2 = Moyennement (A002)	10	25.64%
3 = Beaucoup (A003)	9	23.08%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00015(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été trop malade pour demander de l'aide



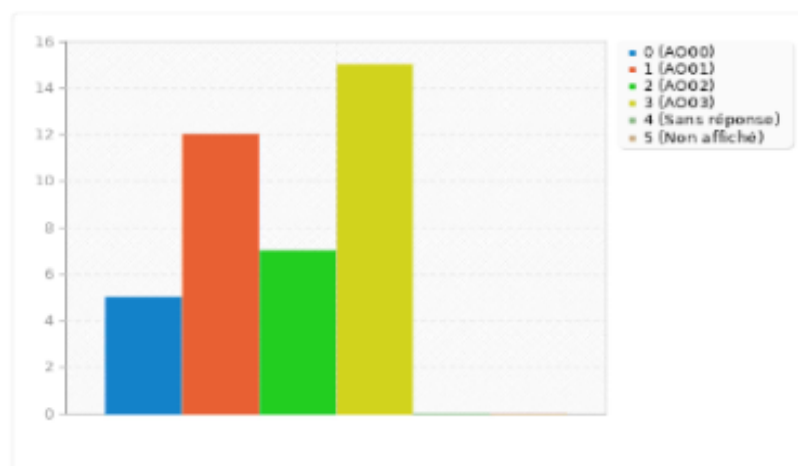
Résumé pour Q00016(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'aimais pas parler de mes sentiments, émotions ou pensées

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	6	12.82%
1 = Un peu (AO01)	12	30.77%
2 = Moyennement (AO02)	7	17.98%
3 = Beaucoup (AO03)	16	38.46%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00016(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'aimais pas parler de mes sentiments, émotions ou pensées



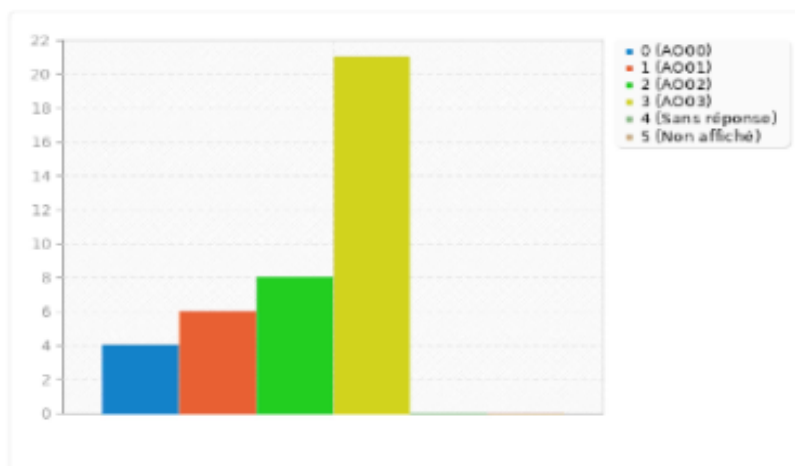
Résumé pour Q00017(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été préoccupé par les effets éventuels des traitements disponibles (effets secondaires des médicaments...)

Réponses	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10.26%
1 = Un peu (AO01)	6	15.38%
2 = Moyennement (AO02)	8	20.51%
3 = Beaucoup (AO03)	21	53.85%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00017(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai été préoccupé par les effets éventuels des traitements disponibles (effets secondaires des médicaments...)



Résumé pour Q00018(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des mauvaises expériences précédemment avec des professionnels de santé mentale

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	6	12.82%
1 = Un peu (AO01)	14	36.90%
2 = Moyennement (AO02)	8	20.51%
3 = Beaucoup (AO03)	12	30.77%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00018(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des mauvaises expériences précédemment avec des professionnels de santé mentale



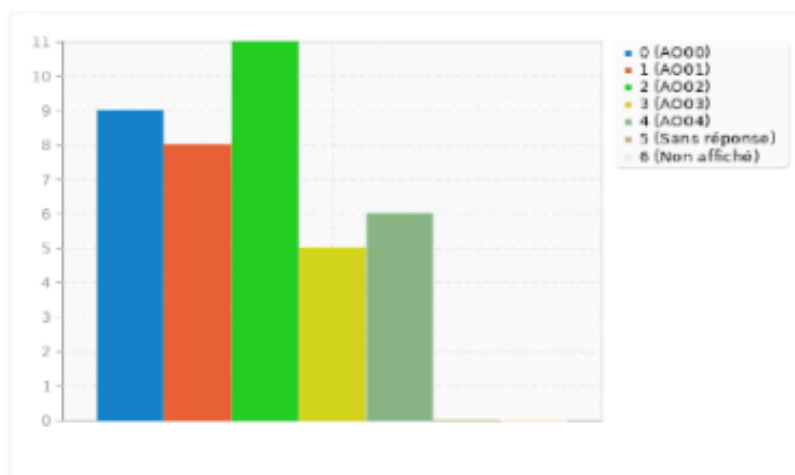
Résumé pour Q00019(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il m'était difficile d'être disponible compte tenu de mon travail

