



HAL
open science

Violences sexuelles au sein du couple : profils de victimisation sexuelle et exploration phénoménologique chez les femmes victimes de violences conjugales

Marianne Sanchez

► To cite this version:

Marianne Sanchez. Violences sexuelles au sein du couple : profils de victimisation sexuelle et exploration phénoménologique chez les femmes victimes de violences conjugales. Psychologie. Université de Nanterre - Paris X, 2023. Français. NNT : 2023PA100108 . tel-04637168

HAL Id: tel-04637168

<https://theses.hal.science/tel-04637168>

Submitted on 5 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Membre de l'université Paris Lumières

Marianne Sanchez

Violences sexuelles au sein du couple : profils de victimisation sexuelle et exploration phénoménologique chez des femmes victimes de violences conjugales

Thèse présentée et soutenue publiquement le **04/12/2023**
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie de l'Université Paris Nanterre
sous la direction du Professeur Lucia Romo (Université Paris Nanterre)
et du Professeur Damien Fouques (Université Paris 8)

Jury * :

Rapporteur :	Pr Pascal ANTOINE	PU, Université de Lille
Présidente du jury :	Pr Pascale BRILLON	PU, Université du Québec à Montréal
Rapporteur :	Pr Robert COURTOIS	PU, Université de Tours
Directeur de thèse :	Pr Damien FOUQUES	PU, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis
Examinatrice :	Pr Nelly GOUTAUDIER	PU, Université de Poitiers
Directrice de thèse :	Pr Lucia ROMO	PU, Université Paris Nanterre



REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à exprimer ma profonde gratitude envers mes directeurs de thèse, Lucia Romo et Damien Fouques. Lucia, Damien, votre encadrement engagé et enthousiaste produit les conditions de travail auxquelles tout doctorant devrait avoir accès. Votre énergie et votre disponibilité m'ont permis de vivre cette aventure académique avec confiance. Ce savant mélange d'expertise, de soutien et d'humour qui vous caractérise ont toujours eu raison en un instant des moments de doute et de fatigue. Merci d'avoir été ces directeurs-là. Merci d'être ces personnes-là.

Je remercie également chaleureusement les membres de mon comité de suivi, la Professeure Nelly Goutaudier et la Docteure Cécile Flahault. Vos retours constructifs et conseils éclairés ont été d'une aide précieuse. Nelly, ta disponibilité et ton expertise en analyse en profils m'ont permis de franchir un cap dans le traitement des données, je t'en suis très reconnaissante.

Je souhaite remercier la Professeure Pascale Brillon, le Professeur Robert Courtois, le Professeur Pascal Antoine et à nouveau la Professeure Nelly Goutaudier, pour avoir accepté d'honorer de leur présence mon jury de thèse et pris de leur temps précieux pour évaluer ce travail.

Je remercie sincèrement mon amie et collègue Mélanie Dupont. Mélanie, nous y sommes : me voilà qui te remercie dans ma thèse. Tu m'as entendu dire pendant des années « Il faut que je fasse ma thèse », et tu m'as toujours soutenue dans ce projet. Comment te remercier ? Ce que tu incarnes en tant est une source d'inspiration quotidienne pour moi. Quand on travaille avec toi, tout devient possible. Merci d'avoir partagé ta propre expérience du doctorat pour m'aider à naviguer dans le mien. Merci pour toutes les fois où tu m'ouvres la porte de ton

bureau et où tu prends du temps que tu n'as pas. Puisse le « monstre à deux têtes » prospérer de nombreuses années.

Je remercie chaleureusement mon amie et chef de service, le Dr Charlotte Gorgiard. Charlotte, merci pour ton soutien indéfectible et ta valorisation constante de ce travail de recherche. Tu as toujours œuvré pour me faciliter la tâche, tu m'as permis les nombreux aménagements qui ont rendu ce travail possible. Merci pour ta vision positive de l'activité et des projets des psychologues. Tu as toujours eu confiance en moi et dans l'intérêt de ce travail pour les victimes, et je t'en suis infiniment reconnaissante.

Je remercie vivement mon amie et collègue Patricia Vasseur. Patricia, tu as été le témoin quotidien des tourments de la thèse lors de nos pauses déjeuner. Lentement mais sûrement, me disais-tu. Tu avais raison. Merci de m'avoir sans cesse encouragée et d'avoir été gardienne de ma santé ! La réputation de ton mystérieux effet anxiolytique sur les autres est largement confirmée, sans parler des conseils posturaux prodigués pour me permettre de traverser les longues heures de rédaction en position assise.

Je remercie toutes les équipes des UMJ de Paris et de Créteil. Votre collaboration à tous a été essentielle. Merci pour votre implication de longue haleine dans le recrutement des participantes.

Je tiens à remercier les stagiaires psychologues que j'ai eu la chance de superviser ces quatre dernières années. Louise, David, Kenkyla, Syrine, Léonie et Sacha : un grand merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette recherche et pour votre engagement à mes côtés dans un recueil de données particulièrement exigeant. Nous sommes depuis devenus confrères et consœurs, et je ne peux que m'en réjouir.

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur courage et leur authenticité ont permis d'enrichir considérablement notre compréhension de ce sujet complexe et sensible.

A mon père, qui m'a toujours encouragée à aller aussi loin que possible. A ma mère, qui me rappelle toujours ce qui compte vraiment. A vous deux, sans qui je n'en serai pas là : merci du fond du cœur.

A mes fils, Edgar et Siméon. Les enfants, votre mère a enfin fini d'écrire son « gros livre ». Vous ne mesurez pas encore la force que vous m'avez donnée. Je me souviendrai toujours de ces moments où vous grimpez sur mes genoux pour voir ce qui pouvait bien se passer de si intéressant sur cet ordinateur. De votre expression, comme s'il y avait quelque chose de merveilleux à comprendre. J'espère que vous serez fiers de votre maman, et moi, je suis incroyablement fière de vous deux.

Je remercie enfin de tout mon cœur mon mari. Vincent, tu as été dernièrement bien plus qu'un époux : tu as été cuisinier, nounou, traducteur, correcteur, réparateur en informatique, standardiste téléphonique, coach de vie, consultant en gestion de projet, psychologue (toi aussi !), et bien sûr, humoriste. Tu m'as épaulée constamment pendant ces quatre années. Je suis chanceuse de partager ta vie. Merci à toi, pour tout.

RÉSUMÉ

Introduction. Les violences au sein du couple sont un phénomène complexe et polymorphe, comprenant les violences physiques, psychologiques, sexuelles, et économiques. Elles constituent l'expression la plus courante des violences faites aux femmes dans le monde. Parmi elles, les violences sexuelles incluent toute activité sexuelle non consentie, obtenue par l'utilisation de la force ou de la coercition. En dépit de leurs conséquences délétères pour la santé mentale des victimes, ces violences demeurent peu étudiées.

Objectifs. L'objectif principal de cette thèse est de contribuer à la compréhension de la dimension sexuelle des violences au sein du couple, en posant trois questions de recherche : à quelles violences sexuelles (type d'actes imposés, fréquence) les victimes sont-elles exposées ? Quelles sont les caractéristiques cliniques associées chez les victimes ? Comment les violences sexuelles, perpétrées par le partenaire intime, sont-elles vécues et interprétées par les victimes ?

Méthode. Après avoir effectué une recension de la littérature, les données d'une première étude transversale d'un échantillon de femmes victimes de violences conjugales (N=93) ayant déposé plainte, recueillies via des questionnaires auto et hétéro administrés, ont fait l'objet d'analyses statistiques en clusters et comparatives. Les données d'une seconde étude, recueillies au travers d'entretiens non-directifs avec des femmes ayant révélé des violences sexuelles exercées par leur partenaire ont fait l'objet d'une analyse phénoménologique interprétative (N=7).

Résultats. Les résultats de la première étude indiquent que 65,6% des femmes victimes de violences conjugales de l'échantillon ont subi des violences sexuelles commises par leur partenaire. Parmi elles, quatre clusters ont été identifiés, correspondant à des contextes variables : « viols très fréquents » (5,4%), « coercition sexuelle prédominante » (20,4%), « formes multiples - fréquence intermédiaire » (20,4%), et « formes multiples – fréquence faible » (19,4%). Cette étude met en évidence la grande hétérogénéité des situations de violences sexuelles dans les relations violentes, et la tendance des femmes victimisées sexuellement à présenter des symptômes accentués de trouble de stress post-traumatique complexe. L'étude qualitative a permis d'identifier cinq thèmes majeurs dans l'expérience des victimes: les effets d'une dynamique sexuelle préexistante aux violences sexuelles, contribuant à « préparer le terrain »; un vécu de déshumanisation; la pénibilité d'une charge cognitive intense, liées aux tentatives de compréhension des agressions; un processus de réinterprétation rétrospective des violences sexuelles, après la séparation; et le sentiment d'un impact psychologique toujours présent malgré la séparation. Cette étude révèle comment la détresse émotionnelle et l'incertitude cognitive sont présentes avant les violences sexuelles, pendant les violences sexuelles, et se poursuivent après la séparation. Elle montre également comment les victimes les interprètent dans le sens d'une vulnérabilité propre, au croisement entre antécédents traumatiques dans l'enfance et attachement insécuré.

Implications. Ce travail contribue à une amélioration des connaissances sur un sujet sensible et mal connu. Les implications en termes de prévention, de formation des professionnels, de repérage et de psychothérapie sont discutées. Davantage de recherches sont nécessaires pour avancer vers une prise en charge globale, intégrant les différentes dimensions et aspects complexes des violences conjugales.

Mots-clés : violences sexuelles entre partenaires intimes, violences conjugales, viol conjugal, coercition sexuelle, classification, analyse qualitative, analyse phénoménologique interprétative, analyse quantitative.

ABSTRACT

Introduction. Intimate partner violence is a complex and multifaceted phenomenon. It includes physical, psychological, sexual, economic and administrative violence, and is the most common form of violence against women worldwide. Intimate partner sexual violence includes any non-consensual sexual activity within a partnership that is obtained using force, threat or coercion. Despite its detrimental effects on mental health, intimate partner sexual violence remains under-researched, limiting our ability to understand and address the problem.

Objectives. The main objective of this thesis is to contribute to the understanding of the sexual dimension of intimate partner violence. Three research questions are addressed: what situations of sexual victimization (types of acts, frequency) are intimate partner violence victims exposed to? What are the associated clinical characteristics among victims? And how is sexual violence experienced and interpreted when perpetrated by a partner?

Methods. After performing a literature review, data from a first cross-sectional study of a sample of female victims of intimate partner violence (N=93), collected through self and third party administered questionnaires, were subjected to cluster and comparative statistical analyses. Data from a second study, collected through non-directive interviews with women who disclosed sexual violence by their partner (N=7), were the subject of an interpretative phenomenological analysis.

Results. The results of the quantitative study indicate that 65.6% of the women in the sample had experienced intimate partner sexual violence. Four clusters were identified, corresponding to different contexts: « highly frequent rapes » (5.4%), « predominant sexual coercion » (20.4%), « medium frequency of all forms » (20.4%), and « low frequency of all forms » (19.4%). This study highlights the significant heterogeneity of sexual violence situations within violent relationships, and the tendency of sexually victimized women to suffer from more pronounced symptoms of complex post-traumatic stress disorder. The qualitative study identified five key themes in the lived experience of victims: the impact of a pre-existing sexual dynamic on sexual violence, which helps to « set the stage »; an experience of dehumanization; the pain of an intense cognitive load, associated with trying to understand the aggressions; a process of retrospective reinterpretation of sexual violence, after separation; and the feeling of a psychological impact that is still present despite the separation. This study reveals how emotional distress and cognitive uncertainty are present prior to sexual violence, during sexual violence, and continue after separation. It also shows how victims interpret it in terms of their own vulnerability, at the intersection of traumatic childhood history and insecure attachment.

Implications. This work contributes to improving knowledge about a sensitive and poorly understood topic. The implications for prevention, training of professionals, detection and psychotherapy are discussed. More research is needed to move toward a comprehensive approach that integrates the multiple dimensions and complexities of intimate partner violence.

Keywords: intimate partner sexual violence, intimate partner violence, intimate partner rape, intimate partner sexual coercion, classification, qualitative analysis, interpretative phenomenological analysis, quantitative analysis.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
ABSTRACT	3
TABLE DES MATIÈRES	5
ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	9
INTRODUCTION.....	11
LISTE DES ARTICLES PRÉSENTS DANS LA THÈSE.....	15
PARTIE 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	17
1.1 LES VIOLENCES EXERCÉES PAR LE PARTENAIRE INTIME	18
1.1.1 Définitions.....	18
1.1.1.1 Violences exercées par le partenaire intime.....	18
1.1.1.2 De la différence entre conflit et violence	20
1.1.1.3 Violences sexuelles	21
1.1.2 Prévalence.....	21
1.1.2.1 Dans le monde.....	21
1.1.2.2 En France	23
1.1.2.3 Les morts violentes au sein du couple	24
1.1.3 Caractérisation des formes de VPI	26
1.1.3.1 Typologie des formes de violence.....	26
1.1.3.1.1 <i>Les violences physiques</i>	26
1.1.3.1.2 <i>Les violences sexuelles</i>	28
1.1.3.1.3 <i>Les violences psychologiques</i>	30
1.1.3.1.4 <i>Les violences économiques</i>	31
1.1.3.2 Cumul des formes de violence	33
1.1.3.3 Typologie des contextes	35
1.1.3.3.1 <i>Terrorisme intime</i>	36
1.1.3.3.2 <i>Résistance violente</i>	36
1.1.3.3.3 <i>La violence de couple situationnelle</i>	37
1.1.3.4 Mécanismes d'installation et de persistance	38
1.1.3.4.1 <i>Emprise</i>	38
1.1.3.4.2 <i>Contrôle coercitif : phénomène central des VPI ?</i>	42
1.1.3.4.3 <i>Cycles de violence répétitifs</i>	45
1.1.4 Répercussions.....	47
1.1.4.1 Répercussions somatiques	47
1.1.4.2 Répercussions psychologiques.....	49
1.1.4.2.1 <i>Trouble de stress post traumatique</i>	50
1.1.4.2.2 <i>Dissociation</i>	52
1.1.4.2.3 <i>Dépression</i>	54

1.1.4.2.4	<i>Usage de substances</i>	55
1.1.4.3	Des tableaux de trauma complexe ?.....	57
1.1.5	Situation des enfants victimes	60
1.1.5.1	Enfants victimes versus enfants témoins	60
1.1.5.2	Violences dans le couple et parentalité	61
1.1.5.3	Conséquences sur la santé des enfants.....	63
1.1.6	Profil des auteurs de violences dans le couple	65
1.1.7	Approches théoriques : comment modéliser les VPI ?	68
1.1.7.1	Théorisations initiales	69
1.1.7.1.1	<i>Violence familiale : le modèle systémique de Murray Straus (1973)</i>	69
1.1.7.1.2	<i>Féminisme et approche genrée</i>	71
1.1.7.1.3	<i>Théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977)</i>	75
1.1.7.1.4	<i>Modèle psychopathologique</i>	77
1.1.7.2	Modèle écologique des facteurs de risque	79
1.1.7.2.1	<i>Facteurs de risques sociétaux</i>	80
1.1.7.2.2	<i>Facteurs de risque communautaires</i>	80
1.1.7.2.3	<i>Facteurs de risques relationnels</i>	81
1.1.7.2.4	<i>Facteurs de risque individuels</i>	82
1.1.7.2.5	<i>La crise sanitaire du COVID 19 : un facteur de risque mondial ?</i>	83
1.1.7.3	Apports de la théorie de l'attachement	85
1.1.8	Processus de séparation dans les relations violentes	88
1.1.8.1	Résister.....	88
1.1.8.2	Rechercher de l'aide.....	91
1.1.8.3	Se séparer	92
1.1.9	Protection et accompagnement des victimes	95
1.1.9.1	Repérage des victimes.....	96
1.1.9.2	Logement et hébergement.....	97
1.1.9.3	Protection judiciaire	98
1.1.9.4	Prise en charge psychologique	101
1.1.9.4.1	<i>Stratégies thérapeutiques</i>	102
1.1.9.4.2	<i>Nécessité de psychothérapies au long cours</i>	104
1.1.9.4.3	<i>Rétablissement et croissance post-traumatique</i>	106
1.1.10	Résumé de la revue générale sur les violences exercées par le partenaire intime	108
1.2	LES VIOLENCES SEXUELLES EXERCÉES PAR LE PARTENAIRE INTIME	109
1.2.1	Présentation	109
1.2.2	Article paru aux Annales Médico-psychologiques	109
1.2.2.1	Résumé.....	110
1.2.2.2	Introduction.....	110
1.2.2.3	Caractérisation des violences sexuelles exercées par le partenaire intime 113	
1.2.2.3.1	<i>Les VSPI se développent dans des relations violentes</i>	113
1.2.2.3.2	<i>Les VSPI ont de multiples expressions</i>	114
1.2.2.3.3	<i>VSPI et coercition sexuelle</i>	115
1.2.2.4	Connaissances cliniques.....	116
1.2.2.4.1	<i>Facteurs fragilisants</i>	116
1.2.2.4.2	<i>Répercussions somatiques et psychiques</i>	117

1.2.2.4.3	<i>Expérience subjective des femmes victimes de VSPI.....</i>	119
1.2.2.5	Violences sexuelles du partenaire : du regard collectif au regard individuel	119
1.2.2.5.1	<i>Perception collective minimisante.....</i>	119
1.2.2.5.2	<i>Perception individuelle déniante.....</i>	120
1.2.2.5.3	<i>Conséquence : des violences très peu révélées.....</i>	122
1.2.2.6	Comment conceptualiser le consentement sexuel dans les relations violentes ?	122
1.2.2.6.1	<i>Consentement sexuel : de quoi parle-t-on ?.....</i>	122
1.2.2.6.2	<i>Premier problème : des rapports consentis ont eu lieu avant l'apparition des VSPI</i>	123
1.2.2.6.3	<i>Deuxième problème : la confusion entre désir et consentement.....</i>	123
1.2.2.6.4	<i>Troisième problème : consentement sexuel et menace implicite.....</i>	124
1.2.2.6.5	<i>Les VSPI : un moyen ou une fin ? La question du contrôle coercitif... </i>	125
1.2.2.7	Implications pour les professionnels et perspectives.....	126
1.2.2.7.1	<i>Développer la connaissance des VSPI chez les professionnels.....</i>	126
1.2.2.7.2	<i>Explorer ses propres croyances : enjeux liés à la posture thérapeutique</i>	127
1.2.2.7.3	<i>Rechercher systématiquement les VSPI lorsque des violences sont révélées</i>	128
1.2.2.7.4	<i>Perspectives futures de recherche.....</i>	129
1.2.2.8	Conclusion.....	130
1.2.2.9	Références.....	130

1.3 RÉSUMÉ DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE..... 136

PARTIE 2. PROFILS DE VICTIMISATION SEXUELLE CHEZ LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE..... 137

2.1 CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET DE RECHERCHE..... 138

2.2 OBJECTIFS..... 141

2.3 ARTICLE SOUMIS À VIOLENCE AGAINST WOMEN..... 143

2.4 PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS 191

2.4.1 Résultats..... 191

2.4.2 Discussion..... 193

PARTIE 3. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DES VIOLENCES SEXUELLES AU SEIN DU COUPLE..... 197

3.1 CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET DE RECHERCHE..... 198

3.2 OBJECTIFS..... 199

3.3 ARTICLE SOUMIS À JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE 200

3.4 PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	
233	
3.4.1 Résultats	233
3.4.2 Discussion	235
3.5 MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE	238
3.5.1 Description du 5 ^{ème} superthème	238
3.5.2 Discussion du 5 ^{ème} superthème	243
DISCUSSION GÉNÉRALE	247
4.1 VIOLENCES SEXUELLES DANS LE COUPLE : DES VIOLENCES CONJUGALES COMME LES AUTRES ?.....	248
4.2 PRÉVENTION.....	252
4.2.1 En population générale	252
4.2.2 Par la prise en charge des auteurs de VPI	256
4.3 REPÉRAGE	259
4.4 COMMENT AIDER LES VICTIMES EN PSYCHOTHÉRAPIE ?.....	262
4.4.1 Travailler dans une perspective « vie entière ».....	262
4.4.2 Evaluer et prendre en charge le trauma complexe	264
4.4.3 Comprendre et considérer l'attachement insécure	267
4.5 RECHERCHES FUTURES ?.....	270
4.6 RECOMMANDATIONS	273
CONCLUSION	277
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	283
ANNEXES	339

ACRONYMES, ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AAI : Adult Attachment Interview

APA : American Psychiatric Association

API: Analyse Phénoménologique Interprétative

CPCA : Centre de Prise en Charge des Auteurs de violences conjugales

CPT: Croissance Post-Traumatique

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FRA: European Union Agency for Fundamental Rights

ICV : Intégration par le Cycle de la Vie

ITQ : International Trauma Questionnaire

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TDI : Trouble Dissociatif de l'Identité

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

TSPT-C : Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VPI : Violence exercée par le Partenaire Intime

VSPI : Violences Sexuelles exercées par le Partenaire Intime

INTRODUCTION

La prise de conscience grandissante de la prévalence élevée des violences faites aux femmes et de leur impact considérable sur la santé a favorisé l'intégration de « l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard des femmes » aux objectifs mondiaux de développement durable proposés par l'Organisation des Nations Unies à horizon 2030 (ONU, 2015). Les violences exercées par un partenaire intime, communément appelées violences conjugales en France, sont les violences faites aux femmes les plus répandues dans le monde. Longtemps considérées comme une affaire privée entre deux adultes, elles sont aujourd'hui reconnues comme une épidémie de santé publique. Si la compréhension de leurs caractéristiques et de leurs conséquences sur la santé mentale s'est considérablement développée au cours de la dernière décennie, les besoins sont encore importants dans ce domaine et nécessitent une poursuite des efforts scientifiques, au service des actions de terrain (Oram et al., 2022).

L'objectif général de la présente thèse est de contribuer à la compréhension de la dimension sexuelle de ces violences. Alors que la « rencontre entre violence et sexualité au sein du couple semble difficilement pensable à une époque où l'amour et l'harmonie sexuelle sont censés être les moteurs du lien conjugal » (Debauche, 2019, p. 153), les violences sexuelles exercées par un partenaire sont pourtant l'une des expressions courantes de la violence dans le couple. En raison de leur positionnement à l'intersection de deux domaines de la recherche (la recherche sur les violences conjugales d'un côté, et la recherche sur les violences sexuelles de l'autre), et des problématiques terminologiques et méthodologiques qu'elles posent en tant qu'objet d'étude, les violences sexuelles en contexte de violences conjugales restent peu documentées, limitant leur compréhension et leur considération dans la prise en charge des victimes. Ce travail doctoral s'inscrit dans une volonté d'apporter un éclairage

phénoménologique et clinique, et de contribuer à l'amélioration des connaissances sur cette réalité fréquente, dangereuse et opaque.

La première partie de cette thèse comprend une revue de la littérature portant sur les violences conjugales en général, puis sur les violences sexuelles dans le couple en particulier. Nous présenterons en premier lieu les données de prévalence, les caractéristiques, et les répercussions des violences d'un partenaire sur les victimes, y compris les conséquences pour les enfants exposés. Les caractéristiques psychologiques et psychopathologiques des conjoints violents seront abordées, de même que les différentes approches théoriques qui se sont succédé depuis les années 70, jusqu'au développement du modèle écologique des violences conjugales, qui constitue aujourd'hui un modèle intégratif de référence dans la littérature scientifique internationale. Nous examinerons également les enjeux liés au processus de séparation et à la protection et l'accompagnement des victimes en France. Ces aspects sont essentiels pour comprendre le contexte d'émergence et de développement des violences sexuelles au sein du couple, dont les spécificités seront exposées dans la deuxième partie de la revue de la littérature, à travers un premier article publié dans les Annales médico-psychologiques (Sanchez et al., 2022).

Puis nous présenterons successivement les deux études qui composent ce travail de recherche. La deuxième partie de cette thèse est constituée d'une étude quantitative, dont l'objectif était d'explorer la fréquence des différentes formes de violences sexuelles dans un échantillon de 93 femmes ayant porté plainte pour violences conjugales et leurs corrélats cliniques et psychopathologiques. La troisième partie présente une étude qualitative, consistant en une analyse phénoménologique interprétative (Smith et al., 2009) du récit de 7 femmes ayant révélé des violences sexuelles du partenaire. Chaque étude a fait l'objet d'un article qui expose le rationnel théorique, les objectifs, la méthodologie, les résultats et les limites de chacune

d'entre elles, et discute les données obtenues. L'un est publié, l'autre en cours de révision et le dernière soumis.

Enfin, une discussion générale permettra d'élargir la réflexion et abordera les implications de ces travaux pour la pratique clinique auprès de cette population.

LISTE DES ARTICLES PRÉSENTS DANS LA THÈSE

Article 1, publié dans Annales Médico-psychologiques :

Sanchez, M., Fouques, D., & Romo, L. (2023). Violences sexuelles entre partenaires intimes : caractéristiques et enjeux cliniques. *Annales Médico-psychologiques*, 181(6), 24-31.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.12.005>

Article 2, soumis à Violence Against Women :

Sanchez, M., Fouques, D., Gorgiard, C., Soussy, A., Romo, L. (soumis, 2022). Intimate partner sexual violence: an exploratory study of sexual victimization profiles among women victims of intimate partner violence in France. *Violence Against Women*.

Accepté sous réserve de modifications

Article 3, soumis à Journal of Interpersonal Violence :

Sanchez, M., Romo, L., Rogue, S., Fouques, D. (soumis, 2023). Intimate partner sexual violence: A phenomenological interpretative analysis among female survivors in France. *Journal of Interpersonal Violence*.

PARTIE 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 LES VIOLENCES EXERCÉES PAR LE PARTENAIRE INTIME

1.1.1 Définitions

1.1.1.1 Violences exercées par le partenaire intime

L'Organisation mondiale de la Santé définit la violence exercée par le partenaire intime (VPI) comme « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, aux personnes qui sont parties à cette relation, y compris des actes d'agression physique, de la coercition sexuelle, de la violence psychologique et des comportements autoritaires ou tyranniques » (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Cette définition est aujourd'hui largement acceptée au sein de la communauté scientifique et dans le domaine de la prise en charge des auteurs et des victimes (OMS, 2010). En adoptant une vision élargie du phénomène, elle englobe toute la gamme des manifestations possibles de la violence au sein du couple. En effet, la violence exercée par un partenaire se manifeste à travers une multitude de comportements différents au sein des relations intimes entre adultes (Kelly, 2011), et peut être exercée par le partenaire actuel ou l'ex-partenaire (Oram et al., 2022).

Jusqu'aux années 1990, ces violences étaient nommées « violences conjugales » (« spouse abuse ») dans la littérature internationale, véhiculant la représentation d'une problématique inscrite dans le mariage. Une première évolution sémantique a redéfini le phénomène en tant que « violences domestiques » (Nicolaidis & Paranjape, 2009), déplaçant la perception de ces violences du cadre exclusif du mariage à celui du domicile, du foyer. En 1999, le Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis propose les termes « violences du partenaire intime » (« intimate partner violence ») afin de mieux appréhender

l'essence d'une réalité complexe, enracinée dans la sphère interpersonnelle. Cette terminologie permet par ailleurs de distinguer les VPI d'autres formes de violences qui se déroulent traditionnellement au domicile, telles que la maltraitance des enfants. Cette dénomination, en se focalisant sur les relations romantiques entre adultes et en mettant de côté des aspects tels que la cohabitation ou le mariage, semble la plus adaptée (Nicolaidis & Paranjape, 2009).

Bien que la relation en elle-même soit identifiée comme le terrain des VPI, la notion de « partenariat intime » peut évoquer un certain flou. Un partenaire intime est considéré comme toute personne avec laquelle est entretenue une relation étroite, à connotation romantique et/ou sexuelle. Cette relation peut s'inscrire dans le cadre du mariage ou du concubinage, mais également entre « copain/copine », lorsque l'on « sort ensemble », que l'on se fréquente, sans notion de vie commune ou d'engagement (OMS, 2010). Cette acception large est pertinente au regard de la prévalence des VPI dans les relations chez les jeunes adultes ou les relations naissantes à tout âge, désignées sous les termes de « dating violence » dans la littérature (Nicolaidis & Paranjape, 2009).

L'expression « violences conjugales », encore fortement utilisée en France, est susceptible de limiter la compréhension de l'étendue de ce type de violences (Sanchez et al., 2022). On observe cependant une évolution sémantique progressive, avec l'apparition sur le site de prévention officiel du gouvernement des termes « violences au sein du couple » (www.arretonslesviolences.gouv.fr). Ce changement témoigne d'une volonté de s'éloigner d'une représentation limitée au mariage ou aux relations durables avec cohabitation. Bien que l'expression « violence exercée par le partenaire intime » semble peu idiomatique en français, nous aspirons, dans le cadre de ce travail, à maintenir une cohérence en adéquation avec la réalité complexe et diversifiée de ces situations. Par conséquent, nous privilégierons son

utilisation, en alternance avec l'expression « violences au sein du couple », de manière interchangeable en termes de sens.

1.1.1.2 De la différence entre conflit et violence

Pendant longtemps, la VPI a été perçue comme une affaire privée entre deux adultes (Kelly, 2011), ce qui peut conduire à la confondre avec les conflits de couple. Il est important de noter que les VPI ne correspondent pas à des scènes de ménage, même importantes. Elles ne peuvent être placées sur un continuum d'intensité avec les conflits ou « considérées comme une sous-catégorie du conflit conjugal. Elles sont au contraire d'une nature très différente, ne serait-ce qu'en raison de leur caractère illégal et pénalement répréhensible. » (Durand, 2013, p. 71)

La VPI doit être clairement distinguée du conflit dans le couple, y compris du conflit agressif comprenant éventuellement des éléments violents (Paradis, 2012). Comme l'explique Ronai, (2018a), dans un couple qui se dispute, les partenaires cherchent à avoir gain de cause par rapport à une situation donnée, un enjeu spécifique (chercher à convaincre son partenaire, par exemple, quant à la destination des prochaines vacances). A contrario, dans les situations de VPI, l'enjeu est de contrôler la pensée et le comportement de son partenaire, en tant que sujet. Cela révèle une intention différente, celle de contrôler l'autre. Les conflits ou disputes ne sont pas planifiés, là où la VPI se caractérise par sa persistance et l'installation d'une dynamique cyclique. Un autre critère discriminant est celui de l'impact : si le conflit peut impacter la relation de couple, les VPI créent une atmosphère de peur et ont un effet destructeur sur la santé de celui ou celle qui en est victime, y compris à long terme (Zlotnick et al., 2006).

1.1.1.3 Violences sexuelles

L'Organisation mondiale de la Santé définit les violences sexuelles (VS) comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (Heise & Garcia-Moreno, 2002, p. 89). Cette définition inclut le viol, en tant qu'acte de pénétration imposé sans le consentement libre de la victime, mais ne s'y limite pas. De la même manière que les VPI ne se limitent pas aux violences physiques, les violences sexuelles ne se limitent pas au viol et peuvent comprendre des actes sans pénétration comme les attouchements, ou de la coercition sexuelle, soit des actes sexuels imposés via des stratégies psychologiques comme les mensonges, le chantage, le harcèlement, ou l'appui sur un statut d'autorité (Bagwell-Gray et al., 2015). Les VS sont également susceptibles de se dérouler dans des contextes relationnels variés, être agies par un auteur inconnu de la victime ou à l'inverse par un proche. Lorsqu'elles sont le fait d'un partenaire intime, on parlera de « violence sexuelle exercée par le partenaire intime » (VSPI), terme que nous utiliserons dans ce travail pour nous référer à toute forme de violence sexuelle ayant lieu au sein du couple.

1.1.2 Prévalence

1.1.2.1 Dans le monde

Bien que les VPI puissent être commises par des femmes, les femmes et les jeunes filles en demeurent les principales victimes (Oram et al., 2022). La VPI est la forme de violence la plus fréquemment rencontrée par les femmes à travers le monde, les agressions physiques et

sexuelles commises par des partenaires masculins dépassant nettement la prévalence de toute autre forme de violence dans la vie des femmes (Heise, 2011). Bien qu'un nombre similaire d'hommes et de femmes déclarent avoir subi au moins un épisode de violence de la part d'un partenaire au cours de leur vie, les femmes sont significativement plus affectées par des situations de violences répétées et sévères, à la fois coercitives, sexuelles et physiques (Tjaden & Thoennes, 2002) et par les conséquences psychologiques importantes qui en découlent (Jonas et al., 2014).

En moyenne, au niveau mondial, une femme sur trois âgée de 15 ans et plus, et ayant déjà été en couple, déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles d'un partenaire (OMS, 2018). Les données de prévalence disponibles varient selon les pays, présentant des écarts significatifs. La proportion de femmes déclarant avoir subi des violences sexuelles et/ou physiques de la part de leur partenaire, sur la vie entière, varie de 15 % au Japon à 71 % en Ethiopie (Garcia-Moreno et al., 2006), avec une prévalence moyenne en Europe de 25% (FRA, 2014; OMS, 2013a). Pour la prévalence sur l'année précédant l'enquête, on observe des taux allant de 4% au Japon et en Serbie à 54% en Ethiopie. Pour les violences psychologiques, la prévalence vie entière varie entre 20% et 75% (OMS, 2013a).

Ces données mettent en évidence la portée mondiale des VPI, qui affecte tous les contextes socio-culturels. À cela s'ajoutent les risques de sous-estimation, étant donné que l'estimation de la prévalence des VPI est une tâche complexe, principalement en raison de la réticence des victimes à révéler ce qu'elles vivent, que ce soit à leur entourage, à un autre tiers ou à un chercheur : moins d'un tiers des victimes divulguent les violences, quel que soit l'interlocuteur (Barbier & Levèfre, 2021). Les variations de prévalence constatées soulignent l'impact des facteurs socioculturels (Olsen et al., 2010), tout en démontrant que ces violences

ne sont pas une fatalité, et qu'il est possible d'agir pour les prévenir et les combattre (Garcia-Moreno et al., 2006).

1.1.2.2 En France

Au cours des deux dernières décennies, plusieurs enquêtes nationales ont été menées en France afin d'évaluer l'ampleur des violences perpétrées contre les femmes. Ces études ont systématiquement évalué, entre autres formes de violences, les VPI. L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF, 2000), réalisée au téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes, a été la première enquête d'envergure. Cette étude a révélé que 10% des femmes interrogées avaient été victimes de violences physiques, psychologiques ou sexuelles de la part de leur partenaire actuel ou ex-partenaire, au cours de l'année précédant l'enquête. Cependant, l'échantillonnage n'avait pas pu inclure les femmes hébergées dans des foyers et centres d'accueil d'urgence, contextes où l'on peut s'attendre à une prévalence plus élevée de VPI. Puis, en 2015, l'enquête Violences et rapports de genre (Virage), réalisée également au téléphone auprès de 13 476 femmes en population générale, indiquait que 6,3% des femmes interrogées avaient été victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques plus ou moins répétées de la part d'un partenaire au cours de leur vie, en dehors des 12 mois précédant l'enquête (Brown et al., 2020). Enfin, les enquêtes Cadre de vie et sécurité, réalisées chaque année à la demande des autorités, permettent d'estimer la prévalence des VPI sexuelles et physiques en population générale (Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, 2020). Ces données indiquent qu'en moyenne, entre 2011 et 2018, 1% des femmes interrogées avaient subi des VPI au cours de l'année précédente. Les femmes les plus exposées à ces violences étaient généralement âgées de moins de 40 ans, vivaient en concubinage et

étaient en relation avec un partenaire présentant une problématique de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.

Selon une vaste enquête menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne (FRA) à travers 28 pays membres (FRA, 2014), 57,2% des femmes interrogées en France rapportent avoir vécu au moins une fois une forme de violence de la part d'un partenaire au cours de leur vie. Les violences psychologiques étaient les VPI les plus fréquemment mentionnées lorsque les femmes ne signalaient qu'une seule forme, et 7,5% de l'échantillon rapportait avoir subi trois formes de VPI (physique, sexuelle et psychologique). Ces chiffres se situent au dessus de la moyenne européenne de 25% vie entière (FRA, 2014), mais ne sont pas nécessairement à interpréter comme des indicateurs d'une situation particulièrement préoccupante en France. Ils peuvent exprimer une libération de la parole des femmes françaises, résultant d'un long travail de sensibilisation mené par les autorités et les associations engagées et mouvements sur les réseaux sociaux. En effet, en 2021, la police et la gendarmerie ont enregistré 208 000 victimes de VPI, dont deux tiers étaient victimes de violences physiques, ce qui correspond à une augmentation de 21% par rapport à 2020 (Ministère de l'Intérieur, 2022b). Le nombre d'enregistrements a doublé depuis 2016, dans un contexte de libération de la parole et d'amélioration des conditions d'accueil des victimes dans les commissariats (Ibid.).

1.1.2.3 Les morts violentes au sein du couple

Près de 38 % des homicides de femmes à l'échelle mondiale sont commis par un conjoint ou un ex-conjoint (Stöckl et al., 2013). Ces homicides sont couramment l'expression malheureuse de la tournure dramatique que peut prendre une situation chronique de VPI, et la France n'échappe pas à cette funeste issue. Chaque année, le ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer produit un rapport sur les morts violentes au sein du couple, qui indique le nombre

de personnes tuées par leur partenaire actuel ou ex-partenaire sur le territoire. En 2021, 143 morts violentes au sein du couple ont été recensées par les services de police et de gendarmerie (Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, 2022). 122 victimes étaient des femmes, soit 85% des victimes. Soixante-dix-huit % des faits avaient été commis au domicile du couple, de la victime ou de l'auteur.

Les « disputes » et les séparations non acceptées étaient les causes du passage à l'acte dans 41% des cas, suivies de la jalousie dans 18% des cas. Nous regrettons l'utilisation du terme « dispute » dans la publication de ces statistiques. Bien qu'il signale effectivement un événement relationnel ou une tension préalable à l'homicide, ce terme quelque peu banalisant pourrait donner l'impression aux lecteurs non avertis qu'un événement aussi grave qu'un homicide peut survenir après de simples conflits de couple (voir 1.1.1.2, p. 20), alors qu'ils s'ancrent très probablement dans des contextes relationnels spécifiques, notamment des contextes de VPI. En effet, 32% des victimes féminines (39 femmes) avaient subi des violences antérieures du partenaire (Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, 2022) : des violences physiques pour 35 femmes, auxquelles s'ajoutaient des violences psychologiques dans 13 cas et des violences sexuelles dans 2 cas. Pour 3 victimes, les violences étaient uniquement psychologiques et pour une, il s'agissait exclusivement de cyberviolences. Cela souligne que les violences psychologiques ne doivent pas être considérées comme une forme moins grave de VPI (voir 1.1.3.1.3, p. 30), et que la présence de violences physiques n'est pas le seul indicateur de la dangerosité du partenaire.

Relevons également que ces violences, antérieures à l'homicide, avaient été révélées par 25 de 39 femmes concernées, soit dans 74% des cas (Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, 2022) : 4 s'étaient confiées à un tiers et 21 avaient déposé plainte. Les plaintes concernent ainsi

17% du total des victimes féminines. Trois victimes faisaient l'objet d'un dispositif de protection (contrôle judiciaire du partenaire ou ordonnance de protection).

Malgré les efforts déployés, l'ensemble de ces données met en évidence que la divulgation des situations de violence, dont le dépôt de plainte, de même que la séparation effective d'un partenaire violent, ne garantissent pas la sécurité des victimes de VPI.

1.1.3 Caractérisation des formes de VPI

Les VPI, en tant que phénomène complexe et polymorphe, requièrent une description approfondie afin de mieux se représenter l'expérience des femmes qui en sont victimes et de mieux en appréhender les mécanismes. Cette section décrit le polymorphisme des VPI et met en évidence leurs variations en termes de fréquence et de sévérité, ainsi que leur enracinement dans un contexte de contrôle coercitif (Stark, 2007).

1.1.3.1 Typologie des formes de violence

1.1.3.1.1 Les violences physiques

Historiquement, la violence physique a été la première composante des VPI à être repérée et étudiée (Coker, 2007), et l'expression « femmes battues », si elle ne rend pas compte adéquatement de l'aspect multidimensionnel des VPI, a été longtemps utilisée (Jaspard, 2007). Les violences physiques sont encore le « point de mire » des violences au sein du couple (Fougeyrollas-Schwebel & Jaspard, 2008, p. 114). Mieux répertoriées par les statistiques de la police et de la justice (Ibid.), et par les victimes elles-mêmes en comparaison avec les violences

sexuelles ou psychologiques (Ronai, 2018b), les violences physiques restent emblématiques d'un élément essentiel des VPI : l'atteinte physique au corps de l'autre.

Le DSM-5 (APA, 2015, p. 849) décrit la « violence physique envers l'époux(se) ou le (la) partenaire » comme des « actes non accidentels utilisant la force physique », et incluant des comportements tels que « pousser, gifler, tirer les cheveux, pincer, immobiliser, secouer, jeter, mordre, donner des coups de pied, frapper avec le poing ou un objet, brûler, empoisonner, étrangler, étouffer, maintenir la tête sous l'eau et utiliser une arme ». Les VPI physiques englobent en effet un large éventail d'actes, présentant des risques de blessures de gravité variable. Les bousculades, les morsures, les coups, les brûlures, les strangulations ou les séquestrations sont couramment observées, cette liste n'étant pas exhaustive (Ronai & Durand, 2017).

L'OMS distingue les violences physiques « modérées » et « sévères » (Garcia-Moreno et al., 2006). Ce degré de sévérité ne repose pas sur la fréquence des événements violents au sein de la relation, mais plutôt sur le potentiel que comportent ces actes de causer des blessures. Cette distinction est souvent utilisée dans les recherches sur le sujet (Ellsberg et al., 2001; Garcia-Moreno et al., 2006). A titre d'exemple, les gifles et les bousculades sont considérées comme des violences physiques modérées, tandis que les coups portés avec un objet ou les étranglements sont considérés comme des violences physiques sévères. Les VPI physiques ont la particularité d'être les plus susceptibles de laisser des traces visibles, les rendant plus évidentes et visibles que les violences psychologiques ou sexuelles et donc plus simples à détecter (Stalder, 2015). Particulièrement impactantes en termes d'intégrité physique, elles peuvent entraîner la mort de la victime. Malgré leur dangerosité, elles ne résument pas les VPI, qu'il est important de ne pas restreindre aux « brutalités physiques » (Fougeyrollas-Schwebel & Jaspard, 2008, p. 114).

1.1.3.1.2 Les violences sexuelles

Alors que les violences sexuelles et les VPI font l'objet de nombreuses études et sont globalement bien documentées, la question spécifique des violences sexuelles au sein du couple est peu abordée dans la littérature en psychologie (Colder, 2019). Les études accordent davantage d'attention aux VPI dans leur ensemble ou à l'exploration des violences sexuelles indépendamment de la relation entre les personnes impliquées (Barker et al., 2019).

Les violences sexuelles exercées par le partenaire intime (VSPI) peuvent faire référence au viol conjugal, en tant qu'acte sexuel avec pénétration imposé par violence, menace, contrainte ou surprise selon l'article 222-23 du Code Pénal. Mais ces violences comprennent une variété considérable d'actes sexuels préjudiciables, dont la diversité est encore mal connue. En effet, les VSPI correspondent aux comportements utilisant « la force physique ou la contrainte psychologique pour obliger le (la) partenaire à participer à un acte sexuel contre son gré, que l'acte ait lieu ou non », ainsi qu'aux rapports sexuels avec « un(e) partenaire intime non capable de donner son consentement » (APA, 2015, p. 849). Cette distinction présente dans le DSM-5 est reprise dans la littérature internationale : les VSPI peuvent être commises via l'utilisation de la force physique (coups ou menaces de coups, immobilisation, utilisation d'une arme) ou dans un contexte de coercition sexuelle, qui correspond à l'utilisation de moyens psychologiques, verbaux ou non-verbaux, pour obtenir un acte sexuel (Bagwell-Gray, 2021; Bagwell-Gray et al., 2015). Les mensonges, promesses, menaces de mettre fin à la relation ou de répandre des rumeurs, le harcèlement ou encore l'utilisation d'un statut d'autorité sont autant de stratégies relevant de la coercition sexuelle (Black, 2011). Par ailleurs, les situations d'incapacité à consentir sont liées au fait d'être endormie ou sous l'influence d'alcool ou de drogues (Bagwell-Gray et al., 2015), que ce soit par soumission chimique (administration volontaire de substances psychoactives à l'insu de la victime ou sous la menace), ou par

vulnérabilité chimique (état de fragilité induit par la consommation volontaire de substances psychoactives) (Liautard et al., 2021).

Les VSPI sont particulièrement éloignées des représentations sociales traditionnelles : elles sont rarement considérées comme faisant partie intégrante des situations de violence au sein du couple, et confrontées à l'idée persistante qu'un viol ne peut pas être le fait de l'époux, du compagnon, ou du petit ami (Debauche, 2019). Le viol semble encore associé à « l'agression d'une femme seule par un homme inconnu, dans un lieu isolé, avec l'usage ou la menace d'une arme, ou une brutalité qui laissera des traces traumatiques visibles » (Chariot, 2019, p. 17). Paradoxalement ces « vrais » viols, au sens des représentations sociales, sont les moins prévalents : ils ne représentent qu'un cas sur dix (Jaspard et al., 2003).

Une autre difficulté propre aux VSPI concerne la question du consentement, car « s'il s'agit du partenaire intime, il est sous-entendu qu'à un moment des relations intimes ont été consenties. Comment apprécier l'absence du consentement au moment de l'acte violent ? » (Chariot, 2019, p. 22). Ce « précédent de consentement » (Logan et al., 2015) crée des difficultés supplémentaires dans l'approche des ces violences, à la fois par les professionnels, les chercheurs et les victimes elles-mêmes.

Les VSPI constituant le cœur de notre travail de recherche, une exploration approfondie des données disponibles et problématiques associées a été effectuée et publiée (Sanchez et al., 2022). Les résultats sont présentés dans la deuxième partie de cette revue de la littérature (voir 1.2.2, p. 109).

1.1.3.1.3 Les violences psychologiques

Les VPI psychologiques sont à la fois difficiles à définir et à identifier. Elles font l'objet d'un débat théorique et méthodologique sur la frontière entre l'occurrence de comportements dysfonctionnels dans une relation considérée comme « normale », et un contexte de victimisation psychologique (DeHart et al., 2010; Follingstad, 2009). Complexes à conceptualiser, elles ne sont pas définies de façon suffisamment claire et cohérente (Dokkedahl et al., 2022). Cela donne lieu à l'utilisation d'une grande variété de termes, aux significations potentiellement différentes, comme violence psychologique, violence non physique, violence émotionnelle ou encore agression psychologique (Ibid.).

Dans le DSM-5, les VPI psychologiques sont définies en tant qu'« actes non accidentels verbaux ou symboliques [...] comportant un risque élevé d'aboutir à des dommages significatifs chez l'autre partenaire » (APA, 2015, p. 850). Elles comprennent le fait de « critiquer sévèrement ou d'humilier la victime, de la soumettre à un interrogatoire, de restreindre sa capacité à aller et venir librement, de l'empêcher de chercher de l'assistance (par exemple pour faire appliquer la loi, pour utiliser des ressources légales, de protection ou médicales), de la menacer d'agression physique ou sexuelle, de faire mal ou de menacer de faire mal à des personnes ou abîmer ou menacer d'abîmer des choses auxquelles elle tient, de l'empêcher de façon injustifiée d'accéder à ou d'utiliser des ressources économiques, de l'isoler de sa famille, de ses amis ou des ressources de son soutien social, de la traquer et de tenter de lui faire croire qu'elle est folle ». Les VPI psychologiques renvoient ainsi à une large gamme de comportements, dont le point commun est leur caractère dommageable sur le plan psychologique.