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (A000)	9	23.06%
1 = Un peu (A001)	8	20.51%
2 = Moyennement (A002)	11	28.31%
3 = Beaucoup (A003)	5	12.62%
Je ne suis pas concerné (A004)	6	15.38%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00019(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Il m'était difficile d'être disponible compte tenu de mon travail



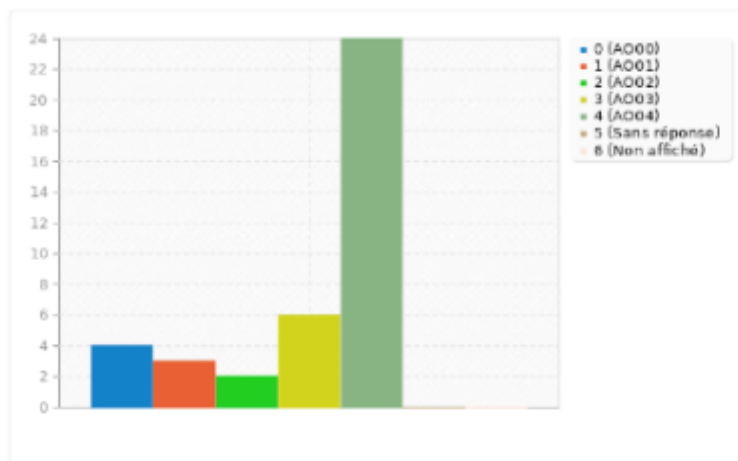
Résumé pour Q00020(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pouvais pas faire garder mes enfants pendant que je recevais les soins

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	4	10.26%
1 = Un peu (AO01)	3	7.59%
2 = Moyennement (AO02)	2	5.13%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15.38%
Je ne suis pas concerné (AO04)	24	61.54%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00020(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pouvais pas faire garder mes enfants pendant que je recevais les soins



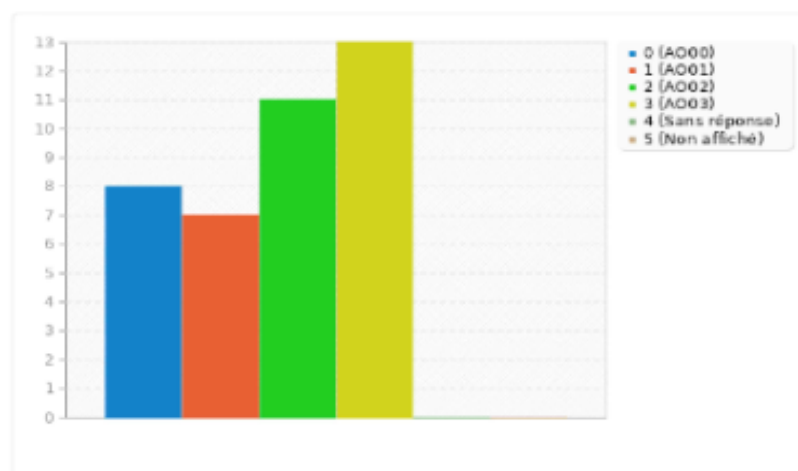
Résumé pour Q00021(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'ai pas vraiment su où aller pour trouver l'aide d'un professionnel de santé

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	8	20.51%
1 = Un peu (AO01)	7	17.96%
2 = Moyennement (AO02)	11	28.21%
3 = Beaucoup (AO03)	13	33.33%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00021(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n'ai pas vraiment su où aller pour trouver l'aide d'un professionnel de santé