La violence psychologique est la forme de violence au sein du couple la plus fréquente (Dokkedahl et al., 2022). Elle pourrait concerner 35 à 49% des femmes en Europe et aux Etats-

Unis (Black et al., 2011; FRA, 2014). Cependant, son impact sur les victimes est sous-estimé : elles peuvent être perçues comme moins graves que d'autres formes de violences, alors que leurs conséquences semblent tout aussi préjudiciables que celles des violences physiques (Blasco-Ros et al., 2010; Pico-Alfonso et al., 2006). En effet, la violence psychologique n'est pas une violence moins sérieuse que les autres : elle peut prédire le trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les victimes de VPI de façon plus prononcée que les violences physiques et les blessures (Mechanic et al., 2008). Dans une revue systématique de la littérature, la violence psychologique se présentait comme un facteur de risque indépendant pour le TSPT, après avoir pris en compte l'influence d'autres formes de violences au sein du couple (Lagdon et al., 2014). Dans une étude récente, les violences psychologiques au sein du couple étaient à nouveau associées au TSPT et à la dépression (Stubbs & Szoeki, 2022).

Au delà d'être répandues et dangereuses, les violences psychologiques au sein du couple sont aujourd'hui facilitées par les nouvelles technologies, dont l'utilisation en contexte de VPI est de mieux en mieux documentée (Cantu & Charak, 2022). Les téléphones portables, les tablettes, les ordinateurs et les réseaux sociaux permettent de créer un sentiment d'omniprésence du partenaire violent et servent à isoler, punir, humilier ou menacer les victimes (Woodlock, 2017).

1.1.3.1.4 Les violences économiques

Les violences économiques ne sont pas toujours incluses dans la description des différentes formes de VPI, car elles peuvent être considérées comme faisant partie des violences psychologiques. A titre d'exemple, elles ne sont pas décrites dans le DSM-5, contrairement aux violences physiques, sexuelles et psychologiques. Toutefois, certains auteurs soutiennent que les violences économiques constituent une forme à part entière de violence dans le couple, aux

enjeux spécifiques (Johnson et al., 2022). Les violences économiques renvoient aux comportements qui contrôlent la capacité de l'autre à acquérir, utiliser et maintenir ses ressources, menaçant ainsi sa sécurité économique et son indépendance financière (Adams et al., 2008).

Différentes catégories de violences économiques ont été identifiées. L'exploitation économique consiste à détruire ou épuiser intentionnellement les ressources financières de la victime (Stylianou et al., 2013). Elle comprend des actes tels que le fait de voler sa partenaire, l'utilisation des finances du couple pour des jeux d'argent, la souscription de crédits sans le consentement de la victime ou encore le refus de payer les factures dans le but de causer des difficultés financières à l'autre (Fawole, 2008; Postmus et al., 2015). Le contrôle économique se manifeste par la restriction de l'accès aux comptes bancaires, aux cartes de crédit, ainsi que par une surveillance étroite de l'utilisation de l'argent par la victime, y compris pour des besoins fondamentaux tels que l'achat de nourriture, de vêtements ou les frais médicaux (Postmus et al., 2015 ; Stylianou, 2018). Enfin, le sabotage de l'emploi englobe des comportements visant à empêcher la victime d'obtenir ou de maintenir un emploi, par la limitation de l'accès à l'emploi ou à l'éducation ou le harcèlement sur le lieu de travail (Postmus et al., 2015; Voth Schrag & Edmond, 2017).

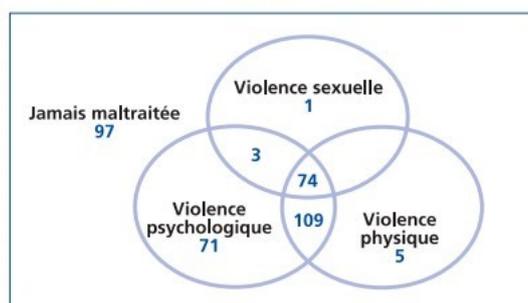
Une revue de la littérature récente indique que les violences économiques sont significativement associées à des conséquences négatives en termes de santé mentale (dépression), de santé économique et de qualité de vie (Johnson et al., 2022). Par ailleurs, en favorisant la dépendance financière de la victime, elles constituent un obstacle supplémentaire dans la perspective d'une séparation d'avec le conjoint violent (Ibid.).

1.1.3.2 Cumul des formes de violence

Il est essentiel de prendre en compte que les violences physiques, psychologiques et sexuelles sont fréquemment co-occurentes au sein des relations intimes marquées par la violence. Les différents types de violences peuvent se succéder au cours d'une même relation, de même que des événements donnés peuvent combiner violences physiques, sexuelles et psychologiques (Krebs et al., 2011). De nombreuses études ont pu constater cette co-occurrence (Basile et al., 2004; Ellsberg et al., 2001; Garcia-Moreno et al., 2006; Krebs et al., 2011; Thompson et al., 2006), qui rend le phénomène difficile à appréhender dans sa complexité.

Dans une étude réalisée auprès de 360 femmes au Nicaragua, les différentes formes de VPI étaient concomitantes pour la majorité de l'échantillon : l'association la plus fréquente était celle entre les violences physiques et psychologiques (41% des femmes victimes de VPI), suivie de l'association entre les violences physiques, sexuelles et psychologiques (28% des femmes victimes de VPI) (Ellsberg et al., 2001). La figure suivante (Heise & Garcia-Moreno, 2002) illustre les résultats de cette étude :

FIGURE 4.1
Chevauchement entre la violence sexuelle, physique et psychologique subie par les femmes à León, au Nicaragua (N= 360 femmes ayant déjà eu un partenaire)



On constate également que la forme de violence la plus susceptible d'être commise de manière isolée était la violence psychologique, tandis que les violences sexuelles avaient rarement lieu sans d'autres formes de violences au sein du couple. Ce constat a été réitéré récemment dans

une étude japonaise portant sur les conséquences des VSPI (N=83), dans laquelle aucune des participantes n'avait subi de violences sexuelles isolées : d'autres formes de violences étaient systématiquement présentes (Honda et al., 2018). Aux Etats-Unis, dans un échantillon de 138 femmes ayant été victimes de violences physiques au sein de leur couple au cours des cinq dernières années, 20,3 % avaient subi exclusivement des violences physiques, tandis que 79,7 % avaient également été confrontées à d'autres formes de violences (Thompson et al., 2006). Enfin, la quasi-totalité d'un échantillon de 1248 femmes victimes de violences sexuelles et/ou physiques de la part de leur partenaire aux Etats-Unis rapportaient également des violences psychologiques (Krebs et al., 2011).

Toutes les formes de violences dans le couple ont un impact néfaste sur la santé mentale des victimes. Mais lorsqu'elles se conjuguent, ce qui est le cas dans la majorité des situations, les conséquences psychologiques sont plus sévères. Dans une étude examinant les effets des différentes formes de VPI, menée à partir des données recueillies par l'OMS en Namibie, au Pérou, aux îles Samoa, en Thaïlande, en Serbie et en Tanzanie (OMS, 2013a), il était constaté que les situations impliquant des violences physiques, psychologiques et sexuelles étaient associées aux niveaux les plus élevés d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide (Potter et al., 2021). La combinaison de violences physiques et psychologiques sans violences sexuelles était la deuxième combinaison la plus délétère pour la santé mentale des victimes. Ces résultats soulignent que l'expérience d'une personne victime d'un seul épisode de violence physique diffère significativement de celle d'une personne confrontée à une combinaison grave et récurrente de violences psychologiques, physiques et sexuelles (Hegarty et al., 2013).

Enfin, plus la durée d'exposition aux VPI augmente, plus la proportion de femmes confrontées à plusieurs types de violences augmente (Thompson et al., 2006). Ce constat soutient la notion d'« escalade », souvent observée par les professionnels: le temps passé dans

la relation joue en faveur d'une fréquence augmentée, d'une sévérité accrue et d'une multiplication des formes de VPI (Walby & Towers, 2018). Les VPI sont effectivement susceptibles de débiter par des manifestations subtiles (telles que des comportements de surveillance ou de contrôle, souvent perçus par les victimes comme une expression d'affection), puis d'évoluer vers des formes de violences plus visibles, telles que la violence physique et sexuelle (Kwon & Park, 2019). Par ailleurs, la forte corrélation entre les violences psychologiques et les violences physiques et/ou sexuelles suggère que les violences psychologiques pourraient jouer le rôle de précurseur d'autres formes de violences (Krebs et al., 2011).

Ces divers éléments influencent la sévérité des situations de violences dans le couple, et sont susceptibles d'influencer les conséquences des violences pour les victimes. En parallèle, le contexte relationnel dans lequel elles se développent est également à prendre en compte pour mieux comprendre leur nature et leur signification dans un couple donné.

1.1.3.3 Typologie des contextes

Les violences au sein du couple sont habituellement catégorisées en fonction de la nature des actes violents. Il s'agit finalement d'une approche centrée sur les événements. Selon ce prisme de lecture, c'est la présence même de violences, de différents types, qui constituent l'essence des VPI. La typologie de Johnson (Johnson, 2008), largement reconnue dans la communauté scientifique et clinique (Lapierre & Côté, 2014), ne catégorise pas les violences au sein du couple en fonction de la nature précise des événements qui s'y produisent, mais en fonction du contexte dans lequel cette violence se manifeste. Selon cette typologie, les critères différenciateurs des violences au sein du couple concernent la dynamique relationnelle, les intentions sous-jacentes à ces violences, ainsi que les conséquences qu'elles entraînent (Kelly

& Johnson, 2008). Ainsi, les violences dans le couple peuvent être la manifestation d'un « terrorisme intime », d'une « résistance violente », ou d'une « violence situationnelle » (Johnson, 2008).

1.1.3.3.1 Terrorisme intime

Le « terrorisme intime » (Johnson, 2008), initialement nommé « terrorisme patriarcal » (Johnson, 1995), désigne les violences qui s'inscrivent dans un schéma de contrôle généralisé. Il correspond à des violences sévères et fréquentes, caractérisées par une intention de contrôle total de la partenaire. C'est une violence de genre, commise principalement par des hommes à l'encontre des femmes, qui s'intensifie au fil du temps. Les victimes de terrorisme intime présentent plus de risques de blessures, de troubles de stress post-traumatique, consomment davantage de psychotropes et d'analgésiques, et sont plus susceptibles de quitter leur partenaire (Johnson & Leone, 2005). Selon Johnson, cette forme de violence est celle qui correspond aux termes « violence domestique », « violence conjugale » et, plus récemment, « violence exercée par le partenaire intime ». Il considère également que le terrorisme intime est le type de situation le plus fréquemment rencontré par les professionnels impliqués dans la prise en charge des victimes, tels que les services de police, les tribunaux, l'aide sociale, le milieu médical et les associations.

1.1.3.3.2 Résistance violente

La « résistance violente » fait référence à la réaction des victimes de terrorisme intime qui, confrontées aux attaques répétées de leur partenaire, font usage de violences, verbales ou physiques, pour se défendre (Johnson, 2008). Il s'agit finalement d'une des stratégies d'adaptation aux violences (voir 1.1.8.1, p. 88) qui, pour Johnson, a tendance à diminuer avec

le temps du fait de l'intensification de la peur du partenaire. La résistance violente peut être mise en relation avec une réflexion plus large autour des stratégies de défense des femmes victimes de violences au sein du couple, que ces tentatives soient violentes ou non. Plutôt que de se focaliser sur la croyance que les victimes seraient incapables de remettre en question la domination d'un partenaire violent, une partie de la littérature scientifique s'éloigne de ce paradigme en examinant également les comportements d'opposition qui permettent de faire face à la violence d'un partenaire (Abraham, 2005).

En outre, la résistance violente peut conduire au meurtre du conjoint violent. Cela se produit principalement dans les situations de terrorisme intime sévère, caractérisées par des violences sexuelles et des menaces de mort y compris envers les enfants, dans lesquelles les victimes ne perçoivent plus d'autres échappatoires (Johnson, 2008). En France, l'affaire Jacqueline Sauvage nous semble illustrer cette notion. Jacqueline Sauvage a été condamnée à dix ans de réclusion criminelle pour le meurtre de son mari en 2012, un acte qu'elle présente comme motivé par les violences qu'il lui avait infligées pendant de nombreuses années. L'affaire devient une cause célèbre en France (Blaise, 2016), Jacqueline Sauvage incarnant un symbole de résistance violente, considérée comme de la légitime défense par l'opinion publique (Bulman, 2016). A la suite d'une pétition signée par plus de 400 000 personnes, elle obtient la grâce présidentielle et est libérée de prison. A notre sens, ces éléments illustrent comment la résistance violente, y compris portée à son paroxysme (le meurtre), est susceptible d'être considérée par l'opinion publique comme une violence légitime.

1.1.3.3.3 La violence de couple situationnelle

La « violence de couple situationnelle » est une violence qui ne s'inscrit pas dans une dynamique globale de comportements contrôlants (Johnson, 2008). Les causes de cette violence

varient d'un couple à l'autre et d'un épisode de violence à l'autre au sein d'une relation donnée, évoquant des conflits particuliers qui dégénèrent en violence. Cette violence peut s'apparenter à des incidents circonstanciels, ou revêtir un caractère chronique et plus intense. Ainsi, la distinction entre violence dans le couple situationnelle et terrorisme intime ne réside pas dans le degré de dangerosité ou de fréquence des actes violents, mais plutôt dans la présence ou l'absence d'une volonté de contrôler et de dominer l'autre (Johnson & Leone, 2005). Selon Johnson, étant donné que ces deux formes de violence ont des fondements psychologiques et sociaux distincts, ainsi qu'une dynamique interpersonnelle et des conséquences différentes pour les victimes, il se peut qu'une grande partie de la littérature empirique sur les VPI soit biaisée (Johnson, 2008).

1.1.3.4 Mécanismes d'installation et de persistance

Afin de caractériser adéquatement les situations de VPI, il est nécessaire de décrire les mécanismes impliqués dans leur développement et leur persistance au sein d'une relation. Quels sont les processus à l'œuvre dans l'installation et la pérennité de ces situations ? Il est par ailleurs essentiel de saisir ces dynamiques afin de pouvoir prendre en charge de manière adéquate les victimes : « la compréhension des mécanismes des violences conjugales, de l'emprise et de la stratégie de l'agresseur est le préalable indispensable à toute action de protection des victimes » (Ronai & Durand, 2017, p. 6).

1.1.3.4.1 Emprise

L'emprise est une notion traditionnellement associée aux relations de domination en général, et aux violences au sein du couple en particulier. Elle représente à la fois un état de la victime (« être sous emprise ») et un comportement de l'auteur (« exercer son emprise »),

entraînant une dynamique interpersonnelle spécifique favorable au développement et au maintien des VPI.

Pour Dorey (1981, cité par Vouche, 2009, p. 34), l'emprise est « une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité, la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable ». Elle apparaît ici comme un processus visant à effacer la subjectivité de l'autre via la suppression de l'altérité, conduisant à une subordination psychologique. Elle se compose de trois dimensions (Ibid.) : l'appropriation, c'est-à-dire la prise de possession progressive du psychisme de la victime ; la domination, qui correspond au développement d'un pouvoir sur l'autre, et dont résultent la soumission et la dépendance ; et l'empreinte, soit le marquage physique et psychologique qui en résulte. Daligand (2021, p. 49) évoque également cette notion d'envahissement du psychisme : exercer l'emprise, c'est « se rendre maître de l'autre par occupation du terrain d'exercice de l'appareil psychique de la victime ». L'atteinte à l'altérité et à la subjectivité est à nouveau conceptualisée en tant que moteur de l'emprise : la victime « va être emplie par les injections de langage d'autrui, le « bourrage de crâne », les attitudes de l'auteur présentes ou remémorées, les actions répétées qui rendent difficile toute génération personnelle et originale de pensées au profit d'un ressassement d'idées toujours identiques » (Ibid.). Alors qu'il n'est plus possible de penser par soi-même, l'emprise apparaît effectivement comme une « véritable colonisation des processus psychiques et émotionnels » (Salmona, 2017, p. 10).

Dans les situations de violences au sein du couple, cette prise d'assaut du paysage psychologique de la victime est favorisée par la répétition des épisodes de violences, associés à des justifications pseudo-rationnelles du partenaire. Cette combinaison est à risque d'impacter l'estime de soi, voire l'identité de la victime: « souvent exercée sous les faux prétextes de

l'amour, de la jalousie, de la frustration, d'un besoin sexuel, d'une nécessaire éducation, de la contrariété, de la fatigue et de l'énervement, de l'alcool, elles (*les violences*) sont une véritable entreprise de démolition identitaire utilisée pour conditionner la victime à se soumettre, à se ressentir comme n'ayant aucune valeur, comme étant incapable, coupable, honteuse, inintelligente, sans aucun droit, réduite à une chose » (Salmona, 2017, p. 9). L'association entre lien affectif au partenaire et dévalorisation profonde liée à des violences rationalisées, légitimées au motif de défauts de la victime, est une autre composante fondamentale de l'emprise : « être sous emprise, c'est à la fois être sous la dépendance affective de son partenaire, être liée, et en même temps être dévalorisée par celui-ci (Ronai & Durand, 2017, p. 7).

Les symptômes dissociatifs dont les victimes de VPI sont fréquemment porteuses (voir 1.1.4.2.2, p. 52) constituent un aspect supplémentaire en faveur du développement de l'emprise. La victime dissociée « se sent perdue et ne se reconnaît plus, elle est comme un pantin. De ce fait, il lui est très difficile de se projeter dans un autre espace, une autre vie, elle s'en sent incapable. Cet état facilite grandement l'emprise par l'agresseur » (Salmona, 2017, p. 13). La comparaison du sujet dissocié à un « pantin » fait écho aux observations de Daligand (2021, p. 49), pour qui l'emprise « est une force qui vise à séparer la tête du corps de la victime. Le corps, souvent, devient inerte, inhibé et peu sensoriel alors que la tête occupe toute la place par son hyperactivité de pensée ». On comprend dès lors comment cette absence à soi-même, engendrée par l'emprise développée sur un terrain psychologique traumatisé et dissocié, entrave les désirs, la volonté et engendre un sentiment d'impuissance (Walker, 1978). Cela peut expliquer, entre autres mécanismes complexes, pourquoi les VPI persistent dans le temps.

De toute évidence, l'emprise ne s'exerce pas uniquement dans l'esprit, et l'assujettissement mental s'accompagne d'un assujettissement comportemental : alors que la

domination s'installe, la victime « doit s'adapter, se conformer aux besoins de l'auteur, à ses injonctions » (Daligand, 2021, p. 49). Cet aspect souligne la dangerosité de l'emprise, car la victime devient dépendante des injonctions de son partenaire violent, ce qui limite considérablement sa capacité à se protéger. Les difficultés rencontrées pour assurer sa propre protection ont sans doute contribué à l'inclusion du terme « emprise » dans le Code pénal, via la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020, visant à protéger les victimes de violences au sein du couple. Ce texte autorise le médecin ou tout autre professionnel de santé à faire un signalement au procureur de la République sans violation du secret professionnel, s'il « estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences » (article 226-14 du Code pénal). La notion d'emprise est également reconnue en droit civil : « à l'effet de faciliter la recherche par les parents d'un exercice consensuel de l'autorité parentale, le juge peut leur proposer une mesure de médiation, sauf si des violences sont alléguées par l'un des parents sur l'autre parent ou sur l'enfant, ou sauf emprise manifeste de l'un des parents sur l'autre parent » (article 373-2-10 du Code civil). Cette exception témoigne du fait que la situation de violence ou d'emprise est considérée comme empêchant tout dialogue équilibré, nécessitant des mesures de protection spécifiques pour garantir la sécurité de la victime. L'introduction de la notion d'emprise a constitué une étape cruciale dans le traitement judiciaire des VPI, car elle permet d'identifier, au-delà des seules agressions physiques, la question de la domination comme un enjeu central des violences au sein du couple (Muller-Lagarde & Gruev-Vintila, 2022).

1.1.3.4.2 Contrôle coercitif : phénomène central des VPI ?

Le concept de contrôle coercitif (*coercive control*) a émergé dans la littérature féministe des années 70, avant d'être développé et diffusé par le chercheur américain Evan Stark dans l'ouvrage *Coercive control: How Men Entrap Women in Personal Life* (Stark, 2007). Le contrôle coercitif englobe une série de stratégies récurrentes, violentes ou non, dont le cumul est précisément ce qui établit la domination de la victime.

La coercition et le contrôle en sont les deux composantes. La coercition correspond à la gamme de stratégies utilisées par le partenaire pour obtenir ce qu'il souhaite (Stark, 2007). Ces stratégies peuvent être de toute nature : force physique, menaces, agressions sexuelles. Cet aspect est fondamental selon Stark : les violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles, ne sont pas conçues comme visant à détruire ou blesser l'autre, et ne représentent pas l'essence des VPI. Elles sont en réalité des moyens utilisés pour consolider la domination. C'est pourquoi le contrôle coercitif n'est pas considéré comme un type de violence (Stark & Hester, 2019). A contrario, les différentes formes de violences (voir 1.1.3.1, p. 26), quant à elles, représentent les multiples facettes stratégiques du contrôle coercitif. La deuxième composante qu'est le contrôle, se caractérise par son caractère insidieux et difficile à détecter. Son objectif est de restreindre ou priver la victime de sa liberté, notamment par le biais de ce que Stark nomme des « micro-régulations » (Stark, 2007). Les micro-régulations sont des règles de conduite établies par le partenaire violent, qui peuvent être générales, spécifiques, écrites, implicites ou négociées (Ibid.) Elles se caractérisent par leur complexité, leur caractère contradictoire, leurs changements rapides et imprévisibles. L'exemple suivant illustre le type de situations que les victimes sont susceptibles de vivre au quotidien: « une victime peut être contrainte à devoir garder la maison propre en tout temps (règle générale), à répondre à tous les messages textes de l'agresseur en moins de cinq minutes (règle spécifique), à tenir un registre de ses dépenses (règle écrite), à céder à certaines demandes irréalistes (règle négociée) et à

devoir centrer toute son attention sur lui lorsqu'il rentre à la maison (règle implicite) » (Côté & Lapierre, 2021, p. 117). Cet exemple met en évidence que si elles ne constituent pas des actes violents en eux-mêmes, les micro-régulations créent une situation psychologique insoutenable, d'autant plus en considération du risque de coercition violente auquel la victime est exposée si elle y déroge.

Le contrôle coercitif représente plus qu'un concept : il marque un changement de paradigme dans notre compréhension des violences dans le couple. Alors que « la violence conjugale demeure encore largement comprise comme un phénomène qui s'actualise en actes ou en incidents précis plutôt que dans sa globalité » (Côté & Lapierre, 2021, p. 116), Stark met en évidence comment la synergie du contrôle et de la coercition crée le véritable piège (« entrapment ») des victimes, et constitue le problème central des VPI. Notamment, la compréhension de ces mécanismes par les professionnels est d'autant plus importante que le contrôle coercitif exercé par un partenaire masculin pourrait être le contexte le plus fréquent et le plus destructeur chez les femmes qui recherchent de l'aide en raison de VPI (Kelly, 2011; Stark & Hester, 2019).

Plusieurs études ont examiné les conséquences du contrôle coercitif, en contrôlant les variables liées aux violences. Il a été constaté que la présence de contrôle coercitif au sein d'une relation, indépendamment de la violence physique, était un facteur prédictif du risque de violences envers la victime, de même que de l'intensité de la peur et du développement de problèmes psychosociaux, médicaux et comportementaux (Beck & Raghavan, 2010). Dans une autre étude, il a été observé que parmi les femmes ayant signalé des rapports sexuels forcés, une escalade de violence ou des menaces de mort après la séparation, 80 % d'entre elles faisaient partie du groupe ayant déclaré avoir subi le niveau le plus élevé de contrôle coercitif dans leur relation, mais peu ou pas de violence physique (Tanha et al., 2010). Cette étude indiquait

également que le contrôle coercitif était un meilleur prédicteur que la violence dans la relation de certains éléments néfastes après la séparation, tels que la persistance des violences et la peur de la médiation. Une méta-analyse récente (Lohmann et al., 2023) a également démontré que le contrôle coercitif était associé au trouble de stress post-traumatique ($r = .32$) et à la dépression ($r = .27$). Ces associations étaient comparables à celles retrouvées entre violences psychologiques et troubles de stress post-traumatique ($r = .34$), et entre violences psychologiques et dépression ($r = .33$), et suggèrent que l'exposition à ce type de contrôle peut avoir des répercussions à long terme sur la santé mentale des victimes (Ibid.).

A la différence de l'emprise, le contrôle coercitif ne figure pas encore dans la loi en France, ce qui pourrait être amené à évoluer. Considérant le contrôle coercitif comme la « marque de fabrique des violences conjugales », des universitaires français soutiennent son incrimination dans le droit pénal (Muller-Lagarde & Gruev-Vintila, 2022, p. 252). Déjà présent dans la législation en Ecosse, en Angleterre et en Irlande, il s'agirait de créer en un « délit de contrôle coercitif », qui pourrait réunir « sous une même qualification un ensemble d'actes tendus vers le même objectif de contrôle et d'assujettissement de la victime et qui, sans une qualification commune, seraient soit traités de manière isolée sous des qualifications spécifiques, soit échapperaient au droit pénal ou seraient plus difficilement pris en compte » (Ibid., p. 253). La reconnaissance du contrôle coercitif dans le domaine juridique témoigne à notre sens de l'intérêt croissant pour l'utilisation de ce concept comme cadre d'analyse des violences au sein du couple, notamment de leur tendance à perdurer. L'existence de cycles de violence répétitifs semble également venir renforcer la persistance des situations de violences conjugales.

1.1.3.4.3 Cycles de violence répétitifs

Le célèbre modèle du « cycle de la violence », élaboré par la psychologue américaine Lenore Walker (Walker, 1979) décrit le mode de fonctionnement cyclique de la violence au sein du couple. Il met en évidence des phases caractéristiques, dont la succession explique pourquoi les victimes sont susceptibles de rester dans une relation marquée par des VPI.

La première phase, appelée phase de tension (*tension building*), se caractérise par une agitation et une nervosité du partenaire violent, qui engendre chez la victime un état d'anxiété et de vigilance. Face à une perception croissante du danger, la victime tente de s'ajuster et cherche à satisfaire le partenaire dans l'espoir d'éviter un accès de violence. Cette phase est ainsi marquée par l'emploi de diverses stratégies d'adaptation de la part de la victime.

La deuxième phase est une phase de « crise » ou d'« explosion de la violence » (*acute battering incident*). Le partenaire passe à l'acte et agresse sa partenaire. Si cette phase fait initialement référence aux agressions physiques, elle peut aussi être marquée par des violences sexuelles et psychologiques. Bien que cette phase soit la plus courte du cycle, elle représente le moment le plus dangereux pour les victimes. L'explosion de la violence marque l'échec des stratégies de la victime, mises en œuvre à l'étape précédente. Elle s'accompagne d'un sentiment d'impuissance et éventuellement d'une remise en question de la relation dans son ensemble.

Durant la troisième phase, appelée phase de justification, le partenaire violent tente de légitimer son agression. Il rationalise son comportement via des attributions externes, affirmant par exemple que les agressions sont le résultat du stress, de la fatigue, des problèmes au travail ou encore de l'agitation des enfants. Il cherche à inverser les responsabilités en expliquant à la victime que c'est elle qui le « pousse à bout », soutenant que si elle ne s'était pas comportée d'une certaine manière, rien ne se serait produit. La violence est minimisée, non reconnue en tant que telle, le discours tenu étant que la victime exagère, dramatise, réagit trop intensément.

Ces justifications entravent la remise en question du couple entamée par cette dernière, qui cède la place à une remise en cause personnelle : elle se culpabilise et cherche à adopter les « bonnes conduites » requises. Confuse et éventuellement sous emprise, elle adhère aux explications de l'agresseur, se disant qu'elle commet des erreurs et que si elle parvient à fournir les bonnes réponses, la violence ne se reproduira pas.

La « lune de miel » constitue la dernière phase du cycle. L'auteur adopte un comportement affectueux, attentionné, peut formuler des excuses, dire qu'il souhaite entreprendre une thérapie de couple (ce qui, à défaut d'être une inversion des responsabilités, véhicule a minima l'idée d'une responsabilité conjointe, entretenant la culpabilité de la victime concernant les violences). Dans certains cas, il n'y a pas de démonstrations particulières d'affection, mais simplement un arrêt temporaire des violences qui crée une période de calme : les violences sont oubliées. Cette étape favorise l'espoir chez la victime et la croyance que la situation va s'améliorer, mais elle prend fin à la réapparition du climat de tension.

Walker (1979) précise que la durée du cycle de violence n'est pas fixe : ces quatre étapes peuvent se dérouler en une journée, sur plusieurs semaines ou même s'étendre sur plusieurs mois. La répétition des actes de violence, associée au fait que la victime ne quitte pas la relation, peut donner l'impression à l'entourage et aux professionnels que la victime ne souffre pas vraiment, qu'elle est passive (Kédia, 2020). Ce comportement suscite des interrogations, susceptibles de renforcer l'isolement : « de nombreuses personnes considèrent qu'une femme victime de violences par son conjoint est censée s'opposer, partir et porter plainte dès le premier coup qu'elle reçoit. Si elle est restée de nombreuses années à subir des violences sans les dénoncer ni fuir, cela suscite des doutes et des incompréhensions » (Salmona, 2017, p. 9). Le cycle de la violence met justement en lumière les motifs pour lesquels les femmes ne parlent pas ou ne quittent pas la relation dès le premier épisode de violence. La compréhension de cette

dynamique cyclique, ainsi que de facteurs qui contribuent à l'installation et au maintien des violences dans le temps comme l'emprise ou le contrôle coercitif, permet d'avoir une représentation plus juste des réactions des victimes et des nombreuses répercussions à la fois physiques et psychologiques que les VPI sont susceptibles d'engendrer.

1.1.4 Répercussions

De nombreux travaux de recherche indiquent que les VPI entraînent des répercussions très significatives sur la santé des femmes. La violence au sein du couple est associée à une multitude de problèmes de santé, à la fois sur les plans physique, psychologique et psychopathologique. Ces effets sont présents à court terme, mais aussi à long terme : « tout comme les conséquences du tabagisme et de l'alcoolisme, être victime de violence d'un partenaire intime peut être considéré comme un facteur de risque pour divers maux et maladies » (Heise & Garcia-Moreno, 2002, p. 100). En raison de la nature complexe des situations de VPI, qui impliquent un enchevêtrement chronique de différentes formes de violence, nous avons décidé de ne pas énumérer spécifiquement les effets de chaque type. Il convient de noter que la recherche elle-même ne prend pas toujours en compte cette pluralité et que, lorsque c'est le cas, il est difficile d'isoler les conséquences de telle ou telle forme. Nous évoquerons plutôt les répercussions principales des violences dans le couple, considérées en tant que situations de violences multiples et entrelacées. Les conséquences spécifiques des violences sexuelles, qui constituent notre sujet d'étude, seront détaillées en 1.2.2.4, page 115.

1.1.4.1 Répercussions somatiques

Bien que les conséquences psychologiques des VPI soient souvent mises en avant, elles peuvent également causer des problèmes de santé physique et devraient être davantage prises en compte

par les professionnels de santé en médecine somatique (Stubbs & Szoeki, 2022). La santé sexuelle et reproductive est un domaine particulièrement concerné. Les femmes victimes de violences dans le couple ont un risque accru d'infections sexuellement transmissibles, y compris par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : elles présentent un risque 1,5 fois plus élevé de contracter ces maladies par rapport aux femmes non victimes (Dillon et al., 2013). La VPI est également liée à une augmentation de la probabilité d'accouchement prématuré, de faible poids du nourrisson à la naissance, de prééclampsie, de complications obstétricales et de décès fœtal ou néonatal (Berhanie et al., 2019; Martin-de-las-Heras et al., 2015; Yu et al., 2018). Notons que ces évènements constituent une source supplémentaire de traumatisme chez les femmes victimes de VPI. Par exemple, une étude menée en population française a montré que l'expérience d'accouchement prématuré était à l'origine d'un trouble de stress post-traumatique dans 30% des cas (Goutaudier et al., 2014), ce qui chez les femmes victimes de VPI vient se surajouter au trauma des violences. Les femmes victimes ont également davantage de grossesses non désirées, et les VPI constituent un facteur de risque pour la dépression du post-partum et la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse (Miller & McCaw, 2019). Ces éléments mettent aussi en évidence des conséquences délétères pour les enfants conçus dans un contexte de VPI.

Les violences dans le couple sont également une source importante de traumatismes corporels, et sont reconnues comme l'une des principales causes de blessures chez les femmes (Campbell, 2002). Ces blessures, notamment à la tête, au cou ou au visage, sont susceptibles d'entraîner des douleurs chroniques, et peuvent aller jusqu'à causer des lésions cérébrales, notamment à la suite de strangulations non-fatales ou d'autres formes d'entrave de la respiration (Campbell, 2002; St. Ivany & Schminkey, 2016; Walker et al., 2022). Les violences physiques et sexuelles notamment peuvent provoquer des fractures, des lacérations cutanées, des brûlures,

et dans les cas les plus graves, le décès de la victime (Antai, 2011; Hewitt et al., 2011; Sugg, 2015).

La VPI est également associée à des conséquences moins évidentes, facilement attribuables à d'autres facteurs. Les femmes concernées sont plus susceptibles de souffrir de céphalées, de vertiges et de maux d'estomac (Dillon et al., 2013). Les violences dans le couple pourraient engendrer un état inflammatoire chronique (Kraynak et al., 2019; Powers et al., 2019), et constituer un facteur de risque pour certaines maladies chroniques, comme l'hypertension, le diabète et le cancer (Al-Modallal, 2016; Campbell et al., 2018; Mason et al., 2012; Stubbs & Szoeki, 2022). Elles pourraient aussi exercer une influence indirecte sur le développement de maladies cardiaques : les stratégies d'adaptation utilisées par les victimes pour gérer le stress, comme le tabagisme ou la suralimentation, ainsi que l'incidence plus élevée de troubles dépressifs provoquant des taux élevés de cortisol, de catécholamines et de marqueurs inflammatoires, créent un contexte particulièrement favorable à la progression des maladies cardio-vasculaires (Mazza et al., 2021).

A côté du traumatisme psychologique, la VPI apparaît donc comme un facteur favorisant une détérioration de la condition physique des victimes. Son dépistage devrait être intégré à la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques (Dutton, 2009; Stubbs & Szoeki, 2022).

1.1.4.2 Répercussions psychologiques

Les problématiques de santé mentale sont fortement prévalentes chez les femmes victimes de violences dans le couple (Karakurt et al., 2014; Oram et al., 2017). Chez les femmes souffrant de troubles psychopathologiques, on constate une prévalence plus élevée de VPI que chez les femmes en bonne santé mentale : elles sont 3 fois plus fréquentes chez les femmes

souffrant de troubles dépressifs, 4 fois plus fréquentes chez celles souffrant de troubles anxieux, et 7 fois plus fréquentes chez celles souffrant d'un trouble de stress post-traumatique (Trevillion et al., 2012). Plus les violences sont sévères et chroniques, plus ces symptômes sont augmentés (Lagdon et al., 2014; Woods et al., 2008). Violences au sein du couple et troubles psychologiques s'inscrivent par ailleurs dans une interaction complexe : les VPI sont un facteur de risque pour diverses psychopathologies et parallèlement, la présence de problèmes de santé mentale rend les individus plus vulnérables aux VPI (Mazza et al., 2021; Oram et al., 2022).

1.1.4.2.1 Trouble de stress post traumatique

Selon le DSM-5, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se développe à la suite d'une confrontation à la mort, à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, de manière directe ou indirecte. Il recouvre un ensemble de symptômes caractéristiques, réactionnels à cette exposition : les intrusions (souvenirs répétitifs, rêves récurrents et flashbacks, provoquant un sentiment de détresse et des réactions physiologiques) ; les conduites d'évitement (les pensées, souvenirs et émotions liées au trauma sont évités, de même que les lieux, personnes ou situations qui pourraient rappeler les événements) ; les altérations des cognitions et de l'humeur (amnésie dissociative, croyances négatives, culpabilité et état émotionnel négatif persistant, difficulté à ressentir des émotions positives, réduction de l'intérêt pour les activités et sentiment de détachement par rapport à autrui) ; et l'hyperactivation neurovégétative (irritabilité, hypervigilance, réactions de sursaut exagérées, problèmes de concentration, troubles du sommeil) (APA, 2015). Le sous-type dissociatif du TSPT inclut également des symptômes persistants ou récurrents de dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même, d'être un observateur extérieur de ses propres

processus mentaux ou de son corps) et/ou de déréalisation (sentiment que l'environnement n'est pas réel, impression d'être dans un rêve) (Ibid.).

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est la conséquence la plus emblématique de l'exposition à des VPI (Dutton, 2009). En effet, parmi les diverses répercussions psychologiques des violences dans le couple, ce trouble constitue la réponse psychopathologique la plus fréquente (Lagdon et al., 2014), avec des estimations de prévalence allant de 21% à 64% chez les femmes victimes (Cohen et al., 2013). Toutes les formes de violences dans le couple semblent favorables au développement d'un TSPT, avec un risque accru en cas de co-occurrence de violences physiques sévères et intenses, de violences sexuelles et de contrôle coercitif (Dutton, 2009). D'autres facteurs peuvent également influencer la propension à développer un TSPT en contexte de violences dans le couple. Dans une étude récente auprès de victimes de VPI, les symptômes du TSPT étaient augmentés chez les femmes présentant un style d'attachement insécur-anxieux (Bowlby, 1988), suggérant que l'anxiété d'abandon pourrait constituer un facteur de risque supplémentaire, qui augmenterait de 10% le risque de développer un TSPT en contexte de violences dans le couple (Costa & Botelho, 2021). On comprend en effet que le sentiment de dépendance émotionnelle envers le partenaire puisse entraver davantage la capacité à envisager une séparation ou à rechercher de l'aide, et vienne amplifier le vécu d'emprisonnement dans la relation, créant un terrain propice au développement du TSPT (Elwood & Williams, 2007).

Malgré l'existence d'un corpus d'études démontrant la prévalence importante du TSPT chez les victimes de VPI et la nécessité qui en découle d'interventions ciblant le trauma, la prise en charge de ces violences ne tient pas toujours suffisamment compte de la nature traumatique de ces expériences et de l'impact du TSPT sur la qualité de vie (Goodman et al., 2016). Il est aujourd'hui primordial de développer une approche des violences dans le couple fondée sur la

reconnaissance du traumatisme qu'elles constituent (Oram et al., 2022), traumatisme dont la dissociation est l'une des nombreuses expressions cliniques.

1.1.4.2.2 Dissociation

La dissociation peut être définie comme une « perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement » (APA, 2015). Ce concept est initialement introduit par Pierre Janet (Janet, 1889), qui postule que des automatismes psychologiques subconscients se développent à la suite d'expériences traumatisantes. Ces parties évacuées de la conscience signent l'échec de l'activité de synthèse psychologique, qui replacent nos expériences dans la mémoire autobiographique. Elles échappent à ce processus d'intégration psychique de l'expérience. Il en résulte une perturbation du sentiment de continuité de l'existence, de même que des manifestations comme des flashbacks ou des amnésies, évocatrices du tableau dissociatif. Il existe aujourd'hui deux théories dominantes qui conceptualisent la dissociation (Fouques, 2023) : la théorie de la dissociation structurelle, qui postule que la dissociation est un mécanisme exclusivement psychopathologique conduisant à une division de la personnalité, inhérent au TSPT, au trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C), jusqu'au trouble dissociatif de l'identité (TDI) (Van Der Hart et al., 2004) ; et la théorie du continuum, qui présente la dissociation comme un mécanisme de défense, pouvant s'inscrire dans le fonctionnement psychologique normal (rêverie, absorption) comme pathologique (TSPT et troubles dissociatifs) (Putnam, 1997). La nosographie du DSM-5, quant à elle, reconnaît les symptômes dissociatifs comme un sous-type spécifique du TSPT. Cependant, dans la perspective de la théorie de la dissociation structurelle,

le TSPT, qu'il soit de sous-type dissociatif ou non, serait par nature un trouble impliquant une dissociation, dont les intrusions seraient la manifestation principale.

Cet aspect nous semble important, car il laisse supposer que les femmes victimes de VPI, parmi lesquelles la prévalence du TSPT est élevée, pourraient être particulièrement sujettes aux symptômes dissociatifs (amnésie, détachement de soi et de l'environnement, déréalisation, dépersonnalisation), par ailleurs reconnus comme favorables à la persistance des violences interpersonnelles (Tschoeke et al., 2019). En effet, la recherche en neuropsychologie révèle que les individus présentant des symptômes dissociatifs éprouvent des difficultés à détecter les situations dangereuses, puis à traiter rapidement cette information sur le plan cognitif (Twamley et al., 2009). Dans une étude auprès de femmes recherchant de l'aide dans des structures dédiées à la prise en charge des VPI (N=69), la dissociation, mesurée avec l'échelle des expériences dissociatives (DES-II) (Carlson & Putnam, 1993), prédisait la revictimisation par le partenaire 6 mois après la consultation (Iverson et al., 2013), les auteurs concluant également à une influence de la dissociation sur la perception du risque. Les études portant sur l'évaluation de la dissociation en contexte de VPI restent peu nombreuses (Tschoeke et al., 2019), et les résultats sont parfois contradictoires. Par exemple, dans une étude menée auprès de 190 femmes victimes de VPI, aucune corrélation significative n'a été observée entre la dissociation et la persistance des violences (Babcock & DePrince, 2013). Néanmoins, s'il est nécessaire de replacer la question du trauma au cœur de la prise en charge des victimes de VPI, il nous semble essentiel de prendre en compte spécifiquement la question de la dissociation, non seulement en tant que symptôme à traiter, mais aussi en tant que facteur venant complexifier le tableau clinique et porter une atteinte supplémentaire à la capacité des femmes à se protéger.

1.1.4.2.3 Dépression

D'après l'Organisation mondiale de la Santé, les femmes subissant les violences de leur partenaire sont deux fois plus à risque de souffrir de symptômes dépressifs que les femmes en population générale (OMS, 2013a). De nombreuses études font état du lien entre violences dans le couple et dépression. Parmi 3429 femmes issues de la population générale aux Etats-Unis, celles qui avaient subi des violences de la part de leur partenaire au cours des 5 dernières années étaient 2,3 fois plus susceptibles de signaler des symptômes dépressifs quelconques, et 2,6 fois plus susceptibles de signaler des symptômes dépressifs sévères (Bonomi et al., 2006). Les femmes victimes de VPI sont également plus à risque de suicide (Kaslow et al., 1998) et de tentatives de suicide (Akyazi et al., 2018; Mapayi et al., 2013). Parmi les femmes exposées à ces violences, le risque de tentatives de suicide semble augmenté par la présence d'évènements de vie graves, des antécédents de maltraitance dans l'enfance, des niveaux élevés de dépression et de désespoir quant à l'avenir, de même que par une consommation problématique d'alcool ou de drogues (Kaslow et al., 2002). Par le ralentissement et l'inhibition qu'elle engendre, la dépression chez les victimes de VPI affecte leur capacité à se mobiliser et, de ce fait, leur prise en charge. Elle constitue un nouvel obstacle à la recherche d'aide, affecte le fonctionnement au quotidien et les relations avec les autres (Karakurt et al., 2022).

On comprend aisément comment la récurrence de diverses formes de violence dans le cadre d'une relation intime, ainsi que le sentiment de piège et d'impuissance qui en découle, favorisent le développement de la dépression. Rappelons également que le trouble dépressif est le trouble psychopathologique le plus fréquemment associé au TSPT (Sabouraud-Séguin & de Foucault, 2020), ce qui implique que le TSPT, en soi, peut aussi constituer un élément dépressogène chez les femmes victimes de VPI. Parmi des femmes recrutées dans le cadre de leur suivi par des associations d'aide aux victimes (N=142), 75% souffraient d'un TSPT et 54% d'une trouble dépressif caractérisé (Nixon et al., 2004). Celles qui étaient atteintes à la fois de

TSPT et de dépression (N=69) présentaient des schémas cognitifs dépressogènes plus rigides et dysfonctionnels que celles qui souffraient uniquement de dépression, sans TSPT (Ibid.).

Ces éléments mettent en évidence les liens complexes entre les violences, le TSPT, et le développement de la dépression dans les contextes de VPI. Il nous semble important de ne pas considérer ces conséquences comme divers éléments à cibler indépendamment, mais plutôt comme un ensemble interconnecté où les réactions symptomatologiques se renforcent mutuellement, formant une réponse psychopathologique globale chez les femmes concernées.

1.1.4.2.4 Usage de substances

L'abus de substances correspond à la consommation de substances psychoactives (alcool, drogues ou certains médicaments comme les hypnotiques ou les anxiolytiques) à des doses élevées ou dans des contextes inappropriés (Campbell, 2002; McLellan, 2017). Consommées en excès et de façon prolongée, elles activent intensément le système de récompense et peuvent engendrer un trouble de l'usage, entraînant des altérations significatives de la santé et du fonctionnement au quotidien (APA, 2015). Plusieurs études ont constaté une consommation excessive de substances chez les femmes ayant été victimes de violences du partenaire (Ogden et al., 2022; Pallatino et al., 2021; Testa et al., 2003), suggérant que l'exposition aux VPI pourrait être un facteur de risque pour une consommation dangereuse au regard du développement d'un trouble de l'usage.

Il a été estimé qu'une proportion de 24% à 75% des femmes consultant dans un service spécialisé pour un trouble de l'usage d'une substance avait subi des VPI au cours de leur vie (Beijer et al., 2018; El-Bassel et al., 2000). Les femmes ayant été victimes de VPI peuvent consommer jusqu'à quatre fois plus d'opiacés que les femmes en population générale (Stene et al., 2012; Stone & Rothman, 2019), souvent en association avec des benzodiazépines (Stene et

al., 2012). Cette combinaison présente un potentiel addictif très élevé et représente un danger considérable pour la santé (Afzal & Kiyatkin, 2019). Les victimes de VPI sont également plus susceptibles de développer un trouble de l'usage du cannabis (El-Bassel et al., 2000; Smith et al., 2012), et sont deux fois plus à même de souffrir d'un trouble de l'usage de l'alcool (OMS, 2013a), qui est probablement le trouble de l'usage le plus fréquemment rencontré dans cette population (Kraanen et al., 2014). En cas de consommation problématique, elles sont plus à risque d'évoluer d'un abus de substances vers un trouble de l'usage, et que ce dernier soit de gravité sévère (Hobkirk et al., 2015; La Flair et al., 2012). Certaines études soulignent également qu'en contexte de VPI, l'auteur des violences est susceptible de contraindre sa partenaire à une consommation de substances addictives (Warsaw & Tinnon, 2018), ce que nous pouvons mettre en lien avec les violences sexuelles, dans la mesure où la vulnérabilité chimique et/ou la soumission chimique portent atteinte au discernement, et donc à la capacité à consentir. Par ailleurs, une consommation excessive ou un trouble de l'usage d'une substance pourraient augmenter le risque de vivre à nouveau une situation de VPI dans le futur, jouant un rôle dans la revictimisation (Cunningham et al., 2009).

La consommation excessive de substances chez les femmes victimes de VPI peut être considérée comme une stratégie inadaptée de gestion de la douleur physique et émotionnelle engendrée par les violences (Gezinski et al., 2021; Simonelli et al., 2014). En effet, les substances psychoactives apparaissent comme un moyen efficace et rapide pour enrayer les émotions et les sensations pénibles. Repenser la consommation des victimes selon cette optique peut aider les professionnels à réduire la culpabilité et la honte chez les patientes (Mehr et al., 2023), et à évaluer la présence d'un trouble de l'usage dans cette population avant de prescrire une médication potentiellement addictive (Ibid.).

De la même façon que la dépression est probablement en partie réactionnelle à la fois aux violences du partenaire et à l'existence d'un TSPT, le trouble de l'usage d'une substance est lui-même très comorbide du TSPT et de la dépression. Il est donc probable que les femmes aient une consommation excessive non seulement pour faire face aux violences, mais aussi dans une tentative d'automédication des symptômes du TSPT, notamment des intrusions, des cauchemars et de l'hypervigilance (Reed et al., 2007). Par ailleurs, dépression et abus de substances sont fréquemment comorbides, et le fait de souffrir de l'un de ces deux troubles augmente les risques de développer l'autre (Grant et al., 2004; Hasin et al., 2005). Ces observations confirment que les femmes victimes de VPI sont susceptibles de souffrir de conséquences non seulement sévères, mais interconnectées, mettant en évidence la nécessité d'une prise en charge globale face à un tableau clinique complexe émaillé de problématiques qui se renforcent mutuellement.