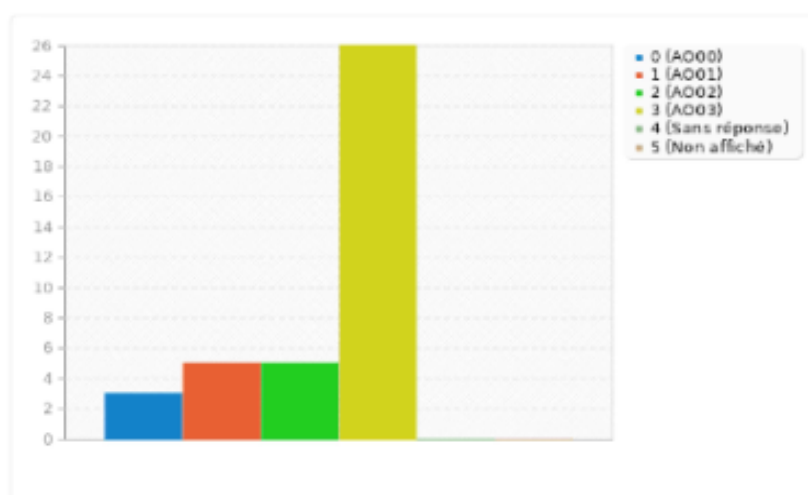
Résumé pour Q00022(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai voulu résoudre le problème par moi-même

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	3	7.69%
1 = Un peu (AO01)	5	12.52%
2 = Moyennement (AO02)	5	12.52%
3 = Beaucoup (AO03)	28	68.87%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00022(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai voulu résoudre le problème par moi-même



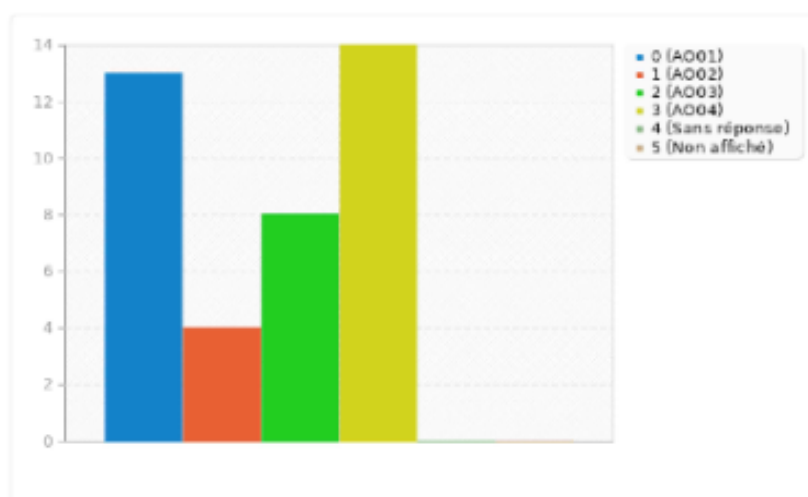
Résumé pour Q00023(AO01)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d'être hospitalisé contre ma volonté ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
pas du tout (AO01)	13	33.33%
un peu (AO02)	4	10.26%
modérément (AO03)	8	20.51%
beaucoup (AO04)	14	35.90%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00023(AO01)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu peur d'être hospitalisé contre ma volonté ?



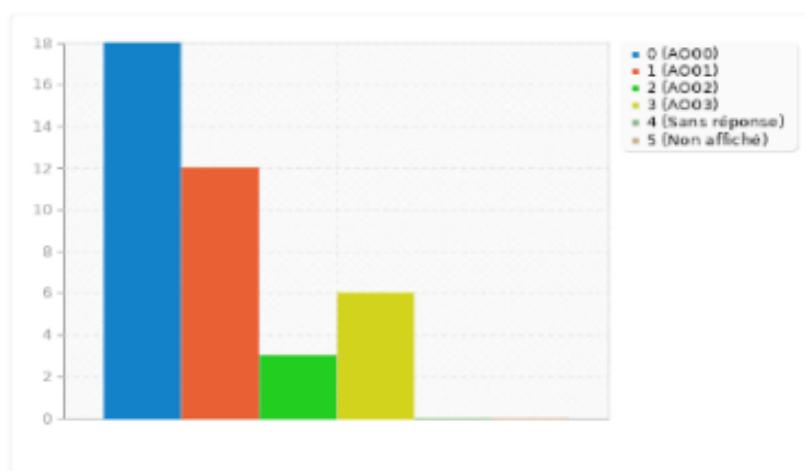
Résumé pour Q00024(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des difficultés pour me rendre au rendez-vous (transport, difficulté de déplacement)

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	18	48.15%
1 = Un peu (AO01)	12	30.77%
2 = Moyennement (AO02)	3	7.69%
3 = Beaucoup (AO03)	6	15.38%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00024(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai eu des difficultés pour me rendre au rendez-vous (transport, difficulté de déplacement)