1.1.4.3 Des tableaux de trauma complexe ?

Les conséquences négatives causées par la VPI peuvent durer de nombreuses années, continuant à affecter la santé physique et psychologique des victimes et de leurs enfants sur le long terme (Widom & Wilson, 2015; Zlotnick et al., 2006). La multitude de leurs répercussions, combinée à leur chronicité, dans un contexte d'exposition prolongée à des violences interpersonnelles, sont caractéristiques des situations de traumatisme complexe (Cloitre, 2021; Herman, 1992).

Initialement conceptualisé par Judith Herman (Herman, 1992), le trauma complexe décrit la symptomatologie des individus ayant subi des traumatismes prolongés ou multiples, dans des situations où l'évasion était difficile, voire impossible. Ce trouble se caractérise entre autres symptômes par des changements profonds dans la régulation des émotions, la conscience

et la perception de soi, et les relations interpersonnelles (Ibid.). Dans le cadre des « field trials » du DSM-IV, le diagnostic de trauma complexe avait été proposé sous l'appellation « Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified » (DESNOS) (Van der Kolk et al., 1993). Il incluait alors six catégories de symptômes : altération de la régulation des affects et des impulsions, altération de l'attention et de la conscience, altération de la perception de soi, altération des relations avec les autres, somatisation et perturbation du système de valeurs et croyances. Malgré son étayage empirique et son utilité clinique (Van der Kolk et al., 2005), son intégration à la nosographie du DSM-5 n'a pas été retenue. En revanche, le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) est officiellement reconnu depuis son intégration à la 11^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018). Selon la CIM-11, ce trouble peut être provoqué par l'« exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (par exemple torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants) ». Il est intéressant de souligner que les violences dans couple sont citées en tant que situation typique pouvant engendrer le TSPT-C. En termes de sémiologie, ce diagnostic comprend les symptômes du TSPT (reviviscences, évitement, hyperactivation neurovégétative), auxquels s'ajoutent trois manifestations sévères et persistantes : une altération de la régulation des affects, une image de soi très abîmée et des difficultés dans les relations interpersonnelles, notamment dans la capacité à se sentir proche des autres (OMS, 2018).

Bien que la VPI soit une violence interpersonnelle à laquelle il est difficile d'échapper en raison du lien particulier qui existe entre la victime et l'auteur, les recherches sur le TSPT-C chez les femmes victimes de violences dans le couple sont rares. En effet, la peur et le sentiment d'enfermement chroniques liés au contrôle coercitif apparaissent comme des facteurs propices

au développement de la symptomatologie du trauma complexe (Pill et al., 2017). Nous n'avons pu identifier que deux études portant sur le TSPT-C chez les victimes de violences dans le couple. Dans une recherche menée au Danemark auprès de 147 femmes victimes, le TSPT-C était présent chez 21,1% de l'échantillon, tandis que le TSPT concernait 56,5% de l'échantillon (Dokkedahl et al., 2021). Les femmes souffrant d'un TSPT-C avaient vécu davantage de violences, particulièrement des violences psychologiques, et étaient 1,77 fois plus concernées par des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance. Dans une autre étude menée en Espagne auprès de 162 femmes victimes, le TSPT-C était a contrario plus fréquent que le TSPT, avec des prévalences respectives de 39,5% et 17,9% (Fernández -Fillol et al., 2021). Dans cette étude, la suppression expressive, une stratégie dysfonctionnelle de régulation des émotions qui consiste à inhiber leur expression (Gross, 1998), était identifiée comme la variable qui contribuait le plus au diagnostic de TSPT-C. Ces deux études concluaient à une prévalence significative du TSPT-C chez les femmes victimes de violences dans le couple, soulignaient le risque de sous-estimation de cette problématique par les professionnels et, de fait, le manque de prise en charge ciblée. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'identifier les facteurs qui contribuent spécifiquement au développement du TSPT-C plutôt que du TSPT au sein de cette population (Fernández -Fillol et al., 2021).

Le trauma complexe trouverait le plus souvent ses origines dans l'enfance, par l'accumulation d'événements traumatiques ayant un impact significatif sur le développement émotionnel et donc sur le fonctionnement psychologique à l'âge adulte (Cloitre, 2009). Il est aujourd'hui nécessaire d'explorer comment les traumatismes développementaux s'associent et interagissent avec les traumatismes interpersonnels chroniques à l'âge adulte (McDonnell et al., 2013), parmi lesquels figurent les VPI. Cette question nous semble primordiale : elle rappelle qu'une situation de violences dans le couple peut ne pas être le seul traumatisme vécu par les victimes au cours de leur vie. Il est possible que d'autres expériences de victimisation et

d'adversité soient présentes dans leur histoire, mettant en évidence un contexte traumatique global dans lequel peuvent se produire les VPI (Baird et al., 2021). Ce contexte traumatique est aussi celui des enfants, qui sont directement exposés aux violences entre leurs parents. Considérer l'impact traumatique global des VPI, c'est ainsi prendre en compte la souffrance d'un adulte et l'inscription de cette souffrance dans une histoire de vie, et comprendre que les conséquences délétères de ces violences s'étendent au-delà du couple, impactant les enfants qui y sont exposés.

1.1.5 Situation des enfants victimes

En tant que violences dans le couple, les VPI sont aussi des violences familiales : elles impactent directement les enfants. À la lumière des connaissances actuelles, il n'est plus possible de considérer ces enfants comme de simples « témoins » des VPI, ce terme véhiculant l'idée d'une observation passive des violences, ni comme des victimes « indirectes » ou « collatérales », qui seraient moins affectées que la victime principale. Afin de comprendre la situation des enfants, il est nécessaire de reconnaître que conjugalité et parentalité ne sont pas deux sphères relationnelles étanches. Bien qu'elles soient différentes par nature, elles sont étroitement liées et interagissent constamment. Nous aborderons ici l'expérience des enfants victimes de violences dans le couple parental, l'influence de ces violences sur la parentalité des victimes, ainsi que les conséquences somatiques et psychiques associées.

1.1.5.1 Enfants victimes versus enfants témoins

L'exposition des enfants aux VPI a été progressivement reconnue comme une forme de maltraitance infantile depuis les années 2000 (MacMillan & Wathen, 2014). En population générale, 17% des enfants pourraient avoir assisté à l'agression physique d'un parent sur l'autre

parent au cours de leur vie, et 6% au cours de l'année passée (Finkelhor et al., 2013). Chez les enfants victimes de VPI, 80% seraient directement témoins de scènes de violences physiques (Sadlier, 2017). En plus d'assister à la victimisation de leur mère, les enfants qui vivent des VPI présentent un risque accru d'être eux-mêmes la cible de violences physiques, sexuelles et psychologiques, et de souffrir de négligences (Oram et al., 2022). Les menaces de mort au parent victime ont un caractère particulièrement traumatique, et les violences sexuelles peuvent impliquer que l'enfant a été conçu lors d'un viol conjugal, pouvant altérer la qualité de la relation mère-enfant (Sadlier, 2017). Bien que la littérature puisse encore faire référence à ces enfants comme des « témoins » de VPI, les conséquences préjudiciables sont aussi liées au fait qu'ils grandissent en étant conscients que l'un de leurs parents est en danger, cette conscience existant même en l'absence d'observation directe des violences par l'enfant (MacMillan & Wathen, 2014). La VPI influence aussi la construction des schémas relationnels, dans la mesure où elle « expose l'enfant à un modèle relationnel dans lequel les relations sont organisées de manière verticale et rigide. Soit on est en position dominante, et on s'impose vis-à-vis d'autrui, soit on est en position basse et on subit la volonté d'autrui » (Sadlier, 2017, p. 174). Le développement psychoaffectif est affecté dans son ensemble, par l'omniprésence du sentiment d'insécurité et la position de l'enfant entre « un père tout-puissant et imprévisible et une mère impuissante et désignée comme fautive » (Ibid., p. 176).

1.1.5.2 Violences dans le couple et parentalité

Les VPI atteignent également les enfants par le biais d'une parentalité impactée par les violences. Plusieurs études indiquent que les VPI peuvent être associées à une diminution de la bienveillance et de la communication chez le parent victime, conduisant à davantage de mauvais traitements ou d'agressivité envers les enfants (Sousa et al., 2022). En raison de l'épuisement

émotionnel consécutif aux agressions, les mères sont susceptibles d'adopter des pratiques éducatives plus sévères, dans le but de rétablir un certain ordre ou de « tenir » les enfants pour éviter des réactions plus graves du partenaire violent (Greeson et al., 2014; Levendosky et al., 2000). Dans une étude qualitative sur la parentalité des victimes de VPI, les mères décrivaient comment leur propre maltraitance des enfants était motivée par la peur, l'épuisement, et l'idée que ces comportements contribueraient à prévenir les réactions violentes de l'agresseur en évitant qu'il se « déclenche » (Damant et al., 2010). D'autres études indiquent que les mères victimes de VPI pouvaient ressentir un sentiment d'impuissance vis-à-vis de leurs enfants, les conduisant à adopter une attitude particulièrement permissive plutôt que sévère ou agressive (Sousa et al., 2022). A l'inverse, d'autres travaux avancent que les VPI pourraient être corrélées positivement à la qualité du lien d'attachement mère-enfant et aux compétences parentales chez les mères, du fait d'une adaptation visant à compenser les effets néfastes des violences sur les enfants (Anderson & Danis, 2006). Ce dernier point reste controversé, et il est plus probable que la qualité des pratiques parentales chez les victimes varie en fonction de leur état de santé mentale. Ainsi, les mères avec une symptomatologie importante sont susceptibles d'avoir des liens d'attachement plus fragiles avec leurs enfants, là où celles présentant des stratégies pour faire face plus efficaces et une meilleure santé psychologique seront plus en capacité d'offrir des pratiques parentales positives et une discipline adaptée (Sousa et al., 2022).

Contrairement à l'idée répandue selon laquelle un mauvais conjoint peut être un bon parent, l'auteur de violences dans le couple révèle quant à lui son « incapacité parentale, dans la mesure où l'existence de l'enfant semble être oubliée [...]. Il ne perçoit pas non plus son enfant comme un être dont il a la responsabilité, auquel il doit secours et protection. Il ne répond qu'à son propre besoin impérieux d'utiliser l'autre » (Fall, 2016, p. 66). En effet, le fait même de violenter la mère de ses enfants est, en soi, une atteinte à sa propre parentalité. En outre, les pères auteurs de VPI présentent fréquemment un égocentrisme, un défaut d'empathie, une

intolérance à la frustration et une difficulté à prioriser les besoins d'autrui, y compris ceux de leurs enfants (Sadlier, 2017), qui sont autant d'entraves à des pratiques parentales fonctionnelles. Enfin, de nombreux auteurs de VPI sont aussi violents avec leurs enfants et responsables de négligences (Al-Eissa et al., 2020; Fuller-Thomson et al., 2021).

L'enfant se retrouve ainsi pris entre un parent victime en détresse, dont il éprouve des difficultés à reconnaître le rôle parental, et un parent à la fois tout-puissant et imprévisible, dangereux, générant un environnement chaotique. Le risque de parentification, qui désigne l'inversion des rôles entre les parents et l'enfant (Fortin & Lachance, 2011), est important, car l'enfant se retrouve à vouloir réguler aussi bien les émotions de la victime que celles de l'auteur, dans l'espoir d'éviter les comportements violents (Sadlier, 2017). Si la parentification correspond probablement à une tentative de l'enfant pour se positionner dans un environnement insécurisant, elle est identifiée à travers de nombreuses études comme néfaste pour sa santé psychologique (Masiran et al., 2023).

1.1.5.3 Conséquences sur la santé des enfants

Les conséquences multiples des VPI sur la santé des enfants sont désormais bien documentées. Sur le plan somatique, les répercussions sont précoces avec un risque accru de petit poids à la naissance, de naissance prématurée et de décès néonatal, soit dans les quatre premières semaines de la vie (Sarkar, 2008). Les enfants exposés aux VPI présentent une moins bonne immunité face aux maladies infectieuses (Sabarwal et al., 2012) et davantage de maladies respiratoires chroniques (Paul & Mondal, 2020). La mortalité infantile, particulièrement avant l'âge de douze mois, est plus importante (Ferdousy & Matin, 2015; Garoma et al., 2012). Les VPI pourraient même impacter l'espérance de vie des enfants concernés, par leur influence sur la longueur des télomères. Les télomères sont des structures situées à l'extrémité des

chromosomes, impliquées dans le processus de vieillissement cellulaire. Leur longueur traduit notre âge biologique : plus ils sont courts, plus l'espérance de vie est réduite (Shalev et al., 2013). Leur raccourcissement est également associé à une probabilité plus élevée de développer des maladies psychiatriques et des troubles anxieux (Malouff & Schutte, 2017). Dans une méta-analyse sur la longueur des télomères chez les enfants exposés à des violences familiales, les chercheurs ont constaté une corrélation négative entre présence de violences, notamment de violences multiples, et la taille des télomères (Chen et al., 2022). D'autres études sont nécessaires, mais ce résultat suggère que les enfants victimes de VPI, au-delà des risques déjà évoqués, pourraient de plus avoir une espérance de vie en bonne santé réduite dès le plus jeune âge.

Sur le plan psychologique, les enfants exposés aux violences dans le couple ont plus de chances de souffrir de problèmes de santé mentale que les enfants non exposés (Oram et al., 2022). Le trouble de stress post-traumatique, les troubles anxieux, la dépression, la consommation de substances, les difficultés scolaires et dans les relations avec les pairs sont associées à ces situations (Evans et al., 2008; Graham-Bermann et al., 2012; Levendosky et al., 2013), de même que les problématiques d'attachement insécure (Noonan & Pilkington, 2020). Ces enfants sont plus susceptibles de devenir auteurs ou victimes de violences dans le couple à l'âge adulte, point qui illustre l'un des mécanismes de la transmission intergénérationnelle (voir 1.1.7.1.3, p. 75) de la violence (Abrahams et al., 2006; Black et al., 2010).

L'accès des enfants victimes à des soins psychologiques adaptés est primordiale. Des interventions spécialisées ont été développées et permettent d'améliorer le devenir psychologique de ces enfants, comme les programmes de psychoéducation à destination des mères et des enfants ou les prises en charge centrées sur les compétences parentales du parent victime, dont les résultats sont prometteurs (Howarth et al., 2016). La formation des

professionnels est essentielle pour favoriser une meilleure compréhension des effets des VPI sur le développement de l'enfant et sur la parentalité, afin d'adapter les interventions à ce contexte complexe et très particulier (Sadlier, 2017). Enfin, le repérage des enfants et adolescents exposés se fait le plus souvent via les révélations du parent victime, mais les VPI devraient également être recherchées face à toute problématique émotionnelle ou comportementale chez les jeunes, afin de favoriser une prise en charge plus précoce (Evans et al., 2008; MacMillan, 2009).

1.1.6 Profil des auteurs de violences dans le couple

La compréhension des caractéristiques psychologiques des auteurs de VPI permet d'avoir une meilleure compréhension de la situation vécue par les femmes et les enfants victimes. Cette question est de plus en plus présente dans la littérature scientifique et la société qui, après s'être focalisée sur l'accompagnement des victimes, prend en compte la nécessité de prendre en charge les sujets auteurs de violences dans le couple. Depuis le Grenelle des violences conjugales en 2019, trente centres de prise en charge des auteurs de violences conjugales (CPCA) ont été créés sur le territoire français, dans une volonté de prévention du passage à l'acte et de la récidive. Cet objectif requière entre autres une prise en charge psychologique qui tienne compte des particularités psycho-affectives couramment observées au sein de cette population.

Les auteurs de VPI ne présentent pas un profil psychologique unique. Plusieurs travaux ont élaboré des typologies du profil psycho-affectif des hommes violents (Dutton, 2007; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994). Nous présenterons ici la typologie de Deslauriers et Cusson (2014), plus récente, et fondée sur une analyse comparative de différents modèles et critères distinctifs documentés empiriquement. Ce modèle distingue trois types de partenaires

violents : les situationnels, les dépendants et les antisociaux. Les agresseurs situationnels commettent des violences de moindre gravité, peu fréquentes, sans escalade vers de la violence sévère. Leur violence est essentiellement physique, rarement psychologique ou sexuelle, et apparaît uniquement dans leur relation de couple. En règle générale, ces sujets n'ont pas de consommation problématique de substances ou de troubles de l'usage, pas de troubles psychopathologiques, pas d'antécédents criminels, et peuvent culpabiliser des violences qu'ils ont commises. Les agresseurs dépendants commettent fréquemment des actes violents d'une gravité modérée, uniquement au sein de leur couple. Ils sont souvent porteurs d'un trouble de la personnalité *borderline*, généralement associé à de l'anxiété, des symptômes dépressifs, et une consommation abusive de substances. Ils ressentent une dépendance émotionnelle envers leur partenaire, et éprouvent une forte angoisse d'abandon qui se traduit par une jalousie sévère. Enfin, les agresseurs antisociaux font preuve d'une violence fréquente et dangereuse, y compris en dehors du couple. Cette violence gagne en intensité avec le temps, et s'infiltré de nombreuses stratégies de contrôle de la partenaire. Ces agresseurs sont très sujets au trouble de la personnalité antisociale et estiment que leurs comportements sont légitimes. Ils ont généralement de lourds antécédents judiciaires et une consommation abusive de substances (Deslauriers & Cusson, 2014).

On constate que la question des troubles de la personnalité émerge fréquemment dans les études portant sur les caractéristiques des auteurs de violences conjugales. Un trouble de la personnalité est « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement » (APA, 2015). Dans une méta analyse récente, les chercheurs ont constaté que tous les troubles de la personnalité, à l'exception des troubles de la personnalité histrionique et obsessionnelle-compulsive, étaient

corrélés positivement et significativement à la perpétration de VPI (Collison & Lynam, 2021). Les effets les plus importants ont été observés pour le trouble de la personnalité antisociale et le trouble de la personnalité borderline, qui sont par ailleurs les deux troubles de la personnalité les plus étudiés en relation avec les violences conjugales (Ibid.).

Si les typologies et la classification des troubles de la personnalité relèvent d'une approche catégorielle, les caractéristiques des auteurs de violences dans le couple peuvent également être abordées de manière dimensionnelle. Dans le cadre de la prise en charge de ces sujets, Coutanceau (2016) propose d'évaluer la présence et le degré d'intensité de quatre dimensions caractéristiques : la dimension immaturo-névrotique, la dimension égocentrique, la dimension impulsive, et la dimension dysthymique. La dimension immaturo-névrotique comprend l'immaturation, l'anxiété et l'intolérance à la frustration, amenant le sujet à réagir à une pression interne par la violence sur l'autre. La dimension égocentrique correspond à « un rapport à soi de nature infantile et archaïque » dans lequel « le rapport à l'altérité est défaillant voire inexistant » (Tromeleue, 2017, p. 20). Cet égocentrisme peut être de « tonalité paranoïaque » (Coutanceau, 2016, p. 78), avec une tendance à la susceptibilité, à la méfiance, à l'interprétation, au vécu de persécution, ou de « tonalité perverse » (Ibid.) avec une « boursoufflement du moi », une tendance à la cruauté, au sadisme, et à la manipulation. La dimension impulsive renvoie au degré d'irritabilité et d'explosivité du sujet. Enfin, la dimension dysthymique correspond à une notion de hauts et de bas sur le plan de l'humeur, sans que l'intensité des variations n'atteigne le niveau rencontré dans les troubles de l'humeur. Coutanceau (2016, p. 79) décrit comment le sujet pourra être dans des phases ralenties ou dans une tonicité, une expansivité, « capable d'écraser les autres ».

Afin de réussir à mieux prévenir les VPI, la psychothérapie des auteurs doit viser la reconnaissance du caractère inacceptable des violences, et nécessite chez les professionnels la

connaissance des caractéristiques évoquées et la conviction que le changement est possible (Oram et al., 2022). Au regard de la complexité de ces prises en charge, notamment du fait de la personnalité des auteurs et du contexte d'obligation de soins dans lequel elles s'inscrivent le plus fréquemment (Coutanceau, 2016), les professionnels concernés doivent être formés, accompagnés dans leur activité (Clarke & Wydall, 2013), et soutenus socialement afin de prévenir le risque de détresse professionnelle (Brillon, 2020). Il est indiqué d'évaluer systématiquement le rapport aux faits, notamment le degré de reconnaissance de ceux-ci, le degré de perception de la responsabilité, le vécu émotionnel du passage à l'acte, et de favoriser la conscientisation du retentissement psychologique pour la victime (Coutanceau, 2016). En parallèle, il conviendra de prendre en charge tous les facteurs cliniques susceptibles d'influencer les comportements violents, tels que la consommation de substances ou les difficultés de régulation émotionnelle, tout en veillant à ne pas légitimer les actes de violence par ces éléments (Smith et al., 2012).

Bien que comprendre le fonctionnement psychologique des auteurs de violences conjugales soit essentiel pour leur prise en charge et celles des victimes, cette perspective offre une compréhension partielle de ces situations. Les VPI représentent un phénomène complexe, qu'il est impératif de cerner pour mieux prévenir, détecter et prendre en charge les patients concernés. Quelles explications et approches théoriques peuvent être formulées pour rendre compte des VPI ?

1.1.7 Approches théoriques : comment modéliser les VPI ?

La VPI est un phénomène complexe et multidimensionnel. Depuis les années 70, plusieurs approches théoriques ont tenté d'expliquer cette complexité. Les modèles théoriques, par leur nature même, capturent les aspects essentiels d'un phénomène en simplifiant sa réalité,

laissant de côté les éléments moins pertinents ou plus difficiles à modéliser. Bien qu'ils demeurent imparfaits et limités, ils offrent néanmoins une perspective précieuse pour la compréhension des violences au sein du couple, et donc pour leur prévention et leur prise en charge. Un grand nombre de théories ont été avancées pour expliquer les facteurs culturels, sociaux et individuels qui engendrent et perpétuent les VPI (Kelly, 2011). Ces modèles cherchent à répondre à des questions de fond : pourquoi tant d'hommes commettent-ils des actes de violence envers leurs partenaires ? Qu'est-ce qui entrave la capacité des femmes à s'en protéger ? (Ibid.). Nous examinerons dans cette section les différentes conceptions des violences au sein du couple, en les abordant par ordre chronologique, depuis les modèles classiques des années 70 et 80 jusqu'au modèle le plus consensuel aujourd'hui : le modèle écologique (Heise, 1998). Nous présenterons également les apports de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1988) qui, si elle n'est pas une théorisation des VPI, apportent une perspective de compréhension précieuse au regard de la nature intime/amoureuse des relations marquées par la violence.

1.1.7.1 Théorisations initiales

1.1.7.1.1 *Violence familiale : le modèle systémique de Murray Straus (1973)*

Cette approche des VPI est fondée sur les travaux du sociologue américain Murray Straus et ses collaborateurs (Straus, 1973, 1979; Straus et al., 1996), qui ont notamment développé l'Echelle des stratégies de conflits conjugaux comme instrument de mesure de la violence entre partenaires intimes (« *Conflict Tactics Scale* », CTS). Cet outil est encore très utilisé dans la recherche sur les violences au sein du couple (Bagwell-Gray et al., 2015),

indépendamment du référentiel théorique des chercheurs, car il mesure une grande variété de comportements violents au sein du couple et estime également la sévérité des gestes violents.

L'argument principal de ce modèle est que les VPI sont l'une des expressions possibles de la violence familiale, qui est elle-même le produit d'un système dysfonctionnel plutôt que de la pathologie de l'un ou de plusieurs de ses membres (Straus, 1973). Dans certaines familles, les conflits sont gérés de façon dysfonctionnelle, par des réponses violentes. Des facteurs comme la répartition du pouvoir entre les membres de la famille, leur degré de solidarité, le niveau général des conflits, les compétences en termes de résolution de problèmes, ou encore une dimension individualiste plutôt que « familialiste » (Ibid.), de même que certains traits individuels comme la « masculinité compulsive », la personnalité psychopathique ou la consommation de substances vont favoriser des comportements dysfonctionnels face à un facteur précipitant. Ainsi, les VPI, mais aussi la maltraitance infantile par exemple, sont pensées comme des réactions inadaptées face à un stress ou un conflit, favorisées par les caractéristiques du système familial. Straus (1973) décrit également la présence possible de mécanismes de « rétroaction positive » (« positive feedback »), susceptibles d'engendrer une escalade dans les violences, ou de « rétroaction négative » (« negative feedback »), qui maintiendraient le niveau de violence dans des limites tolérables pour le système.

Pour Straus et ses collègues (1979), le conflit fait partie intégrante de tout système humain. L'existence de conflits n'est donc pas un critère discriminant en termes de présence de violence familiale. La source des VPI se situe plutôt dans les *moyens* mis en œuvre face aux conflits, conceptualisant les violences au sein du couple comme des modes insuffisants ou insatisfaisants de résolution des conflits inhérents à la dynamique conjugale (Straus, 1979). Elles ne reflètent pas une volonté de contrôle d'autrui, et ne correspondent pas à une manifestation psychopathologique mais bien systémique. Dans cette perspective, la violence au

sein du couple ne devrait plus être envisagée comme une violence faite aux femmes, mais comme un phénomène indépendant du genre (Straus, 1993). Ce paradigme de la symétrie de genre en termes d'agissements violents dans le couple est au cœur du modèle, et constitue, à notre sens, sa fragilité la plus importante. Le modèle de la violence familiale est effectivement particulièrement controversé dans la littérature sur les violences dans le couple, principalement parce qu'il défend que ce ne sont pas, par nature, des violences faites aux femmes. La théorie de Straus vient donc contrarier un consensus scientifique bien établi, selon lequel la violence envers les femmes de la part de leurs partenaires intimes masculins constitue un problème social majeur, ce qui n'est pas le cas pour la violence des femmes envers leurs partenaires masculins (Saunders, 2002). Dans plusieurs revues de la littérature (Damant & Guay, 2005; Saunders, 2002), les auteurs montrent comment l'affirmation selon laquelle les femmes commettent autant d'agressions contre leurs partenaires masculins que l'inverse est inexacte, reposant sur des recherches mal conçues méthodologiquement. Les études sérieuses, quant à elles, montrent constamment des taux de violence dans le couple beaucoup plus élevés envers les femmes. Celles qui indiquent des taux égaux ne tiennent pas compte de facteurs contextuels cruciaux comme le recours à la violence pour se défendre, excluent les violences sexuelles et le harcèlement, vécus à des taux beaucoup plus élevés par les femmes, ou encore omettent que les femmes sont victimes des violences les plus sévères, avec les conséquences traumatiques aussi bien sur le plan physique que psychologique les plus graves (Ibid.).

1.1.7.1.2 Féminisme et approche genrée

L'approche féministe consiste en une théorisation genrée des violences au sein du couple. Selon cette perspective, les facteurs individuels ou liés à la dynamique relationnelle dans le couple n'expliquent pas pourquoi autant de femmes subissent les violences de leur

partenaire masculin à travers le monde (Kelly, 2011). Cette dyssymétrie indique que les VPI trouvent leur source dans une problématique de rapport entre les genres. Initié au début des années 70, le féminisme est un mouvement politique destiné à défendre et garantir l'égalité des genres et autonomiser les femmes (Walker, 2006). Il a donné naissance à l'un des modèles théoriques principaux des violences dans le couple (Ali & Naylor, 2013), et exerce toujours une influence considérable dans le domaine de la recherche sur les VPI et la pratique clinique (Bates, 2019).

Cette approche plus sociale soutient que les VPI sont avant tout des violences faites aux femmes, par des hommes. Les hommes sont violents avec leur partenaire pour maintenir leur pouvoir et conserver leur privilège principal : la domination sur l'autre sexe. Les femmes sont maintenues dans un état de soumission via les violences physiques, psychologiques, sexuelles et économiques, considérées comme des stratégies de contrôle (Dobash & Dobash, 1979). Dans le cadre du Projet d'Intervention pour la Violence Domestique, menée à Duluth aux Etats-Unis en 1980 et 1981, les théoriciens féministes ont développé la célèbre « Roue du pouvoir et du contrôle » (« Power and Control Wheel »), qui illustre les différentes stratégies utilisées dans ce but de préservation du pouvoir et du contrôle sur les femmes :



La roue du contrôle et du pouvoir : le modèle de Duluth.
 Source: Domestic Abuse Intervention Projects. <http://www.theduluthmodel.org/pdf/PowerandControl.pdf>.

La perspective féministe soutient que la responsabilité des violences se situe du côté de l'auteur, soit un homme dans le cadre d'une relation hétérosexuelle, et que les violences commises par des femmes sont quasi exclusivement des actes de légitime défense (Dobash & Dobash, 1979; Dobash et al., 1992). Dès lors, l'objectif premier des interventions en contexte de VPI doit être la sécurité de la victime et la sanction judiciaire de l'auteur (Ibid.).

En tant que violences de genre, les VPI constituent un phénomène social, relevant de la sphère publique, par opposition à une problématique individuelle ou familiale, relevant de la sphère privée (Gondolf & Fisher, 1988). Dès lors, elles doivent impérativement être traitées par des leviers de changement social. Les féministes recherchent des changements politiques et institutionnels, afin de rendre les sociétés plus sensibles à la cause des femmes victimes, de les aider à devenir indépendantes économiquement et de leur fournir des places d'hébergement (Dobash & Dobash, 1979). Cette approche des VPI a en effet la particularité d'être intrinsèquement liée à une notion de militantisme politique. Cette culture de l'action a

l'avantage d'avoir contribué à la reconnaissance sociale du problème et au développement de la prise en charge des victimes.

Selon le modèle féministe des violences au sein du couple, l'idéologie patriarcale est au cœur des mécanismes précités. Elle favorise la continuité de la violence dans le couple et l'acceptation de cette violence, par la société mais aussi par les victimes elles-mêmes (Smith, 1990). L'idéologie patriarcale peut être définie comme un système de croyances, de normes et de valeurs qui favorisent la domination masculine (Ibid.) : elle postule que les hommes ont naturellement plus de pouvoir, de prestige et d'autorité que les femmes, légitimant l'inégalité entre les genres. Concrètement, cette idéologie peut se traduire par l'idée qu'une femme doit obéissance à son partenaire, que celui-ci peut recourir légitimement à la discipline physique pour corriger le comportement de sa conjointe, que l'utilisation de la violence se justifie en cas de conflits ou de provocation féminine, et que les rapports sexuels dans un couple correspondent à un droit pour l'homme et un devoir de la femme (OMS, 2009). Il semblerait que plus les individus adhèrent à l'idéologie patriarcale, quel que soit leur genre, plus ils sont susceptibles de légitimer les VPI, et de considérer les femmes comme responsables des violences dont elles sont victimes (Haj-Yahia & Schiff, 2007). Il se pourrait également que l'adhésion à ce type de croyances soit plus représentée chez les auteurs de VPI. Dans une étude en population française ayant évalué l'adhésion au mythe du viol, c'est-à-dire à un ensemble d'attitudes et de stéréotypes attribuant aux femmes la responsabilité des viols ou agressions sexuelles qu'elles subissent (Lonsway & Fitzgerald, 1994), les auteurs de VPI manifestaient une adhésion plus marquée à ces croyances par rapport à la population générale (Courtois et al., 2022).

Malgré sa forte imprégnation dans le paysage scientifique, de nombreux chercheurs reprochent au modèle féministe son caractère simplificateur et manichéen, qui postule que « toutes les violences conjugales sont hétérosexuelles, que la violence est à sens unique (de l'homme vers la femme), que toutes les formes de violence nécessitent une réponse de l'État et

que les femmes veulent quitter leur partenaire plutôt que rester dans des relations violentes » (Mills, 2003, cité par Ali & Naylor, 2013, p. 614). Ces postulats sont à l'évidence critiquables, et à notre sens, si la différence de prévalence des violences dans le couple commises par des hommes et commises par des femmes est une donnée établie, elle n'oblige pas nécessairement à une interprétation univoque en termes de genre et de domination masculine. A titre d'exemple, l'approche féministe est susceptible de nier d'autres réalités étayées empiriquement, comme la présence de troubles de la personnalité ou l'exposition à des traumatismes dans l'enfance, qui ont été associés au risque de commettre des VPI à l'âge adulte (Bates, 2019). Ces sujets là sont-ils violents avec leur femme du fait de leur personnalité ou de leur anamnèse troublée, ou parce qu'ils sont des hommes dans une société patriarcale ? Les interventions visant à traiter les violences dans le couple doivent prendre en compte cette complexité, s'adapter au caractère unique de chaque situation, et ancrer la pratique auprès de ces populations au-delà du spectre du genre pour plus de pertinence et d'efficacité.

1.1.7.1.3 Théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977)

La théorie de l'apprentissage social, développée par Bandura (1977), est également l'une des théories les plus fréquemment utilisées pour conceptualiser l'étiologie des VPI (Zavala & Kurtz, 2021). Selon cette approche, l'utilisation et l'acceptation de la violence dans les rapports interpersonnels sont des comportements socialement appris. Pour Bandura (1977, 1978), cet apprentissage se fait via les modèles familiaux et se renforce pendant l'enfance, se poursuivant à l'âge adulte en tant que réponse d'adaptation au stress ou méthode de résolution des conflits. L'observation du comportement des parents constitue une première expérience d'apprentissage de comportements jugés appropriés dans les relations intimes. Si la famille d'origine a recours à la violence face à la colère ou à la frustration, l'enfant apprend à réagir de la même manière à l'âge adulte. Ainsi, l'enfant intègre différents types d'agressions (physique, psychologique...),

et assimile progressivement que la violence est un comportement acceptable (Mihalic & Elliott, 1997).

La théorie de l'apprentissage social constitue le fondement théorique de la notion de transmission intergénérationnelle de la violence (Black et al., 2010; Cannon et al., 2009). Selon cette approche, les violences dans le couple sont transmises d'une génération à l'autre : les hommes auteurs de VPI ont vu leur père être violent envers leur mère, et les femmes victimes de VPI acceptent la violence parce qu'elles ont vu leur mère être maltraitée par leur père. L'enfant témoin de violences entre ses parents ou victime lui-même est susceptible d'imiter ces comportements une fois adulte, de les « reproduire », servant de modèle d'apprentissage à ses propres enfants.

La théorie de l'apprentissage social et de la transmission intergénérationnelle de la violence a la pertinence de replacer la question des apprentissages relationnels précoces dans l'étiologie des VPI. Cependant, elle propose une « compréhension statique » de la manière dont la violence vécue dans l'enfance façonne la violence à l'âge adulte (Busby et al., 2008). Les processus dynamiques et interactionnels du développement, qui peuvent renforcer ou atténuer l'impact des expériences infantiles, ne sont pas pris en compte (Ibid.). Par ailleurs, la faiblesse principale du modèle concerne la question de la reproduction de la violence à l'âge adulte. Les auteurs d'une revue de la littérature sur les études examinant la théorie de la transmission intergénérationnelle de la violence ont conclu que la plupart des adultes qui ont grandi dans des foyers violents ne deviennent pas eux-mêmes violents à l'âge adulte (Haselschwerdt et al., 2019). Les résultats de la méta-analyse de Smith-Marek et ses collaborateurs (2015), qui viennent confirmer ceux de la méta-analyse de l'équipe de Stith (2000) indiquent un effet de faible amplitude (r moyen = .25) entre exposition à de la violence familiale dans l'enfance et le fait de commettre ou d'être victime de violences dans le couple à l'âge adulte (Smith-Marek et

al., 2015). Ces éléments soulignent que l'impact des expériences de violence dans l'enfance est un phénomène complexe, qui loin de figer le destin des enfants des victimes, exercerait une influence relative sur les comportements violents et la tolérance à la violence chez les adultes.

1.1.7.1.4 Modèle psychopathologique

Selon la perspective psychopathologique, les violences au sein du couple sont le résultat de troubles psychologiques comme les troubles de la personnalité, les troubles de l'usage de substances ou encore les troubles de l'humeur (Lussier et al., 2017). Elle consiste en une approche « centrée maladie » des VPI, les considérant comme les symptômes d'une mauvaise santé mentale. Les études empiriques correspondantes examinent différentes variables psychopathologiques pour déterminer si elles peuvent être considérées comme des prédicteurs des comportements violents au sein du couple, et aussi, mais plus rarement, comme des prédicteurs de la victimisation.

Les troubles de la personnalité antisociale et borderline sont les deux troubles les plus étudiés en rapport avec les violences dans le couple, et ont été associés au risque de commettre des VPI (Collison & Lynam, 2021). D'autres diagnostics pourraient être impliqués. Le trouble explosif intermittent, qui correspond à des « épisodes comportementaux explosifs récurrents témoignant d'une incapacité à résister à des impulsions agressives » (APA, 2015, p. 553), comprenant de l'agressivité verbale et physique envers autrui de même que des niveaux élevés de colère (Ibid.), ont été identifiés comme des prédicteurs de la VPI (O'Leary et al., 2008, 2014). Dans une méta-analyse de 85 études, des tailles d'effet de grande amplitude ont été observées entre la perpétration de violences physiques envers la partenaire et la consommation de substances illicites (Stith et al., 2004), et de moyenne amplitude avec la consommation d'alcool et la dépression (Ibid.). Par ailleurs, alors que la dépression est généralement

appréhendée comme peu propice aux agressions du fait du ralentissement et de la baisse d'énergie qu'elle implique (Dutton & Karakanta, 2013), elle est associée à un risque accru de commettre des violences au sein du couple (Ibid.), notamment de part l'isolement, la consommation d'alcool, la colère, les ruminations et l'impulsivité qui en découlent.

L'approche psychopathologique met en lumière le lien entre la présence de troubles psychologiques et un risque augmenté de commettre des violences dans le couple, mais elle n'explique pas pourquoi cette violence est typiquement dirigée vers les partenaires féminines (Kelly, 2011). En outre, si elle offre une meilleure compréhension de la violence perpétrée par les auteurs, elle développe moins de sens concernant le risque d'être victime de VPI ou de rester dans une relation violente, qui sont pourtant des aspects fondamentaux pour la compréhension globale du phénomène.

Dans tous les cas, l'étiologie des violences entre partenaires intimes ne peut être conceptualisée selon une cause unique ou dominante, dont le débat semble aujourd'hui dépassé : « Des conceptions féministes aux visions systémiques, comportementales, développementales ou psychopathologiques, les spécialistes continuent parfois de s'affronter dans des joutes idéologiques qui, si elles ont initialement constitué une source d'enrichissement, représentent maintenant des obstacles qui ralentissent les progrès scientifiques et sociaux » (Lussier et al., 2017, p. 582). Il est aujourd'hui nécessaire faire référence à des cadres théoriques multifactoriels : la VPI ne peut pas être causée unilatéralement par une gestion dysfonctionnelle des conflits dans la famille, des croyances relevant de l'idéologie patriarcale, un apprentissage de comportements violents dans l'enfance ou une encore une psychopathologie de l'auteur, qui ne rendent compte que d'une partie d'un phénomène complexe résultant de l'interaction entre les caractéristiques de l'individu et de son environnement.

1.1.7.2 Modèle écologique des facteurs de risque

Le modèle écologique des violences dans le couple situe le phénomène au croisement d'une multitude de facteurs de risque individuels, relationnels, communautaires et sociaux. Dans les années 90, plusieurs universitaires commencent à plaider en faveur d'un abandon des théorisations unifactorielles, et soutiennent que les VPI doivent être comprises comme une réalité multidimensionnelle, issue de l'interaction de nombreux facteurs à différents niveaux de l'écologie sociale (Crowell & Burgess, 1996). Puis Lori Heise (1998) publie un ouvrage dédié au paradigme écologique des VPI, contribuant à sa popularisation et engendrant son utilisation croissante dans la recherche et les interventions dédiées. C'est aujourd'hui le modèle auquel se réfère l'Organisation Mondiale de la Santé pour modéliser les violences dans le couple (Heise & Garcia-Moreno, 2002).

Le modèle écologique des VPI prend en compte l'histoire de vie, les événements traumatiques, les traits de personnalité de chaque partenaire, et les situations venant affecter le quotidien du couple. Il considère également les normes véhiculées par la famille et l'entourage amical et professionnel, elles-mêmes façonnées par les institutions religieuses, les politiques, ou encore la répartition du pouvoir économique entre les hommes et les femmes (Heise, 2011). Lorsque ces facteurs sont défavorables, ils augmentent le risque d'adopter un comportement violent dans le couple, ou engendrent chez les victimes des freins psychologiques, sociaux et matériels entravant leur capacité à s'en échapper (Heise, 2011, 1998). Ces facteurs de risques sont classés selon quatre niveaux distincts (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Heise, 1998): individuel, relationnel, communautaire et sociétal. Nous présenterons ici les principaux facteurs de risque liés à la victimisation, soit à la probabilité d'être victime de violences dans le couple à l'âge adulte.

1.1.7.2.1 Facteurs de risques sociétaux

Les facteurs de risque sociétaux relèvent des caractéristiques de la société dans laquelle vivent les partenaires, comme les croyances culturelles, les attitudes valorisées et le système légal et judiciaire, susceptibles d'exercer une influence sur le comportement des individus (Dutton, 1995). De nombreuses études ont fait état du lien entre les pratiques culturelles et normes d'une société, et sa vulnérabilité au phénomène des violences dans le couple (Copp et al., 2015; Kiss et al., 2012; VanderEnde et al., 2015). La culture peut jouer un rôle significatif dans l'augmentation ou la réduction de la prévalence des VPI selon les pays, par exemple en légitimant la violence dans les relations de couple ou en attribuant un rôle passif aux femmes (White & Satyen, 2015). Cela s'illustre notamment par les données de prévalence des VPI, qui indiquent qu'elles sont plus fréquentes dans les pays marqués par la pauvreté, une faible égalité de genres, et des normes favorables au recours à la violence en général, et envers les femmes en particulier (Devries et al., 2013; Oram et al., 2022). Par exemple, les inégalités de genre en politique et dans les institutions semblent associées à des taux plus élevés de VPI : les pays où le nombre de femmes au Parlement est plus élevé ont des taux plus faibles de féminicides (Walby, 2009). L'étude du rôle des facteurs sociétaux, initialement reconnus par le modèle féministe, permet de comprendre pourquoi certaines sociétés sont plus vulnérables aux VPI, et offre par là même une ressource précieuse en termes de leviers sociaux et politiques de prévention (Amegbor & Pascoe, 2021).

1.1.7.2.2 Facteurs de risque communautaires

Les facteurs de risque communautaires relèvent des caractéristiques de l'environnement social immédiat des partenaires, essentiellement son niveau socio-économique mais aussi les caractéristiques de l'environnement professionnel, de l'entourage amical ou de la communauté

religieuse. Le chômage, un faible niveau d'éducation et de revenus ont été identifiés comme des facteurs de risques significatifs pour les VPI (Kreager et al., 2013; Vyas & Watts, 2009; Wagman et al., 2016). Les femmes ayant un accès limité à l'emploi et à la propriété de leur logement sont plus exposées, et subissent des violences plus sévères et plus fréquentes (Walby & Towers, 2017). Le niveau d'éducation est un prédicteur significatif pour toutes les formes de VPI: les femmes avec un plus faible niveau d'éducation sont davantage susceptibles de vivre des violences émotionnelles, physiques et sexuelles (Amegbor & Pascoe, 2021). Ces liens entre pauvreté et VPI ne sont pas clairs, mais il est possible que la détresse, le stress financier, et les conflits conjugaux qui en découlent contribuent à augmenter les comportements violents et affectent la capacité des victimes à quitter la relation en raison de contraintes matérielles (Heise & Garcia-Moreno, 2002; Spencer et al., 2019). Il convient aussi de souligner qu'à contrario, un statut socio-économique élevé, caractérisé notamment par une indépendance financière et un accès à la propriété, ne protège pas des violences au sein du couple (Peterman et al., 2015). Dans une méta-analyse récente, il était observé que les tailles d'effet entre niveau socio-économique et violences dans le couple pouvaient être de faible amplitude, rappelant que les VPI impactent tous les groupes sociaux, y compris dans des contextes socio-économiques favorables (Spencer et al., 2019).

1.1.7.2.3 Facteurs de risques relationnels

Les facteurs de risque relationnels relèvent des caractéristiques de la relation entre les partenaires intimes, avec les membres de la famille, et comprend également les antécédents traumatiques et de maltraitance infantile, qui ont lieu le plus souvent au sein de la famille. Dans une méta-analyse examinant les facteurs associés à un risque accru d'être victime de VPI, des comportements de contrôle et une jalousie chez le partenaire masculin, une mauvaise

satisfaction conjugale, des antécédents de violences dans des relations intimes passées, un contexte de séparation, une exposition aux VPI dans l'enfance, et des antécédents de maltraitance dans la famille d'origine, étaient identifiés comme les marqueurs les plus significatifs (Spencer et al., 2019). Parmi eux, les antécédents de violence durant l'enfance ont été établis empiriquement comme des facteurs de risque particulièrement importants : la recherche indique de manière constante que les femmes ayant été victimes de violences pendant leur enfance et/ou ayant été exposées à la violence entre leurs parents sont plus susceptibles d'être victimes de VPI à l'âge adulte (OMS, 2013b; Oram et al., 2022; Yakubovich et al., 2018). Pour Salmona (2017, p. 11), ces antécédents traumatiques forment un terrain psychologique favorable à la résignation face aux VPI, préparant la victime à tolérer les comportements violents : « Le conjoint violent bénéficie presque toujours d'un formatage bien antérieur de sa victime à la soumission, à la tolérance et à l'hyperadaptation à des situations extrêmes, remontant à une enfance dans des milieux familiaux violents. Elle a appris à considérer qu'elle n'avait pas de valeur, aucun droit et que personne ne viendrait à son secours ».

1.1.7.2.4 Facteurs de risque individuels

Enfin, les facteurs de risques individuels ou ontogéniques (Dutton et al., 2005) relèvent des caractéristiques liées aux personnes en tant qu'individus, tels que l'âge, la présence de psychopathologie ou de difficultés psychologiques, la consommation de substances, les attitudes et les croyances. Dans une méta-analyse, les facteurs de risque identifiés chez la victime étaient la violence exercée envers le partenaire masculin, les symptômes dépressifs, le degré de peur et la consommation d'alcool (Stith et al., 2004). Le contexte des actes de violences de la victime n'ayant pas été exploré, ils n'ont pas été interprétés dans cette étude, mais la question d'un contexte de défense face aux violences du partenaire se pose (Damant & Guay,

2005; Saunders, 2002). Les symptômes dépressifs, la peur et la consommation d'alcool peuvent par ailleurs être comprises à la fois comme des causes et/ou des conséquences des VPI. Dans une méta-analyse plus récente, dont l'objectif était de mettre à jour l'éventail des facteurs de risque impliqués en examinant un plus grand nombre de variables (Spencer et al., 2019), la dépression, la peur et la consommation d'alcool ont été retrouvés, et des facteurs supplémentaires ont été identifiés. Chez les victimes, un plus jeune âge, la présence d'un TSPT, la consommation de drogues et de médicaments, des croyances concernant le caractère relativement acceptable des violences, un trouble de la personnalité borderline et un style d'attachement insécuré sur le versant anxieux ont été observés. Encore une fois, il est difficile de déterminer si ces aspects font partie des causes ou des conséquences des VPI (Spencer et al., 2019), bien que des éléments tels que le trouble de la personnalité borderline et le style d'attachement insécuré suggèrent un développement antérieur à la situation de violences dans le couple. Les modèles internes opérants à l'origine du style d'attachement se forment dans l'enfance au travers des expériences précoces (Bowlby, 1988), et les sujets porteurs d'un trouble borderline sont particulièrement concernés, dans l'enfance également, par des abus sexuels sévères, d'autres formes de violences, et des négligences (Zanarini et al., 2002).

1.1.7.2.5 La crise sanitaire du COVID 19 : un facteur de risque mondial ?

La question des pandémies, ou plus globalement des événements mondiaux exceptionnels, ne fait pas en soi partie du modèle écologique des VPI et, à notre connaissance, n'a pas encore été étudiée empiriquement en tant que facteur de risque statistique. Il n'en demeure pas moins que la crise du COVID-19, de part ses conséquences sur la vie quotidienne, a évidemment fait partie de l'écologie sociale de tous pendant deux années. Nous avons

personnellement été témoins de l'impact de la crise sanitaire sur la situation de nos patientes victimes de violences dans le couple.

Le confinement a été une période où les stratégies du partenaire violent, visant à isoler la victime, ont été mises en œuvre à grande échelle dans l'espoir de sauver des vies (Van Gelder et al., 2020). Les victimes ont été contraintes à l'enfermement avec leur conjoint violent, sans aide ni soutien, engendrant une aggravation des violences (Gulati & Kelly, 2020). L'isolement, les facteurs de stress psychologiques et économiques liés à la pandémie, de même que l'augmentation potentielle de stratégies d'adaptation défavorables comme la consommation excessive d'alcool, ont créé un contexte propice à l'émergence d'une « vague de violence entre partenaires intimes sans précédent » (Van Gelder et al., 2020, p. 1). En effet, pendant le premier confinement instauré de mars à juin 2020, les appels reçus par le numéro national d'écoute téléphonique et d'orientation pour les femmes victimes de violences (3919) ont été multipliés par trois (Ministère de l'Intérieur, 2022b). De nombreux pays faisant des constats similaires, le Comité des Parties à la Convention du Conseil de l'Europe publie une déclaration visant à alerter les États membres sur la situation des victimes de VPI et à mettre en place les mesures pour y répondre (Conseil de l'Europe, 2020).

Finalement, les conséquences de telles situations de crise collective, de même que l'ensemble de facteurs sociétaux, communautaires, relationnels et individuels précités, peuvent se cumuler, augmentant davantage la probabilité que des VPI surviennent ou s'aggravent. Ce point illustre la force du modèle écologique : il constitue un paradigme probabiliste et multi-dimensionnel, plutôt que déterministe et unifactoriel. Différentes combinaisons de facteurs peuvent engendrer des VPI, mais aucun facteur n'est suffisant, ni même nécessaire, pour que la violence se développe dans une relation intime (Heise, 2011).

1.1.7.3 Apports de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1988) offre un cadre conceptuel particulièrement intéressant pour appréhender le phénomène des violences dans le couple (Stefania et al., 2023), ces violences s'inscrivant dans le cadre d'une intimité entre deux personnes. Cette intimité affective, tantôt recherchée à l'excès et tantôt évitée, constitue un des éléments centraux de la théorie de Bowlby, et la prise en compte des mécanismes de recherche de proximité et de distance dans les relations affectives offre une perspective unique pour approfondir la compréhension des VPI (Fraley & Davis, 1997). En outre, dans ces situations, l'amour peut malheureusement constituer une « arme », favorisant la domination du partenaire violent du fait d'une dépendance émotionnelle chez la victime (Jaspard, 2007).

Plusieurs études font état du lien entre style d'attachement des partenaires et violences au sein du couple, à la fois chez les auteurs et chez les victimes. Dans une étude longitudinale, les antécédents d'expériences d'attachement défavorables, comme des interactions peu chaleureuses avec les parents, un manque de confiance et de communication positive, prédisaient les violences envers la partenaire chez les hommes à l'âge adulte (Magdol et al., 1998). Une surreprésentation des styles d'attachement insécures, évitant ou anxieux-ambivalent, est généralement observée chez les partenaires violents, avec plusieurs études constatant une prédominance du style anxieux-ambivalent (Babcock et al., 2000; Holtzworth-Munroe et al., 2003). Dans une méta-analyse plus récente, il était observé que les styles d'attachement anxieux et évitant étaient tous deux significativement associés à la perpétration de VPI physiques (Spencer et al., 2021). Les sujets anxieux-ambivalents dans leur attachement seraient susceptibles de recourir à la violence lorsqu'ils perçoivent un éloignement de leur partenaire, la violence étant utilisée comme une stratégie pour empêcher cette distanciation, tandis que les sujets évitants pourraient utiliser la violence pour se distancier en cas de rapprochement trop important ou de demandes jugées invasives (Allison et al., 2008).

Les victimes de VPI seraient également plus à même d'avoir un style d'attachement insécuré. Les résultats d'une méta-analyse récente indiquent que les attachements anxieux et évitant sont significativement reliés à toutes les formes de victimisation par le partenaire intime, avec des tailles d'effet de moyenne et de forte amplitude (Stefania et al., 2023). Dans leur revue systématique sur la question, Velotti et ses collaborateurs (Velotti et al., 2018) constataient que presque toutes les études corrélationnelles avaient observé une corrélation significative et positive entre la présence d'un attachement anxieux et l'exposition à des VPI. En parallèle, l'attachement sécurisé serait négativement associé à cette victimisation (Spencer et al., 2021). Un résultat nous semble particulièrement intéressant dans le cadre de ce travail : l'attachement insécuré anxieux semblerait davantage en lien avec la dimension sexuelle des violences dans le couple, avec des tailles d'effet plus importantes que pour les violences physiques et psychologiques (Stefania et al., 2023). Cet élément recoupe les résultats d'une étude menée précédemment, qui indiquait que les femmes avec un attachement insécuré semblaient plus vulnérables aux expériences de victimisation sexuelle que les femmes avec un attachement sécurisé (Gentzler & Kerns, 2004). Effectivement, les femmes victimes de VPI et anxieuses sur le plan de l'attachement pourraient être plus susceptibles de consentir à des rapports sexuels non désirés, comportement qui pourrait s'expliquer par leur crainte de provoquer un sentiment négatif chez leur partenaire en cas de refus et risquant d'augmenter, à leurs yeux, le risque d'abandon (Bonache et al., 2019).

Le rôle de l'attachement désorganisé demeure insuffisamment documenté (Velotti et al., 2018), principalement du fait de l'utilisation prédominante dans la recherche de questionnaires d'auto-évaluation et du faible recours à l'usage d'entretiens qui permettent de le dépister, comme le *Adult Attachment Interview - AAI* (George et al., 1996). Puisque le style d'attachement désorganisé combine, de manière chaotique, des traits des styles d'attachement anxieux-ambivalent et évitant, il est envisageable que les résultats mentionnés englobent cette forme

d'attachement. L'attachement désorganisé étant relié aux expériences de maltraitance dans l'enfance, qui sont elles-mêmes identifiées comme l'un des facteurs de risque pour les VPI, on pourrait s'attendre à retrouver ce type d'attachement tant chez les auteurs que chez les victimes. Dans une étude utilisant l'AAI avec 31 femmes victimes de VPI recrutées dans structures de prise en charge dédiées, l'attachement désorganisé était retrouvé dans 45% des cas (Condino et al., 2022). Cette proportion importante suggère que l'examen détaillé de l'attachement désorganisé chez les victimes de VPI est une direction pertinente pour des recherches futures.

L'insécurité dans l'attachement chez les victimes de VPI peut engendrer des conséquences défavorables. Elle peut par exemple augmenter la difficulté d'une femme victime à se séparer du partenaire violent (Shurman & Rodriguez, 2006). L'attachement anxieux notamment, qui engendre une peur de l'abandon et une anxiété de séparation importantes, peut associer la perte du partenaire à une situation intolérable, générant trop d'anxiété pour être envisagée (Velotti et al., 2018). Alors qu'elles ne peuvent pas envisager de se séparer, ces femmes pourraient être particulièrement susceptibles de s'aveugler dans un espoir de changement de leur conjoint, et leur estime d'elle-même abîmée (modèle interne opérant négatif) pourrait favoriser qu'elles se responsabilisent des violences subies (Ibid.). De plus, les victimes aux styles d'attachement insécure pourraient être les plus vulnérables aux symptômes psychotraumatiques, et moins enclines à rechercher de l'aide et du soutien (Kelly, 2015). Par exemple, chez les sujets évitants, la conviction qu'il ne faut pas montrer ses difficultés aux autres, considérés comme fondamentalement indisponibles, peut faire obstacle à la recherche d'aide en contexte de VPI (Velotti et al., 2018). L'ensemble de ces éléments indiquent qu'une psychothérapie centrée sur l'attachement pourraient être bénéfique pour les victimes. Elle aurait le double avantage de favoriser la construction de relations intimes saines dans le futur, et d'accompagner les victimes dans le processus de séparation (Spencer et al., 2021), que nous allons maintenant aborder.

1.1.8 Processus de séparation dans les relations violentes

La séparation est un processus qui concerne de nombreux couples, qu'ils soient ou non sujets à des violences. Le fait de se séparer peut être compris comme la résolution d'une ambivalence concernant les bénéfices et les insatisfactions liées à une union : elle ne correspond pas à une décision ponctuelle, mais à l'aboutissement d'un processus visant à résoudre cette ambivalence (Eid & Lachance-Grzela, 2017). Dans les situations de VPI, ce processus est marqué par la question de la sécurité personnelle, de la protection des enfants, et parfois, de la survie. Il évolue le plus souvent par étapes : les victimes utilisent d'abord des stratégies pour faire face aux violences tout en restant dans la relation, avant de rechercher du soutien informel (famille, amis), puis du soutien formel lorsque les violences s'aggravent, auprès de structures spécialisées de santé ou judiciaires (Goodman et al., 2003; Haggerty & Goodman, 2003). Nous présenterons dans cette partie les stratégies de résistance communément utilisées par les victimes, les comportements de recherche d'aide et les obstacles qui s'y opposent, jusqu'à la séparation effective et les dangers qui l'accompagnent.

1.1.8.1 Résister

Alors que l'on pourrait considérer les victimes comme incapables de contester la domination violente, les travaux de recherche tentent de comprendre l'éventail de comportements de sécurité et d'opposition qui peuvent être mis en œuvre pour faire face à ces violences (Abraham, 2005). En effet, les femmes ne sont pas de simples « réceptacles passifs » des violences de leur partenaire (Goodkind et al., 2004). Au contraire, elles déploient une multitude de stratégies pour se protéger elles-mêmes ainsi que leurs enfants (Ibid.). La littérature sur ces stratégies part du principe que la domination du partenaire violent et la tolérance des victimes à celle-ci ne peuvent pas être intégrales ou absolues (Rajah & Osborn,

2022). De plus, la mise en œuvre de ces stratégies prépare la victime à la possibilité de s'extraire de la relation, lorsqu'elle en aura les ressources et la force (Merritt-Gray & Wuest, 1995).

La résistance des victimes aux VPI peut être définie comme « la capacité active des femmes à s'opposer, à éviter et à repousser les violences et leurs conséquences négatives, de même que l'agresseur, ainsi que l'environnement plus global qui soutient les normes sociales et culturelles favorables aux violences faites aux femmes » (Crann & Barata, 2016, p. 8). Ces stratégies sont vastes, pouvant impliquer une limitation de l'autonomie propre et de celle des enfants (éviter les désaccords, faire en sorte que les enfants soient calmes et silencieux), ou se manifester sous forme de résistance active, comme le fait de se défendre physiquement du partenaire (Merritt-Gray & Wuest, 1995).

Dans une étude auprès de 160 femmes victimes de VPI aux Etats-Unis, Goodkind et ses collègues (2004) ont examiné ces stratégies et les ont regroupées en six catégories :

-les stratégies d'« apaisement », qui consistent à éviter le partenaire, à satisfaire à ses demandes, à favoriser que les enfants restent tranquilles, et à éviter les réunions avec la famille ou les amis ;

-les stratégies de « résistance active », comme le fait de se battre physiquement, d'utiliser une arme ou de menacer de le faire, ou de cacher une arme dans la maison ;

-les stratégies de « recherche d'aide formelle », lorsque la victime sollicite l'aide d'un professionnel de santé, appelle une ligne d'écoute spécialisée, recherche le contact avec d'autres victimes, contacte la police ou fait un séjour dans un foyer d'hébergement ;

-les stratégies de « recherche d'aide informelle », comme parler de la situation à des membres de la famille, à des amis, ou faire un séjour chez eux ;

-les stratégies de « planification de l'urgence », qui incluent le fait de cacher de l'argent ou des objets de valeur, d'élaborer un plan d'évasion, de développer un code d'urgence avec des personnes de l'entourage, de garder à disposition des numéros de téléphone importants, de mettre de côté des produits de première nécessité comme des vêtements, ou de cacher des documents administratifs importants ;

-les stratégies « autres », qui regroupent par exemple les conversations avec le partenaire au sujet de la violence, les tentatives de quitter le domicile et les tentatives de mettre fin à la relation.

Parmi ces stratégies, certaines étaient utilisées par plus de 80% des victimes, comme l'évitement du partenaire, la satisfaction des demandes du partenaire, les tentatives de se défendre physiquement, et les conversations avec le partenaire au sujet de la violence.

Cette étude est allée plus loin dans son exploration, en identifiant cinq clusters comportementaux chez les victimes, soit cinq groupes de femmes avec des styles de résistance distincts (Goodkind et al., 2004): les femmes du groupe « haute activité » (N=41) utilisaient très fréquemment toutes les formes de stratégies, avec davantage de résistance active que dans les autres groupes ; les femmes du groupe « recherche d'aide informelle » (N=54), avaient tendance à s'appuyer davantage sur la famille et les amis, en privilégiant également des stratégies d'apaisement ; les femmes du groupe « s'en sortir seule » (N=14) étaient beaucoup moins susceptibles de rechercher de l'aide, formelle ou informelle, et avaient une plus grande propension à résister activement à l'agresseur plutôt qu'à tenter de l'apaiser ; les femmes du groupe « apaisement » (N=18) employaient un maximum de stratégies d'apaisement, un minimum de stratégies de résistance active, et un minimum de stratégies de recherche d'aide ; enfin, les femmes du groupe « tout essayer » (N=32) présentaient un recours de fréquence intermédiaire à toutes les formes de stratégies, sans prédominance de l'une d'entre elles. Il était

constaté que les femmes du groupe « haute activité » vivaient les violences les plus fréquentes et les plus dangereuses, et avaient les niveaux de dépression les plus importants, suggérant un lien entre l'intensification des violences et/ou de la détresse et l'augmentation des stratégies de faire face.

1.1.8.2 Rechercher de l'aide

La recherche indique en effet une corrélation entre la gravité des violences et la recherche d'aide chez les victimes de VPI (Goodman et al., 2003). Il semble que les victimes commencent à rechercher une aide extérieure lorsque la violence et le contrôle de leur partenaire augmentent, devenant moins « gérables » (Sharp, 2014). Cette aide peut être sollicitée via des voies formelles comme le système police-justice, les associations d'aide aux victimes, les foyers d'hébergement, les services de santé, ou via des voies informelles, en s'adressant à des membres de l'entourage familial, amical, ou professionnel (Rajah & Osborn, 2022). Plusieurs difficultés peuvent entraver cette démarche, et « en raison de la complexité de l'équilibre entre l'amour et la peur, les victimes de VPI ont des besoins uniques et rencontrent des obstacles spécifiques à la recherche d'aide » (Wright et al., 2022, p. 1).

Globalement, l'ensemble des facteurs de risque présentés dans le cadre du modèle écologique des VPI peuvent freiner la démarche de recherche d'aide (voir 1.1.7.2, p. 79). Des facteurs comme la peur pour sa sécurité ou la crainte d'une stigmatisation liées aux normes sociales et culturelles ont été identifiées comme des obstacles à la recherche d'aide chez les victimes (Liang et al., 2005; Overstreet & Quinn, 2013). L'idéologie patriarcale (voir 1.1.7.1.2, p. 71), en définissant des relations socio-symboliques entre les genres, peut influencer le jugement social envers les victimes et contribuer à la non-reconnaissance ou à l'acceptation des VPI (Baldry & Pagliaro, 2014; Lelaurain et al., 2018). Les victimes peuvent ainsi être

confrontées, au travers de leur recherche d'aide, à des attitudes ou à des discours culpabilisants, leur renvoyant qu'elles seraient responsables des violences subies (Eigenberg & Policastro, 2016). Cette culpabilisation, particulièrement lorsqu'elle est rencontrée chez les professionnels, constitue une victimisation secondaire et un traumatisme supplémentaire (Rivera et al., 2012). D'autres dimensions, comme l'adhésion à la notion d'amour romantique, ont été étudiées en rapport avec les comportements de recherche d'aide. Le concept d'amour romantique fait référence à un ensemble de croyances sur le pouvoir de l'amour et la perfection du romantisme incluant, par exemple, l'idéalisation du partenaire, l'implication relationnelle absolue, l'exclusivité ou la jalousie, faisant ainsi référence à ce que devraient être les caractéristiques d'une relation amoureuse idéale (Sprecher & Metts, 1989). Ces convictions pourraient freiner la démarche de demande d'aide, en favorisant que les victimes excusent le comportement du partenaire, minimisent la perception de la gravité des violences subies, ou même légitiment ces violences au nom de l'amour (Lelaurain et al., 2021). L'ensemble de ces obstacles est d'autant plus regrettable que la recherche de soutien, formel ou informel, favorise grandement l'évolution positive des situations de VPI pour les victimes (Liang et al., 2005), notamment le déroulement de la séparation.

1.1.8.3 Se séparer

Les femmes victimes peuvent être exposées aux VPI pendant des années, voire des décennies, avant de se séparer. Dans un rapport concernant les caractéristiques de 100 femmes en France admises au dispositif Téléphone Grave Danger en 2013 (voir 1.1.9.3, p. 98), la durée de la relation avec le partenaire violent pouvait aller de 1 an à 40 ans (Martinais, 2017). Ainsi, l'évolution vers la séparation peut être plus ou moins longue, influencée par un processus de prise de décision complexe et influencé par de nombreux facteurs. Parmi eux, le degré

d'engagement exerce une influence significative sur la décision de rester ou non dans la relation (Bell & Naugle, 2005). Les tentatives de séparation suivies d'un retour vers l'agresseur sont nombreuses, avec des études indiquant que les femmes qui contactent la police lors d'une agression par leur partenaire ou qui quittent brièvement la relation sont très à risque de revenir ensuite vers celui-ci et de subir de nouvelles violences (Martin et al., 2000). Les femmes victimes peuvent par ailleurs être confrontées à un fort vécu d'impuissance, et cesser de tenter de changer la situation ou de quitter le partenaire (Walker, 2006).

Lorsqu'elles parviennent à se séparer, la recherche indique que la décision est le plus souvent prise dans un contexte où les agressions gagnent en fréquence et en sévérité, et que le risque perçu de préjudice émotionnel et physique pour leurs enfants augmente (Short et al., 2000). Dans une étude auprès de 350 femmes victimes de VPI, 61% d'entre elles indiquaient avoir quitté la relation pour protéger leurs enfants et assurer leur fonction parentale (Nixon et al., 2017). Si la séparation résulte à la fois d'une augmentation des violences et du besoin de protection, elle est malheureusement associée à une insécurité accrue. Alors qu'elle est pensée comme une solution pour mettre fin à la violence, la séparation augmente souvent le risque de létalité pour les victimes (Stark & Hester, 2019). En France, 19% des morts violentes dans le couple ont lieu dans un contexte de séparation non-acceptée (Ministère de l'Intérieur, 2022a).

La séparation ouvre également la voie aux violences post-séparation. Les VPI post-séparation peuvent être définies en tant que « schéma continu et volontaire d'intimidation d'un ex-partenaire intime, incluant les violences juridiques, économiques, les menaces et la mise en danger des enfants, l'isolement et le fait de discréditer la victime et de la harceler » (Spearman et al., 2022, p. 1). Dans leur revue de la littérature, Spearman et ses collaborateurs (2022) ont identifié trois modalités principales des violences post-séparation : l'intimidation, la domination et l'intrusion. Les stratégies d'intimidation visent la continuité du climat de peur,

et comprennent essentiellement des violences psychologiques et des comportements menaçants ou violents envers les enfants dans l'intention de porter atteinte à l'ex-compagne (Toews & Bermea, 2017). Les stratégies de domination visent à maintenir la notion de pouvoir, particulièrement autour de la question de la garde des enfants. Les ex-partenaires violents seraient plus susceptibles de demander et d'obtenir la garde exclusive des enfants que les ex-partenaires non-violents, y compris lorsqu'ils ont été condamnés pour VPI (Silberg & Dallam, 2019). Ce point illustre notamment la persistance dans le monde judiciaire de la dissociation entre conjugalité et parentalité, à travers le mythe du mauvais conjoint qui serait en parallèle un bon père (voir 1.1.9.3, p. 98), avec des conséquences particulièrement néfastes sur la santé des enfants (Durand, 2013). Dans ces situations, la volonté de protection des enfants est mise en échec, rétablissant le sentiment d'impuissance chez la victime (Gutowski & Goodman, 2020). Enfin, les comportements intrusifs comme le harcèlement, les questions posées aux enfants sur l'emploi du temps de la mère, l'irruption dans les décisions du quotidien, continuent de limiter l'autonomie de la victime et entravent son rétablissement psychologique.

Au travers de ces modalités post-séparation, on constate que si l'intention est toujours dirigée vers la partenaire, le curseur des agissements de l'auteur est déplacé vers les enfants, dont l'instrumentalisation devient le pivot central de la continuité des VPI. Etant donné que les victimes tendent à solliciter une aide plus formelle lorsque les violences s'intensifient, témoignant possiblement d'un danger accru et d'une évolution vers la séparation, elles sont susceptibles de se retrouver en contact avec des professionnels à un moment crucial de leur parcours. L'ambivalence peut encore être présente, et impliquer un retour vers la relation violente. Comment les professionnels accompagnent-ils les victimes en tenant compte du caractère sensible de cette étape, et quelles sont les réponses apportées aux violences dans le couple sur le plan institutionnel ?

1.1.9 Protection et accompagnement des victimes

Au regard de la multitude de problématiques auxquelles sont confrontées les victimes de VPI, un seul professionnel, aussi compétent soit-il, ne peut assurer un accompagnement efficace. La mise en place d'un réseau d'aide aux victimes est donc indispensable (Ronai & Durand, 2017), et doit être soutenue par les initiatives politiques et législatives. En France en 2019, le Grenelle des violences conjugales, issu d'une vaste concertation avec les professionnels de l'aide aux victimes, les familles de victimes et les victimes elles-mêmes, a défini 46 nouvelles mesures destinées à améliorer la prévention des VPI, la protection des victimes, de même que la prise en charge et les sanctions pour les auteurs. On compte parmi elles des mesures emblématiques et aujourd'hui effectives, comme la levée du secret médical en cas de danger immédiat pour la victime, la suspension systématique de l'autorité parentale en cas d'homicide conjugal, la généralisation du bracelet anti-rapprochement ou encore le déploiement de 5000 téléphones grave danger supplémentaires (Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2022). Ces efforts illustrent une prise de conscience de la complexité du phénomène, et soulignent la nécessité d'apporter des réponses collectives. Dans cette partie, nous évoquerons la question du repérage des VPI par les professionnels, les dispositifs sociaux et judiciaires disponibles en France, de même que les caractéristiques du parcours pénal des victimes. L'objectif de cette section est d'apporter une compréhension du cadre général lié au processus de sortie des violences, qui concerne toutes les participantes recrutées pour ce travail de recherche, rencontrées à la suite de leur plainte dans l'unité médico-judiciaire dans laquelle nous exerçons.

1.1.9.1 Repérage des victimes

La première étape de la protection des victimes de VPI est leur repérage par le personnel médical, les acteurs de la santé mentale ou les intervenants sociaux (Guiguet-Auclair et al., 2021). En effet, ces dernières ne vont pas toujours verbaliser de façon directe les violences subies et peuvent présenter des signes et des symptômes non spécifiques (Mazza et al., 2021). Par exemple, dans le cadre de consultations en santé mentale au motif de symptômes dépressifs ou anxieux, le questionnement des cliniciens au regard d'une éventuelle situation de VPI, actuelle ou passée, devrait être systématique (Ibid.).

Cependant, le manque de formation et d'expérience en la matière entrave chez de nombreux professionnels cette disposition à rechercher une éventuelle situation de violences au sein du couple, constituant le premier obstacle à la systématisation de cette évaluation (Gutmanis et al., 2007; O'Doherty et al., 2015). Il s'avère par ailleurs que les personnels qui pourraient être concernés sous-estiment la prévalence des VPI, et qu'une minorité d'entre eux se sent en mesure de poser des questions adaptées et d'orienter les victimes (Cann et al., 2001; Ramsay et al., 2012). La formation initiale et continue de tous les professionnels rencontrant un public large pourrait améliorer le dépistage précoce de ces situations, ce qui faciliterait par la suite la réponse des acteurs de secteur (Colombini et al., 2017). En particulier, les services de santé mentale et les universités devraient garantir que la question des VPI et du rôle des professionnels dans leur repérage soit inclus au parcours de formation initial et continu dans de nombreuses disciplines (Ambikile et al., 2022).

Des préconisations simples pourraient être enseignées, afin de renforcer la confiance des professionnels dans leur capacité à mener ce type de conversations : écouter avec empathie et sans jugement; poser des questions sur les besoins et les préoccupations; reconnaître l'expérience et le vécu; évoquer la sécurité et les stratégies de protection; et orienter vers une

structure dédiée (OMS, 2014). Il est également possible de donner aux victimes des numéros importants en cas d'urgence comme le 17, le 3919 (numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de violences), le 114, qui fonctionne par messages texte, ou le portail internet « arrêtonslesviolences.gouv.fr », qui dispose d'un tchat accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant d'échanger avec un policier ou un gendarme formé.

1.1.9.2 Logement et hébergement

La question du logement est un point central dans l'accompagnement des victimes qui cohabitent avec le partenaire violent. Pour elles, la spécificité des violences dans le couple va résider à la fois dans le caractère intime de la relation avec leur agresseur, mais aussi dans l'existence de ce « lieu où se produisent, sous le sceau du secret de la vie privée, les violences, à savoir : « la maison » » (Barbelane Biais, 2017, p. 66). Le domicile, habituellement symbole de sécurité et de protection contre les dangers extérieurs, devient au contraire le lieu du danger par excellence pour les femmes concernées et leurs enfants : il s'agira dès lors, dès que la victime est en capacité de le faire, d'« organiser et sécuriser la décohabitation » (Ibid.).

Deux perspectives sont alors envisageables : l'éviction du conjoint violent ou la mise à l'abri de la victime. L'éviction du conjoint violent est une mesure de justice. Depuis la loi du 4 avril 2006, le juge a le pouvoir d'interdire à l'auteur de violences conjugales d'accéder au domicile familial ou aux abords immédiats de celui-ci. Cette mesure peut être prononcée à tous les stades de la procédure pénale, et également par le juge aux affaires familiales dans le cadre d'une ordonnance de protection. La mise à l'abri est généralement organisée par des acteurs du monde associatif, par le biais de foyers d'hébergement, lorsque les personnes n'ont pas accès à un logement privé ou social. Pour les victimes de VPI, les foyers d'hébergements spécialisés

semblent plus adaptés pour répondre aux problématiques propres à ces violences. Ils favorisent le plus souvent l'accès à un soutien psychologique, et axent l'intervention sur l'autonomie, la sécurité et l'accès au logement à travers un accompagnement tant administratif, juridique que professionnel (Barbelane Biaï, 2017).

1.1.9.3 Protection judiciaire

La législation prévue pour les situations de violences au sein du couple en France implique à la fois la justice répressive et la justice civile. Les instances de la justice répressive appliquent des sanctions concernant des infractions à la loi pénale, par l'intermédiaire du procureur de la République, alors que les juridictions civiles, dont le juge aux affaires familiales fait partie, statuent sur des litiges entre deux parties (Mathieu, 2017). Les femmes qui déposent une plainte, ou dont le partenaire est poursuivi par décision du Procureur de la République (décision qui peut être prise en l'absence d'une plainte de la victime, ou en cas de retrait de la plainte), s'engagent dans un processus de procédure pénale. En parallèle, elles peuvent être en lien avec le juge aux affaires familiales, chargé de définir les modalités liées à la séparation ou au divorce, et de statuer sur la question très sensible de l'organisation de la garde des enfants. Compte tenu de la portée considérable des décisions de justice sur leur avenir familial, ces procédures s'avèrent généralement très anxiogènes pour les victimes.

Sur le plan pénal, nous avons la chance de disposer aujourd'hui en France de « tout l'arsenal législatif dont nous avons besoin pour pénaliser les violences faites aux femmes et protéger ces dernières » (Molins, 2017, p. 104). Lorsqu'elles ne sont pas prêtes à porter plainte ou qu'elles ne le souhaitent pas, les victimes de VPI peuvent déposer une main courante, qui a l'avantage d'être un premier signalement de la situation et qui peut tout de même déboucher sur une convocation du partenaire par la police ou la gendarmerie. Lorsqu'une plainte est

déposée pour des violences au sein du couple, elles doivent théoriquement faire l'objet d'un traitement prioritaire par les autorités. Les retraits de plainte sont fréquents, pouvant résulter de pressions et de nouvelles violences de la part du partenaire (Ibid.). Notons que le retrait de plainte se signifie par nécessairement l'arrêt de l'instruction, le parquet pouvant décider de maintenir les poursuites. Après la plainte, des examens médico-légaux sont requis. Ils se déroulent au sein de services hospitaliers spécialisés, les unités-médico judiciaires (UMJ), et peuvent comprendre, en fonction des formes de violences déclarées, un examen somatique des blessures, un examen gynécologique, et un examen du retentissement psychologique des violences. Ces examens revêtent une importance particulière concernant la suite de la procédure pénale, car ils déterminent le nombre de jours d'incapacité totale de travail (ITT). Ces jours ne disent rien de la possibilité ou non de travailler, mais constituent une mesure objective, destinée au magistrat, de la durée pendant laquelle la victime est susceptible d'être gênée ou empêchée dans l'exécution des gestes de la vie courante (manger, s'habiller, se déplacer...). Le nombre de jours d'ITT va déterminer la qualification de l'infraction, et donc la sévérité de la peine encourue par l'auteur des violences. L'absence de jours d'ITT, ou un nombre inférieur à huit jours, expose le mis en cause à une peine d'emprisonnement maximale de trois ans. Lorsque l'ITT est supérieure à huit jours, l'infraction est qualifiée en tant que délit, et relève alors de la compétence du tribunal correctionnel, avec une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à cinq ans (articles 222-12 et 222-13 du Code pénal). Notons également que le rôle des UMJ transcende leur mission d'évaluation. De part la présence d'assistantes sociales et de psychologues dédiés à la prise en charge psychologique, ces lieux sont aussi des espaces de soin pour les victimes (Buchaillet, 2017). La suite de la procédure pénale peut comporter d'autres événements anxiogènes, comme l'organisation par les autorités d'une confrontation avec le partenaire violent. Au terme de la procédure, la plainte peut être classée sans suite faute

d'éléments suffisants pour caractériser l'infraction, privant alors les victimes des fonctions « pacificatrices et resocialisantes du procès » (Damiani, 2010, p. 56).

Les poursuites pénales ne sont pas suffisantes pour faire face aux situations de violences dans le couple, et il est essentiel de « continuer à créer des passerelles entre les mesures civiles et l'action pénale » (Molins, 2017, p. 114). Le juge aux affaires familiales joue effectivement un rôle déterminant quant à l'avenir des familles marquées par les VPI. Il traite de la séparation des couples, mariés ou non, et organise la vie des enfants en définissant les modalités de l'exercice de l'autorité parentale, le lieu de résidence, le droit de visite et d'hébergement de l'autre parent, et le paiement d'une pension alimentaire (Mathieu, 2017). Le magistrat français Edouard Durand explique que dans les situations de VPI, ce « traitement de la parentalité après la séparation conjugale » doit impérativement être réalisé selon un « objectif de protection de la mère comme de l'enfant victimes » (Durand, 2017, p. 194). A défaut, leur sécurité réelle ne sera pas assurée, et « l'emprise pourra être maintenue par l'agresseur par le moyen de la parentalité » (Ibid.). Il est donc nécessaire de comprendre que les violences d'un homme envers sa partenaire parlent aussi de sa parentalité, révélant des traits de sa personnalité et de son fonctionnement interpersonnel global, et devant conduire le juge à « présumer qu'un violent conjugal est un père dangereux pour l'enfant » (Ibid., p. 199). Dès lors, l'exercice exclusif de l'autorité parentale par la mère doit être envisagé, et les rencontres entre le père et l'enfant organisées dans le cadre de visites médiatisées, en présence d'un tiers, protégeant l'enfant d'éventuelles pressions et discours négatifs sur la mère de celui-ci, et, bien sûr, d'éventuelles violences à son encontre.

Enfin, plusieurs dispositifs de protection sont déployés pour les victimes de VPI. Au pénal, le téléphone grave danger a été le premier outil de prévention des féminicides conjugaux expérimenté au niveau local (Seine Saint-Denis), puis généralisé à la France entière (Martinais,

2017). Remis par le procureur de la République en fonction du niveau de danger auquel la victime est exposée, il permet de contacter une plateforme de téléassistance accessible 7 jours sur 7 et 24 heures du 24, déclenchant l'intervention en urgence des forces de l'ordre. Au civil, l'ordonnance de protection peut être délivrée par le juge aux affaires familiales, dans un délai maximal de six jours à compter de la fixation de la date de l'audience. Cette ordonnance peut, entre autres, interdire à l'auteur d'entrer en contact avec la victime, de détenir ou de porter une arme, ou de se rendre sur certains lieux désignés. Elle peut aussi statuer sur la résidence séparée des partenaires et sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale. Enfin, le dispositif électronique mobile anti-rapprochement ou bracelet anti-rapprochement, mis en place dans le cadre de la loi du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille, donne la possibilité de géolocaliser en temps réel la victime et l'auteur présumé ou avéré de violences à son encontre. Attribué au pénal ou au civil, il permet de prévenir la victime et d'interpeller rapidement l'auteur si ce dernier ne respecte pas le périmètre de protection défini par la mesure de justice.

1.1.9.4 Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique joue un rôle central dans l'évolution de la santé mentale des victimes de VPI, et il est regrettable que ces dernières n'aient pas toujours accès à des soins psychiques adaptés (Oram et al., 2022). Contrairement aux traumatismes physiques, le psychotraumatisme engendré par les violences du partenaire ne fait pas souvent l'objet d'une prise en charge appropriée, continuant à impacter la qualité de vie et les relations interpersonnelles des victimes sur le long terme (Voyer, 2017). La recherche montre pourtant que les interventions psychothérapeutiques ont un effet significatif sur l'amélioration de la santé mentale des femmes concernées. Ces interventions permettent une réduction notable de

l'anxiété, du stress, des symptômes du trouble de stress post-traumatique et de la dépression, tout en diminuant le risque de violences futures, et en augmentant la sollicitation de services de santé et le soutien social (Karakurt et al., 2022). Les problématiques fréquemment rencontrées par les victimes de VPI viennent complexifier leur accès à la psychothérapie. Comme l'explique Marianne Kédia (2020, p. 155), « s'impliquer dans une psychothérapie est un véritable défi pour les victimes de violences conjugales : elles doivent assurer la sécurité de leurs enfants, et toute démarche thérapeutique ou administrative peut être perçue par le conjoint comme une menace. De plus, le fait qu'elles recherchent un soutien psychologique peut également être utilisé par le conjoint comme une « preuve » de leurs défaillances, de leur folie, preuve que l'agresseur ne manquera pas d'agiter au niveau du système judiciaire, pour obtenir la garde des enfants notamment ». Dès lors, l'accompagnement psychologique devra s'adapter à ce contexte, et être réalisé par des professionnels formés en victimologie et en psychotraumatologie (Voyer, 2017).

1.1.9.4.1 Stratégies thérapeutiques

En fonction du sujet, de son environnement et de la temporalité des VPI (toujours actuelles, récentes ou anciennes), différentes stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées. S'il n'est pas possible de décrire le déroulement d'une psychothérapie qui serait spécifique ou idéale, certaines recommandations semblent pertinentes, et facilement intégrables comme des bases pour la psychothérapie des victimes de VPI (Kédia, 2020). En premier lieu, les efforts thérapeutiques doivent avoir pour objectif la stabilisation émotionnelle. La psychoéducation sur les causes et les conséquences de la VPI, de même que sur les symptômes qu'elle engendre, participe à cette stabilisation en normalisant les réactions émotionnelles et en travaillant au repérage de déclencheurs. L'accent peut également être mis sur les comportements favorisant

un sentiment de bien-être physique, comme l'alimentation ou la pratique d'une activité sportive, qui constituent une reprise en main du corps et permettent de se reconnecter avec un sentiment de maîtrise. Ce renforcement du pouvoir d'agir (« empowerment ») a d'ailleurs été identifié comme particulièrement favorable dans cette population (Karakurt et al., 2022). Durant cette phase de stabilisation, tous les exercices d'auto-apaisement (respiration, relaxation, cohérence cardiaque, lieu sûr...) sont les bienvenus, et il peut être intéressant de lister avec la patiente ceux qui lui conviennent le plus, ou d'échanger à propos des activités qui semblent favoriser une régulation des émotions. Il conviendra également de se focaliser sur les ressources du sujet, et de porter une attention accrue à sa sécurité réelle en dehors des consultations, par le développement de stratégies de sécurité (Kédia, 2020).

Lorsque la patiente est stabilisée et que l'alliance thérapeutique s'est développée, la psychothérapie peut se poursuivre en ciblant davantage le traitement des symptômes et en favorisant l'intégration des souvenirs traumatiques. Plusieurs approches peuvent être recommandées. L'efficacité des thérapies comportementales et cognitives (TCC) a été démontrée pour les victimes de VPI (Karakurt et al., 2022). L'intégration du trauma se fera alors essentiellement au moyen de techniques d'exposition en imagination, au travers par exemple la réécriture des scènes traumatiques et l'exposition au récit. Les TCC permettent également de lutter contre les conduites d'évitement, comme la peur de sortir qui pourrait impliquer de croiser l'auteur, ou l'évitement des interactions avec les hommes. La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) n'a pas, à notre connaissance, été étudiée à grande échelle pour les victimes de violences dans le couple. Elle est cependant recommandée à l'international pour le traitement des troubles psychotraumatiques (Ursano et al., 2004). Dans une étude auprès de cinq femmes ayant vécu des VPI, les résultats suggéraient l'efficacité de la thérapie EMDR auprès de cette population (Tarquinio et al., 2012). L'EMDR peut se révéler utile pour le

retraitement des souvenirs perturbants. Leur désensibilisation, au moyen de stimulations bilatérales alternées, permet de les dégager de leur charge émotionnelle pénible, des les replacer dans la mémoire autobiographique, et d'en développer une représentation plus adaptative. Enfin, bien qu'elle manque encore d'études empiriques concernant son efficacité, la thérapie par intégration du cycle de la vie (ICV) semble être une voie thérapeutique prometteuse pour les victimes. Développée en 2002 par la thérapeute américaine Peggy Pace, l'ICV vise la résolution des traumatismes en favorisant leur intégration neuropsychologique grâce à différents protocoles de traitement (Thorpe, 2012). L'outil principal de l'ICV est la ligne de temps du sujet, qui replace chronologiquement les souvenirs, et dont la lecture et les relectures permettent l'intégration des expériences passées en démontrant, à un niveau profond du psychisme, que le temps a passé.

1.1.9.4.2 Nécessité de psychothérapies au long cours

Cette liste n'est bien sûr pas exhaustive, et d'autres approches psychothérapeutiques sont envisageables. Cependant, quelles que soient les techniques choisies, il est essentiel que la psychothérapie des victimes de VPI place la question du trauma au cœur de la prise en charge. Négliger cette dimension, ce serait risquer de passer à côté de l'essence même de la problématique fondamentale des victimes de violences dans le couple (Oram et al., 2022). Un autre point d'importance concerne la possibilité d'offrir un soutien à long terme. La majorité des interventions spécialisées existantes sont focalisées sur la sécurité et la gestion de l'urgence, et nous manquons de structures permettant de soutenir le rétablissement au long cours des personnes exposées (Hameed et al., 2020). Nous sommes particulièrement sensibles à cette réalité, dont nous faisons l'expérience quotidienne dans le cadre de notre activité de psychologue en UMJ. La problématique est la suivante : l'immense majorité des victimes de

VPI, au regard des violences chroniques vécues dans leur couple et, pour un nombre significatif d'entre elles, de leurs antécédents traumatiques dans l'enfance, auraient besoin de psychothérapie au long cours. En parallèle, l'immense majorité des structures proposant des soins psychologiques pris en charge pour les victimes (consultations hospitalières, associations) ne peuvent fonctionner qu'en établissant des critères de durée pour la prise en charge, faute de moyens. Il en résulte la plupart du temps des délais d'attente très allongés, suivis d'un accompagnement certes spécialisé, mais trop court au regard des problématiques présentées par ce public.

Ce contexte est d'autant plus regrettable lorsque les patientes souffrent de TSPT-C, ce qui est susceptible d'être fréquent chez les victimes de VPI (voir 1.1.4.3, p. 57). Par rapport à la durée estimée nécessaire pour obtenir une amélioration significative du TSPT (9 à 12 semaines), la psychothérapie du TSPT-C nécessite une durée de prise en charge étendue (Cloitre et al., 2011), bien que nous ne disposions pas d'estimations précises ou consensuelles de temporalité globale à ce jour (Ibid.). Il est cependant reconnu que la psychothérapie du TSPT-C ne devrait pas se limiter à la transposition des techniques employées pour le TSPT (Karatzias et al., 2019). Bien qu'efficaces pour ce dernier, elles s'avèrent limitées face aux perturbations dans l'organisation de soi (concept négatif de soi, altération de la régulation des émotions et des relations interpersonnelles) rencontrées dans le TSPT-C (Ibid.). Ce trouble nécessite en réalité une approche thérapeutique flexible et multimodale, fondée sur la création d'objectifs sur mesure en collaboration avec le patient, dans une perspective d'intervention psychologique personnalisée (Cloitre, 2015). Il est recommandé d'inscrire cette perspective dans une approche par phases, ou traitement séquentiel du TSPT-C (Cloitre, 2011), initialement conceptualisée par Janet en tant qu'approche thérapeutique de la dissociation (Janet, 1898, 1911, 1919/25, cité par Van der Hart & Dorahy, 2010). La première phase vise la stabilisation émotionnelle du patient et l'augmentation de ses capacités d'intégration, la deuxième le retraitement des souvenirs

traumatiques, et la dernière la réintégration de la personnalité et la réhabilitation psychosociale (Ibid.). Cette approche est aujourd'hui approuvée par plusieurs institutions pour le traitement du TSPT-C (Australian Center for Posttraumatic Mental Health. (2007) ; National Institute for Clinical Excellence, 2005), bien que des travaux de recherche soient encore nécessaires afin de mieux valider empiriquement son intérêt (Cloitre, 2011).

Compte tenu de l'impact durable du TSPT-C, il est important que les professionnels plaident en faveur du développement de prises en charge au long cours, accessibles financièrement ou remboursées, et de normaliser auprès des patientes le temps prolongé nécessaire au rétablissement psychologique après des traumas multiples (Baird et al., 2021), que nous allons maintenant évoquer.

1.1.9.4.3 Rétablissement et croissance post-traumatique

Malgré la complexité des tableaux cliniques et des conséquences psychologiques des VPI, il est légitime de croire que les victimes peuvent se rétablir, voire expérimenter des remaniements psychiques positifs à la suite des violences. Le phénomène de croissance post-traumatique (CPT), documenté et conceptualisé par Tedeschi et Calhoun (1998), fait référence aux changements positifs qui peuvent survenir à la suite d'événements hautement stressants ou traumatiques dans la vie d'une personne. Elle correspond à une transformation cognitive et émotionnelle positive, qui dépasse les niveaux antérieurs d'adaptation du sujet (Tedeschi & Calhoun, 2003).

Une revue de la littérature sur ce sujet indique que la CPT chez les femmes ayant été victimes de VPI est régulièrement observée dans les études (Ulloa et al., 2015). Dans une étude auprès de 61 participantes recrutées dans des foyers d'hébergement pour femmes victimes de VPI (Cobb et al., 2006), la CPT concernait la majorité de l'échantillon. Dans une étude

qualitative auprès de 15 femmes ayant vécu des VPI, et alors qu'elles n'étaient pas directement questionnées sur les éventuels impacts positifs de leurs expériences de violence, les participantes avaient tendance à évoquer les enseignements utiles résultant de ce vécu (Baird et al., 2021). Elles décrivaient notamment qu'elles se sentaient plus fortes, et qu'elles avaient aujourd'hui compris qu'elles étaient capables de surmonter les difficultés de la vie (Ibid.). On retrouve aussi régulièrement une meilleure image de soi et une amélioration des relations interpersonnelles (Ulloa et al., 2015).

Si la CPT peut être rencontrée dans cette population, c'est à des degrés très variables en fonction des femmes et de situations, et après la fin des violences (Ibid.) : l'une des premières étapes favorables à la santé psychologique future est donc la décision de quitter le conjoint violent (Cobb et al., 2006). D'autres facteurs pourraient influencer la CPT chez les victimes de VPI, comme le degré de confiance en soi et d'optimisme, la qualité du soutien social, les croyances religieuses, et la gravité des violences vécues (Ulloa et al., 2015). En effet, il nous semble évident que les possibilités en termes de croissance post-traumatique se situent probablement à l'intersection entre les ressources individuelles, les caractéristiques de l'environnement social, la sévérité des VPI et le cumul éventuel d'autres traumatismes au cours de la vie. Néanmoins, l'accompagnement psychologique des victimes implique de prendre en compte que ces évolutions positives sont non seulement souhaitables, mais possibles, et que l'on peut tenter d'en activer les leviers nécessaires dans le cadre d'une psychothérapie.

1.1.10 Résumé de la revue générale sur les violences exercées par le partenaire intime

Les violences exercées par le partenaire intime constituent un phénomène mondial et un enjeu majeur de santé publique. Rencontrées dans toutes les sociétés, elles sont le plus souvent le fait d'un partenaire masculin envers sa partenaire féminine, dans le cadre d'une relation hétérosexuelle, bien que tous les couples (homosexuels, non-binaires) puissent être concernés.

Les femmes victimes sont généralement exposées à des violences polymorphes et récurrentes, sur une période durable, dans un contexte relationnel marqué par le contrôle et l'emprise psychologique. Ces violences correspondent ainsi à un traumatisme interpersonnel complexe et multidimensionnel, avec des conséquences multiples aux plans somatique et psychique, y compris pour les enfants du couple. La séparation du conjoint violent a la particularité d'incarner à la fois la solution et le problème, par les dangers et les inquiétudes associés, ce qui ajoute aux phénomènes d'emprise et de contrôle et explique la grande difficulté qu'elle représente pour les victimes.

Situées au croisement de l'influence de facteurs individuels, relationnels, environnementaux, sociaux et culturels, les violences au sein du couple sont porteuses de problématiques entremêlées, nécessitant l'intervention d'une pluralité d'acteurs des domaines médico-social et judiciaire.

Ce contexte illustre pourquoi les violences sexuelles dans le couple ne peuvent être considérées « simplement » comme des violences sexuelles. Elles doivent être appréhendées en considération constante d'une situation globale de violences multiples et d'une fragilisation psychologique importante de la victime. Nous allons maintenant examiner les caractéristiques et les enjeux qui leurs sont propres.

1.2 LES VIOLENCES SEXUELLES EXERCÉES PAR LE PARTENAIRE INTIME

1.2.1 Présentation

Les VSPI constituant l'objet de notre travail de recherche, il était nécessaire de synthétiser les connaissances disponibles sur ce sujet peu documenté. Un examen de la littérature scientifique a été mené entre février et mai 2021, et a donné lieu à la publication d'un article dans la revue *Annales Médico-psychologiques* :

Sanchez, M., Fouques, D., & Romo, L. (2022). Violences sexuelles entre partenaires intimes : caractéristiques et enjeux cliniques. *Annales Médico-psychologiques*, 181(6), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.12.005>

Cette revue générale de la littérature présente les données existantes en termes de prévalence et de caractérisation des violences sexuelles au sein du couple, les facteurs de risque et répercussions associées, ainsi que les problématiques liées à la question du consentement sexuel dans les relations marquées par la violence.