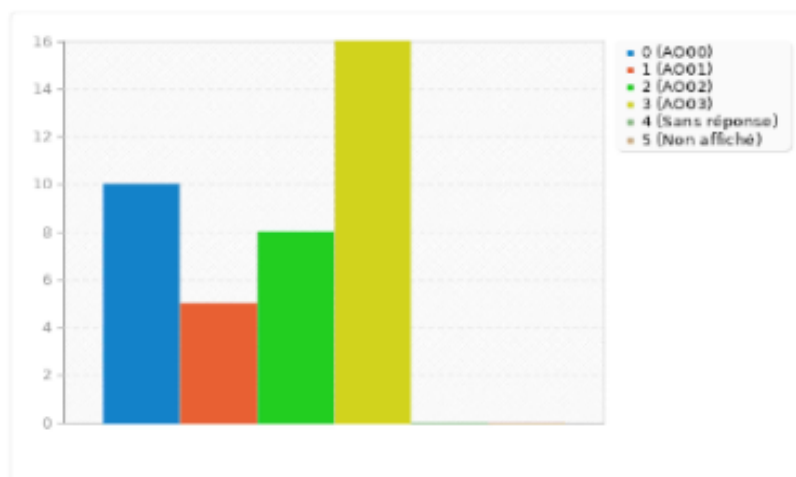
Résumé pour Q00025(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé que le problème allait s'améliorer de lui-même

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	10	25.64%
1 = Un peu (AO01)	5	12.52%
2 = Moyennement (AO02)	8	20.51%
3 = Beaucoup (AO03)	16	41.03%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00025(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé que le problème allait s'améliorer de lui-même



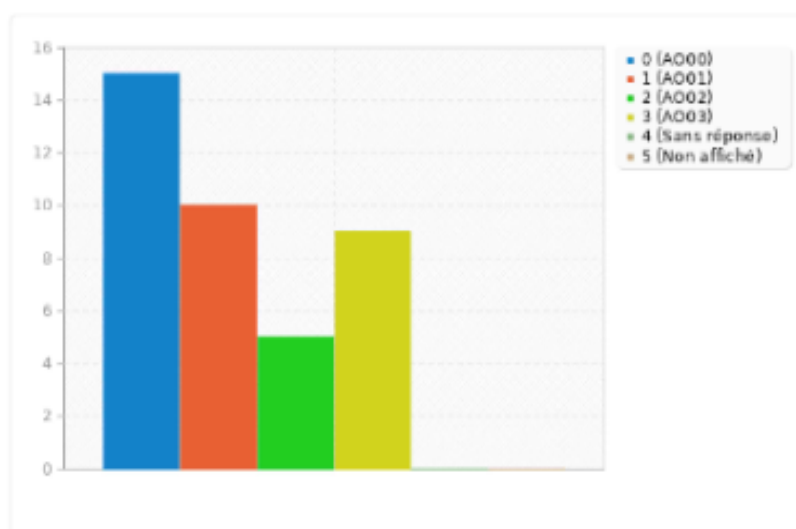
Résumé pour Q00026(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré d'autres types de soins (par exemple, soins traditionnels/religieux ou thérapie alternative/complémentaire)

Réponses	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	16	38.46%
1 = Un peu (AO01)	10	25.64%
2 = Moyennement (AO02)	5	12.52%
3 = Beaucoup (AO03)	8	23.08%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00026(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré d'autres types de soins (par exemple, soins traditionnels/religieux ou thérapie alternative/complémentaire)



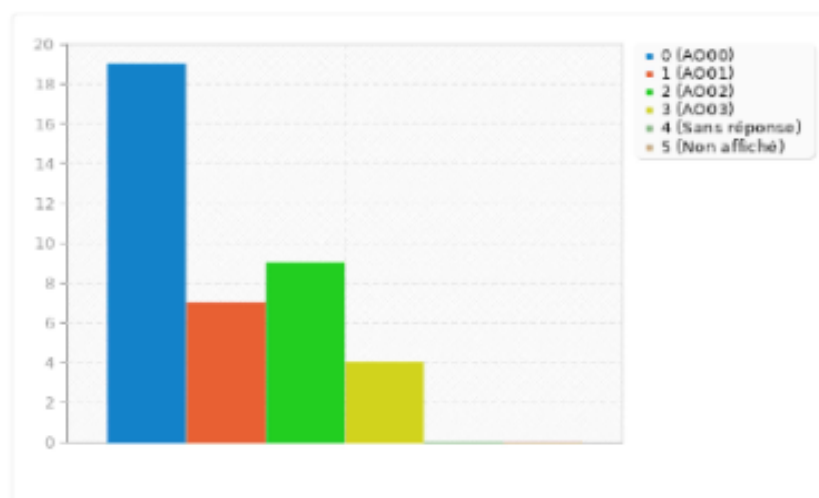
Résumé pour Q00027(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé qu'une assistance de la part d'un professionnel de santé ne m'aidait pas