Le lecteur trouvera ici l'article in extenso, avec la bibliographie au format de la revue (Vancouver). La version publiée figure en annexe 4 page 378.

1.2.2 Article paru aux *Annales Médico-psychologiques*

« Violences sexuelles entre partenaires intimes : caractéristiques et enjeux cliniques »

« Intimate partner sexual violence: characteristics and clinical issues »

1.2.2.1 Résumé

Les violences sexuelles entre partenaires intimes sont identifiées comme l'une des formes courantes de la violence conjugale. Elles constituent la forme de violence sexuelle la plus répandue dans le monde. La compréhension de ce phénomène d'ampleur est pourtant limitée, peu d'études spécifiques dans la littérature internationale et de très rares données en France sont disponibles. Cet article a pour objectif d'explorer les connaissances actuelles en termes de caractérisation et de répercussions cliniques des violences sexuelles dans le couple. Ces violences sont co-occurentes des violences physiques et psychologiques du partenaire, répétitives dans la relation et aux expressions multiples : leur réalité dépasse largement les contours du viol conjugal. Elles semblent associées à des effets spécifiques pour les victimes et pourraient être un indicateur de gravité de la situation globale de violences conjugales, associées à une symptomatologie psycho traumatique et dépressive augmentée, et à un plus grand nombre de décès par suicide et par homicide. Elles restent cependant perçues comme moins graves que les violences sexuelles d'un non-partenaire ou d'un inconnu, du fait d'un manque de compréhension des dynamiques dysfonctionnelles liées au consentement sexuel dans les relations violentes. Les implications pratiques pour les professionnels sont discutées, de même que les futurs axes de recherche à considérer.

Mots-clefs : violence conjugale, viol conjugal, viol, agression sexuelle, violence sexuelle, revue de la littérature.

1.2.2.2 Introduction

Les violences entre partenaires intimes renvoient à « tout acte de violence au sein d'une relation intime, qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie » [36]. Ces violences se retrouvent dans tout contexte

relationnel, hétérosexuel ou homosexuel, et peuvent être agies par des femmes. Cependant, les femmes victimes d'un partenaire masculin représentent la majorité de la population concernée : sur la vie entière, on estime qu'une femme sur quatre subit les violences d'un partenaire [36] et qu'un homme sur treize est concerné [8]. Par ailleurs, les femmes victimes présentent des conséquences somatiques et psychiques plus sévères que les hommes, et sont plus susceptibles d'être blessées ou tuées [10], faisant des violences conjugales faites aux femmes un problème majeur de santé publique. En France, 10% des femmes en France sont concernées [14].

L'expression « violences conjugales », qui renvoie à l'union entre époux et qui reste la formule la plus usitée en France, limite la compréhension de l'étendue et de la nature d'un phénomène qui dépasse les limites du mariage. Ces violences s'ancrent et se développent dans l'intimité affective et sexuelle entre deux personnes, que le lien soit engagé ou non, associé à une vie commune ou non : c'est la relation en elle-même qui est le terrain/terreau des violences entre partenaires, et non son cadre administratif ou matériel. Nous utiliserons dans cet article les termes « violences entre partenaires intimes » (VPI), apparu dans la littérature anglosaxonne au cours de la dernière décennie et plus adapté à la compréhension de cette réalité complexe.

Les VPI sont polymorphes : elles peuvent être physiques, psychologiques, économiques, administratives et sexuelles [14]. Les violences sexuelles entre partenaires intimes (VSPI), auxquelles nous nous intéressons, seraient la forme de violence sexuelle la plus répandue dans le monde [31] et concerneraient une femme sur quatre au cours de la vie [36]. En France, 1% des femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles de leur partenaire au cours des l'année passée [14]. Chez les adultes, les relations de couple apparaissent comme l'espace de vie le plus à risque de victimisation sexuelle [17]. Et chez les femmes ayant déclaré des VPI, la prévalence moyenne des VSPI est estimée à 36,1% [3]. Une étude française indique que 45% des femmes reçues pour un examen médical à la suite de leur plainte pour des VPI

auraient connu des VSPI au cours de leur vie [6]. A ces indicateurs inquiétants s'ajoute le risque de la sous-estimation : les VSPI sont non seulement complexes à révéler, mais aussi à conceptualiser et à mesurer [3,31].

Malgré ces estimations, la compréhension des VSPI semble négligée dans la recherche. Les études s'intéressent davantage aux VPI en général, aux autres formes de VPI, ou encore à l'exploration des violences sexuelles qui ne sont pas le fait d'un partenaire. La compréhension des spécificités et des implications cliniques de ces violences semble pourtant essentielle : que sont les VSPI ? Leurs répercussions sont-elles spécifiques ou comparables à celles des VPI en général ? Comment les conceptualiser et comment aider les victimes ? Considérant ces aspects, cette revue générale vise trois objectifs. Il s'agira en premier lieu de synthétiser les connaissances actuelles en termes de caractérisation et d'effets cliniques, puis d'ouvrir la réflexion sur l'une des problématiques majeures au cœur des VSPI : la question du consentement sexuel dans les relations violentes. Nous dégagerons enfin les implications pratiques identifiées pour les professionnels concernés.

Ce travail se fonde sur l'analyse d'articles scientifiques référencés dans les bases de données PubMed, PsycInfo et Web of Science. Les expressions « intimate partner sexual violence » et « intimate partner rape » ont été utilisées en première intention, puis les mots-clés « intimate partner violence ; domestic violence ; domestic abuse ; intimate partner ; relationship ; battered women ; spouse ; wife ; marital » ont été croisés avec les termes « rape ; sexual violence ; sexual abuse ; sexual coercion ; unwanted sex ; forced sex ». La recherche d'articles s'est déroulée entre février 2021 et mai 2021. Nous nous sommes limités aux publications en français et en anglais.

1.2.2.3 Caractérisation des violences sexuelles exercées par le partenaire intime

1.2.2.3.1 *Les VSPI se développent dans des relations violentes*

Même si les VSPI peuvent apparaître dans une union non-violente par ailleurs, elles s'inscrivent le plus souvent en coexistence avec d'autres formes de violence dans la relation. Dans une étude explorant les conséquences des VSPI (N=83), aucune des participantes n'avaient vécu des VSPI seules : il y avait systématiquement d'autres manifestations de violence relationnelle [21], constat amenant les auteurs à s'interroger sur les risques liés à l'exposition de ces femmes à des violences cumulées. Plusieurs études avaient déjà indiqué que les victimes de VSPI sont exposées, à l'échelle globale de leur relation avec le partenaire, à des violences physiques, violences psychologiques et verbales [26], ainsi qu'à divers actes coercitifs et contrôlants [30]. De plus, les actes sexuels imposés sont susceptibles d'être associés à d'autres formes de violence au moment de l'évènement. Dans une étude française, les violences sexuelles du partenaire, en comparaison avec les violences sexuelles d'un autre auteur, étaient davantage associées à des violences physiques simultanées, conduisant à une augmentation des blessures extra génitales [40].

Il est également possible que la fréquence et le caractère répétitif des VSPI augmentent les conséquences pour les victimes. Cette question demeure très peu étudiée, mais il semblerait que les VSPI soient à la fois répétées [23] et fréquentes [30]. Dans une étude auprès d'un échantillon de femmes victimes de VPI (N=148), 68% ont évoqué au moins un acte sexuel imposé et parmi elles, 55% ont déclaré avoir subi une seconde agression dans le mois suivant [33].

1.2.2.3.2 Les VSPI ont de multiples expressions

Les VSPI évoquent intuitivement la notion de viol conjugal, soit un acte sexuel avec pénétration imposé par violence, menace, contrainte ou surprise selon l'article 222-23 du Code Pénal. En réalité, ces violences recouvrent un spectre bien plus large d'actes sexuels abusifs, dont la diversité est peu étudiée.

Nous n'avons pu identifier que deux études axées sur la compréhension de l'aspect polymorphe des VSPI. La première propose une typologie des VSPI à partir d'une revue systématique de la littérature [3], la deuxième utilise cette typologie dans une recherche qualitative [2]. Ce modèle propose de conceptualiser les VSPI selon deux dimensions : le degré d'envahissement (« invasiveness ») qui caractérise l'évènement et le type de force utilisé. Les violences impliquant une pénétration sont considérées comme hautement invasives, là où les attouchements ou les agressions sans contact (comme le visionnage contraint de contenus pornographiques) sont considérés comme moins invasifs. En parallèle, deux types de force sont pris en compte : l'utilisation de la force physique, dans laquelle les auteurs placent la présence de violence/contrainte physique au moment des faits, les menaces de violences physiques ou d'atteinte à l'intégrité corporelle et l'incapacité à consentir (sous l'influence de l'alcool par exemple); et l'utilisation de la force psychologique, soit de stratégies créant une contrainte psychique chez l'autre comme la manipulation, le chantage, les injures ou le harcèlement. La combinaison de ces deux dimensions permet de dégager quatre formes principales de VSPI : les agressions sexuelles, qui correspondent aux actes avec pénétration obtenus par l'utilisation de la force physique et qui pourraient concerner 50% des femmes victimes de VSPI [2]; la coercition sexuelle, qui correspond aux actes avec pénétration obtenus par l'utilisation de la force psychologique, et qui pourrait concerner 68% des femmes victimes de VSPI (Ibid.) ; les activités sexuelles forcées, qui correspondent aux actes sans pénétration obtenus par l'utilisation de la force physique, et qui pourraient concerner 7% des femmes victimes de VSPI

(Ibid.) ; et les abus sexuels, qui correspondent aux actes sans pénétration obtenus par l'utilisation de la force psychologique, et qui pourrait concerner 96% des femmes victimes de VSPI (Ibid.).

Ce modèle a l'avantage de considérer de multiples manifestations de la violence sexuelle entre partenaire, d'uniformiser une terminologie claire permettant son repérage et de donner des éléments de caractérisation. Le choix des termes « force psychologique » est intéressant, car il rappelle l'importance de ne pas sous-estimer la puissance des stratégies psychologiques actives. En revanche, cette théorisation n'a pas été utilisée depuis, limitant l'appréciation de sa pertinence et son utilité. Cette catégorisation est fondée exclusivement sur l'analyse des caractéristiques de comportements observables et concrets, simplifiant une réalité probablement plus complexe, dans laquelle les violences s'entremêlent et ne sont pas toujours définissables. Dans tous les cas, l'objectivation des VSPI doit fournir un cadre de pensée propice au repérage de cette problématique, et non être utilisée comme une grille de lecture absolue, au détriment d'une analyse du contexte relationnel et des dynamiques intrapsychiques associées.

1.2.2.3.3 VSPI et coercition sexuelle

La coercition sexuelle fait l'objet d'un intérêt croissant dans la littérature. Cette notion constitue une approche plus large des violences sexuelles, au-delà des infractions sexuelles, offrant une compréhension du problème dans son ensemble [7]. La coercition sexuelle est ici particulièrement intéressante à prendre en compte, puisqu'elle englobe possiblement les formes les plus subtiles de la violence sexuelle en général, et des VSPI en particulier. Elle correspond à l'utilisation de moyens psychologiques, verbaux ou non-verbaux, pour obtenir un acte sexuel : les mensonges, promesses, menaces de mettre fin à la relation ou de répandre des rumeurs,

l'usure de la résistance de l'autre par des demandes sexuelles répétées et intempestives, ou encore l'utilisation d'un statut d'autorité peuvent être considérés comme relevant de la coercition sexuelle [8].

L'exploration des VSPI implique nécessairement la compréhension de la coercition sexuelle, du fait de son incidence, mais aussi des questions qu'elle soulève dans le cadre des relations violentes. La coercition sexuelle pourrait être envisagée comme un phénomène qui soutient ou prédispose au développement ultérieur d'atteintes sexuelles violentes physiquement. Il se pourrait que l'escalade si couramment observée en termes de fréquence et d'intensité des violences physiques dans le temps se retrouve aussi dans les VSPI, suivant un continuum débutant par de la coercition sexuelle et évoluant vers des agressions sexuelles [35].

1.2.2.4 Connaissances cliniques

1.2.2.4.1 Facteurs fragilisants

Certains facteurs exposeraient davantage un sujet adulte aux VSPI. Sur le plan individuel, le sexe féminin, le jeune âge, les antécédents d'agression dans l'enfance, la consommation d'alcool et de drogues ainsi qu'un faible niveau d'éducation seraient des facteurs de risque [45]. Sur le plan des caractéristiques de la relation, le risque est plus élevé lorsque le partenaire est un homme, qu'il a une consommation d'alcool et/ou de drogues, et que l'on note chez lui la présence de violences préexistantes, de jalousie et de comportements de contrôle [35,45]. Sur le plan social/environnemental, les sociétés marquées par des normes de type « traditionnel » et par une forme de légitimation des violences masculines seraient susceptibles de jouer un rôle favorisant [18].

Un modèle écologique a été récemment proposé, décrivant les facteurs qui, à de multiples niveaux, interagissent pour créer le contexte dans lequel les VSPI pourront se développer en restant difficilement identifiables [42]. Fondé sur une analyse qualitative du discours de femmes ayant vécu des VSPI (N=38), il évoque le rôle des aspects suivants : une certaine inexpérience sexuelle chez les participantes, une masculinité fragile chez les auteurs (jalousie, peur des autres hommes, insécurité sexuelle), un manque de soutien social, la présence d'enfants, le tabou entourant l'évocation de la vie sexuelle dans le couple et un sentiment de piège et d'isolement. La croyance que les femmes se « doivent » sexuellement aux hommes et que les VSPI ne constituent pas « de vrais viols » était également repérée dans le discours.

1.2.2.4.2 Répercussions somatiques et psychiques

La littérature indique que les VSPI sont susceptibles d'avoir un impact plus sévère sur la santé somatique et psychique des femmes en comparaison avec les VPI, non-sexuelles, ou les violences sexuelles commises par une autre personne que le partenaire [4]. Les conséquences somatiques, notamment en termes de santé sexuelle, semblent nombreuses : risque accru de grossesses non-désirées et de fausses couches, faible utilisation de contraceptifs, mortinatalité, infertilité, vaginoses bactériennes, infections urinaires, infections sexuellement transmissibles, maladies inflammatoires pelviennes, saignements rectaux et vaginaux [27,33]. Des douleurs, notamment les maux de tête, de dos et les douleurs abdominales, seraient particulièrement présentes [21,40].

Les femmes concernées par les VSPI présenteraient des niveaux de culpabilité et de honte plus importants que celles ayant vécu d'autres formes de violences dans leur relation ou un viol par un auteur inconnu [35], sentiments potentiellement nourris par le fait qu'elles

entretiennent une relation avec la personne qui les victimise sexuellement. Par ailleurs, plusieurs études menées auprès de femmes victimes de VPI indiquent que la présence de VSPI était associée à des tableaux cliniques plus sévères: les troubles de stress post-traumatiques sont plus nombreux chez les victimes de VPI avec VSPI [33,35], avec une sévérité accrue des symptômes d'intrusion, d'évitement, d'hypervigilance et de dissociation [21], de même que les dépressions [21,38]. Les VSPI devraient aussi faire l'objet d'une attention particulière au regard des risques plus élevés de suicide [12,33] et de décès par homicide [33].

On constate ainsi que les VSPI pourraient être associées à un ensemble complexe de symptômes combinés, liés à l'exposition chronique à des violences cumulatives dans le contexte relationnel et mettant en évidence les difficultés d'autorégulation émotionnelle chez les victimes [21]. A celles-ci s'ajoutent les probables croyances négatives sur soi nourrissant la honte et la culpabilité ainsi que les symptômes de dissociation, évoquent la notion de trauma complexe [19]. L'intégration récente du diagnostic de PTSD complexe à la CIM-11 met effectivement en exergue la dysrégulation des affects, l'image de soi abîmée et l'altération des relations en tant que des symptômes spécifiques du PTSD complexe, par rapport au PTSD « simple » [11]. La prise en compte du trauma complexe est d'autant plus nécessaire que des antécédents traumatiques dans l'enfance sont susceptibles de nourrir le tableau clinique : dans un échantillon de femmes ayant déclaré des VSPI (N=45), 16% avaient par ailleurs vécu des agressions sexuelles alors qu'elles étaient mineures [6]. Il est probable que d'autres formes d'antécédents soient présentes, favorisant une installation de la symptomatologie du trauma complexe de l'enfance à l'âge adulte.

1.2.2.4.3 Expérience subjective des femmes victimes de VSPI

Très peu d'études qualitatives sur l'expérience subjective des VSPI sont disponibles, ce qui constitue un manque notable au regard de la complexité du sujet et de la nécessité pour les thérapeutes d'avoir accès à ces données : comment les femmes concernées vivent et décrivent les victimations sexuelles de leur partenaire ? Une étude récente fondée sur une analyse qualitative du discours de femmes victimes de VSPI (N=38) a identifié quatre dimensions principales du vécu des VSPI [44], un sentiment de : trahison et de perte de confiance ; d'un impact particulier et souvent plus grave des VSPI par rapport aux violences physiques et psychologiques ; de deshumanisation ; de répercussions à long terme sur les relations affectives et la sexualité. Ces éléments viennent souligner « l'impact invisible » des VSPI [44], et soutenir les résultats des études quantitatives.

1.2.2.5 Violences sexuelles du partenaire : du regard collectif au regard individuel

1.2.2.5.1 Perception collective minimisante

Malgré des conséquences sévères et nombreuses, les VSPI sont perçues comme moins sérieuses que d'autres violences sexuelles. Plusieurs études suggèrent qu'en général, la société peine à faire face à la réalité des victimisations sexuelles dans le cadre des relations de couple [1,32]. Plus précisément, le viol par un partenaire intime est souvent perçu comme moins grave et moins dommageable émotionnellement que les viols par une autre personne que le partenaire [16]. Il semblerait que plus la proximité entre l'auteur et la victime augmente, plus la perception de la gravité du viol diminue [1]. Un autre aspect intéressant concerne la perception du type de menace utilisé. Dans une étude évaluant la perception du type de menace dans les VSPI [24], les participants formulaient des jugements plus favorables à la victime en cas de menace

physique qu'en cas de menace psychologique (comme l'enlèvement des enfants ou l'isolement financier), point qui semble important lorsqu'on le relie à l'incidence de la coercition sexuelle dans le couple.

Comment expliquer cette perception atténuée des VSPI ? Certaines conceptions pourraient jouer un rôle : l'idée que la sexualité dans les relations est une affaire privée, que le « vrai viol » n'est commis que par des inconnus dans des ruelles sombres, et que les rapports sexuels au sein du mariage relèvent du « devoir d'épouse » [31]. Rappelons également que la reconnaissance judiciaire des VSPI est relativement récente : en France, ce n'est qu'en 1994 que les cours d'assises ont commencé à juger le viol entre partenaires, et ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'il a été jugé de nature criminelle [40].

1.2.2.5.2 Perception individuelle déniante

La perception de moindre gravité dans le regard social est relayée par les victimes, qui ont tendance elles-mêmes à ne pas reconnaître ou définir les VSPI en tant que telles. Une hypothèse explicative serait que les femmes concernées aient internalisé le regard social sur le phénomène et partagent, finalement, les mêmes conceptions collectives. Les femmes victimes de VSPI peuvent penser que le viol ne peut pas se produire dans une relation amoureuse [34], et seraient moins à même de reconnaître un viol lorsqu'il est le fait du partenaire [23]. Il est possible que cette difficulté crée un écart entre cognition et émotion : ça ne peut pas être une agression sexuelle, pourtant des sentiments négatifs sont présents. Ce conflit est susceptible de créer des ruminations et une forme de lutte mentale pour catégoriser/rationaliser ce qui a été vécu [30].

Le degré de conscience du caractère abusif des VSPI est ainsi variable, influencé par les croyances nourries sur le couple et sa sexualité. Le fait d'avoir et d'apprécier les rapports

sexuels avec le partenaire peut être perçu comme nécessaire au maintien d'une relation « heureuse » [43]. Rappelons que les femmes victimes de VPI en général, et donc possiblement de VSPI, peuvent rester attachées à leur partenaire malgré les violences, et souhaiter que la relation perdure. Cette dimension d'attachement dans les relations violentes est trop souvent négligée dans les études, de même que son rôle dans la propension à espérer que le partenaire change et dans l'interprétation des violences. Une étude confirme le constat que les cliniciens font si souvent : les violences peuvent être rationalisées dans le sens d'une « théorie de l'amour », menant de nombreuses femmes à vivre les violences et le contrôle comme des preuves d'amour de leur partenaire [39]. Il s'agit dès lors d'une raison suffisante pour endurer les violences, le temps qu'elles cessent (espoir de changement), et de ne pas les percevoir en tant que telles. Un autre glissement de perception est observable : les VSPI peuvent être considérées pendant longtemps comme des « problèmes de couple », au même titre que les violences physiques ou psychologiques. La responsabilité ou la problématique n'est pas attribuée au sujet violent, mais à l'entité couple qui serait dysfonctionnelle [43].

On pourrait croire que ces perceptions ne s'appliquent qu'aux actes de coercition sexuelle, plus subtils et éventuellement plus difficiles à repérer ou à définir. Mais plusieurs études suggèrent que les femmes ont du mal à identifier les VSPI quelles que soient leurs formes, y compris les rapports sexuels forcés par menace ou contrainte physique [2]. Bien qu'ils soient en effet probable que la coercition sexuelle reste plus difficile à identifier, nous ne devrions pas supposer que les femmes soient capables de conceptualiser immédiatement les agressions violentes physiquement en tant que VSPI [3,43]. Retenons qu'il est possible, dans tous les cas, que les femmes subissant des VSPI aient besoin de repenser et transformer leur expérience en quelque chose de plus acceptable que le viol ou l'agression sexuelle, leur permettant d'accroître la convergence entre leurs croyances (« les violences sexuelles sont

intolérables ») et leur désir de maintenir la relation avec le partenaire violent (« ce ne sont pas vraiment des violences sexuelles) [23].

1.2.2.5.3 Conséquence : des violences très peu révélées

On comprend dès lors pourquoi les VSPI sont si peu révélées, encore moins que les violences sexuelles d'un non-partenaire [30]. Une recherche canadienne indiquait que les VSPI étaient les violences évoquées les plus tardivement (trois semaines en moyenne, contre deux jours pour les violences physiques dans le couple et dix jours pour les violences sexuelles d'un non-partenaire) [25]. Si les VSPI sont sujettes aux distorsions perceptives déjà mentionnées, une autre étude indique que les femmes conscientes qu'elles avaient vécu des VSPI ne l'avaient tout de même pas signalé, pensant que la police ne pourrait rien faire si l'agresseur était un partenaire, et qu'elles ne seraient pas crues [15].

1.2.2.6 Comment conceptualiser le consentement sexuel dans les relations violentes ?

1.2.2.6.1 Consentement sexuel : de quoi parle-t-on ?

Le consentement sexuel peut être défini comme l'accord à s'engager dans un acte sexuel [20]. Verbal ou non-verbal, explicite ou implicite, le consentement sexuel se décline en deux composantes principales [28] : le discernement et la liberté. En premier lieu, la personne doit avoir une compréhension claire de ce à quoi elle consent, ce qui implique sa capacité à porter un jugement sur la situation (discernement). Des ressources cognitives suffisantes sont nécessaires pour que le consentement puisse être considéré comme légitime, ressources qui peuvent être altérées en fonction des situations (degré d'alcoolisation, âge...). En deuxième

lieu, le consentement sexuel doit être donné librement : il doit correspondre à un choix propre, autonome et non contraint. Le concept de consentement sexuel est dès lors à réinterroger dans le cadre des VSPI qui, rappelons-le, se développent majoritairement dans des relations violentes physiquement et psychologiquement. Quelle peut être la dynamique du consentement sexuel dans une relation marquée par la violence et le contrôle ?

1.2.2.6.2 Premier problème : des rapports consentis ont eu lieu avant l'apparition des VSPI

L'existence de la relation d'intimité entre partenaires présuppose l'existence actuelle ou passée de rapports sexuels consentis. Le fait que des rapports sexuels consentis aient eu lieu entre deux personnes avant d'éventuelles VSPI est à prendre en compte dans le traitement psychique de ces dernières. Ce « précédent de consentement » [31] engendre l'idée qu'une fois que la relation s'installe, le consentement sexuel constitue un aspect intégré et continu du couple [23]. Un fois donné, il semble devenir implicite pour toute activité sexuelle ultérieure. Ce biais amène le consentement sexuel à être considéré comme statique et présumé. Ceci peut exercer une influence dans le contexte des VSPI, en complexifiant la légitimité perçue des variations du consentement sexuel à la fois chez la victime et l'auteur, et en portant atteinte à la liberté de d'exprimer un non-consentement.

1.2.2.6.3 Deuxième problème : la confusion entre désir et consentement

Souvent présentés comme identiques, le désir sexuel et le consentement devraient être différenciés et compris comme deux concepts à part entière dans la recherche [37]. En effet, si le désir sexuel influence probablement le consentement, il ne l'est pas. Ceci est central dans la compréhension des VSPI, car les aléas de l'articulation du désir et du consentement rendent plus ou moins difficile l'interprétation des multiples configurations rencontrées [31]. Un acte

sexuel désiré et consenti se situe hors du champ de la violence sexuelle. Un acte sexuel non désiré et non consenti relève clairement de l'agression sexuelle ou de la coercition sexuelle, même si de nombreuses femmes victimes n'y apposeront pas un étiquetage aussi net. Quand ces dimensions ne sont pas claires (désir ambivalent, consentement incertain) ou non accordées entre elles, nous entrons dans une zone grise difficile à conceptualiser, tant sur le plan individuel-subjectif que collectif. Un acte sexuel peut être désiré mais refusé (par exemple : choix de l'abstinence) ou non désiré mais consenti (par exemple : acceptation consciente et libre du rapport pour d'autres raisons, comme le fait d'estimer que l'activité sexuelle sera bénéfique à la relation).

Dans ce dernier cas de figure, l'analyse approfondie des raisons du consentement, ou de ce qui est présenté comme tel, prend tout son sens : s'il n'est pas désiré, pour quelles raisons le rapport sexuel est-il accepté ? Ces raisons relèvent-elles d'un choix conscient et libre du sujet ou d'une réponse à une forme de contrainte ou de menace ? Cette contrainte a-t-elle besoin d'être présente et perceptible in situ, ou l'anticipation de la contrainte à venir est-elle aussi à prendre en compte ?

1.2.2.6.4 Troisième problème : consentement sexuel et menace implicite

Ces questions sont au cœur du consentement sexuel dans les relations violentes, et dans bien des cas, il n'y a que l'analyse du contexte relationnel qui permette d'identifier si une situation sexuelle relève ou non des VSPI. Étonnamment, les études sur la violence sexuelle s'intéressent peu au contexte de peur qui caractérise les relations dans lesquelles les VSPI sont présentes. Un rapport sexuel accepté sans menace dans un contexte par ailleurs menaçant peut-il être considéré comme consenti ? Cette question soulève un problème psychologique, voire philosophique : répondre par l'affirmative, c'est négliger la contrainte globale de gestion de la

violence de l'auteur dans laquelle les victimes se trouvent ; et répondre par la négative, c'est déposséder les femmes victimes de leur capacité à consentir réellement aux rapports sexuels avec leur partenaire violent.

Certaines études révèlent que de nombreux rapports sexuels dans les relations marquées par les VPI pourraient être pseudo consentis, par l'anticipation des conséquences d'un refus. Dans l'étude qualitative de Tarzia [44], les femmes indiquaient que leur partenaire se sentait en droit d'avoir des relations sexuelles avec elles, et qu'il utiliserait les menaces ou la violence pour les obtenir en cas de refus. Entre 40,4% et 45,2% des femmes victimes de VPI disent avoir eu des rapports sexuels avec leur partenaire parce qu'elles avaient trop peur de dire non [29]. En France, les femmes évoquent le plus souvent la peur de violences physiques immédiates (38%) et la peur de représailles (26%) [6]. Il se pourrait donc que les femmes subissant des VPI n'aient pas besoin de menaces ou de pression directes pour être contraintes, la menace implicite étant toujours présente. Au regard de la définition du consentement sexuel, lorsqu'un rapport sexuel est accepté par peur d'un préjudice physique ou psychique, il serait plus logique de le considérer comme une violence sexuelle [29].

1.2.2.6.5 Les VSPI : un moyen ou une fin ? La question du contrôle coercitif

Selon Stark, le « contrôle coercitif » constitue le cœur de toutes formes de VPI, ainsi que la principale clef de compréhension du phénomène. Il renvoie à tous les actes, quelle que soit leur nature, visant à maîtriser les attitudes et conduites de l'autre [41]. Les VPI ne sont pas tant envisagées comme un ensemble d'actes violents spécifiques, mais comme une matrice relationnelle de contrôle dans laquelle les violences sont des moyens pour subordonner et dominer une autre personne. Dès lors, les victimes souffriraient davantage d'être l'objet du

contrôle de l'autre, que des blessures physiques ou psychiques résultant de tel ou tel évènement violent.

Selon ce modèle, il est possible d'envisager les VSPI non pas comme une fin en soi pour l'auteur, mais comme un moyen supplémentaire d'asseoir et de développer une domination. Aucune étude à notre connaissance n'a exploré les VSPI en tant qu'outil de contrôle relationnel, même si certaines suggèrent l'existence de cette dimension. Certaines femmes évoquent que leur partenaire violent utilise le sexe comme un moyen de les contrôler [30]. Par ailleurs, le risque plus élevé de blessures physiques et d'homicide associé à la présence de VSPI dans les relations violentes pourrait refléter le fait que lorsque la violence est aussi agie sexuellement dans un couple, le niveau et la sévérité du contrôle exercé sont plus importants [4]. Cependant, ce prisme de lecture des VSPI vide la notion de consentement de tout son sens : si les victimes sont contrôlées par l'autre, leur sexualité l'est aussi et la possibilité d'un positionnement sexuel libre et autonome est atteinte.

1.2.2.7 Implications pour les professionnels et perspectives

1.2.2.7.1 Développer la connaissance des VSPI chez les professionnels

Malgré les informations dont nous disposons sur la sévérité de leurs répercussions, les VSPI ont tendance à ne pas être reconnues dans leurs spécificités et à être traitées comme d'autres formes de violences. Cela pourrait être dû à un manque de connaissance des VSPI chez les professionnels, ou au fait qu'il soit moins délicat pour eux d'aborder les violences dans leur ensemble [34]. L'objectif n'est pas de dire que les VSPI sont plus graves que les autres ou prioritaires sur le plan thérapeutique, mais d'affirmer qu'elles doivent être intégrées et considérées à part entière dans le cadre d'une prise en charge. Leur complexité en termes de

conceptualisation et de repérage implique que les personnes au contact de femmes victimes soient « équipées » pour y faire face et apporter des réponses adaptées, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. En tant que violences sexuelles « non-prototypiques » [5], la formation des professionnels de la santé, des médias, du judiciaire et de la police est essentielle.

Les actions de formation et de sensibilisation devraient être axées sur la compréhension des multiples formes de VSPI, dont l'étendue dépasse souvent la stricte définition pénale du viol et de l'agression sexuelle, et sur l'exploration des rapports pseudo consentis dans une relation marquée par la peur. En effet, le discours social et l'éducation sexuelle ont actuellement tendance à se limiter à des messages simplistes du type « Non, c'est non ! » [43]. Cette simplification est très éloignée de la réalité des VSPI, et engendre une confusion supplémentaire chez les femmes qui se demandent si ce qu'elles vivent relève ou non d'une certaine normalité. Le modèle de Bagwell-Gray et al. [3] pourrait être un support intéressant pour illustrer la variété des VSPI, notamment dans ses formes les plus subtiles, invitant à reconnaître les signes associés aux relations amoureuses abusives [2].

1.2.2.7.2 Explorer ses propres croyances : enjeux liés à la posture thérapeutique

L'évocation de la violence sexuelle d'un partenaire est une expression de confiance envers le thérapeute. Si ce dernier réagit avec hésitation ou incertitude, il est susceptible de transmettre l'idée que le problème est trop complexe ou difficile à aborder. Dès lors, les thérapeutes devraient explorer leurs propres croyances sur les VSPI et moduler leurs interventions en conséquence [22]. Il s'agira d'analyser le cadre interne en lien avec les violences sexuelles et les VPI et de conscientiser ses conceptions de la sexualité et du consentement. Ce travail permettrait aux praticiens d'améliorer la prise en charge, en évitant des contre-attitudes susceptibles de fragiliser la personne accompagnée et en augmentant la

capacité à aider le sujet dans la mise en sens de son expérience. Comme nous l'avons déjà évoqué, le vécu traumatique associé au VSPI peut être évité, banalisé ou confus pour les victimes. Si cet aspect peut être considéré comme une internalisation du regard social sur les VSPI, il peut aussi s'entendre comme un mécanisme de défense à travailler [5], afin de réduire l'écart entre la banalisation apparente des événements et l'expérience subjective des VSPI. Ce travail gagne en efficacité lorsqu'il est entrepris par un clinicien informé, conscient des facteurs culturels et personnels susceptibles d'agir sur le patient, qui sera dès lors en capacité de choisir des interventions pertinentes et de créer une atmosphère propice au changement [22].

1.2.2.7.3 Rechercher systématiquement les VSPI lorsque des violences sont révélées

La révélation des VSPI est une étape, et l'on constate que les femmes prises dans des relations violentes peuvent consulter à de nombreuses reprises dans des services d'aide aux victimes pour divers faits avant d'évoquer les victimisations sexuelles par le partenaire [13]. Cet aspect, ainsi que l'état actuel des connaissances, indiquent que le fait de questionner les femmes victimes de violences sur d'éventuelles VSPI est primordial. Lorsque des violences psychologiques ou physiques du partenaire sont évoquées, il convient de poser des questions sur la sexualité et d'explorer la capacité du sujet à consentir librement ou non aux actes sexuels dans le couple [43]. Mais au regard de la complexité du sujet, au carrefour entre culture, croyances et emprise, quelles questions poser et comment ? Il est recommandé d'éviter d'utiliser le mot « viol », dans la mesure où environ quatre victimes sur cinq sont susceptibles de ne pas qualifier leur expérience en ces termes [22]. Les questions abordant les comportements sexuels et l'expérience subjective des rapports sexuels, plutôt que les conceptualisations générales de viol et d'agression sexuelle, sont à privilégier [23] : « Avez-vous connu des expériences sexuelles désagréables ? Vous sentiez-vous libre de refuser un

rapport sexuel ? Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec votre partenaire afin éviter quelque chose de négatif ? ». Si les réponses évoquent un risque de VSPI, l'exploration peut se poursuivre, et si des VSPI sont révélées, les praticiens peuvent orienter la suite de l'échange sur l'évaluation des répercussions de ces dernières [22]. Ces échanges seront susceptibles d'aider les professionnels à évaluer la nature et l'ampleur de la victimisation sexuelle dans le couple, et éventuellement d'aider au repérage d'autres traumatismes sexuels, comme les antécédents de violences sexuelles dans l'enfance.

1.2.2.7.4 Perspectives futures de recherche

Les axes futurs de recherche sont très nombreux, et à défaut de pouvoir en dresser la liste exhaustive, nous citerons ceux qui nous paraissent capitaux au regard de la prise en charge des victimes. En premier lieu, nous manquons de connaissances en termes de phénoménologie des VSPI. Des travaux permettant une meilleure compréhension de l'étendue et de la nature des VSPI sont nécessaires, notamment ceux qui pourront apporter des précisions sur la trajectoire de développement et d'évolution des VSPI, point dont nous ignorons tout. En deuxième lieu, davantage de recherches sont nécessaires sur les effets des VSPI, mais aussi sur les stratégies d'adaptation chez victimes, leurs ressources pour tenter de s'en protéger [30]. En troisième lieu, en lien avec le modèle de Stark [41], il serait intéressant de développer des recherches qui envisagent les VSPI comme l'un des moyens du contrôle relationnel dans les VPI : de quelle façon les violences sexuelles dans les VPI sous-tendent/nourrissent la relation d'emprise ? Des études qualitatives permettront de poser des hypothèses à tester quantitativement. Afin de partir du réel de ce phénomène, caché et impactant, il est nécessaire de s'ancrer dans le discours et l'exploration de l'expérience, du côté des victimes et sûrement aussi des côtés des auteurs, afin d'échapper à des évaluations dont la structuration est encore influencée par les normes actuelles

[31]. Enfin, les VSPI ne sont quasiment pas étudiées en France, conduisant à un manque important de connaissance en population française.

1.2.2.8 Conclusion

Les VSPI sont des violences très courantes chez les femmes victimes de VPI. Co-occurentes des violences physiques et psychologiques, elles constituent une réalité clinique aussi inquiétante que mal connue. Elles constituent probablement un signe de gravité des violences globales du partenaire, avec un débordement du besoin de contrôle jusqu'à l'intimité sexuelle. Elles doivent être reconnues et appréhendées dans les prises en charge du fait de leur potentiel traumatique et de leur puissance en termes de confusion psychique pour les victimes, le tout remis en perspective avec la complexité des dynamiques du consentement sexuel dans les relations violentes. Il serait pertinent d'explorer la sexualité des femmes vivant une relation violente, en interrogeant la façon dont les actes sexuels pseudo consentis pourraient constituer une énième stratégie d'adaptation à la violence du partenaire chez les femmes victimes, dont l'impact à terme serait à examiner.

1.2.2.9 Références

[1] OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève; 2013.

[2] Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* 2011;5:428–39.

- [3] Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence – 18 U.S. states/territories, 2005. *Ann Epidemiol* 2008;18:538–44.
- [4] Jaspard M. *Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale.* Paris: La Documentation française; 2003, ISBN: 978-2110053237.
- [5] Logan TK, Walker R, Cole J. Silenced suffering: the need for a better understanding of partner sexual violence. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:111–35.
- [6] Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Popul Soc* 2016;10:1–4.
- [7] Bagwell-Gray ME, Messing JT, Baldwin-White A. Intimate partner sexual violence: a review of terms, definitions, and prevalence. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:316–35.
- [8] Bécour B, Vasseur P, Chuc A, Renaud B. Violences sexuelles conjugales a` Paris : étude analytique prospective de 100 cas. *Med Droit* 2014;127:89–95.
- [9] Honda T, Wynter K, Yokota J, Tran T, Ujiie Y, Niwa M, et al. Sexual violence as a key contributor to poor mental health among japanese women subjected to intimate partner violence. *J Womens Health* 2018;27:716–23.
- [10] Katz J, Moore J, May P. Physical and sexual covictimization from dating partners: a distinct type of intimate abuse? *Violence Women* 2008;14:961–80.
- [11] Logan T, Cole JR, Shannon LA. A mixed-methods examination of sexual coercion and degradation among women in violent relationships who do and do not report forced sex. *Violence Vict* 2007;22:71–94.

- [12] Seyller M, Denis C, Dang C, Boraud C, Lepresle A, Lefèvre T, et al. Intimate partner sexual assault: traumatic injuries, psychological symptoms, and perceived social reactions. *Obstet Gynecol* 2016;127:516–26.
- [13] Jaffe AE, Steel AL, DiLillo D, Messman-Moore TL, Gratz KL. Characterizing sexual violence in intimate relationships: an examination of blame attributions and rape acknowledgment. *J Interpers Violence* 2021;36:469–90.
- [14] McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstet Gynecol* 2005;105:99–108.
- [15] Bagwell-Gray ME. Women’s experiences of sexual violence in intimate relationships: applying a new taxonomy. *J Interpers Violence* 2019;36:7813– 8739.
- [16] Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale : définition, données disponibles et implications. *Sexologies* 2018;27:81–6.
- [17] Messing JT, Thaller J, Bagwell M. Factors related to sexual abuse and forced sex in a sample of women experiencing police-involved intimate partner violence. *Health Soc Work* 2014;39:181–91.
- [18] Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature and consequences of intimate partner violence (NCJ 181867). Washington DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice; 2000, <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>.
- [19] Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Health* 2015;3:332–40.

- [20] Tarzia L. Toward an ecological understanding of intimate partner sexual violence. *J Interpers Violence* 2020. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260519900298>.
- [21] Barker LC, Stewart DE, Vigod SN. Intimate partner sexual violence: an often overlooked problem. *J Womens Health* 2019;28:363–74.
- [22] Katz J, Sutherland MA. College women’s experiences of male partner contraceptive interference: associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *J Interpers Violence* 2020;35:4350–74.
- [23] Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MA, Cleda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women’s mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2006;15:599–611.
- [24] Cavanaugh CE, Messing JT, Del-Colle M, O’Sullivan C, Campbell JC. Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41:372–83.
- [25] Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992;5:377–91.
- [26] Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1–15.
- [27] Tarzia L. It went to the very heart of who I was as a woman: the invisible impacts of intimate partner sexual violence. *Qual Health Res* 2021;31:287–97. [28] Adams-Clark AA, Chrisler JC. What constitutes rape? The effect of marital status and type of sexual act on perceptions of rape scenarios. *Violence Women* 2018;24:1867–2186.

- [28] Adams-Clark AA, Chrisler JC. What constitutes rape? The effect of marital status and type of sexual act on perceptions of rape scenarios. *Violence Women* 2018;24:1867–2186.
- [29] Lynch KR, Golding JM, Jewell JA, Lippert A, Wasarhaley NE. She is his girlfriend – I believe this is a different situation: gender differences in perceptions of the legality of intimate partner rape. *J Fam Violence* 2019;34:213–30.
- [30] Frese B, Moya M, Megías JL. Social perception of rape: how rape myth acceptance modulates the influence of situational factors. *J Interpers Violence* 2004;19:143–61.
- [31] Jenkins BD, Le Grand AM, Golding JM, Lynch KR, Wolbert G. The impact of threat type and prior abuse history on perceptions of intimate partner sexual coercion. *Violence Women* 2020 [107780122095216].
- [32] McOrmond-Plummer L. Considering the difference: intimate partner sexual violence in sexual assault and domestic violence discourse. *Connections* 2008;10:4–7.
- [33] Tarzia L. Women’s emotion work in the context of intimate partner sexual violence. *J Fam Violence* 2020;36:493–501.
- [34] Pocock M, Jackson D, Bradbury-Jones C. Intimate partner violence and the power of love: a qualitative systematic review. *Health Care Women Int* 2020;41(6):621–46.
- [35] Jung S, Faitakis M, Cheema H. A comparative profile of intimate partner sexual violence. *J Sex Aggress* 2021;27:95–105.
- [36] Felson RB, Pare P-P. The reporting of domestic violence and sexual assault by nonstrangers to the police. *J Marriage Fam* 2005;67:597–610.

- [37] Hickman SE, Muehlenhard CL. By the semi-mystical appearance of a condom: how young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *J Sex Res* 1999;36:258–72.
- [38] Lim GY, Roloff ME. Attributing sexual consent. *J Appl Commun Res* 1999;27:1–23.
- [39] Peterson ZD, Muehlenhard CL. Conceptualizing the “wantedness” of women’s consensual and nonconsensual sexual experiences: implications for how women label their experiences with rape. *J Sex Res* 2007;44:72–88.
- [40] Logan T, Cole J. Exploring the intersection of partner stalking and sexual abuse. *Violence Women* 2011;17:904–24.
- [41] Stark E. *Coercive control: the entrapment of women in personal life*, New York:, Oxford University Press; 2007.
- [42] Bayard-Richez A, Teyssier J, Denoux P. Prototypicité du viol et impact sur la victime : une revue de questions. *Ann Med Psychol* 2020.
- [43] Huff S, Rappleyea DL. Understanding and responding to victims of interpersonal sexual violence and sexual assault within committed relationships. *Am J Fam Ther* 2020;48:107–25.
- [44] Dieu E, Hirschelmann A. Intervenir de` s les signalements : analyses victimologiques du protocole interpartenarial de lutte contre les situations de violence conjugale (France). *Ann Med Psychol* 2018;176:327–36.

1.3 RÉSUMÉ DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette revue de la littérature, organisée de manière à recentrer la question spécifique des violences sexuelles dans le couple dans la problématique générale des violences exercées par le partenaire intime, a permis de préciser les paramètres essentiels de notre objet d'étude.

Les violences sexuelles dans le couple s'inscrivent dans un contexte global et durable de violences du partenaire. Co-occurentes de violences physiques et psychologiques, elles sont soumises aux enjeux d'une relation asymétrique et dysfonctionnelle, chez des femmes fragilisées par des symptômes psychotraumatiques. Les VSPI comprennent les viols au sein du couple, mais également des formes plus insidieuses comme les actes de coercition sexuelle, et sont favorisées par la menace latente que constituent les autres formes de violence et le contrôle exercé par l'auteur. Leur présence semble exacerber les conséquences générales des VPI, avec des tableaux cliniques plus sévères et un risque de décès augmenté.

Les violences sexuelles d'un partenaire sont particulièrement peu révélées et peu abordées par les professionnels concernés. Les actions de formation sur les violences au sein du couple devraient inclure la question des VSPI, de leur étendue, de leur polymorphisme, et contribuer à mettre en lumière les problématiques liées au consentement sexuel dans un contexte de peur et d'insécurité.

Cependant, former efficacement nécessite d'avoir des informations à transmettre, ce qui reste problématique compte tenu du peu de données disponibles en France. D'autres études sont ainsi nécessaires pour une compréhension plus approfondie, conduisant à une formation plus solide des professionnels et, par conséquent, à une meilleure prise en charge des victimes.

PARTIE 2. PROFILS DE
VICTIMISATION SEXUELLE CHEZ
LES FEMMES VICTIMES DE
VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

2.1 CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche provient d'une série de questionnements survenus dans le cadre de notre pratique de psychologue. Depuis le début de notre carrière, nous avons travaillé dans différentes institutions spécialisées dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotraumatiques. Après quatre années passées au Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie de Paris, nous exerçons depuis 2015 au sein de l'Unité médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu, AP-HP, où nous rencontrons quotidiennement des victimes d'infractions pénales à la suite de leur plainte. Parmi elles, les femmes ayant vécu des situations de violences dans au sein du couple sont très représentées.

Alors que nous étions encore en tout début de carrière, nous avons été particulièrement marquée par l'histoire d'une patiente, que nous appellerons Sarah. Nous suivions Sarah, 42 ans, en psychothérapie pour un trouble de stress post-traumatique complexe et une humeur dépressive persistante. Elle était en cours de divorce d'un mari violent, après 18 années de mariage. Sarah décrivait avoir vécu des violences physiques sévères, avec des étranglements prolongés récurrents ayant mis sa vie en danger à plusieurs reprises. Elle n'avait pas porté plainte et ne souhaitait pas le faire, disant qu'elle « ne voulait pas de mal » à son ex-mari, et qu'elle ne voulait plus « raconter cette histoire ». Ce qu'elle voulait, c'était « aller mieux » et « passer à autre chose », ce qu'elle n'arrivait pas à faire. Nous nous souvenons aujourd'hui d'une patiente de bon contact, discrète, au tempérament inhibé et au regard triste, donnant la sensation qu'elle était toujours au bord des larmes. Après plus d'un an de psychothérapie, Sarah nous explique un jour qu'elle doit nous « parler de quelque chose qu'il vaut mieux que l'on sache », et qui pourrait selon elle nous aider pour la suite de sa prise en charge. Elle nous explique les violences sexuelles de son ex-mari, des viols et des agressions sexuelles répétées subies pendant des années, de même que le comportement sexuel chaotique de son ex-mari, qui

nous évoque un tableau clinique d'addiction sexuelle (consommation quotidienne de pornographie, à raison de plusieurs heures par jour, fréquentation quasi quotidienne de clubs libertins, grande pluralité de partenaires masculins et féminins, obsession pour les conversations sur le sexe...). Elle nous décrit sa honte, la honte d'avoir « fait des choses qu'elle ne voulait pas faire », d'avoir dit non « sans vraiment dire non non plus », par peur des conséquences, par peur de réveiller les enfants, et parce qu'elle savait trop bien « ce qu'il était capable de faire » s'il était contrarié. Elle nous dit que c'est en raison de ces violences qu'elle évite les interactions avec les hommes, et qu'elle n'aura plus jamais de rapports sexuels, car ça, elle ne « peut plus ». Nous nous sommes retrouvée sans mots devant la patiente, et avons réalisé que nous avions été « embarquée » par la sévérité des autres formes de violences. Alors que nous avons exploré d'éventuels antécédents traumatiques dans l'enfance, nous n'avons *jamais* exploré ni la sexualité qu'elle pouvait avoir avec cet homme, ni la présence de violences sexuelles.

Cette consultation a marqué un tournant dans notre pratique, car dès lors, nous avons systématiquement exploré la question des violences sexuelles chez les patientes en souffrance à la suite de violences dans le couple. Et nous avons été frappée par l'hétérogénéité de leurs réponses. Certaines révélaient des parcours similaires à celui de Sarah, avec des violences sexuelles très fréquentes, faisant partie de la « matrice » quotidienne de violences conjugales généralement sévères. Chez ces patientes, les violences sexuelles avaient tendance à être perçues assez clairement : elles étaient nombreuses à employer des termes comme « viol conjugal » ou « agression », qu'elles aient ou non déclaré ces événements dans le cadre de leur plainte. Mais d'autres patientes ne définissaient pas aussi nettement leur expérience. Elles pouvaient nous expliquer que souvent elles ne « voulaient » pas, mais qu'elles n'étaient pas « écoutées » par le partenaire, ou encore décrire une sexualité considérée comme consentie et employer dans la même phrase des verbes comme « forcer » et « céder ». Dans tous les cas, ces actes sexuels n'étaient pas présentés comme relevant véritablement de violences dans le couple

ou comme ayant un caractère d'infraction. Nous avons également observé que certaines patientes pouvaient initialement nous dire qu'elles n'avaient jamais été concernées, puis nous expliquer plus tard que c'était le cas, qu'elles le savaient, mais qu'elles avaient eu trop honte d'en parler ou se sentaient responsables. D'autres encore, en dépit de violences physiques ou psychologiques avérées, n'avaient pas vécu de violences sexuelles. Je me souviens notamment d'une patiente me disant « c'est bizarre, il m'a tout fait, mais ça, jamais », avec une forme d'étonnement.

Au cours de notre pratique, nous avons déjà remarqué la présence d'une grande disparité chez les patients en ce qui concerne la lecture des violences sexuelles vécues. Certains expriment une représentation sans équivoque, annonçant « j'ai été violé(e) » dès la première consultation. Au contraire, d'autres décrivent des scènes d'agressions sexuelles dans l'enfance par exemple, de façon particulièrement banalisée ou sans évocation d'un caractère répréhensible, injuste ou condamnable. Entre ces deux extrêmes, toutes les nuances sont possibles, avec des reconnaissances partielles, des incertitudes, empreintes de stratégies défensives et/ou colorées de symptômes dissociatifs. A titre d'exemple, un patient d'une quarantaine d'années, très conscient des négligences et des maltraitances physiques et psychologiques infligées par sa mère lorsqu'il était enfant, me disait récemment que dans son malheur, il se disait qu'il y avait « pire que lui », et qu'il se trouvait « chanceux » d'avoir échappé à des agressions sexuelles. Puis il a poursuivi, m'expliquant que « de temps en temps », son beau-père venait se masturber dans la salle de bains pendant qu'il prenait sa douche, lui demandant parfois de lui « faire des choses », mais que ça, « ça ne comptait pas vraiment ».

Nous savions par ailleurs que la grande majorité des violences sexuelles faites aux enfants sont commises par une personne de l'entourage de l'enfant, généralement un membre de la famille, et que plus l'enfant est attaché à son agresseur, plus les conséquences

psychologiques associées sont complexes et durables (Lawson & Akay-Sullivan, 2020). Nous avons donc envisagé la possibilité de retrouver des mécanismes similaires chez les femmes adultes victimisées sexuellement par leur partenaire, qui nous décrivaient régulièrement leur attachement amoureux en dépit des violences vécues.

Lors de nos premières recherches, nous avons constaté que le sujet était peu documenté à l'international, et que les études en France étaient quasiment inexistantes. Du fait de la complexité observée sur le terrain et de ce manque de travaux empiriques, nous avons conçu notre projet de recherche dans une perspective exploratoire de la dimension sexuelle des violences conjugales.

2.2 OBJECTIFS

Cette étude comprend quatre objectifs à visée exploratoire. Premièrement il s'agit d'estimer, dans un échantillon de femmes ayant vécu des violences au sein du couple en France, la proportion de femmes ayant été concernées par des violences sexuelles du partenaire.

En deuxième lieu il s'agit d'évaluer, chez les femmes concernées par des VSPI, l'existence ou non de profils de victimisation sexuelle, en termes de fréquence et de types d'actes imposés (principalement viols et actes de coercition sexuelle).

Si oui, il s'agira alors d'observer la caractérisation clinique de ces profils, par la mesure de différentes répercussions psychologiques généralement associées aux VSPI d'après la littérature (TSPT, dépression), et de répercussions psychologiques moins étudiées mais qui pourraient être attendues (TSPT-C, ruminations).

Enfin, il s'agira de déterminer si les caractéristiques cliniques identifiées chez les femmes victimes de VSPI diffèrent ou non de celles observées chez des femmes victimes de VPI sans violences sexuelles.

Caractérisée par une approche statistique centrée sur les personnes (*clustering*), cette étude ne considère pas des liens causaux ou des relations de corrélation entre différentes variables. Dès lors, si la formulation d'objectifs clairs et construits était évidemment nécessaire, nous avons estimé en revanche que la formulation d'hypothèses n'était pas pertinente.

L'intégralité de cette étude est présentée de façon détaillée dans un article rédigé en anglais, soumis au mois de décembre 2022 à la revue *Violence Against Women*. Cet article a été révisé et soumis à nouveau en septembre 2023. Une synthèse des principaux résultats et éléments de discussion est également proposée en français (voir 2.4, p. 191).

2.3 ARTICLE SOUMIS À VIOLENCE AGAINST WOMEN

TITLE

Intimate partner sexual violence: An exploratory study on sexual victimization profiles among survivors of intimate partner violence in France

ABSTRACT

Intimate partner sexual violence (IPSV) is a common form of intimate partner violence (IPV). This study aimed to (a) identify a typology of intimate partner sexual victimization among French women victims of intimate partner violence on the basis of the frequency of various forms of sexual violence, and (b) evaluate whether these profiles differ in several clinical characteristics. A total of 93 women consulting a specialized hospital service were recruited. Cluster analyses suggested four profiles: highly frequent rapes (5.4%), predominant sexual coercion (20.4%), medium frequency of all forms (20.4%), and low frequency of all forms (19.4%). Further person-centered research focusing on IPSV is warranted.

Keywords: intimate partner violence, intimate partner sexual violence, intimate partner rape, intimate partner sexual coercion, classification

MAIN BODY

INTRODUCTION

Intimate Partner Violence (IPV) refers to any act of violence within an intimate relationship that causes physical, psychological, or sexual harm to the individuals involved (WHO, 2013). This violence is estimated to affect between 10% to 71% of women in their lifetime (Garcia-Moreno et al., 2006). Intimate Partner Sexual Violence (IPSV) is a component of IPV. It refers to sexual acts or attempted sexual acts committed by a current or former partner without the victim's free consent. IPSV is the most common form of sexual violence against women (Logan et al., 2015), affecting nearly 10% of women worldwide (Bagwell-Gray et al., 2015; Logan et al., 2015). In studies among IPV survivors, the rates are much higher, ranging from 28% (Eby et al., 1995) to 68% (McFarlane et al., 2005). IPSV can occur in any kind of relationship and can be perpetrated by women. However, women are most often survivors of male-perpetrated IPSV (Black et al., 2011). Without underestimating the impact of IPSV in same-sex relationships, or IPSV perpetrated by women, this study focuses on IPSV experienced by women in a relationship with men. Despite its magnitude, IPSV is a hidden and poorly understood form of violence against women (Parkinson et al., 2013). Situated at the intersection of IPV and sexual violence, two fields of research that have developed independently of each other, IPSV is often overlooked in studies (Bagwell-Gray et al., 2015; Logan et al., 2015). Moreover, IPSV has rarely been studied in France, resulting in a significant lack of knowledge among the French population (Sanchez et al., 2022).

IPSV has multiple expressions

IPSV is a complex and polymorphous reality. A typology has been proposed on the basis of a systematic review (Bagwell-Gray et al., 2015), describing its multiform aspects. This model conceptualizes IPSV along two dimensions: the degree of invasiveness that characterizes the event and the type of force used. Acts involving penetration are considered highly invasive, whereas touching or displaying aggression without any contact are considered less invasive. In parallel, two types of force are considered. First is the use of physical force, which includes the occurrence of physical violence/constraint at the time of the event, threats of physical violence or bodily harm, and the inability to consent (for example, owing to alcohol consumption). Second includes the use of psychological force, that is, strategies that create psychological constraints, such as manipulation, blackmail, name calling, harassment, verbal pressure, threats to end the relationship, or anger (Koss et al., 2007; Smith et al., 2017).

By combining these two dimensions, the four main forms of IPSV can be identified: sexual assault, sexual coercion, forced sexual activity and sexual abuse. Intimate partner sexual assault refers to penetrative acts (oral, vaginal, or anal) achieved through physical force, and may concern 50% of women who experience IPSV (Bagwell-Gray, 2019). Intimate partner sexual coercion refers to penetrative acts performed using psychological force, and may concern 68% of women victims of IPSV (Bagwell-Gray, 2019). Intimate partner forced sexual activity refers to non-penetrative acts performed using physical force, and may concern 7% of women victims of IPSV (Bagwell-Gray, 2019). Finally, intimate partner sexual abuse refers to non-penetrative acts performed using psychological force, and may concern 96% of women victims of IPSV (Bagwell-Gray, 2019).

Development of IPSV in violent relationships

IPSV most often coexists with other forms of violence. In a study exploring the consequences of IPSV on mental health (n = 83), none of the participants had experienced IPSV alone, and physical and psychological violence were also present (Honda et al., 2018). Beyond the issue of the cooccurrence of physical and psychological violence in IPV, one study argued that physical violence, including physical violence during pregnancy, may be more severe and frequent among women with IPSV than among IPV survivors without IPSV (McFarlane et al., 1998).

Mental health consequences of IPSV among IPV survivors

Women who are raped and battered seem to have higher levels of psychological symptomatology than women who are solely battered (Bennice et al., 2003). They are more anxious (McFarlane et al., 2005; Parkinson et al., 2013), experience depressive symptoms (Honda et al., 2018; McFarlane et al., 2005; Parkinson et al., 2013), have alcohol or substance use problems (McFarlane et al., 2005; Shannon et al., 2008), and are more often diagnosed with post-traumatic stress disorders (McFarlane et al., 2005; Parkinson et al., 2013), compared with women who are solely battered. In two studies, intimate partner sexual assault significantly predicted PTSD and depressive symptoms after controlling for intimate partner physical violence (Honda et al., 2018; Tiwari et al., 2014), and can also be a predictor of dissociative experiences (Honda et al., 2018). IPSV survivors are more affected by ruminations than IPV survivors who do not report IPSV (Logan et al., 2007), which may suggest the tendency of IPSV to cause confusion and specific challenges when interpreting and defining the experience (Logan et al., 2007; McOrmond-Plummer, 2008; Tarzia, 2021). This point is especially important when considering that ruminations can heighten the severity of PTSD, as they may

trigger intrusions and exacerbate negative emotions (Moulds et al., 2020). Women who have experienced IPSV also have high levels of suicide ideation (Barker et al., 2019; Calder et al., 2010; Honda et al., 2018; McFarlane et al., 2005; Pengpid et al., 2018), and are more likely to be killed by their partners (Barker et al., 2019; McFarlane et al., 2002, 2005). Childhood sexual abuse is generally associated with sexual revictimization among women (Classen et al., 2005). In a recent study, sexual abuse in childhood and adolescence was the most common precursor to IPSV (Rivas-Rivero et al., 2021).

These various mental health consequences, observed in a context of prolonged exposure to interpersonal violence, evoke the clinical picture of Complex PTSD (Cloitre, 2021; Herman, 1992). Initially conceptualized by Judith Herman (Herman, 1992), CPTSD describes the symptomatology of individuals who have experienced prolonged or multiple traumas, in situations where escape was difficult or impossible. In the context of the DSM-IV field trials, the diagnosis of CPTSD had been proposed under the name Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (Van der Kolk et al., 1993). It then included six categories of symptoms: alterations in regulation of affect and impulses, disturbances in attention and consciousness, disturbances in self-perception, disturbances in relationships, somatization, and disturbances in meaning system. Despite its empirical support and clinical utility (Van der Kolk et al., 2005), the DESNOS diagnosis was not integrated to the DSM-IV nosography. However, CPTSD has officially been recognized since its integration to the 11th version of the International Classification of Diseases (ICD-11) of the World Health Organization (WHO, 2019). According to ICD-11, this diagnosis includes PTSD symptoms, with the addition of Disturbances in Self-Organization (DSO), which consist of affect dysregulation, negative self-concept, and disturbances in relationships. As situations of prolonged exposure to interpersonal violence, IPSV may contribute to the development of CPTSD among victims, insofar as CPTSD might affect between 21.1% and 39.5% of IPV victims (Dokkedahl et al., 2021; Fernández -Fillol et

al., 2021). Additional research is necessary to identify the factors that specifically contribute to the development of CPTSD rather than PTSD within this population (Fernández -Fillol et al., 2021). To our knowledge, no study has yet explored the potential connections between CPTSD and IPSV. If an increase in the number of different types of traumas is associated with the diversification of symptoms (Cloitre, 2015), IPSV could contribute to a more complex clinical presentation for IPV victims.

Purpose of this study

Given its prevalence and associated clinical characteristics, IPSV must be further explored. Moreover, whether sexual victimization patterns exist among IPV survivors remains uninvestigated. The first objective of the present study is to address this gap. A typology of IPSV, aimed at identifying patterns of violent sexual acts in terms of form and frequency, can model the severity range of violent sexual experiences and provide a foundation for investigating IPSV in practice. The second objective of this study is to explore potential clinical pattern victims of IPSV, according to clinical characteristics. To do so, we have decided to focus on PTSD, anxiety, depression and CPTSD because, according to literature review, those remain unexplored among IPSV survivors (Dokkedahl et al., 2021; Fernández -Fillol et al., 2021). We also measured ruminations, considering that this transdiagnostic process could play a role in the clinical picture of the participants (Moulds, 2020). Recognizing the significant correlation between IPSV and a higher incidence of sexual assaults experienced in childhood (Bécour et al., 2014; Wong et al., 2021), along with the causal role of developmental traumas in CPTSD (Cloitre et al., 2009), we also assessed childhood trauma history.

METHODS

Recruitment

Participants were recruited from two medico-legal units in France. Research participation was proposed during the medical visit to all women who met the following inclusion criteria: being 18 or older and having filed a complaint for any form of IPV during the month preceding the visit. Given that IPSV is most frequently associated with physical and/or psychological violence in the relationship (Krebs et al., 2011), these broad inclusion criteria allowed us to reach women affected by IPSV. Exclusion criteria included pregnancy, a lack of French language proficiency, and acute clinical states incompatible with study participation. An information document and a research consent form were given to each participant and signed before the interview, specifying data confidentiality and the possibility of contacting the principal investigator of the research for any question. The one-and-a-half-hour interviews were conducted face-to-face on the hospital grounds, in the presence of one of the research investigators. Whenever needed, women were referred for appropriate psychological care. This study included 101 women, but eight participants were finally excluded from the analysis due to too much missing data. Data collection transpired between October 2019 and January 2022, following the approval of the Committee for the Protection of Individuals Ile de France IV and in accordance with the Helsinki Declaration guidelines.

Measures

Intimate partner violence

IPV was measured using the translated and validated French version of the Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) (Lussier, 1997; Straus et al., 1996). This self-administered questionnaire includes 78 items measuring 39 behaviors depending on whether they were acted out by the respondent or by the respondent's partner. In this study, which focuses on experienced IPV, only 39 items concerning the participants' partner or ex-partner behaviors were used. The internal consistency of our sample was satisfactory (Cronbach's alpha = 0.78).

Intimate partner sexual violence

IPSV was assessed using the revised version of the Sexual Experiences Survey-Short Form (Koss et al., 2007), which is the most comprehensive existing tool for measuring IPSV (Bagwell-Gray et al., 2015). We used a French-language validated version, tested among 144 French-speaking women. (Moreau et al., 2015). This self-administered questionnaire explores IPSV through three categories, which overlap with Bagwell Gray et al.'s (2015) typology: intimate partner sexual assault is referred to as “rape,” intimate partner sexual coercion is referred to as “sexual coercion” or “coercion,” and intimate partner forced sexual activity and sexual abuse is referred to as “sexual contact.” This self-report questionnaire identifies the existence of sexual violence in the past year and over the lifetime since the age of 14 years. In the context of an IPSV study, the term “someone” should be replaced with “partner” (Bagwell-Gray et al., 2015). The internal consistency of our sample was satisfactory (Cronbach's alpha = 0.90).

Traumatic experiences in childhood

The Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003) is a retrospective self-report questionnaire on maltreatment history. This short 28-item version has been validated in the French-speaking population (Paquette et al., 2004) and assesses the presence and severity of childhood trauma. Five dimensions were explored using five items each: emotional neglect, emotional abuse, physical abuse, physical neglect, and sexual abuse. The internal consistency of our sample was satisfactory (Cronbach's alpha = 0.85).

Post-traumatic stress disorder symptomatology

Symptoms of PTSD were assessed using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Blevins et al., 2015). This 20-item self-report questionnaire assessed PTSD symptoms according to the DSM-5 criteria. It identifies the presence of PTSD in the previous month and measures its severity. The internal consistency of our sample was satisfactory (Cronbach's alpha = 0.81).

Complex trauma symptomatology

Complex trauma symptomatology was evaluated using the structured interview for disorder of extreme stress (SIDES) (Pelcovitz et al., 1997). This interviewer-administered 40-item questionnaire explored six dimensions of complex trauma: 1) disturbance in emotion and impulse regulation, 2) disturbance in perception or consciousness, 3) disturbance in self-perception, 4) alterations of interpersonal relationships, 5) somatization, and 6) alterations of meaning systems. The internal consistency of our sample was satisfactory (Cronbach's alpha = 0.79).

Anxious and depressive symptomatology

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) screens for anxiety and depressive disorders and measures their severities. This 14-item self-report questionnaire includes seven items each, related to anxiety and depressive symptoms, making it possible to obtain two scores. The internal consistency of our sample was satisfactory (with a Cronbach's alpha of 0.85 for the anxiety scale and 0.86 for the depression scale).

Repetitive negative thinking

Negative ruminations were assessed using the Perseverative Thinking Questionnaire PTQ (Ehring et al., 2011). This 10-item self-report questionnaire explores the repetition of negative thoughts. Three dimensions were assessed: repetitiveness, intrusiveness, and the effects of repetitive negative thinking on mental resources. The internal consistency of our sample was satisfactory (Cronbach's alpha = 0.84).

Data analysis

Descriptive statistics were first conducted to identify the participants who had or had not experienced IPSV on the basis of the results of the SES. A cluster analysis was then used to identify homogeneous groupings of participants who experienced IPSV on the basis of the following variables from the SES: sexual contact, attempted coercion, coercion, attempted rape, and rape. These variables measure the frequency of these events during the relationship with an abusive partner. The cluster analysis was conducted in two steps to generate sexual victimization profiles on the basis of the variable scores that were converted to z-scores. First, a hierarchical cluster analysis was conducted. A dendrogram and agglomeration schedule were used to determine the number of clusters. In the second step, K-means clustering was used to

assign individuals to one of the identified clusters. Once cluster group membership was established for each participant, the groups were then compared by their mean scores on each of the psychological scales through a series of one-way analysis of variance (ANOVA), with the psychological variables as dependent variables and cluster groupings as independent variables. The groups were also compared with the group of IPV survivors who had not experienced IPSV. The sample was large enough for the cluster analysis, but the power was marginal only for ANOVA and multiple regression analysis. As the number of participants in each cluster was small, Cohen's *d* was used to estimate the magnitude of the difference between the groups. Statistical analyses were conducted using the STATISTICA 10 software (StatSoft Inc., Oklahoma, USA).

RESULTS

Participants

Ninety-three women aged 19–65 years ($m = 38.6$, $SD = 9.9$) participated in this study. They had an average educational duration of 13 years ($m = 12.9$, $SD = 3.1$). They had an average of 1.4 children ($m = 1.4$, $SD = 1.2$). Twenty-five had at least one child under six years of age (26.9%), whereas 28 had none (30.1%). For 65 participants, it was their first complaint against their partner (69.9%), for 16 participants, their second (17.2%), and for 12 participants, their third or higher (12.9%). The average duration of the relationship with the abusive partner was 9.6 years ($m = 9.6$, $SD = 9.2$). According to the participants, violence, on average, began 2.6 years after the beginning of the relationship ($m = 2.6$, $SD = 4.4$). For 58 of them, IPV surfaced within the first year of the relationship (62.4%) and within the first month for 20 of them

(21.5%). The onset of violence was not related to any particular context for 55 participants (59.1%), to the first pregnancy for 19 participants (20.4%), or to marriage or the beginning of cohabitation for 16 participants (17.2%). Three participants (3.3%) linked the onset of violence to other contexts (birth of a baby, refusal to have an abortion, or attempted separation from the partner). At the time of the study, 18 participants (19.4%) were not separated from their violent partners. Of the separated women, 67 (89.3%) did not have a new partner. The participant characteristics are presented in Table 1.

Table 1*Socio-demographical and case-related characteristics of 93 IPV victims*

Variables	n	M	SD	%
<i>Socio-demographical characteristics</i>				
Age		38.6	9.9	
Education		12.9	3.1	
Children		1.4	1.2	
Children under 6 years old	25			26.9
No children	28			30.1
Number of complaints		1.67	1.53	
First complaint	65			69.9
Second complaint	16			17.2
Third complaint or higher	12			12.9
<i>Relationship and IPV duration</i>				
Total duration of relationship with the violent partner		9.6	9.2	
Relationship duration before incidence of IPV events		2.6	4.4	
Beginning during the first year	58			62.4
Beginning during the first month	20			21.5
Psychological violence	93			100
Physical violence	86			92.5
<i>Context of IPV incidence</i>				
No particular context	55			59.1
Pregnancy	19			20.4
Marriage or living together	16			17.2
Other context	3			3.3
<i>Current status</i>				
Still in the relationship	18			19.4
New partner	8			8.6
Single	67			72

Notes. M = Mean, SD = Standard Deviation

Clusters

In this sample of 93 IPV survivors, 61 women (65.6%) experienced sexual violence during their relationship with their violent partners. A four-cluster solution is identified. Discriminant analysis showed clear discrimination among the four clusters: Wilks' $\lambda = .030$ and $p < 0,0001$, with 98.4% of the original grouped cases correctly classified (Table 2).

Table 2

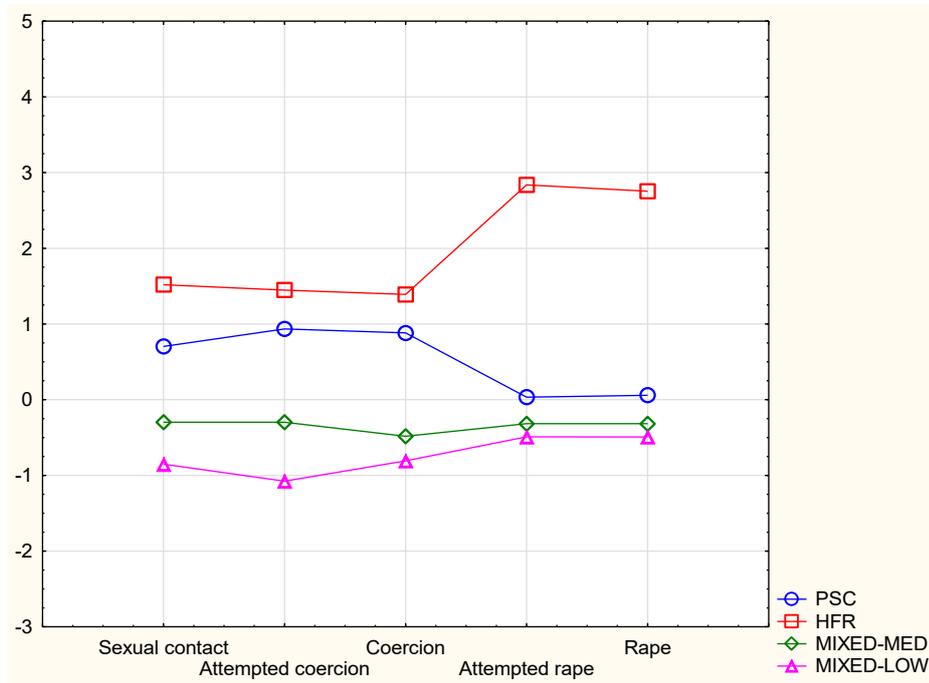
Automatic creation of clusters on the variables sexual contact, attempted coercion, coercion, attempted rape, and rape (Sexual Experiences Survey, Koss et al., 2007)

Classification Matrix					
Rows: Observed classifications					
Columns: Predicted classifications					
Group	Percent Correct	G_1:1 p=,31148	G_2:2 p=,08197	G_3:3 p=,31148	G_4:4 p=,29508
G_1:1	100,0000	19	0	0	0
G_2:2	100,0000	0	5	0	0
G_3:3	94,7368	0	0	18	1
G_4:4	100,0000	0	0	0	18
Total	98,3607	19	5	18	19

The first group (n = 19, 20.4% of the study sample), characterized by a high frequency of attempted or completed sexual coercion, was named “predominant sexual coercion” (PSC). The second group (n = 5, 5.4% of the study sample), characterized by a high frequency of attempted or completed rape, was named “highly frequent rapes” (HFR). The third group (n = 19, 20.4% of the study sample), characterized by a medium frequency of all forms of IPSV, was named “mixed IPSV – medium” (Mixed-Med). Finally, the last group (n=18, 19.4% of the study sample), characterized by the lowest frequency of all forms of IPSV, was named “mixed IPSV – low” (Mixed-Low) (Figure 1).

Figure 1

Cluster solution based on the frequencies of abusive sexual contact, attempted sexual coercion, sexual coercion, attempted rape, and rape, converted to z scores. The frequency of each form was assessed using the Sexual Experiences Survey, short-form (SES-SF).



The four clusters were distinct in terms of the frequency of each of the five IPSV forms assessed (Table 3). The effect size for abusive sexual contact was medium between PSC and HFR, and large between the other clusters (ascending order: Mixed-Low, Mixed-Med, PSC, and HFR). The effect size for attempted sexual coercion was large across all clusters (in ascending order: Mixed-Low, Mixed-Med, PSC, and HFR). The effect size for completed sexual coercion was medium between PSC and HFR and large between the other clusters (ascending order: Mixed-Low, Mixed-Med, PSC, and HFR). The effect size for attempted rape was medium between Mixed-Low and Mixed-Med, as well as between Mixed-Med and PSC, but large between the other clusters (ascending order: Mixed-Low, Mixed-Med, PSC, and HFR). Finally, in terms of rape, the effect size was small between Mixed-Low and Mixed-Med, medium between Mixed-Med and PSC, and large between the other clusters (ascending order: Mixed-Low, Mixed-Med, PSC, and HFR).

Table 3

Profiles of sexual victimization in a sample of 61 women who reported intimate partner sexual violence

Variables	Predominant sexual coercion (PSC)		Highly frequent rapes (HFR)		Mixed IPSV-medium (Mixed-Med)		Mixed IPSV-low (Mixed-Low)	
	n=19		n=5		n=19		n=18	
	DR=10.9 years		DR=8.5 years		DR=8.6 years		DR=9 years	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD

FORMS OF IPSV (SES-SF)

Sexual contact (nonpenetrative sexual contact through verbal pressure, taking advantage when intoxicated, threats of harm, or physical force)	14 ^{a**b***}	4.2	20 ^{a**c***}	12.1	6.6 ^{b***c***}	4,2	2.6 ^{b***c***}	2,5
Attempted coercion (attempted oral, vaginal, or anal penetration through verbal pressure)	25.4 ^{a***}	7.2	31.6 ^{a***}	6.1	10.4 ^{a***}	4.8	0.9 ^{a***}	1.8
Coercion (oral, vaginal, or anal penetration through verbal pressure)	20.9 ^{a**b***}	10	26.6 ^{a**c***}	4.4	5.6 ^{b***c***}	4,2	1 ^{b***c***}	3.9
Attempted rape (attempted oral, vaginal, or anal penetration through taking advantage when intoxicated, threats of harm, or physical force)	8.6 ^{a***b**}	9.2	46 ^{a***c***}	8.6	3.9 ^{b**c***d**}	5	1.6 ^{a***d**}	2.7
Rape (oral, vaginal, or anal penetration through taking advantage when intoxicated, threats of harm, or physical force)	8.8 ^{a***b**}	8.5	41.8 ^{a***c***}	8.3	4.2 ^{b**c***d*}	5.7	2.1 ^{a***d*}	3.5

Means with the same superscript are significantly different from each other

* d > 0.2, ** d > 0.5, *** d > 0.8

DR: duration of the relationship with the violent partner

Clinical characteristics

The four clusters were also clearly distinct in terms of participants' history of childhood sexual abuse, PTSD intrusion symptoms, complex trauma symptomatology, and repetitive negative thinking. However, no differences were found for socio-demographic variables, case-related characteristics, and other clinical variables, including the severity of physical and psychological IPV, anxiety, and depression. The clusters were compared with the IPV without IPSV group, which was named the "no sexual violence" group (NSV, $n=32$, 34,4% of the study sample). The significant differences and effect sizes are shown in Table 4. All values of Cohen's d^1 were calculated, but considering the large number of results, only medium- and large-sized effects were reported.

¹ $d > 0.2$ for small effect size, $d > 0.5$ for medium effect size, and $d > 0.8$ for large effect size.

Table 4*Clinical variables according to sexual victimization profiles in a sample of 93 IPV survivors*

Variables	Predominant sexual coercion (PSC) n=19		Highly frequent rapes (HFR) n=5		Mixed IPSV - medium frequency (Mixed-Med) n=19		Mixed IPSV --low frequency (Mixed-Low) n=18		No sexual violence (NSV) n = 32	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
TRAUMATIC EXPERIENCES IN CHILDHOOD (CTQ – SF)										
History of sexual abuse	9.5 ^{a***b***c**}	6.1	5.2 ^{a***d***e**}	0.5	8.1 ^{d***f**}	5.1	5.8 ^{b***f**}	2.1	6.7 ^{c***e**}	3.9
PTSD SYMPTOMS (PCL-5)										
Intrusion	13.7 ^{a***b***c**}	5.2	17.2 ^{ade(f)**}	3.1	11.2 ^{b***f***}	4.7	13.1 ^{e***}	4.6	11.2 ^{c***d***}	5
COMPLEX TRAUMA SYMPTOMS (SIDES)										
Total severity	12.5 ^{a***b***c**}	4.3	10.7 ^{b***d**g**}	3	12.7 ^{d***f**e***}	2.5	10.4 ^{c***f**h**}	4.1	8.3 ^{a***e***g***h**}	3.7
Number of domains	4.1 ^{a**}	1.8	4.4 ^{b***}	1.3	4.3 ^{c***}	1.3	4.3 ^{d***}	1.8	3 ^{a***b***c***d***}	1.7
Regulation affect/impulses	2.5 ^{a***b***c***d***}	0.3	2.3 ^{a***e**}	0.4	2.2 ^{b**}	0.6	2 ^{c**}	1.1	1.8 ^{d***e**}	1
Attention/consciousness	1.9 ^{a***b***c**}	1.1	2.3 ^{a***d***e***f***}	0.3	1.7 ^{d**g**}	1.1	1 ^{b***e***g**}	1.2	1.3 ^{c***f***}	1.2
Relation with others	2.1 ^{a**}	1	2.4 ^{b***}	0.4	2.2 ^{c**}	0.9	2.4 ^{d***}	0.8	1.5 ^{a***b***c***d***}	1
Somatization	2.2 ^{a***b***}	1	0.9 ^{a***c***d***}	1.3	2.3 ^{c***e***}	1.1	2 ^{d***f***}	1	1 ^{b***e***f***}	1.2
Systems of meaning	1.6 ^{a***b***c**}	1.1	0.8 ^{a***d***}	1.1	2.2 ^{b***d***e***f***}	0.7	1.2 ^{e***}	1.3	1 ^{c***f***}	1.2
REPETITIVE NEGATIVE THINKING (PTQ)										
Total PTQ	28.2 ^{a**}	8.3	31 ^{b**c***}	9.3	24.8 ^{b***e**}	9.2	28.3 ^{d**}	8	22.7 ^{a***c***d***e**}	7.6
Repetitiveness	12.1 ^{a***b**}	3.4	13.2 ^{c***d***}	4.1	9.7 ^{a***c***e**}	4	12.3 ^{e***f**}	4.1	10.2 ^{b***d***f***}	3.1
Capture of mental resources	8.5 ^{a***}	2.8	8.6 ^{b***}	3.6	7.5 ^{c**}	3.1	7.4 ^{d**}	3.1	5.8 ^{a***b***c***d**}	2.9

Means with the same superscript are significantly different from each other.

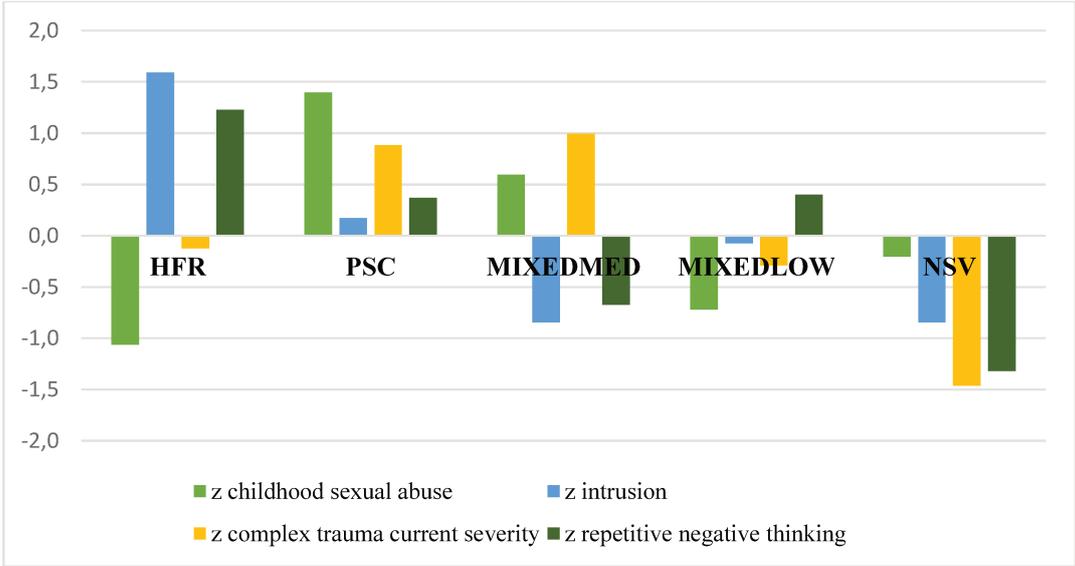
Only medium and large effect sizes are reported.

** d > 0.5, *** d > 0.5.

Regarding childhood sexual abuse, PSC and Mixed-Med were the most victimized groups, with medium to large effect sizes for HFR, Mixed-Low, and NSV (ascending order: HFR, Mixed-Low, NSV, Mixed-Med, PSC). Regarding PTSD intrusion symptoms, the HFR group had the highest scores, with large effect sizes in all clusters and the NSV group. Medium effect sizes were also found between the PSC and Mixed-Med groups, and between the PSC and NSV groups (ascending order: NSV, Mixed-Med, Mixed-Low, PSC, and HFR). Regarding the current severity of complex trauma, NSV had the lowest scores, with medium-to large-sized effects in all clusters (ascending order: NSV, Mixed-Low, HFR, PSC, Mixed-Med). Regarding repetitive negative thinking, NSV had the lowest scores, with medium to large size effects for Mixed-Low, PSC, and HFR (ascending order: NSV, Mixed-Med, PSC, Mixed-Low, HFR). A visual representation of these results is provided in Figure 2.

Figure 2

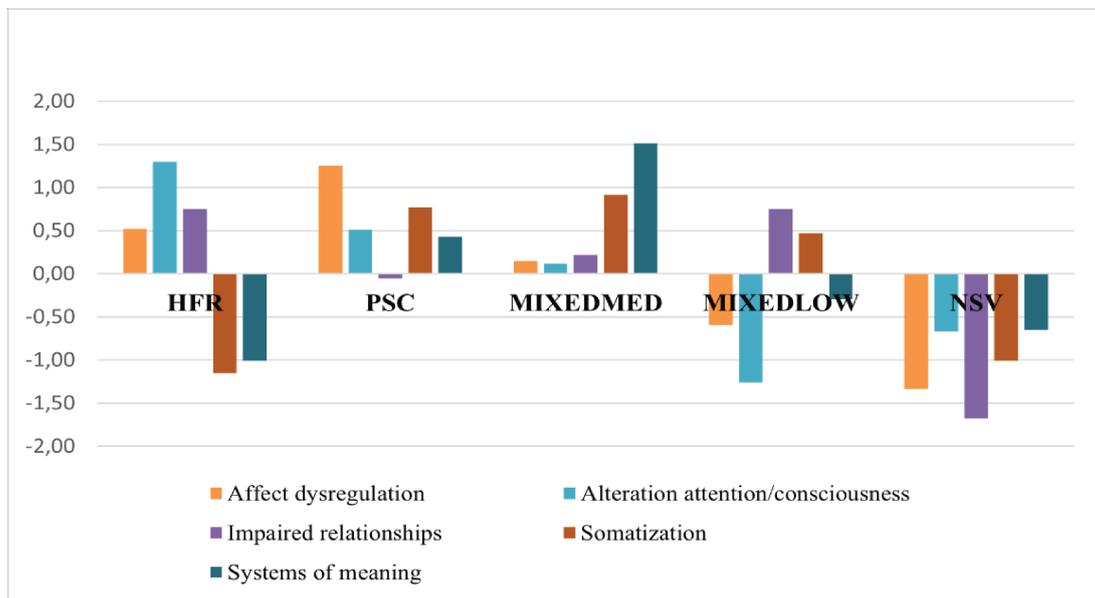
Scores regarding childhood sexual abuse, intrusion, current severity of complex trauma and repetitive negative thinking according to sexual victimization profiles in a sample of 93 IPV survivors



As the symptoms of complex trauma appeared to be more severe in the IPSV clusters than in the NSV group, we explored the differences between the clusters according to the six dimensions of complex trauma (according to the SIDES domains). No difference was found between the groups in terms of alterations in self-perception. Concerning alterations of affect and impulses, PSC had the highest score with medium-to large-size effects with all clusters and NSV (ascending order: NSV, Mixed-Low, Mixed-Med, HFR, PSC). Regarding alterations of attention or consciousness (dissociative symptoms), HFR had the highest scores, with medium to large size effects for all clusters and NSV (ascending order: Mixed-Low, NSV, Mixed-Med, PSC, HFR). Concerning alterations in relation to others, NSV had the lowest scores, with medium-to large-size effects for all IPSV clusters. Regarding somatization, PSC and Mixed-Med had the highest scores, with both large-size effects with HFR and NSV (ascending order: HFR, NSV, Mixed-Low, PSC, Mixed-Med). Concerning alterations in systems of meaning, Mixed-Med had the highest score, with medium-to large-size effects for all clusters and NSV (ascending order: HFR, NSV, Mixed-Low, PSC, Mixed-Med). A visual representation of these results is shown in Figure 3. Moreover, clusters were different in terms of the number of symptomatology domains currently present, that is, diversity in complex trauma symptoms for each subject: NSV had the lowest scores with medium to large size effects with all IPSV clusters.

Figure 3

Scores regarding complex trauma dimensions according to sexual victimization profiles in a sample of 93 IPV survivors



DISCUSSION

The majority of quantitative studies focusing on IPSV were conducted using variable-centered approaches. This study used person-centered analyses to answer two questions: are there sexual victimization profiles among IPV survivors? If so, do these profiles have specific clinical characteristics?

Sexual victimization profiles

Among the participants, 65.6% experienced IPSV during their relationship with their violent partners. Although this proportion converges with the data from international literature, it is twice as high as the latest French estimates, which are around 30% (Observatoire national des violences faites aux femmes, 2018). This difference may be due to the sample

characteristics: all participants had filed a complaint against their partner and may be further along in their process of becoming aware of IPSV and/or feeling more comfortable discussing it. Our self-report research methodology, in the presence of an investigator psychologist, may also have encouraged a greater propensity among the participants to talk about IPSV, which is a topic that is particularly prone to evocation and disclosure difficulties (Felson & Pare, 2005; Jung et al., 2021).

A four-cluster solution was identified according to two axes: the number of occurrences of sexual violence during the relationship and the type of perpetrated acts. This study suggests the existence of four distinct sexual victimization profiles, with 98.4% of the participants correctly classified, including the Highly Frequent Rapes group (HFR), which had the smallest number of participants. We can present these clusters from the most frequently victimized to the least frequently victimized: the Highly Frequent Rapes cluster (HFR) is characterized by the highest frequencies of all forms of sexual violence, with a predominance of rape and attempted rape, such as assaults using physical force, threat of harm, or inability to consent; the Predominant Sexual Coercion cluster (PSC) is characterized by a high frequency of sexual coercion, but with a frequency of rape and attempted rape that is five times lower than in HFR; the Mixed IPSV - medium cluster (Mixed-Med) has intermediate frequencies of all forms of sexual violence, with a frequency of sexual coercion four times lower than in PSC and a frequency of rape half that of PSC; finally, the Mixed IPSV-Low cluster (Mixed-Low) appears to be the group experiencing the least sexual violence, with rare frequencies for all forms. These four clusters are also equivalent in terms of the two other major types of IPV: physical violence and psychological violence.

These results indicate that a significant heterogeneity exists in the frequency with which IPV survivors are likely to experience IPSV: it can range from eight occurrences during the

relationship (Mixed-Low) to 166 occurrences, including 87 rapes or attempted rapes (HFR). These are minimum estimates; in the SES items, the number of events can only be quoted up to “3 or more,” making it impossible to specify the exact number of occurrences when an assault occurs more than three times. Therefore, the reality may be worse than these dire predictions. The point is not to count the number of events, but to consider the existence of this heterogeneity and its clinical implications. Some IPV survivors are likely to have had IPSV as a one-time occurrence, whereas others appear to have been caught up in situations of extreme sexual victimization, resembling sexual slavery.

Furthermore, the various forms of IPSV appear to be accumulated in all groups, as opposed to a restricted representation of IPSV, limited to the notion of marital rape or a yes/no dichotomy commonly represented in research. This study suggests that IPV survivors experience different types of violent acts during their relationship with the violent partner. These findings are consistent with the existing literature, with one study reporting that 65% of women sexually assaulted by their partners experienced different kinds of assault, including rape, attempted rape, and other sexual assaults, whereas this diversity was found in only 14% of women assaulted by an acquaintance, and 9% of women assaulted by a stranger (Mahoney, 1999). This multiplicity raises the question of an articulation between sexual violence based on psychological strategies (coercion) and sexual violence based on physical strategies (rape). Are these events simultaneous? Do they occur separately? Can sexual coercion be considered a phenomenon that supports or predisposes one to the subsequent development of physically violent sexual offenses? The escalation commonly observed concerning the frequency and intensity of physical violence over time can also be found in IPSV, following a continuum beginning with sexual coercion and progressing to sexual assault (Messing et al., 2014).

When looking at the results in depth, two of the four clusters experienced very mixed forms of violence, without one form in particular seeming to stand out (Mixed-Med and Mixed-Low), and two others combined all IPSV forms but with one form predominating: overrepresentation of rape in HFR and overrepresentation of sexual coercion in PSC. Do IPSV perpetrators favor specific sexual assault strategies (physical force vs. psychological coercion) in these two clusters, and if so, what are the explanatory factors? Are these factors related to the perpetrator's criminological profile or to a victims' attempts to resist sexual assault? The closer the offender is to the victim, the less likely the victim will use forceful resistance strategies (Clay-Warner, 2003; Macy et al., 2006; Testa et al., 2005; Turchik et al., 2007). In the HFR cluster, it may be that the victim is not necessarily facing a more physically violent partner, but that they are more likely to try to resist physically, and that the perpetrator will therefore resort to more strategies involving physical force.

This hypothesis can also explain the small size of this cluster, given that within intimate relationships, forceful resistance is less common. Thus, the high frequency of sexual coercion in PSC would not necessarily be related to the perpetrator using more psychological strategies, but rather to a more widespread behavior among victims, comprising avoiding resistance to prevent the aggravation of IPSV (Logan & Cole, 2011).

It would also be interesting to explore the connections between sexual coercion in adulthood and a history of sexual abuse in childhood. While the frequency of other forms of childhood trauma (emotional neglect, emotional abuse, physical abuse, and physical neglect) are equivalent between clusters, the frequency of sexual abuse history is particularly high in PSC and particularly low in HFR. This finding raises questions about the possible relationship between the patterns of resignation and obedience learned through childhood sexual abuse and the propensity to experience more sexual coercion as an adult. Childhood sexual abuse is one

of the factors that seem to be associated with IPSV (Wong et al., 2021), and childhood sexual abuse survivors are vulnerable to later sexual revictimization in adolescence and adulthood (Classen et al., 2005). Childhood sexual abuse could alter psychosexual development, including submission to authority and automatic responses to coercive sexual demands. Thus, in PSC, the predominance of sexual coercion could be explained by the fact that the perpetrator does not “need” to use physical force or clear threats, given that in numerous cases, the assault is committed against a person whose sexual integrity is already compromised and who is more sensitive to the dimension of sexual authority.

Clinical exploration

Noteworthy symptoms in each IPSV cluster

This study is exploratory, and the objective is not to link specific symptoms to IPSV frequency, but rather to observe the clinical characteristics of the observed subtypes (clusters) to identify hypotheses and implications for practice and future research. In the HFR cluster, intrusions were significantly higher than those in the other clusters. Intrusions (repetitive memories and dreams, impressions of re-experiencing, emotional and physical reactions associated with the recall of events) are one of the dimensions of PTSD diagnosis and appear to be higher in the HFR group, which may be related to the high frequency of all IPSV in this group, including strategies involving the use of physical force or threat of harm. As previously discussed, a “fight” dimension of physical struggle or resistance may be more prevalent in this group, as well as a dimension of threat to physical integrity, which could shed light on the frequency of intrusions.

The intensity of the rehearsal syndrome may be linked to the second clinical element that stands out in this group: the level of alteration in attention and consciousness, as measured by the SIDES, which refers to the presence of dissociative symptoms (amnesia, altered notion of time, attentional disengagement, derealization, and depersonalization). The hyperpresence of intrusions and signs of derealization and depersonalization are suggestive of the dissociative subtype of PTSD in the DSM-5. The participants in the HFR group did not have more PTSD than the other groups, but on the one hand, this group is very small, and on the other hand, the presence of the dissociative subtype of PTSD was not measured. As this subtype was noted to possibly capture a subset of individuals with more severe trauma histories and unique treatment needs (Friedman, 2013), it merits further exploration in this population.

In the PSC and Mixed-Med clusters, the overall severity of the complex trauma symptoms was significantly higher than that in the other clusters. Complex trauma was measured in reference to the Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) diagnosis proposed by the DSM-IV working group, in line with the concept of complex PTSD introduced by Herman (1992). Although this diagnosis was not included in this nosography, it is clinically useful, particularly when considering that complex trauma patients are more difficult to treat due to the propensity for self-aggression and toxic relationships (Cloitre et al., 2005). In the PSC group, the impairment in emotion regulation was more important. The recent integration of the diagnosis of complex PTSD into the ICD-11 highlights affects dysregulation, severely damaged self-image, and impaired relationships as specific symptoms of complex PTSD compared to “simple” PTSD (Brewin et al., 2017). Thus, the PSC cluster appears to be highly vulnerable to one of the core dimensions of DSO, leading maybe to more vulnerability to CPTSD itself.