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	19	48.72%
1 = Un peu (AO01)	7	17.25%
2 = Moyennement (AO02)	9	21.98%
3 = Beaucoup (AO03)	4	10.26%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00027(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai pensé qu'une assistance de la part d'un professionnel de santé ne m'aidait pas



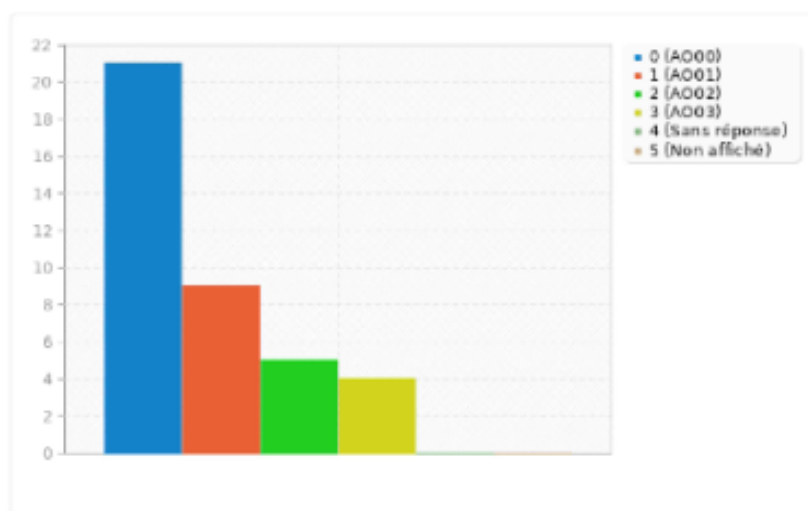
Résumé pour Q00028(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré chercher de l'aide auprès de ma famille et de mes amis

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	21	63.65%
1 = Un peu (AO01)	9	23.08%
2 = Moyennement (AO02)	5	12.82%
3 = Beaucoup (AO03)	4	10.26%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00028(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

J'ai préféré chercher de l'aide auprès de ma famille et de mes amis



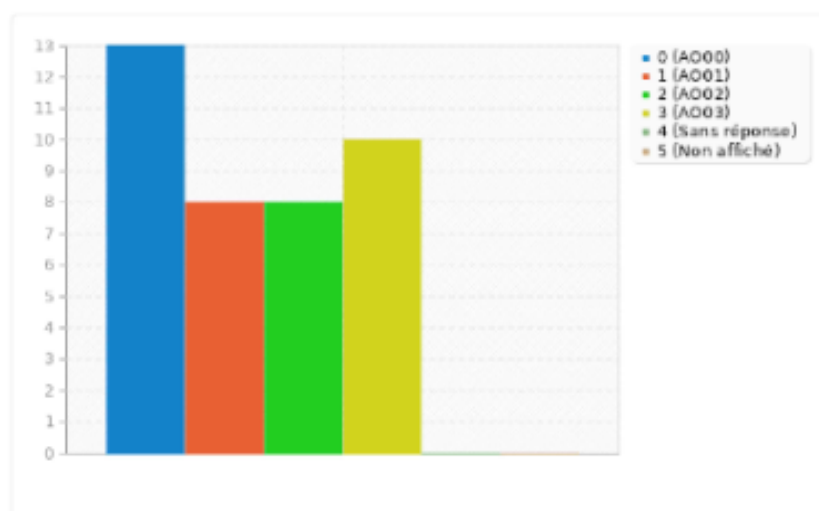
Résumé pour Q00029(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pensais pas avoir de problème

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 = Pas du tout (AO00)	13	33.33%
1 = Un peu (AO01)	8	20.51%
2 = Moyennement (AO02)	8	20.51%
3 = Beaucoup (AO03)	10	25.64%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00029(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je ne pensais pas avoir de problème



Résumé pour Q00030(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n' avais personne qui pouvait m' aider à obtenir l' aide d' un professionnel de santé

Réponse	Décompte	Pourcentage
0 - Pas du tout (AO00)	16	38.46%
1 - Un peu (AO01)	4	10.26%
2 - Moyennement (AO02)	7	17.50%
3 - Beaucoup (AO03)	13	33.33%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Résumé pour Q00030(SQ001)[Cela m'a empêché, retardé ou découragé]

Je n' avais personne qui pouvait m' aider à obtenir l' aide d' un professionnel de santé