Regardless of the paradigm used, these two clusters seem particularly vulnerable to complex trauma, with various symptoms currently or historically inscribed in the clinical debate on the identification of specificities of complex trauma versus PTSD. Moreover, it turns out that these are the two clusters most concerned with a history of childhood sexual abuse, which converges with existing data on the link between childhood trauma history and complex trauma in adulthood (Cloitre et al., 2009). CPTSD has been associated with various types of childhood adversities (Briere & Rickards, 2007), but the inclusion of a sexual dimension in the survivors of these groups expands the range of traumatic experiences that they endured during their childhood, leading to an accumulation of multiple traumas.

This finding raises many questions regarding IPSV and complex trauma among survivors of childhood sexual abuse. If childhood sexual abuse appears to be a risk factor for IPSV in adulthood (Wong et al., 2021), how might IPSV contribute to the maintenance and worsening of complex symptomatology in adulthood? These aspects remain to be explored, and more research is warranted to identify the most relevant clinical pathways in these patients.

Finally, Mixed-Low appeared as the least clinically vulnerable cluster, without any particular symptomatological aspect. From an exploratory standpoint, and in accordance with the hypotheses developed for the other clusters, we should consider a link between the rarity of IPSV and the rarity of childhood sexual abuse in this group and this result.

Noteworthy symptoms when comparing the IPSV clusters and NSV group

As the clusters are essentially differentiable according to a frequency criterion, we intended to explore whether the mere presence of IPSV among IPV survivors may be associated with a particular symptomatology. Thus, we observed the differences between the four IPSV clusters considered together and the NSV group. The NSV group is not a cluster; it was not identified by the statistical clustering procedure. This group is a set of participants who did not

report any form of sexual violence in the SES (0 for all questionnaire items). When considering the results from this perspective, four dimensions appear to be sensitive only to the presence of IPSV and not to their frequency in our study: the extent of ruminations, overall severity of complex trauma, number of DESNOS domains present for each subject, and impairment of relationships with others.

All clusters with IPSV were more affected by ruminations than the NSV group, with moderate to large differences depending on the cluster. These results seem to be consistent with the data from a qualitative study, which found increased ruminations in women who reported IPSV compared to those who did not (Logan et al., 2007). These women seemed to struggle mentally to categorize and define IPSV. How this cognitive “uncertainty” affects how these women respond to IPSV remains unanswered. They may be manifestations of a "perseverative cognition," which is defined as the repeated or sustained activation of cognitive representations of past stressful events or feared future events (Brosschot et al., 2006). These perseverative cognitions are likely to make patients more vulnerable and play a role in the maintenance of various problems other than depressive and anxiety disorders in patients (Ehring & Watkins, 2008). The assessment of the intensity of ruminations should therefore be integrated into the clinical assessment of IPV survivors in general, and of IPSV victims in particular, as they may correspond to a certain degree of vulnerability in the participants.

While the severity of complex trauma is greater in PSC and Mixed-Med when comparing clusters, all clusters with IPSV have an increased severity of complex trauma symptoms compared to the NSV group. This point catches our attention as it raises the question of the etiology of complex trauma and its evolution over life. The HFR and Mixed-Low groups, the two clusters least concerned by a history of sexual abuse in childhood, were more affected by complex trauma than the NSV group. Thus, the symptoms of complex trauma are sensitive

to chronic sexual violence in adulthood and do not originate solely in childhood, especially as no difference exists between the groups concerning the presence of complex trauma throughout life.

Moreover, sexual violence in adulthood may contribute to the development or symptomatologic expression of complex trauma in patients already weakened by other types of history or other forms of violence. The results concerning the impairment of interpersonal relationships are particularly interesting: the clusters with IPSV do not differ from each other at this point, but are all highly different from the NSV group, as if the presence of interpersonal difficulties was extremely sensitive to the presence of IPSV and, in contrast, highly insensitive to the frequency of IPSV in our sample. In a recent study, IPSV was associated with poorer quality of life in social relationships in a student population (Wong et al., 2021). In our study, impaired relationships seemed to stand out in the presence of IPSV, compared with the clinical population already experiencing physical and psychological intimate partner violence, as if IPSV strikes an additional dimension of psychism. More research is warranted to understand the specific nature of the damage caused by IPSV among IPV survivors. However, the impact on relational intimacy and self-esteem may be particularly pronounced, leading to greater difficulties in positioning oneself in relationships with others. In any case, the link between complex trauma and IPSV deserves more attention, as patients with complex PTSD experience more pervasive difficulties that affect their overall functioning (Brewin et al., 2017).

Another possible explanation for the observation that the mere presence of IPSV is associated with a worsened clinical outcome involves the concept of cumulative traumatic events. This study raises the following question: does the presence of IPSV worsen the consequences for victims, or does the combination of IPSV with physical and psychological violence lead to greater harm? In a recent study, Potter and his colleagues (2021) explored the

differentiated impact of the following combinations of IPV: physical IPV only; psychological IPV only; IPSV only; physical, psychological and sexual IPV; and physical and psychological IPV without IPSV. The two categories involving combined forms were the most prevalent, and the combined IPV involving IPSV was associated with the most deleterious consequences for mental health. Moreover, IPSV alone was less harmful than the grouping of physical and psychological IPV, without IPSV. These observations underline the detrimental effect of the accumulation of diverse forms of violence in an IPV situation. In our study, IPSV survivors are at the highest risk regarding the accumulation of various forms of aggression: they are confronted with physical, psychological and sexual violence. This accumulation is possibly more significant than the sexual dimension of the trauma in complicating the associated psychological outcomes.

It is also possible that the sexual dimension of IPV possesses a greater potential for trauma. This hypothesis may explain the higher prevalence of CPTSD symptoms among IPSV survivors in this study. Several researchers argue that IPSV has a distinct influence on an individual's psychological well-being, surpassing that of physical or psychological violence. IPSV can lead to a profound sense of betrayal and dehumanization, creating deep-seated emotional wounds (Bergen, 2006; Tarzia, 2021). Sexual violence by a partner could result in greater harm since sexuality is perceived as a space for expressing intimacy and relational closeness between couples in a privileged way (Witherow et al., 2017). Moreover, many traumatic events such as accidents or natural disasters, including interpersonal traumas such as physical assaults, are linked with a relative risk of PTSD: only a minority of victims develop PTSD after experiencing such events (Galatzer-Levy et al., 2018). Compared to other types of violence, sexual violence poses a greater risk of developing psychotraumatic symptoms (Dworkin, 2020). These elements tend to point that sexual violence could have a distinctive

influence on psychotraumatic symptoms, highlighting the unique nature of IPV involving sexual violence, beyond the cumulative impact of violence.

In addition, the impact of IPSV could be both an emblem of traumatic multiplicity in the context of IPV, and a severe form of interpersonal trauma within the various forms of partner violence. Dedicated research should now focus on IPSV, taking into consideration the relationship with the partner, its uniqueness and the effect of cumulative violence.

Clinical implications

The assessment of IPSV survivors should now systematically include CPTSD measurement. The creation of the ITQ allows for a simple and low-cost assessment of CPTSD according to the ICD-11. Whenever CPTSD is diagnosed, psychotherapy should not be restricted to simply transposing successful techniques from PTSD psychotherapy. Indeed, although Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) have shown to be effective in treating PTSD, they have limitations in addressing DSO (Karatzias et al., 2019). Treating CPTSD requires the therapist to prioritize a flexible psychotherapy approach. This approach centers around the patient's individual requests and the co-creation of tailored objectives, ensuring a personalized psychological intervention (Cloitre, 2015).

Furthermore, it is necessary for professionals working with IPSV survivors to prioritize a therapeutic approach that considers childhood trauma history. The predominance of medical models of mental health and the standardization of psychological interventions can lead to organizing psychotherapy according to diagnostic categories, and therefore to a lack of attention towards lived experiences and individual contexts (Hameed et al., 2020). That is why it is

essential to pay close attention to the numerous traumatic experiences these women describe, as they provide a broader context in which IPV and IPSV frequently occur (Baird et al., 2021).

Particularly, childhood sexual abuse histories may be common among IPSV victims. Most sexual abuse against children is committed by a family member or a close acquaintance of the child (Bourgou et al., 2021) that is, within the context of an often established interpersonal relationship, and possibly, by an attachment figure. It is possible that in adulthood, the context of relational intimacy with the sexually violent partner reactivates dysfunctional psychosexual patterns learned through sexual abuse during childhood (Lalor & McElvaney, 2010). Psychotherapy for IPSV survivors provides a chance to recognize these patterns and restructure them to avoid future sexual revictimization.

Limitations

This study is exploratory. Our sample size was small, particularly for the HFR cluster (N=5), which limited the interpretation of the results. Online questionnaires would have allowed for a larger sample size, but the risk of reliving traumatic events and the presence of an abusive partner at home was overly high. Our sample was also very specific, corresponding to a specific minority: all participants were women who had filed a complaint for IPV. However, it is estimated that 80% of the IPV survivors in France do not file a complaint (INSEE-ONDRP, 2014). Furthermore, in terms of diversity, this research was conducted among cisgender participants, engaged in heterosexual relationships, and sharing homogeneous characteristics (language, nationality, age, and culture), which impedes the generalization of the results. Methodologically, participants were assigned to the initial groups (IPSV or no IPSV) on the basis of a self-report questionnaire, which means that some women may not have been aware of their exposure to IPSV or may have been unwilling to disclose it. This subjective mode of

classification may imply that IPSV is underestimated. Furthermore, cluster analysis has limitations, and other factors may justify assigning participants to a specific cluster. Finally, when the study was elaborated, the SIDES was the only measurement tool available in French for assessing something closer to CPSTD (including DSO) although based on the DESNOS category (Payer, 2012). The ITQ, now available, should be used as it seems to be a reliable measurement tool for evaluating PTSD and CPTSD based on the ICD-11 diagnostic criteria (Peraud et al., 2022).

Directions for future research

The impact of IPSV frequency on a relationship remains largely unexplored, and the results of this study indicate considerable heterogeneity in IPSV situations. To obtain more generalizable results, future research should include larger samples with a broader range of educational levels and a greater representation of gender and sexual minorities, as well as participants from different nationalities and cultures. Moreover, these issues must be explored using a sample of participants who did not file a complaint, as this would be more representative of the population of IPV victims.

The dynamics at work among childhood sexual abuse history, IPSV, and complex trauma must be further explored. Complex trauma can be created, promoted, and/or maintained by IPSV in adulthood. Furthermore, although several studies have suggested a link between the presence of a history of childhood sexual abuse and IPSV, few studies have examined the role of complex trauma symptoms in this link, which may mediate or moderate the relationship between these two variables. First, it would be useful to test a possible statistical link between IPSV and complex trauma by using other tools, such as the International Trauma Questionnaire (ITQ), which measures PTSD symptoms as well as C-PTSD according to ICD-11. This reliance

on another paradigm of complex trauma can provide useful elements, especially given that the development of the ITQ is in line with WHO's principle of maximum clinical utility (Cloitre, 2020).

Second, qualitative studies in relation to IPSV are scarce and must be developed to understand the subjective dynamics of these links. Quantitative studies have failed to capture many elements of IPSV, including the subjective resonance of events, echoes between current and past sexual violence, and the impact of the context of sexual victimization.

Finally, recent research suggests that the presence of sexual coercion from an intimate partner, coupled with commitment to the affective relationship, increases women's tolerance to situations involving the risk of sexual victimization (Garrido-Macías et al., 2022). In our study, many women who experienced childhood sexual abuse found themselves in chronic situations of sexual victimization in adulthood, especially in their relationships. Therefore, how is tolerance to sexual violence likely to evolve throughout life from childhood to adulthood? How can we help victims escape from the sexual victimization spiral? Research efforts should be directed toward these questions, which we believe have the most numerous and useful clinical applications for practice with IPSV survivors.

CONCLUSION

IPSV cases range in severity from isolated events to sexual slavery. This study highlights the heterogeneity of women's IPSV experiences by providing a useful typology for practice. Underreporting is a problem for measuring sexual violence victimization and this may be especially true within intimate relationships (Anderson et al., 2020). As IPSV victims are highly likely to go undetected, we hope that this work can help to better understand the clinical

manifestations associated with IPSV to identify IPSV itself. We encourage practitioners who work with IPV survivors to conduct systematic IPSV searches. Finally, the vulnerability of this population to complex trauma confirms that “tackling intimate partner violence will require putting trauma front and center in our research, in our services, and in our policies” (The Lancet Psychiatry, 2022, p. 423).

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank Professor Nelly Goutaudier for her assistance with the statistical clustering procedure.

We would like to thank Eric Dutheil and Editage (www.editage.com) for English language editing.

REFERENCES

- Alsaker, K., Morken, T., Baste, V., Campos-Serna, J., & Moen, B. E. (2012). Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships: Sexual assault in intimate partner violence. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *91*(3), 301-307. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01336.x>
- Anderson, R. E., Holmes, S. C., Johnson, N. L., & Johnson, D. M. (2020). Analysis of a Modification to the Sexual Experiences Survey to Assess Intimate Partner Sexual Violence. *The Journal of Sex Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1766404>

- Arditte, K. A., Shaw, A. M., & Timpano, K. R. (2016). Repetitive Negative Thinking : A Transdiagnostic Correlate of Affective Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 35*(3), 181-201. <https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.3.181>
- Bagwell-Gray, M. E. (2019). Women's Experiences of Sexual Violence in Intimate Relationships : Applying a New Taxonomy. *Journal of Interpersonal Violence, 34*(18), 886260519827667. <https://doi.org/10.1177/0886260519827667>
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence : A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(3), 316-335. <https://doi.org/10.1177/1524838014557290>
- Baird, S. L., Alaggia, R., & Jenney, A. (2021). "Like Opening Up Old Wounds": Conceptualizing Intersectional Trauma Among Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(17-18), 8118-8141. <https://doi.org/10.1177/0886260519848788>
- Barker, L. C., Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Intimate Partner Sexual Violence : An Often Overlooked Problem. *Journal of Women's Health (2002), 28*(3), 363-374. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6811>
- Bécour, B., Vasseur, P., Chuc, A., & Renaud, B. (2014). Violences sexuelles conjugales à Paris : Étude analytique prospective de 100 cas. *Médecine & Droit, 2014*(127), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2013.08.009>
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims, 18*(1), 87-94.

- Bergen, R. (2006). *Marital Rape: New Research and Directions*. National Online Resource Center on Violence Against Women. https://vawnet.org/sites/default/files/materials/files/201609/AR_MaritalRapeRevised.pdf
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Black, M. C. (2011). Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences : Implications for Clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 428-439. <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) : Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bourgou, S., Meddouri, S. L., Ben Hamouda, A., Ben Mustapha, H., Charfi, F., Hamza, M., & Belhadj, A. (2021). Enfants victimes de violences sexuelles en consultation de pédopsychiatrie. *L'Encéphale*, 47(3), 221-226. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.06.011>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>

- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-Awareness, Affect Regulation, and Relatedness: Differential Sequels of Childhood Versus Adult Victimization Experiences. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(6), 497-503.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31803044e2>
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis : A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.074>
- Calder, J., McVean, A., & Yang, W. (2010). History of Abuse and Current Suicidal Ideation : Results from a Population Based Survey. *Journal of Family Violence*, 25(2), 205-214.
<https://doi.org/10.1007/s10896-009-9284-x>
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization : A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129.
<https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Clay-Warner, J. (2003). The Context of Sexual Violence : Situational Predictors of Self-Protective Actions. *Violence and Victims*, 18(5), 543-556.
<https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.5.543>
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27344.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder : Simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129-131.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>

- Cloitre, M. (2021). Complex PTSD: Assessment and treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(sup1), 1866423.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866423>
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD : Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, *36*(2), 119-124.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7)
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD : Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Dokkedahl, S., Kristensen, T. R., Murphy, S., & Elklit, A. (2021). The complex trauma of psychological violence : Cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1863580.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863580>
- Dworkin, E. R. (2020). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *21*(5), 1011-1028.
<https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
- Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, *16*(6), 563-576. <https://doi.org/10.1080/07399339509516210>
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*(3), 192-205.
<https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192>

- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Felson, R. B., & Pare, P.-P. (2005). The Reporting of Domestic Violence and Sexual Assault by Nonstrangers to the Police. *Journal of Marriage and Family, 67*(3), 597-610. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00156.x>
- Fernández -Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez -Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo- Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: Risk factors related to symptoms and diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 2003616. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in *DSM-5* : Getting Here From There and Where to Go Next: Finalizing PTSD in *DSM-5*. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 548-556. <https://doi.org/10.1002/jts.21840>
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review, 63*, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence : Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet, 368*(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Garrido-Macías, M., Valor-Segura, I., & Expósito, F. (2022). Women's Experience of Sexual Coercion and Reactions to Intimate Partner Sexual Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(11-12), NP8965-NP8988. <https://doi.org/10.1177/0886260520980394>

- Hameed, M., O'Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Tan, M., & Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub2>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Honda, T., Wynter, K., Yokota, J., Tran, T., Ujiie, Y., Niwa, M., Nakayama, M., Ito, F., Kim, Y., Fisher, J., & Kamo, T. (2018). Sexual Violence as a Key Contributor to Poor Mental Health Among Japanese Women Subjected to Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health*, 27(5), 716-723. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6276>
- INSEE-ONDRP. (2014). *Eléments de profil des hommes et des femmes de 18-75 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles sur deux ans par conjoint cohabitant*. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/derniere-etude-insee-ondrp-sur-les-femmes-victimes-de-violences>
- IPSOS. (2019). *Enquête « Violences sexuelles dans l'enfance »*. <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete-ipsos-2-violences-sexuelles-de-lenfance.html>
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2017). Characterizing Sexual Violence in Intimate Relationships : An Examination of Blame Attributions and Rape Acknowledgment. *Journal of Interpersonal Violence*, 0886260517726972. <https://doi.org/10.1177/0886260517726972>

- Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., Fougeyrollas-Schwebel, D., Houel, A., Lhomond, B., & et al. (2003). Les violences envers les femmes. Une enquête nationale. *Paris: La documentation française*.
- Jung, S., Faitakis, M., & Cheema, H. (2021). A comparative profile of intimate partner sexual violence. *Journal of Sexual Aggression*, 27(1), 95-105. <https://doi.org/10.1080/13552600.2020.1722268>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms : Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Krebs, C., Breiding, M. J., Browne, A., & Warner, T. (2011). The Association Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women. *Journal of Family Violence*, 26(6), 487-500. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9383-3>
- Koss, M. P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., Ullman, S., West, C., & White, J. (2007). Revising the SES: A Collaborative Process to Improve Assessment of Sexual Aggression and Victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31(4), 357-370. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00385.x>
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(4), 159-177. <https://doi.org/10.1177/1524838010378299>
- Logan, T., Cole, J. R., & Shannon, L. A. (2007). A Mixed-Methods Examination of Sexual Coercion and Degradation Among Women in Violent Relationships Who Do and Do

- Not Report Forced Sex. *Violence and Victims*, 22(1), 71-94. <https://doi.org/10.1891/vv-v22i1a005>
- Logan, T. K., Walker, R., & Cole, J. (2015). Silenced suffering: The need for a better understanding of partner sexual violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(2), 111-135. <https://doi.org/10.1177/1524838013517560>
- Logan, T., Walker, R., Jordan, C. E., & Leukefeld, C. G. (2006). *Women and victimization: Contributing factors, interventions, and implications*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11364-000>
- Lussier, Y. (1997). *A French translation of the revised conflict tactics scales*. Unpublished Manuscript, Trois-Rivières: University of Quebec.
- Macy, R. J., Nurius, P. S., & Norris, J. (2006). Responding in Their Best Interests: Contextualizing Women's Coping With Acquaintance Sexual Aggression. *Violence Against Women*, 12(5), 478-500. <https://doi.org/10.1177/1077801206288104>
- Mahoney, P. (1999). High Rape Chronicity and Low Rates of Help-Seeking Among Wife Rape Survivors in a Nonclinical Sample: Implications for Research and Practice. *Violence Against Women*, 5(9), 993-1016. <https://doi.org/10.1177/10778019922181590>
- McFarlane, J., Campbell, J. C., & Watson, K. (2002). Intimate partner stalking and femicide : Urgent implications for women's safety. *Behavioral Sciences & the Law*, 20(1-2), 51-68. <https://doi.org/10.1002/bsl.477>
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate Partner Sexual Assault Against Women : Frequency, Health Consequences, and Treatment Outcomes: *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 99-108. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000146641.98665.b6>

- McFarlane, J., Wiist, W., & Watson, M. (1998). Characteristics of Sexual Abuse against Pregnant Hispanic Women by Their Male Intimates. *Journal of Women's Health, 7*(6), 739-745. <https://doi.org/10.1089/jwh.1998.7.739>
- McOrmond-Plummer, L. (2008). Considering the difference: Intimate partner sexual violence in sexual assault and domestic violence discourse. *Connection: A Biannual Publication of Washington Coalition of Sexual Assault Programs, 10*(1), 4-7.
- Messing, J. T., Thaller, J., & Bagwell, M. (2014). Factors related to sexual abuse and forced sex in a sample of women experiencing police-involved intimate partner violence. *Health & Social Work, 39*(3), 181-191.
- Moreau, C., Boucher, S., Hébert, M., & Lemelin, J. (2015). Capturing sexual violence experiences among battered women using the revised sexual experiences survey and the revised conflict tactics scales. *Archives of Sexual Behavior, 44*(1), 223-231. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0345-8>
- Moulds, M. L., Bisby, M. A., Wild, J., & Bryant, R. A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 82*, 101910. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101910>
- Observatoire national des violences faites aux femmes. (2018). *Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2017* (N° 13).
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201. <https://doi.org/10.7202/008831ar>

- Parkinson, D. F., Williamson, E., Davis, M., Kilroy, D., Winters, M., Zara, C., & DeKeseredy, W. S. (2013). *Intimate partner sexual violence : A multidisciplinary guide to improving services and support for survivors of rape and abuse*.
- Payer, M. (2012). *L'état de stress post-traumatique-complexe : Un concept novateur à explorer* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9232/Payer_Mylene_2012_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 3-16.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2014). Sexual assault and other types of intimate partner violence in women with protection orders in Vhembe District, South Africa. *Violence and Victims, 29*(5), 857-871.
- Pengpid, S., Peltzer, K., Laosee, O., & Suthisukon, K. (2018). Intimate partner sexual violence and risk for femicide, suicidality and substance use among women in antenatal care and general out-patients in Thailand. *BMC Women's Health, 18*(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0526-z>
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M. J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(2), 2152109. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109>
- Potter, L. C., Morris, R., Hegarty, K., García-Moreno, C., & Feder, G. (2021). Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-

- country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Epidemiology*, 50(2), 652-662. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa220>
- Rivas-Rivero, E., Panadero, S., & Vázquez, J. J. (2021). Intimate partner sexual violence and violent victimisation among women living homeless in Madrid (Spain). *Journal of Community Psychology*, 49(7), 2493-2505. <https://doi.org/10.1002/jcop.22619>
- Sanchez, M., Fouques, D., & Romo, L. (2022). Violences sexuelles entre partenaires intimes : Caractéristiques et enjeux cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, S0003448721004406. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.12.005>
- Shannon, L., Logan, T., Cole, J., & Walker, R. (2008). An Examination of Women's Alcohol Use and Partner Victimization Experiences Among Women With Protective Orders. *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 1110-1128. <https://doi.org/10.1080/10826080801918155>
- Smith, SG., Chen, J., ... Basile, K. (2017). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) : 2010-2012 state report*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Sullivan, T. P., Cavanaugh, C. E., Buckner, J. D., & Edmondson, D. (2009). Testing posttraumatic stress as a mediator of physical, sexual, and psychological intimate partner violence and substance problems among women : PTSD as a Mediator of IPV

- and Substance Use Problems Among Women. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 575-584. <https://doi.org/10.1002/jts.20474>
- Tarzia, L. (2021). "It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman" : The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence. *Qualitative Health Research*, 31(2), 287-297. <https://doi.org/10.1177/1049732320967659>
- Testa, M., VanZile-Tamsen, C., & Livingston, J. A. (2005). Childhood Sexual Abuse, Relationship Satisfaction, and Sexual Risk Taking in a Community Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1116-1124. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1116>
- The Lancet Psychiatry. (2022). Intimate partner violence and trauma. *The Lancet Psychiatry*, 9(6), 423. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00140-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00140-7)
- Tiwari, A., Cheung, D. S. T., Chan, K. L., Fong, D. Y. T., Yan, E. C. W., Lam, G. L. L., & Tang, D. H. M. (2014). Intimate partner sexual aggression against Chinese women : A mixed methods study. *BMC Women's Health*, 14, 70. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-70>
- Turchik, J. A., Probst, D. R., Chau, M., Nigoff, A., & Gidycz, C. A. (2007). Factors predicting the type of tactics used to resist sexual assault : A prospective study of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 605-614. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.605>
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD Field Trial for DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress : The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>

- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- Witherow, M. P., Chandraiah, S., Seals, S. R., Sarver, D. E., Parisi, K. E., & Bugan, A. (2017). Relational Intimacy Mediates Sexual Outcomes Associated with Impaired Sexual Function : Examination in a Clinical Sample. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 843-851. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.671>
- Wong, J. Y. H., Choi, E. P. H., Lo, H. H. M., Wong, W., Chio, J. H. M., Choi, A. W. M., & Fong, D. Y. T. (2021). Intimate Partner Sexual Violence and Mental Health Indicators Among Chinese Emerging Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19-20), NP10229-NP10254. <https://doi.org/10.1177/0886260519872985>
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

2.4 PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

2.4.1 Résultats

L'échantillon se constitue de 93 femmes, âgées de 19 à 65 ans ($\bar{x} = 38.6$, $\sigma = 9.9$), reçues en UMJ à la suite de leur plainte pour violences conjugales. La durée moyenne de la relation avec le partenaire violent est de 9,6 années ($\sigma = 9.2$). Parmi elles, 61 femmes (65,6%) rapportent avoir été exposées à des violences sexuelles au cours de cette relation.

Quatre clusters sont identifiés et présentent des différences significatives en termes de fréquence des différentes formes de VSPI.

Le cluster « viols très fréquents » (HFR) représente 5,4% de l'échantillon (N=5), et se caractérise par les fréquences les plus élevées de toutes les formes de violences sexuelles, avec une prédominance des viols et des tentatives de viol. En moyenne, les participantes de ce cluster rapportent 166 agressions sexuelles au cours de la relation, dont 87 viols et tentatives de viol, 59 agressions par coercition sexuelle ou tentative de coercition sexuelle, et 20 situations de contact sexuel abusif. Il s'agit du cluster le plus exposé aux VSPI.

Le cluster « coercition sexuelle prédominante » (PSC) représente 20,4% de l'échantillon (N=19) et se caractérise par une fréquence élevée des actes de coercition sexuelle et tentatives de coercition sexuelle. En moyenne, les participantes de ce cluster rapportent 76 agressions sexuelles au cours de la relation, dont 45 agressions par coercition sexuelle ou tentative de coercition sexuelle, 18 viols ou tentatives de viol, et 14 situations de contact sexuel abusif. Il s'agit du deuxième cluster le plus exposé aux VSPI.

Le cluster « Mixtes – moyenne » (Mixed-Med) représente 20,4% de l'échantillon (N=19), et se caractérise par des fréquences intermédiaires de toutes les formes de VSPI. En

moyenne, les participantes de ce cluster rapportent 31 agressions sexuelles au cours de la relation, dont 16 agressions par coercition sexuelle ou tentative de coercition sexuelle, 8 viols ou tentatives de viol, et 7 situations de contact sexuel abusif.

Le cluster « Mixtes – faible » (Mixed-Low) représente 19,4% de l'échantillon (N=18), et se caractérise par les fréquences les plus faibles de toutes les formes de VSPI. En moyenne, les participantes de ce cluster rapportent 8 agressions sexuelles au cours de la relation, dont 2 agressions par coercition sexuelle ou tentative de coercition sexuelle, 3 viols ou tentatives de viol, et 3 situations de contact sexuel abusif.

Malgré ces différences, les différentes formes de VSPI se cumulent dans tous les clusters.

Les clusters ne présentaient pas de différences concernant les variables socio-démographiques (âge des participantes, durée de la scolarité), ni concernant la fréquence, la sévérité et la durée des violences physiques et psychologiques du partenaire. Ils ne présentaient pas non plus de différences concernant les symptômes anxieux et dépressifs (HAD).

Les clusters présentaient entre eux et/ou avec le groupe VPI des différences concernant les antécédents d'agressions sexuelles durant l'enfance (CTQ-SF), les symptômes d'intrusion du trouble de stress post-traumatique (PCL-5), la sévérité globale du trauma complexe (SIDES) et l'intensité des ruminations (PTQ).

Les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance étaient plus fréquents dans les clusters PSC et Mixed-Med que dans les autres clusters (tailles d'effet moyennes et importantes). Les symptômes d'intrusion du TSPT étaient plus élevés dans le groupe HFR que dans les autres clusters et le groupe VPI (taille d'effet importante). La sévérité globale du trauma complexe était moins importante dans le groupe VPI que dans tous les clusters avec VSPI

(tailles d'effet moyennes et importantes). Les ruminations étaient moins importantes dans le groupe VPI que dans tous les clusters avec VSPI.

2.4.2 Discussion

Parmi les participantes, 65,6% déclarent avoir vécu des VSPI. Ce chiffre est en adéquation avec les données de la littérature internationale, en se situant tout de même dans la zone élevée des estimations disponibles, qui vont jusqu'à 68% (McFarlane et al., 2005). Cette différence pourrait être due aux caractéristiques de notre échantillon : les participantes ayant toutes porté plainte contre leur conjoint, il est possible qu'elles soient plus avancées dans leur processus de conscientisation des violences, et/ou que leur parole soit plus libre. Notre méthodologie de recherche en *self-report* en présence d'un investigateur psychologue est également susceptible d'avoir favorisé une plus grande propension à évoquer les VSPI, qui sont particulièrement associées à des difficultés d'évocation et de révélation (Felson & Pare, 2005; Jung et al., 2021).

Nos résultats indiquent une hétérogénéité importante dans la fréquence à laquelle les femmes sont susceptibles de subir des VSPI : elles peuvent aller de 8 occurrences au cours de la relation (Mixed-Low) à 166 occurrences dont 87 viols ou tentatives de viols (HFR). Rappelons que ces chiffres sont des minimums : dans la cotation du SES, le nombre d'évènements peut être coté jusqu'à « 3 et + », ne permettant pas d'indiquer le nombre exact d'occurrences lorsqu'une agression a eu lieu plus de trois fois, ce qui semble pourtant très courant dans notre échantillon. Il est donc probable que la réalité soit plus sévère que ces estimations déjà alarmantes. L'objectif n'est pas de compter un nombre d'occurrences mais de réfléchir à comment les VSPI sont susceptibles de se manifester au sein des VPI, pouvant prendre la forme d'évènements rares au cours de la relation (ce qui ne signifie pas moins graves),

ou au contraire d'une victimisation « élémentaire », intégrée aux habitudes de violence du partenaire.

Concernant les formes de violences sexuelles, on observe une tendance au cumul des différentes formes dans tous les groupes : contrairement à une représentation restreinte des VSPI, limitée à la notion de viol conjugal ou à une dichotomie en oui/non souvent représentée dans la recherche, cette étude suggère plutôt que les femmes concernées subissent différents types d'actes au cours de la relation avec le partenaire violent. Cette multiplicité soulève la question de l'articulation entre les violences sexuelles fondées sur des stratégies psychologiques (coercition) et celles fondées sur une contrainte physique (viols). Ces événements sont-ils simultanés ou apparaissent-ils de façon distincte ? La coercition sexuelle pourrait-elle être envisagée comme un phénomène qui soutient ou prédispose au développement ultérieur d'atteintes sexuelles violentes physiquement ? Il se pourrait en effet que l'escalade si couramment observée en termes de fréquence et d'intensité des violences physiques dans le temps se retrouve aussi dans les VSPI, suivant un continuum débutant par de la coercition sexuelle et évoluant vers des agressions sexuelles (Messing et al., 2014).

Deux des quatre clusters identifiés sont concernés par la prédominance d'une forme de VSPI. Dans le cluster HFR, les viols sont prépondérants, et dans le cluster PSC, la coercition sexuelle est prépondérante. Cela correspond-il à un « mode opératoire » privilégié chez l'auteur, en lien avec son profil de personnalité ? Ou est-ce lié aux caractéristiques de la victime, notamment aux types de stratégies de résistance susceptibles d'être adoptées ? Ou encore à la conjugaison de ces deux facteurs ? Nous formulons entre autres l'hypothèse d'un lien entre ces résultats et la question des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance, très présents dans le cluster PSC, et très peu présents dans le cluster HFR. Ces antécédents pourraient influencer la sexualité à l'âge adulte par le développement de schémas d'obéissance et de résignation,

favorisant éventuellement la soumission des femmes du groupe PSC à des actes sexuels coercitifs, sans que le partenaire n'ait besoin d'utiliser la force physique.

Nous avons été particulièrement interpellée par le fait que la simple présence de VSPI, en dehors de la question de la fréquence ou du degré de victimisation sexuelle, semble liée au degré de ruminations et à la sévérité des symptômes de trauma complexe.

En effet, tous les clusters avec VSPI sont plus marqués en ruminations que le groupe ne rapportant pas de violences sexuelles, avec des différences moyennes à importantes en fonction des clusters. Ces résultats semblent aller dans le sens des données d'une étude qualitative, qui retrouvait des ruminations augmentées chez les femmes ayant déclaré des VSPI, par rapport à celles qui n'en déclaraient pas (Logan et al., 2007). Nous formulons l'hypothèse que les VSPI soient susceptibles d'engendrer plus de doutes et de tentatives de définition de l'expérience que les autres formes de violences conjugales. Nous ignorons encore comment cette incertitude cognitive influence la façon de réagir aux VSPI, mais il est probable que les ruminations soient susceptibles de fragiliser les patientes, et d'être impliquées dans le maintien de problématiques variées et non restreintes aux troubles dépressifs et anxieux (Ehring & Watkins, 2008). L'évaluation du degré de ruminations devrait dès lors être intégrée à l'évaluation clinique des victimes de violences conjugales en général, et des victimes de VSPI en particulier, car elles pourraient correspondre à un certain degré de vulnérabilité des sujets.

Les symptômes du trauma complexe sont discutés en lien avec la question plus générale du rôle du trauma sexuel chez l'adulte dans l'étiologie du trauma complexe. Il se pourrait que les situations de violences sexuelles chroniques à l'âge adulte favorisent le développement du TSPT-C, d'autant plus qu'on ne retrouve pas de différence entre les groupes concernant la présence du trauma complexe sur la vie entière. Il se pourrait également que les violences sexuelles à l'âge adulte induisent l'expression symptomatologique du TSPT-C, sur un terrain

déjà fragilisé par d'autres types d'antécédents ou d'autres formes de violences. De plus, les femmes victimes de VSPI dans notre échantillon sont aussi celles qui subissent le plus de traumatismes cumulés : elles sont confrontées à la fois à des violences physiques, psychologiques et sexuelles. Ce constat soulève la question suivante : est-ce la présence de VSPI qui aggrave les conséquences pour les victimes, ou la combinaison de violences sexuelles, physiques et psychologiques ? Cette accumulation est peut-être aussi significative au regard du risque de TSPT-C que la dimension sexuelle du traumatisme, qui possède dans tous les cas un potentiel traumatogène important (Dworkin, 2020). Les VSPI pourraient engendrer un vécu important de trahison, de deshumanisation, et des blessures émotionnelles plus profondes que les violences physiques et psychologiques du partenaire (Bergen, 2006 ; Tarzia, 2021).

PARTIE 3. EXPÉRIENCE SUBJECTIVE
DES VIOLENCES SEXUELLES AU
SEIN DU COUPLE

3.1 CONTEXTE D'ÉMERGENCE DU PROJET DE RECHERCHE

L'étude sur les profils de victimisation sexuelle nous a permis d'objectiver ce que nous observions sur le terrain : une prévalence importante des situations de VSPI chez les femmes ayant porté plainte pour des violences dans le couple. Cependant, les données obtenues ont généré une certaine frustration. En effet, ces violences étaient fréquentes, avec généralement une coexistence de toutes les formes de VSPI dans la relation, et des ruminations et symptômes psychotraumatiques complexes qui semblaient augmentés chez les femmes concernées. Les antécédents d'agressions sexuelles dans l'enfance semblaient particulièrement présents chez les femmes exposées majoritairement à de la coercition sexuelle. Mais finalement, nous n'en savions pas vraiment plus. Pourquoi ces violences étaient-elles si peu évoquées en consultation, en dépit de leur fréquence ? Pourquoi étaient-elles rarement évoquées dans le cadre du dépôt de plainte, a contrario des violences physiques et psychologiques ? Pourquoi étaient-elles susceptibles de générer des ruminations plus intenses, et des difficultés plus importantes dans les relations avec les autres ? Nous avons l'impression que les VSPI activaient une dimension particulière du psychisme, mais sans pouvoir le définir.

La littérature présentait bien quelques pistes d'interprétation, qui restaient cependant limitées en raison du peu d'études disponibles. Il était avancé que les violences sexuelles étaient susceptibles d'être minimisées lorsqu'elles étaient le fait du partenaire, que les victimes avaient plus de difficultés à les identifier que d'autres formes de violences, et que les problématiques liées au consentement sexuel dans une relation violente, déjà difficilement comprises socialement, était susceptible de perturber le traitement psychique de ces violences (voir 1.2.2.5, p. 119, et 1.2.2.6, p. 122). Dans notre pratique, nos échanges avec les femmes qui évoquaient spécifiquement les violences sexuelles témoignaient, une fois de plus, de la grande hétérogénéité et de la complexité des émotions et cognitions associées, entre banalisation,

tolérance, empathie pour le partenaire, mais aussi souffrance, culpabilité, sentiment de trahison, colère que l'autre ait été capable d'aller « jusqu'à là ». Nous observons notamment des formulations apparemment contradictoires, comme « accepter d'être forcée », qui nous interrogeaient sur la représentation que les femmes construisaient de ces violences, et sur la façon dont elles pouvaient les ressentir. Afin d'obtenir des éléments de réponse à ces questions, il était nécessaire de se focaliser sur l'expérience subjective des victimes.

3.2 OBJECTIFS

Cette étude est conçue pour explorer ces violences du point de vue des victimes, dans le contexte de leur relation avec un partenaire masculin.

Notre premier objectif est d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche suivante : quelle expérience font les victimes des violences sexuelles de leur partenaire ?

Notre deuxième objectif est d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche suivante : quelles significations sont attribuées à cette expérience ?

Ces questions sont volontairement larges, dans la mesure où cette étude vise l'explicitation de l'expérience et de son interprétation par les victimes en mettant de côté, autant que possible, les hypothèses scientifiques ou préconceptions sur le sujet.

L'intégralité de cette étude est présentée de façon détaillée dans un article rédigé en anglais, soumis au mois de mai 2023 à la revue *Journal of Interpersonal Violence*. Une présentation des principaux résultats et éléments de discussion est proposée en français (voir 3.4, p. 233).

3.3 ARTICLE SOUMIS À JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE

TITLE

Intimate partner sexual violence: A phenomenological interpretative analysis among female survivors in France

ABSTRACT

Despite its prevalence, intimate partner sexual violence (IPSV) remains a concealed and poorly understood form of violence against women. Although it is associated with numerous detrimental effects on mental health, very little is known about the subjective meaning of IPSV for survivors. This study addresses this gap by exploring IPSV from the perspective of female survivors within the context of their relationship with a male partner, using interpretative phenomenological analysis (IPA). This study seeks to provide a detailed examination of the personal experience of IPSV, and to illuminate its meaning from a personal standpoint. We conducted in-depth interviews with seven IPSV survivors who were recruited after their complaint for intimate partner violence (IPV). In total, five superordinate themes were identified: (a) “Setting the stage” describes how the complex dynamics preceding IPSV influence self-representation; (b) “Feeling like I'm nothing” describes the emotional experience of IPSV; (c) “Trying to get it, not getting it” describes how IPSV generates intense cognitive load; (d) “Looking back, developing a theory” describes how IPSV is interpreted retrospectively after breaking up with a violent partner; and (e) “Today: living with it” describes how IPSV affects the present. This study highlights how emotional distress and cognitive uncertainty are present on the way to IPSV, through IPSV, and even after filing charges and

separating from the violent partner. Additionally, it shows that survivors attribute IPSV to a sense of individual vulnerability related to romantic love, hope, and traumatic childhood history. These findings are discussed in relation to the existing literature.

Keywords: intimate partner violence, intimate partner sexual violence, intimate partner rape, intimate partner sexual coercion, qualitative analysis

INTRODUCTION

Sexual violence refers to “any sexual act, attempt to obtain a sexual act, comments or advances of a sexual nature, or acts intended to traffic or otherwise directed against a person's sexuality using coercion, committed by a person regardless of relationship to the victim, in any setting, including, but not limited to, home and work” (Krug et al., 2002). This definition emphasizes that sexual violence can occur in any relationship. When it occurs in a romantic partnership, it is referred to as intimate partner sexual violence (IPSV). Women are most often the survivors of male-perpetrated IPSV (Black, 2011), and one in four women worldwide are affected by this type of violence in their lifetime (WHO, 2013). Approximately 43% of rape or attempted rape cases in France are committed by the victim's current or former partner (Ministère de l'Intérieur, 2019). There is a significant increase in the prevalence of IPSV in psychologically and physically violent relationships. As shown in studies conducted among women who have experienced intimate partner violence (IPV), the prevalence of IPSV is higher, ranging from 28% (Eby et al., 1995) to 68% (McFarlane et al., 2005). Indeed, research suggests that men who are physically violent in their relationships are also likely to perpetrate rape or coercive sexual acts against their partners (Bennice & Resick, 2003; McFarlane et al., 2005). According to a recent study exploring the consequences of IPSV among survivors (n=83), none of the participants had experienced IPSV alone, and other manifestations of

partner violence were consistently observed (Honda et al., 2018). Therefore, IPSV must be considered in conjunction with a broader relational context, which occurs more frequently in IPV settings.

Despite its magnitude, IPSV remains a concealed and poorly understood form of violence against women (McOrmond-Plummer et al., 2014). Situated at the intersection of IPV and sexual violence, two fields of research that have developed independently, IPSV is a complex concept to conceptualize and measure (Bagwell-Gray et al., 2015; Logan et al., 2015). IPSV covers a broad spectrum of events, such as rape, sexual assault, and sexual coercion, imposed through the use of physical force or psychological strategies such as manipulation, control, devaluation, insistence, or reproductive control (Bagwell-Gray et al., 2015). Although little is known about the psychological impact of these different forms of IPSV on victims, research consistently finds that IPSV has a deleterious effect on mental health. Women who are raped and battered seem to have higher levels of psychological symptomatology than women who are solely battered (Bennice & Resick, 2003). They are more anxious (McFarlane et al., 2005; McOrmond-Plummer et al., 2014), experience depressive symptoms (Honda et al., 2018; McFarlane et al., 2005; McOrmond-Plummer et al., 2014), have alcohol or substance use problems (McFarlane et al., 2005), and are more often diagnosed with post-traumatic stress disorders (McFarlane et al., 2005; McOrmond-Plummer et al., 2014), compared with women who are solely battered. According to two studies, intimate partner sexual assault significantly predicted PTSD and depressive symptoms after controlling for intimate partner physical violence (Honda et al., 2018; Tiwari et al., 2014), and in one study, it was associated with dissociative experiences (Honda et al., 2018). Moreover, women who have experienced IPSV have higher levels of suicide ideation (Barker et al., 2019; Honda et al., 2018; McFarlane et al., 2005; Pengpid et al., 2018), and are more likely to be killed by their partners (Barker et al., 2019; McFarlane et al., 2005). Here, the purpose is not to draw a comparison between battered

women as well as battered and sexually assaulted women in terms of their levels of suffering. Rather, these findings raise questions regarding the mechanisms associated with IPSV, since their traumatic effects appear to be particularly strong.

As a social construct, IPSV is perceived as less severe than non-partner sexual violence (Adams-Clark & Chrisler, 2018; Lynch et al., 2019). IPSV survivors may believe that rape cannot occur in a romantic relationship (McOrmond-Plummer, 2008), and may be less capable of recognizing rape when perpetrated by their partner (Jaffe et al., 2021). Additionally, IPSV appears to be less disclosed than other forms of IPV (Jung et al., 2021; Logan et al., 2007). As a result of this discrepancy between the severe psychological consequences of IPSV and its minimized perception, it is further justified that the subjective mechanisms of IPSV should be thoroughly investigated.

Qualitative research may provide valuable insights, as it is “oriented towards eliciting psychological meaning” (Gough & Lyons, 2016). However, there are limited qualitative studies on this subject. Existing studies have focused on the processes of redefining the experience as rape and developing coping strategies (Bergen, 1995), the processes of acquiescence to unwanted sexual relations in marriage (Basile, 1999), and the impacts of non-physically forced sexual coercion and sexually degrading tactics among IPV survivors (Logan et al., 2007). Recently, studies have examined the psycho-social mechanisms related to IPSV in a given social and cultural context (Kwiatkowski, 2019; Schneider, 2019), emotional, mental, and physical consequences of IPSV, as well as the different expressions of IPSV (Bagwell-Gray, 2021), and hidden emotional impacts of IPSV (Tarzia, 2021). It is necessary to conduct exploratory qualitative studies in order to gain a better understanding of IPSV that is not limited to current preconceived notions (Logan et al., 2015).

This study explores IPSV from the perspective of female survivors in the context of their relationship with a male partner. Therefore, we employed an interpretative phenomenological analysis (IPA). The IPA is concerned with the detailed examination of personal lived experiences, and its meaning from a personal standpoint (Smith, 2011). This study aims to provide insights into the following two questions: (a) what is it like to experience IPSV; and (b) how do survivors interpret their own experience? These questions aim to broaden the scope of the discussion, since IPA implies putting aside scientific hypotheses or personal expectations (Antoine & Smith, 2017). This research sheds light on the emotions and cognitive characteristics associated with experiencing IPSV, enhancing our understanding and promoting future research based on relevant variables (Antoine & Smith, 2017).

METHODS

Recruitment

The participants were recruited from two medico-legal hospital units in France. All eligible women who met the following inclusion criteria were invited to participate: must be 18 years of age or older, have filed a complaint for any form of IPV, and have experienced any type of IPSV during their relationship with a violent male partner. We purposely did not restrict recruitment to victims of particular forms of IPSV, since survivors are very likely to have experienced various forms of IPSV during their relationship with a violent partner (Sanchez et al., 2023). The medical staff identified potential participants during the forensic examinations following an IPV complaint in France. When elements suggesting the possibility of an IPSV situation were mentioned, patients were asked if they would consent to being contacted for a research examining intimate relations in the context of domestic violence. This method enabled the recruitment of women who did not always define their experiences as sexual violence. The

following exclusion criteria were included: pregnancy, a lack of proficiency in French, and psychotic symptoms or major cognitive disorders. Each participant was required to sign an information document, a research consent form, and an audio registration consent form before the interview, stating the confidentiality of data and the possibility of contacting the principal investigator of the research for any questions (MS). Data was collected between January 2020 and September 2022, following the approval of the Committee for the Protection of Individuals Ile de France IV and in accordance with the Helsinki Declaration guidelines.

Sample

For IPA, small samples are recommended so that researchers can master the entire corpus of interviews (Smith et al., 2009). This study involved seven women between the ages of 23 and 48. There were three participants without children, three with one child, and one with two children. During the study, five participants were employed full-time or part-time, one was a student, and one was unemployed. Since all participants met the inclusion criteria, they had all filed charges for IPV and experienced IPSV, but only three of them had reported IPSV to the police. All the participants were divorced or separated from their violent partners after an intimate relationship, which had lasted between 2 and 21 years. Additionally, a participant was currently involved in another intimate relationship. These characteristics are presented in Table 1.

Table 1*Caractéristiques socio-démographiques et contextualisation de la plainte des 7 participantes*

Participant number	Age	Occupational status	Nombre d'enfants	Pressed charges for IPSV (All participants pressed charges for intimate partner physical and psychological violence)	Durée de la relation avec le partenaire violent, en années	Currently in an intimate relationship (All participants are divorced/separated from the violent partner)
1	42	Full-time employment	1	Yes	21	No
2	34	Full-time employment	1	No	6	No
3	23	Student	0	No	2	No
4	48	Unemployed	2	No	19	Yes
5	25	Part-time employment	0	No	3	No
6	27	Full-time employment	1	Yes	5	No
7	31	Part-time employment	0	Yes	2	No

Data collection

The principal investigator (MS) conducted in-depth interviews with participants on the hospital grounds, which lasted between 49 minutes and 91 minutes (mean = 76 minutes). For IPA, “getting good data requires good interviewing” (Smith, 2011), which means that participants must be able to share their stories in their own words (Smith et al., 2009). Moreover, research on an understudied theme requires minimal questions (Smith & Osborn, 2003) that encourage exploration and explanation of the experience. The participants were asked a single question: “You mentioned negative sexual experiences with your partner during the medical examination. Can you talk to me about this?” This open-ended question did not use terms such as “rape” or “sexual violence” to allow participants to express themselves however they chose to describe their experience. We used empathic and cognitive reflections to accompany the participant’s narrative and encourage further development. Furthermore, those women who required psychological assistance were referred to an appropriate provider.

Data analysis

IPA has become one of the most important qualitative methods in the field of health and clinical psychology (Antoine & Smith, 2017). IPA is based on three essential dimensions (Smith, 2011): the lived experience as it appears (phenomenology); the interpretation of how the participant interprets his or her own experience (double-hermeneutic); and the examination of a particular case (idiography). After transcribing the interviews, the first author processed the data on a case-by-case basis following the different steps recommended for IPA (Smith et al., 2009). These steps included reading and rereading transcripts, coding significant elements, identifying emerging themes, searching for connections between emerging themes, as well as grouping emerging themes into higher-level themes or “superordinate” themes. Since IPA is an iterative process, we examined the movements and developments in the text in detail at every

step. The analysis of each interview resulted in a summary table containing superordinate themes, themes, and corresponding verbatims for each participant. After this cycle of case-by-case analysis was completed, the themes of all participants were re-examined to identify possible groupings as well as convergences and divergences within the data. Finally, the themes were organized into a master theme table.

Reliability

Yardley's criteria for qualitative research (Yardley, 2000) are useful for assessing the quality of IPA (Smith et al., 2009). At every step, sensitivity to context, commitment and rigor, transparency and coherence, as well as impact and importance were considered. A sensitive approach to context was evident in the integration of the existing literature on IPSV, as well as the theoretical and practical principles of IPA (i.e., the four authors were trained by a team of IPA experts). We paid particular attention to the potential vulnerability of the participants by recruiting only those women who had already filed a complaint for IPV, indicating that they were protected from their violent partners at the time of the study. This article demonstrates the commitment and rigor of the authors, demonstrating their willingness to go beyond common sense understandings by opting for an iterative and demanding analysis. Moreover, transparency is evident from the detailed descriptions of the data collection and analysis, as well as the numerous verbatims of the participants, enabling the readers to evaluate the proposed interpretation. The close agreement between the research question and the choice of IPA, which allows a hidden population to speak about a hidden problem, is a clear illustration of the principle of coherence. Moreover, even if inter-judge fidelity does not make sense in IPA because of its interpretative nature, a reflective approach may still be useful (Antoine & Smith, 2017). The last author reviewed each stage of the analysis, allowing the first author to nuance some interpretations and discover new ones, thereby enhancing each case analysis and the

overall corpus analysis. Additionally, the concept of reflexivity involves providing the reader access to researcher's profile, sharing awareness of personal biases that may influence interpretation. The first author of this study is a trained psychologist and psychotherapist who has works as a psychotherapist in a dedicated hospital department in France to treat trauma survivors, especially sexual violence survivors and IPV survivors. This is considered as a strength of the study rather than a weakness, since psychotherapy experience and training facilitate the exploration and understanding of personal lived experience. Finally, by addressing the gaps in the existing literature and giving a voice to IPSV survivors, this study can contribute to the prevention and care programs for IPSV survivors, responding to the key principle of impact and importance.

RESULTS

The following five superordinate themes were identified: “Setting the stage”, “Feeling like I'm nothing”, “Trying to get it, not getting it”, “Looking back, developing a theory”, and “Today: living with it” (Table 2). As it is necessary to provide sufficient space to each theme in order to avoid a superficial description (Smith, 2011), the last theme will not be presented in this article. It encompasses the consequences of IPSV on sexuality and relationships in the present. This theme is as significant as the others, offering unique findings. However, since a decision had to be taken and the fact that this topic has recently been documented (Tarzia, 2021), we will focus on the four other themes. The themes are presented chronologically, from the period preceding IPSV to the present, after leaving the violent partner. The extracts illustrate how participants follow the same theme in their own unique way, capturing convergences and divergences across individual experiences.

Table 2*Superordinate and subordinate themes*

Superordinate themes	Subordinate themes
1. “Setting the stage”: the complex dynamics preceding IPSV influence self-representation	Partner’s obsessive jealousy A one-way sexuality
2. “Feeling like I’m nothing”: the emotional experience of IPSV	Feeling dehumanized Mixed and painful emotions Dealing with it
3. “Trying to get it, not getting it”: IPSV and intense cognitive load	Not understanding what’s happening Something wrong, but not a real rape
4. “Looking back, developing my theory”: the retrospective interpretation of IPSV	Why did I accept this? Getting lost under his influence Romantic love leading to hope My life history
5. “Today: living with it”: IPSV affects present life	A living wound Impacts on sexuality Fear of intimacy

Superordinate theme 1: “Setting the stage”

This superordinate theme describes the relationship and sexual dynamics that existed prior to IPSV. The participants’ narratives are characterized by a back-and-forth movement between the descriptions of sexual violence and some life events that occurred at a previous time in their relationship. It appears that participants read and re-read the pre-existing context of their relational and sexual experiences in order to seek meaning for their IPSV experience. These repeated associations between IPSV and a time when sexuality was still consensual may imply that the original context played a role in developing IPSV. Moreover, IPSV emerges after the participant's self-representation has been insidiously influenced by their partner's obsessive jealousy and a sexuality focused on their partner's sexual pleasure.

Partner's obsessive jealousy

Partner’s jealousy is described as obsessive, disconnected from reality and hypersexualized. The participants are accused of being “obsessed” or “prostitutes” in a world where men “only think about sex”. This theme describes the effects of regular exposure to these hypersexualized beliefs. Eventually, it leads to the perception of oneself as a sexual object:

I told myself, well, after all, he's right. He is right, it's quite normal. Yes, men passing by behind me, they are going to think, as he said, “What a good bitch! I'd like so much to nail her!” (P1, 43-45); He told me “It’s not my fault if you’re nothing else but meat”. Always related to sex. Maybe he’s not wrong, I don’t know, but... But that made me deeply moved inside in a way, because I often told him that I was not a sexual object (P6, 151-154); I really decided to erase myself, because I was scared of consequences, because if a man looked at me, I was insulted (P3, 32-34). Sexual violence wouldn't be so accepted if the whole side... If the stage wasn't set actually. And the stage, they manage to set it very well with all the moral harassment about sex, how you look, about seduction... You don't even know who you are anymore, you don't know. (P5, 477-480).

P1 describes how she talked to herself when her ex-partner asked her to stop wearing dresses. She explains how she was likely to integrate her partner's perspective, assimilating the idea of being an object of sexual desire for men. P6 describes her need to defend herself from her

partner's thinking by asserting that she is not a sexual object. She appears to be oscillating between doubt and resistance: she doubts, but she is trying to preserve her identity as a woman by resisting the idea. P3 focuses more on behavioral adaptation than on cognitive assimilation, seeking to anticipate her partner's reactions by desexualizing herself. P5 identifies harassment as the causal mechanism between these mechanisms and the subsequent acceptance of IPSV. P5 uses the terms "stage" and "set" repeated to convey the importance she attaches to a process that impacts both her self-representation and her sense of identity.

A one-way sexuality

According to the participants, their sexuality was unidirectionally oriented toward the sexual demands of their partners. This lack of sexual reciprocity echoes the previous theme, as participants seem to develop this identity within their relationship in addition to perceiving themselves as sexual objects for men:

When you're really in love, you can make efforts to satisfy certain desires of your partner. But, on the other side, he never satisfies yours... It was all for him. Finally he never did what I would ask him to do (P7, 77-80); Sometimes, he would do what I wanted, but I think it was one percent of what I did for him (P6, 155-156); Well, yeah, it is true, he wants sex, I'll please him (P3, 70); It was frustrating not to be able to satisfy him. As time went by, I agreed to... Do things I didn't like specially (P5, 42-43); Love started to slow down on my side because, you know, "you're just here to do what you want with me, right?" (P2, 139-140)

According to P7, her responses to her partner's sexual requests signify her attachment to him. This dimension is paralleled by the absence of sexual reciprocity, which evokes feelings of emotional disappointment and injustice. This asymmetry in the consideration of sexual desires is also expressed by P6, who quantifies its extent. The effects of this partner-centered sexuality vary from one participant to another. P3 demonstrates the development of an automatic response, that is, satisfying her partner without questioning her own desires. This negation of one's own sexual desire echoes the narrative of P5. In addition to neglecting it, she

progressively goes against it by adopting sexual practices she dislikes. Moreover, P2 describes how this dimension weakened her attachment to her partner.

Superordinate theme 2: “Feeling like I'm nothing”

This superordinate theme presents the various aspects of the emotional experience of IPSV. It discusses the lived experience associated with consciously non-consensual sexual acts, whether this awareness was present at the time of the assaults or has become evident over time. Additionally, this theme describes the participants' attempts to cope with sexual violence.

Dehumanization

According to the participants, IPSV undermines their individual integrity as human beings. Participants describe an intense and multi-dimensional feeling of dehumanization as a result of their partners' sexual assaults:

“He comes, he treats me like... I don't even find the word because even an animal cannot be treated like this. I don't know... Like an object he wants to open, just to open, like I don't know a tin and when he's done, he throws it in the garbage. That's what it is! It's... I would say it like this: a tin that he opens, not easily because the tin is made of iron, so it's hard and he has to force it open and as soon as he is finished, he throws it in the trash” (P4, 82-88); I felt like an inflatable doll (P5, 224); When he wanted a blow job, he would just throw my pillow on the floor. He would throw the pillow on the floor, I had to kneel on it. I felt like nothing (P1, 473-475); I don't remember it clearly, but the text was... That I was crying in the bathroom because he hurt me. That I was burnt inside, physically burnt inside... Not mentally, but physically. That I suffered, that he forced me, that I didn't want to. No answer. (P6, 104-108).

P4 and P5 use strong comparisons to convey the intensity of their dehumanization experiences.

P1 presents this experience in connection with the dimension of contempt that inaugurates sexual aggression. Her partner does not bother to speak to her and just wants her to behave, which signifies her non-existence as a being capable of thinking and speaking. Moreover, P6

experiences dehumanization through the non-consideration of her words: although she accuses her partner of IPSV, his silence serves as a negation of her existence.

Mixed painful emotions

Participants express many painful emotions, confirming that living IPSV involves being trapped in a painful emotional experience. It contributes to the construction of the global meaning attached to IPSV:

Even when you scrub and wash, it still disgusts you, you disgust yourself, you're dirty, you can scrub, scrub, and scrub again and again, it doesn't change anything (P5, 304-305); Sexual violence, it's just atrocious. You want to shout, you want to shout at the whole world. Many times, I felt like exploding in front of all his friends, in front of his parents. Finally, I felt like taking out my anger. It wasn't fair that I had to suffer (P7, 255-259); He was really in control of all my emotions. He pulled out a rope, I cried, he pulled out another one, I was angry, but I was afraid of him, so what was I going to do? Anyway, I'm going to say no, I'm going to get mad, and he's going to hit me. Forget it. So, I was just making myself sick all by myself (P3, 543-547); You are too frightened to say no. I don't know, he comes home pissed off at lunchtime, he slaps me, he treats me really badly and in the evening, he wants sex, and if you don't agree, well there will be sexual violence. And you can't talk about it. You loose confidence" (P4, 161-163); It hurt a lot. Sometimes I even put oil, honey, whatever, and I rubbed because it was so painful. It burnt, it burnt... Sometimes I wanted to kill myself, I can confess I already put a rope, I already took some pills and all that." (P2, 815-817).

As P5 shifts from "it disgusts you" to "you disgust yourself," her interpretation of the meaning of IPSV shifts from an external attribution to an internal signification, that of a disgusting identity. P7 uses anger as a way to build a more protective meaning by redefining IPSV as injustice. Fear prevents P3 and P4 from taking actions, leading to feelings of powerlessness and loneliness. For them, IPSV means finding themselves in a trap. The experience of powerlessness is extreme for P2, who expresses suicidal thoughts in addition to the physical pain caused by IPSV.

Dealing with it

This theme encapsulates the participants' attempts to cope with IPSV. These attempts express the underlying belief that it is possible to manage the situation while remaining in the relationship:

He forced me and... I had to drink alcohol. If I didn't drink, it was too messed up in my head, I would have seen him betraying me (P2, 143-144); Sometimes I told lies: "By the way, I went to the gynecologist, she told me that for two weeks I can't have sex." I told him bullshit (P2, 811-813); I felt totally empty, as if I had a watch in my head going tick-tock. That's the only thing I can do and I tell myself "Well, is he going to finish now? Oh no, not yet. It's really time for him to finish cause it hurts". I tell him it hurts, I ask him to stop, he doesn't listen to me, and I think, "There's no point in telling him to stop cause he doesn't listen" and "he might as well finish quickly". So I tell myself, well, there you go, do what you need to do, get him to finish (P3, 285-291); And so I remember, he undressed me by force. Tearing off my clothes and everything and... And I told him I didn't want to. And so he came and I didn't move actually, the whole way. I looked at the ceiling. I waited for it to pass. I was really like a wreck, in fact, I didn't move at all, I was just there, waiting because, whether I said yes or no, he just didn't give a damn (P7, 187-192).

P2 describes how she attempts to avoid the very perception of IPSV. In this situation, alcohol is used as a means of mentally escaping the assault, which is associated with a sense of betrayal that is too painful to confront. The fact that she lied about medical advice indicates that she believes that the word of an authority figure will be more effective in persuading her partner. Since there is an underpinning belief that the partner remains "reasonable", it must be possible to prevent him from perpetrating IPSV. P3 suffers sexual violence as a result of a profound feeling of powerlessness, and it seems that she is seeking to regain some kind of control by reducing the duration of the assault. It echoes the narrative of P7, who also finds herself waiting for the assault to end, but in a stunned and passive mode, evoking dissociative symptoms.

Superordinate theme 3: “Trying to get it, not getting it”

This theme describes the difficulties encountered in processing IPSV-related information. These difficulties can be identified in participants’ narratives since they were still experiencing IPSV prior to their separation. In the absence of a comprehensive understanding of IPSV, a partial interpretation has been made: there is something wrong, but it cannot be rape. Thus, this dimension could contribute to the maintenance of IPSV over time and serve as a source of cognitive load detrimental to victims’ psychological health.

Not understanding what's happening

Various elements prevent participants from clearly interpreting their experience:

There were times, I was on my phone, he'd come in, open the door, and he'd pull my panties off like this, just like this, he'd stick his fingers in, stuff like this. I didn't even understand what was going on and it hurt too much (P2, 809-812); I felt like it wasn't normal, and I felt like it was normal too (P6, 179-180); I took a shower, I cried in my shower and then I told myself, “But, but you don’t have to cry, you’re crazy poor girl” and, really, I was in this parallel, I was thinking, “Well, this is the man I love, he wanted me, it’s nice.” But, my feeling was more than destabilizing, because I felt dirty while on the other hand, I told myself, “Well, he’s the man I love, I don’t have to feel dirty, I don’t have to...”. I felt almost guilty because I was thinking “Well... why didn’t I want to?” (P3, 302-307); He said: “I think I'm going to leave you. I've had enough of you”. Then, all of a sudden, 10 minutes later, he was happy. He started taking my clothes off, not wondering if I was OK with it as usual. A big contrast. This is the kind of thing, I was hallucinating, I didn’t understand. In fact, I had to follow him, it’s like when you are trying to go upstream, you can't, you row, you row, you can't keep up, you don't understand anything but you have to keep up (P5, 21-26).

P2 is unable to comprehend the event due to the speed and brutality of her partner's execution.

P6 oscillates between two opposing interpretations: normality and abnormality, expressed in an equivalence relationship. P3 highlights a discrepancy between cognition (“I was thinking”), which seeks to normalize the experience, and negative emotions (“I felt”), which signal that something is wrong. This gap prevents her from comprehending the situation. For P5, the cognitive load of IPSV is also rooted in the impossibility of interpreting her partner's sexual

behavior. She uses a long metaphor to communicate the intensity of her confusion, employing repetitive terms to describe her intense mental pain.

Something is wrong, but not a real rape

Attempting to understand IPSV leads to several ambiguities and partial interpretations of events:

I feel like it's my fault in the end but... Because I couldn't say no... But, I think I said no and it didn't work... I don't know. I don't know... It's not... It's not a dramatic rape like we see on TV... I just don't know where I stand with all of this (P6, 322-326); The moment is too hard... To feel that... It feels like I was out there, like someone had raped me (P4, 12-13); I find that actually the term "marital rape," it's too harsh. The term sexual violence too. Sexual violence is too harsh and marital rape is also too harsh because it forces you to realize. And it's both hard to realize and... And impossible, in fact. To have to admit it is to lose your pride, to lose everything. Everything falls apart" (P5, 360-364).

P6 implicitly negates her experience as rape by stating, "it's not a dramatic rape," as if to evoke the paradoxical notion of an attenuated rape, or a less hurtful one. P4 uses the conditional tense to emphasize that it all feels "like" rape, illustrating how she cannot apply this definition to her experience without verbal precautions. P5 produces a psychological interpretation of the impossibility of naming what happens. She explains how a partial definition of the events is necessary in order to avoid recognizing a reality that seems too threatening for mental health.

Superordinate theme 4: "Looking back, developing a theory"

This superordinate theme presents a retrospective view, namely the perspective that participants develop about IPSV after they have managed to leave their violent relationships. In retrospect, all the participants reinterpret the events, reactivating the process of comprehending through a progressive reconnection with oneself, which leads to a very personal questioning of what is perceived as acceptance of sexual violence. This superordinate theme

describes both the characteristics of this questioning and the answers that participants attempt to provide.

Why did I accept this?

This theme describes how participants are questioning their understanding of what is perceived as acceptance of IPSV during their relationship. This questioning stems from a perceived disconnect between their actual identity and the possibility of having experienced IPSV.

I have a friend, she got hit by my cousin, and I was next to her, I said “we don't hit women.” I always protected women. And today, I put myself in a situation where I was abused for six years without even understanding that I was being abused.” (P2, 780-783); And yet, I have a super strong character. How, how, how did I get here, how did I put up with it, and how did I... How did I accept all of this? (P1, 310-312); Well, I was the first one to say “If a man hits me, I will leave him, I will never accept that. I would never in my life accept sexual violence or anything like that” (P3, 205-207); Now the question is: why did I accept all this?” (P3, 533).

P2 expresses a sense of reconnection with herself by affirming her true self through the narration of her behavior in a life scene that dates back to before her relationship with the violent partner. Accordingly, this is in contradiction with her experience of IPSV in terms of an identity incompatibility that is difficult to understand. From their perspective as individuals, P1 and P3 are unable to comprehend how they could have been victims of IPSV. Ultimately, this lack of understanding is associated with a sense of acceptance, indicating the underlying belief that IPSV could not have been accepted, as if it had been possible to choose.

Getting lost under his influence

As a result of this internal questioning, attempts are made to answer it in a manner that is detached from the experience of IPSV. A part of the victims' intimate theorizing is based on the idea of being under influence, described as a sense of absence from oneself:

I finally got to the point where when he hit me, I apologized (P3, 95-96); You're blind and deaf, as long as you're still in the gears, as long as you still have his words in your head (P7, 441-442); I wonder why, every time, I end up in this (*sexual violence*), if I don't have a Stockholm

syndrome or if or if... In fact, instead of realizing that the problem didn't come from me, that it was the other person, I put it all on myself (P5, 61-64).

P3 now realizes the degree of her absence from herself in the relationship, emphasizing the intensity of the mechanisms of reversal of responsibility and blame that she has encountered. Based on the concept of being absent from oneself, P7 uses the metaphor of an extinguished sensuality linked to the integration of the partner's speech. A more general attempt is made by P5 to theorize about the repeated episodes of sexual violence in her life (she was sexually abused during childhood and adolescence) and refers to Stockholm syndrome in order to make sense of this repetition.

Romantic love leading to hope

The notion of having “accepted” IPSV, as constructed by the participants, is also based on an intense attachment to their partner. Participants expressed that they were deeply in love, even after the sexual violence experienced in the relationship:

I lived with a man for 21 years whom I loved very much, so much that if he had asked me for a kidney, I would have given it to him because that's what love is, that's what love used to be for me (P1, 5-7); He is my husband, I chose him, I really loved him, I loved him madly (P2, 612-613); I loved the person who tortured me and after having understood what was happening, I loved him anyway. After realizing, after hating him, I still loved him (P5, 236-238)

This attachment, perceived as exceptional in intensity (P1, P2) and surviving the awareness of sexual violence (P5), seems to nourish a hope for change:

“When we tried to get back together, we sat on the bench and he said to me, “I promise, I'm never going to force you again, I'm never going to ask you when it hurts.” I didn't say anything, I really thought he would change” (P1, 144-146); “Since in my ideal, he was going to go back to being the man I knew at the beginning, I told myself that it was just a passing phase, that I was going to put up with it and that afterwards I was going to have... Everything back in fact...” (P3, 325-327); I wanted that beginning so badly, I wanted that beauty so badly.... That even when there were things, I kept that image” (P5, 349-351); Before we got married, he was nice. And as soon as we got married, he changed like we were... I don't know in the military. It's really, there are rules, there's... Whereas before, there were no rules. I don't know, it's really weird. I thought, “Maybe he'll change” (P4, 220-224).

P1 emphasizes the reality of her hope for change in her partner. She stresses that romantic love increases adherence to the partner's promises and acts as a factor in sustaining the relationship. For P3 and P5, enduring IPSV is associated with the hope of returning to the initial situation, viewed as a lost Eden in the trajectory of life that represents an idealized reference to attachment despite the violence. In case of P4, the hope for change is less intense, but it still exists in connection with a feeling of strangeness regarding the change in the partner's behavior after marriage.

My life history

There are many processes of understanding IPSV based on a re-reading of one's life history: the sexual victimization in the relationship, as well as the abusive relationship itself, are interpreted in relation to various forms of antecedents, which have contributed to the maintenance of the relationship:

He was someone who was present in my life, too much, I didn't realize. In fact, what I didn't have in my family, I found in him, so I felt so good, so protected... Except that it was too much, it's not normal... someone who brings you back to work every morning (P1, 420-423); And I always wanted to have someone who had a past just like mine (*sexual trauma history*). That way, he will not judge me, we'll be together and all that. And my husband had a past just like mine, but his past was that he was already married, he was cheated on by his wife. I told myself "Well, he's not going to hurt me, I'm not going to hurt him, that's for sure (P2, 54-58); If I had been able to deal with the same problems of sexual violence I had in my childhood, I would have known how not to put myself in... I would have known, no, I could have tried not to get into it, or maybe been able to see that it was going to be dangerous and avoid what was going to happen. Because in the end, even though it happened, I stayed with him (P5, 64-68).

In the narrative of P1, "too much" refers to her partner's controlling behavior: she describes how his behavior, now considered abnormal, gave her a sense of affective security. P1 explains this aspect by discussing the emotional deficiencies in her childhood (P1 was abandoned by her family of origin, and taken in by a family described as unwelcoming). The notion of emotional security is also present in P2, which stems from the idea of a parallelism between her and her

husband. For her, attaching herself to a person who carries what she perceives as an element of shame (a divorced man) echoes her own history (P2 was a victim of incest as a child). In P5, the link between a history of childhood sexual abuse and IPSV is more explicitly stated. For her, this history clouded her perception of danger and her ability to protect herself. These narratives illustrate how IPSV, and in particular, the idea of not leaving a sexually abusive partner sooner, is perceived as an expression of vulnerability developed in childhood.

DISCUSSION

Superordinate theme 1, “Setting the stage,” indicates how complex dynamics preceding IPSV may influence self-representation. The meanings associated with partner jealousy and partner-centered sexuality seem to work synergistically to contribute to the development of sexual violence. The existing literature shows a strong correlation between male partner’s jealousy and the perpetration of physical, psychological, and sexual violence (Ellsberg et al., 2015; Gage, 2005; Martinez et al., 2016). This raises questions about the psycho-emotional characteristics of IPSV perpetrators and the impact of jealous stalking on victims. Beyond these considerations, our study suggests that the subjective meaning given to a partner’s jealousy may lead victims to view themselves as sexual objects, which may contribute to the development of IPSV. We observe a similar mechanism regarding the egocentric sexuality imposed by an abusive partner, which has already been identified in the literature (Bagwell-Gray, 2021; Logan et al., 2007). Some researchers believe that egocentric sexuality, which negates a woman's pleasure within the context of coercive control, is itself a form of sexual abuse (Bagwell-Gray, 2021). This study shows that these elements are more closely associated, in the subjectivity of the victims, with a dysfunctional sexual era, which

precedes IPSV, and which could progressively prepare them to not engage in sexual relations in the future.

Superordinate theme 2, “Feeling like I'm nothing,” highlights the dehumanizing experiences of women who have been victims of IPSV. According to the literature, this dimension can be considered as one of the bases for the traumatogenic potential of IPSV (Tarzia, 2021). In fact, we observe that the specific traumatic impact of IPSV seems to be rooted in three levels of meaning: “I do not exist as a human being” (Feeling dehumanized), “I am trapped in emotional pain” (Mixed and painful emotions), as well as “I can improve the situation while remaining in the relationship” (Dealing with it). These three dimensions seem to interact and define the modalities of a chronic emotional struggle. These meanings, developed in a situation of captivity, evoke Judith Herman's notion of complex trauma (Herman, 1992), and provide insight into the overrepresentation of C-PTSD symptoms in IPSV victims as compared to IPV victims who do not report IPSV (Sanchez et al., 2023).

Superordinate theme 3, “Trying to get it, not getting it,” describes an aspect that has repeatedly been observed in the literature: IPSV is not defined and recognized by the victims (Bergen, 2006; Finkelhor & Yllo, 1985; Logan et al., 2007; McOrmond-Plummer, 2008; McOrmond-Plummer et al., 2014; Tarzia, 2021). This study highlights the fact that although the IPSV experience results in a partial/minimized interpretation, victims are still *trying* to stabilize an interpretation. Despite repeated attempts to understand IPSV, participants do not succeed in producing an acceptable meaning because of the presence of too much contradictory information blocking it. This may explain the presence of increased ruminations in women who have reported IPSV compared to those who have not (Logan et al., 2007). The impact of this cognitive uncertainty on these women's responses to IPSV remains unanswered, but ruminations are likely to harm their psychological health (Watkins & Roberts, 2020).

Superordinate theme 4, “Looking back, developing a theory,” shows how cognitive efforts to understand the IPSV experiences continue after the end of the relationship with an abusive partner. While separation from the partner allows for a redefinition of the experience as abuse, sexual assault, or rape (Basile, 1999), this study shows how (1) this redefinition can remain partial and incomplete, and (2) that the cognitive work after separation may extend well beyond the issue of defining IPSV. Additionally, victims seem to engage in a holistic theorization of IPSV based on the notion of individual vulnerability to sexual violence. This sense of particular vulnerability is primarily related to what is described as an intense attachment to the abusive partner. This creates hope for change in the abuser and places victims in a psychological middle ground between hope and fear (Pocock et al., 2020). Moreover, consistent with the literature on sexual revictimization in adulthood (Classen et al., 2005), participants also associated this vulnerability to IPSV with a history of childhood sexual abuse (4 participants) and negative emotional attachment experiences (3 participants). Sexual abuse during childhood is one of the factors that seem to be associated with IPSV (Wong et al., 2021). The participants’ narratives provide many insights into this relationship, such as how childhood sexual abuse can affect one’s perception of sexual danger and the ability to protect oneself from it, or how one unconsciously seeks emotional safety with an abusive person. Furthermore, this IPA notes that an individual’s perception of sexual violence in adulthood may vary depending on how they interpret past experiences of sexual violence. In addition, the emotional investment of a sexually abusive man, along with the presence of an insecure childhood history, can be conceptualized from the perspective of attachment theory (Bowlby, 1988) in adult emotional life (Hazan & Shaver, 1987). In light of this perspective, it is reasonable to reconsider romantic love in sexually abusive relationships in relation to the expression of an insecure attachment style in adulthood. Insecure attachment seems to be significantly related to all forms of IPV victimization (Stefania et al., 2023), and its association with vulnerability to IPSV should be

further explored. To our knowledge, only one study has explored attachment style and sexual victimization among IPV survivors (Smagur et al., 2018), finding that insecure attachment mediated the pathway by which childhood maltreatment resulted in IPSV. Accordingly, participants spontaneously theorize a relationship between characteristics of their anamnesis and vulnerability to sexual assault in adulthood.

Limitations

Qualitative research does not aim to produce generalizable results, but several aspects limit the transferability of the results. In terms of diversity, this research involved cisgender women, engaged in heterosexual relationships, and sharing homogeneous characteristics (language, nationality, and culture). Experiences of IPSV among women in same-sex relationships, men in same-sex relationships, and men experiencing violence from women, in other cultural settings, should be explored. Moreover, our sample represents a minority among IPV survivors: all participants were women who had reported IPV. However, it is estimated that 80% of the IPV survivors in France do not file a complaint (INSEE, 2014). Methodologically, participants were recruited after self-reporting to the police or a physician, which suggests that our sample may be representative of a population that is more aware of having experienced IPSV. Finally, the nature and severity of the global situation of IPV and IPSV varied among participants due to the broad recruitment.

Directions for future research

This study may be useful in preventing IPSV. Prevention based on categorization of the different forms of IPSV has been proposed (Bagwell-Gray et al., 2015; Bagwell-Gray, 2021). However, this may be challenged by the cognitive confusion that victims experience. Research focusing on prevention programs that address emotional and cognitive responses to sexuality in relationships (emotional distress and rumination about sexuality), presented as a

worrisome signal and sufficient reason to seek professional help, could be considered. Moreover, future research could explore the clinical implications of survivors' coping strategies. Although we know that victims tend to protect themselves by not resisting sexual assaults, we still do not know how this affects them. The complex links between childhood trauma history, insecure attachment, and individual vulnerability to IPSV could be explored further. Finally, the most urgent clinical implication concerns the in-depth training of professionals in the specificities of IPSV. There are psychological issues specific to this violence that need to be understood and integrated into treatment, especially in psychotherapy. Psychotherapists should consider IPSV within the overall context of the patient's history, emotional security, attachment style, and psychological resources.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank Mrs Jacqueline Ferrer for English traduction of verbatims.

We would like to thank Editage (www.editage.com) for English language editing.

REFERENCES

- Adams-Clark, A. A., & Chrisler, J. C. (2018). What constitutes rape? The effect of marital status and type of sexual act on perceptions of rape scenarios. *Violence Against Women*, 24(16), 1867–1886. <https://doi.org/10.1177/1077801218755975>.
- Antoine, P., & Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, 62(4), 373–385. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>.

- Bagwell-Gray, M. E. (2021). Women's experiences of sexual violence in intimate relationships : applying a new taxonomy. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13–14), NP7813–NP7839. <https://doi.org/10.1177/0886260519827667>.
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate partner sexual violence : a review of terms, definitions, and prevalence. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(3), 316–335. <https://doi.org/10.1177/1524838014557290>.
- Barker, L. C., Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Intimate Partner Sexual Violence : An Often Overlooked Problem. *Journal of Women's Health* (2002), 28(3), 363-374. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6811>.
- Basile, K. C. (1999). Rape by Acquiescence: The Ways in Which Women “Give in” to Unwanted Sex With Their Husbands. *Violence Against Women*, 5(9), 1036–1058. <https://doi.org/10.1177/1077801299005009004>
- Bennice, J. A., & Resick, P. A. (2003). Marital rape : history, research, and practice. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(3), 228–246. <https://doi.org/10.1177/1524838003004003003>.
- Bergen, R. K., & Barnhill, E. (2006). *Marital Rape: New Research and Directions*. National Resource Center on Domestic Violence, Pennsylvania Coalition against Domestic Violence. https://vawnet.org/sites/default/files/materials/files/2016-09/AR_MaritalRapeRevised.pdf.
- Bergen, R. K. (1995). Surviving wife rape : how women define and cope with the violence. *Violence Against Women*, 1(2), 117–138. <https://doi.org/10.1177/1077801295001002002>.
- Black, M. C. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences : implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 428–439. <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base : parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(2), 103-129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>.
- Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International, 16*(6), 563–576. <https://doi.org/10.1080/07399339509516210>.
- Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls : what does the evidence say? *The Lancet, 385*(9977), 1555–1566. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7).
- Finkelhor, D., & Yllo, K. (1985). Marital rape and marital sexuality. In *License to rape* (pp. 84–98). Holt: Rineheart and Winston.
- Gage, A. J. (2005). Women’s experience of intimate partner violence in Haiti. *Social Science & Medicine, 61*(2), 343–364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.078>.
- Gough, B., & Lyons, A. (2016). The future of qualitative research in psychology : accentuating the positive. *Integrative Psychological & Behavioral Science, 50*(2), 234–243. <https://doi.org/10.1007/s12124-015-9320-8>.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality & Social Psychology, 52*(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>.

- Honda, T., Wynter, K., Yokota, J., Tran, T., Ujiie, Y., Niwa, M., Nakayama, M., Ito, F., Kim, Y., Fisher, J., & Kamo, T. (2018). Sexual violence as a key contributor to poor mental health among Japanese women subjected to intimate partner violence. *Journal of Women's Health, 27*(5), 716–723. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6276>.
- INSEE. *Éléments de profil des hommes et des femmes de 18-75 ans ayant déclaré avoir été victimes de violences physiques ou sexuelles sur deux ans par conjoint cohabitant* (2014). ONDRP. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/derniere-etude-insee-ondrp-sur-les-femmes-victimes-de-violences>.
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2021). Characterizing sexual violence in intimate relationships : an examination of blame attributions and rape acknowledgment. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(1–2), 469–490. <https://doi.org/10.1177/0886260517726972>.
- Jung, S., Faitakis, M., & Cheema, H. (2021). A comparative profile of intimate partner sexual violence. *Journal of Sexual Aggression, 27*(1), 95–105. <https://doi.org/10.1080/13552600.2020.1722268>.
- Krug, E. G. (Ed.) (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf
- Kwiatkowski, L. (2019). A “Wife’s duty” and social suffering : sexual assault in marital relationships in Vietnam. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 28*(1), 68–84. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1494237>.
- Logan, T. K., Cole, J. R., & Shannon, L. A. (2007). A mixed-methods examination of sexual coercion and degradation among women in violent relationships who do and do not report forced sex. *Violence & Victims, 22*(1), 71–94. <https://doi.org/10.1891/vv-v22i1a005>.

- Logan, T. K., Walker, R., & Cole, J. (2015). Silenced suffering: the need for a better understanding of partner sexual violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(2), 111–135. <https://doi.org/10.1177/1524838013517560>.
- Lynch, K. R., Golding, J. M., Jewell, J. A., Lippert, A., & Wasarhaley, N. E. (2019). “She Is his Girlfriend—I Believe this Is a Different Situation”: gender differences in perceptions of the legality of intimate partner rape. *Journal of Family Violence*, 34(3), 213–230. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-0006-0>.
- Martinez, O., Wu, E., Levine, E. C., Muñoz-Laboy, M., Spadafino, J., Dodge, B., Rhodes, S. D., Rios, J. L., Ovejero, H., Moya, E. M., Baray, S. C., Carballo-Diéguez, A., & Fernandez, M. I. (2016). Syndemic factors associated with drinking patterns among Latino men and Latina transgender women who have sex with men in New York City. *Addiction Research & Theory*, 24(6), 466–476. <https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1167191>.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 99–108. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000146641.98665.b6>.
- McOrmond-Plummer, L., Easteal, P. L., & Levy-Peck, J. (2014). *Intimate Partner Sexual Violence: A Multidisciplinary Guide to Improving Services and Support for Survivors of Rape and Abuse*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- McOrmond-Plummer, L. (2008). Considering the difference: intimate partner sexual violence in sexual assault and domestic violence discourse. *Connection: a Biannual Publication of Washington Coalition of Sexual Assault Programs*, 10(1), 4–7.

- Ministère de l'Intérieur. (2019). Rapport d'enquête Cadre de vie et sécurité. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>.
- Pengpid, S., Peltzer, K., Laosee, O., & Suthisukon, K. (2018). Intimate partner sexual violence and risk for femicide, suicidality and substance use among women in antenatal care and general out-patients in Thailand. *BMC Women's Health*, 18(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0526-z>.
- Pocock, M., Jackson, D., & Bradbury-Jones, C. (2020). Intimate partner violence and the power of love : A qualitative systematic review. *Health Care for Women International*, 41(6), 621-646.. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1621318>.
- Sanchez, M., Fouques, D., Gorgiard, C., Soussy, A., & Romo, L. (2023). Intimate partner sexual violence : an exploratory study on sexual victimization profiles among survivors of intimate partner violence in France. *Violence Against Women*. Submitted.
- Schneider, L. T. (2019). Partners as Possession : A Qualitative Exploration of Intimate Partner Sexual Violence in Freetown, Sierra Leone. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(2), 127–145. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1506854>.
- Smagur, K. E., Bogat, G. A., & Levendosky, A. A. (2018). Attachment insecurity mediates the effects of intimate partner violence and childhood maltreatment on depressive symptoms in adult women. *Psychology of Violence*, 8(4), 460–469. <https://doi.org/10.1037/vio0000142>.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method, research*. London: Sage.

- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51–80). Sage Publications, Inc.
- Stefania, C., Rogier, G., Beomonte Zobel, S., & Velotti, P. (2023). The Relation of Anxiety and Avoidance Dimensions of Attachment to Intimate Partner Violence : A Meta-Analysis About Victims. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 1047–1062. <https://doi.org/10.1177/15248380211050595>.
- Tarzia, L. (2021). “It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman” : The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence. *Qualitative Health Research*, 31(2), 287–297. <https://doi.org/10.1177/1049732320967659>.
- Tiwari, A., Cheung, D. S. T., Chan, K. L., Fong, D. Y. T., Yan, E. C. W., Lam, G. L. L., & Tang, D. H. M. (2014). Intimate partner sexual aggression against Chinese women : A mixed methods study. *BMC Women’s Health*, 14, 70. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-70>.
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination : Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research & Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>.
- WHO (2013). Global and regional estimates of violence against women : prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>.
- Wong, J. Y. H., Choi, E. P. H., Lo, H. H. M., Wong, W., Chio, J. H. M., Choi, A. W. M., & Fong, D. Y. T. (2021). Intimate Partner Sexual Violence and Mental Health Indicators Among Chinese Emerging Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19–20), NP10229-NP10254. <https://doi.org/10.1177/0886260519872985>.

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215–228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>.

3.4 PRÉSENTATION ET DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.4.1 Résultats

Sept femmes, âgées de 23 à 48 ans, ont participé à cette étude. Les entretiens de recherche ont duré entre 49 et 91 minutes, avec une durée moyenne de 76 minutes.

L'analyse du corpus d'entretiens a permis l'identification de 14 thèmes transversaux, regroupés en 5 superthèmes. Le superthème 1, « Un terrain préparé », décrit les dynamiques perçues comme ayant été favorables au développement des VSPI. Le superthème 2, « Moins que rien », décrit l'expérience émotionnelle des VSPI. Le superthème 3, « Essayer de comprendre, échouer à comprendre », décrit la charge cognitive engendrée par l'expérience des VSPI. Le superthème 4, « Avec du recul », décrit les efforts de théorisation rétrospective de la situation de VSPI. Enfin, le superthème 5, « Vivre avec ça », décrit les conséquences des VSPI qui continuent à affecter le présent. Pour plus de lisibilité, ces résultats sont reportés dans la table suivante :

Superthèmes	Thèmes
1. « Un terrain préparé » : les dynamiques complexes qui précèdent les VSPI influencent la représentation de soi	Sa jalousie démesurée Une sexualité à sens unique
2. « Moins que rien » : l'expérience émotionnelle des VSPI	Déshumanisation Un mélange d'émotions douloureuses Je peux gérer
3. « Essayer de comprendre, échouer à comprendre » : la charge cognitive engendrée par les VSPI	Je ne comprenais pas ce qui se passait Il y a quelque chose qui ne va pas, mais ce n'est pas vraiment un viol
4. « Avec du recul » : l'interprétation rétrospective des VSPI	Pourquoi j'ai accepté ça ? Sous emprise Attachement et espoir Mon histoire de vie
5. « Vivre avec ça » : les conséquences des VSPI dans le présent	Une blessure toujours vivante Répercussions sur la sexualité Peur de l'intimité

La présentation des résultats d'une analyse phénoménologique interprétative (API) doit réserver suffisamment d'espace à l'élaboration de chaque thème, afin d'éviter une interprétation superficielle et d'inclure un nombre suffisant de verbatims (Smith, 2011). Pour un échantillon de 4 à 8 participants, les verbatims d'au moins 3 participants pour chaque thème sont attendus (Ibid.). Soucieux de prendre en compte ces préconisations, le 5ème superthème n'a pas été décrit dans l'article dédié, en raison de la limitation du nombre de pages de la revue à laquelle il a été soumis. Nous avons cependant intégré la description de ce thème à la présente thèse dans la section suivante (voir 3.5, p. 238).

3.4.2 Discussion

Cette API auprès d'un échantillon de 7 participantes a permis une exploration approfondie du vécu des VSPI et de la signification susceptible de leur être attribuée.

Le superthème 1, « Un terrain préparé », indique comment les dynamiques complexes précédant les VSPI sont susceptibles d'influencer la représentation de soi. Les mises en sens de la jalousie de l'autre et d'une sexualité centrée sur les besoins du partenaire semblent agir en synergie pour créer un contexte favorable au développement des violences sexuelles. La littérature existante révèle une association forte entre la jalousie du partenaire masculin et les violences physiques, psychologiques et sexuelles dans le couple (Ellsberg et al., 2015; Gage, 2005; Martinez et al., 2016). Ce lien donne lieu à des pistes de réflexion concernant le fonctionnement psycho-affectif des auteurs de VSPI et les répercussions du harcèlement jaloux sur les victimes. Notre étude indique qu'au-delà de ces considérations, la mise en sens subjective de la jalousie du partenaire peut donner lieu à une forme d'apprentissage de soi en tant qu'objet sexuel, favorable à l'installation des VSPI. Nous observons un mécanisme similaire concernant la sexualité égocentrée imposée par le partenaire violent, dimension déjà repérée dans la littérature (Bagwell-Gray, 2019; Logan et al., 2007). Certains chercheurs estiment que la sexualité égocentrée, qui vient nier le plaisir féminin dans un contexte plus global de contrôle coercitif, constitue en soi un abus sexuel (Bagwell-Gray, 2019). Cette étude révèle que ces éléments sont davantage reliés, dans la subjectivité des victimes, à une époque sexuelle dysfonctionnelle certes, mais qu'ils ne représentent pas pour elles des violences sexuelles. Cette sexualité pourrait cependant les préparer progressivement à ne pas exister dans les rapports sexuels.

Le superthème 2, « Moins que rien », met en évidence le vécu de déshumanisation des femmes victimes de VSPI. Cette dimension a déjà été repérée dans la littérature et interprétée

comme l'un des fondements du potentiel traumatogène des VSPI (Tarzia, 2021). Au-delà de l'atteinte au self, l'impact traumatique spécifique des VSPI semble enraciné, subjectivement, dans trois niveaux de significations : je ne suis pas une personne (« Déshumanisation »), je suis piégée dans la douleur émotionnelle (« Un mélange d'émotions douloureuses »), je peux améliorer la situation tout en restant dans la relation (« Je peux gérer »). Ces trois dimensions semblent entrer en interaction, et définir les modalités d'un combat émotionnel chronique, en jeu pendant les violences sexuelles mais également en dehors des violences sexuelles. Ce processus, développé dans une situation de captivité, évoque la notion de trauma complexe selon Judith Herman (Herman, 1992), et apporte des éléments de compréhension à la surreprésentation des symptômes du TSPT-C chez les victimes de VSPI par rapport aux victimes de VPI dans notre étude quantitative.

Le superthème 3, « Essayer de comprendre, échouer à comprendre », évoque un aspect du phénomène observé à de nombreuses reprises dans la littérature sur les VSPI : elles ne sont pas définies et conscientisées en tant que telles par les victimes (Bergen, 2006; Finkelhor & Yllo, 1985; Logan et al., 2007; McOrmond-Plummer, 2008; Parkinson et al., 2013; Tarzia, 2020). Cette étude met en lumière que si l'expérience des VSPI donne effectivement lieu à une interprétation partielle/minimisée de la part des victimes, il n'en demeure pas moins que ces dernières essayent, en vain, de stabiliser une interprétation. Les participantes semblent multiplier les tentatives de compréhension, sans parvenir à produire un sens acceptable car trop d'informations y font barrage. Cette observation pourrait éventuellement expliquer, en partie, la présence plus importante de ruminations chez les victimes de VSPI comparativement aux victimes de VPI (voir 2.4.1, p. 191).

Le superthème 4, « Avec du recul », montre comment les efforts cognitifs pour comprendre le vécu se poursuivent après la fin de la relation avec le partenaire violent. Si la

séparation d'avec l'auteur des VSPI permet une redéfinition de l'expérience en tant qu'abus, agression sexuelle ou viol (Basile, 1999), cette étude montre comment, en premier lieu, cette redéfinition peut rester partielle, non aboutie, et en second lieu que le travail cognitif post-séparation est susceptible d'aller bien au-delà de la question de la définition des VSPI. En effet, les victimes semblent s'engager dans une théorisation globale des VSPI, fondée sur la notion de vulnérabilité individuelle aux violences sexuelles. Ce sens d'une vulnérabilité particulière s'ancre en premier lieu dans ce qui est décrit comme un attachement intense au partenaire maltraitant, générant un espoir de changement de ce dernier et plaçant les victimes dans un intermédiaire psychologique entre espoir et peur (Pocock et al., 2019). De façon convergente avec la littérature sur la revictimisation sexuelle à l'âge adulte (Classen et al., 2005), les participantes mettent également en lien cette vulnérabilité aux VSPI avec des antécédents d'agressions sexuelles (4 participantes) et des expériences émotionnelles négatives sur le plan de l'attachement dans l'enfance (3 participantes). Les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance semblent associés aux VSPI (Wong et al., 2021), et le récit des participantes apporte de nombreux éléments de compréhension autour de cette association, comme la façon dont les agressions sexuelles dans l'enfance pourraient influencer la perception du danger sexuel et la capacité en s'en protéger. Cette API rappelle également que les modalités de perception des violences sexuelles à l'âge adulte sont susceptibles de varier selon la mise en sens que font les individus des violences sexuelles passées. Par ailleurs, l'investissement affectif d'un homme maltraitant sexuellement, parallèlement à la présence d'antécédents insécurisants dans l'enfance, peut être conceptualisé selon la perspective de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1988) dans la vie affective adulte (Hazan & Shaver, 1987). Cette perspective inviterait à reconsidérer l'amour romantique dans les relations violentes en lien avec l'expression d'un style d'attachement insécure à l'âge adulte. L'attachement insécure semble significativement associé à toutes les formes de violences dans le couple (Stefania et al., 2023), et son lien avec une

vulnérabilité aux VSPI pourrait être davantage exploré. A notre connaissance, une seule étude a examiné les liens entre style d'attachement et victimisation sexuelle chez les victimes de violences conjugales (Smagur et al., 2018), et a constaté que l'attachement insécure pouvait jouer un rôle intermédiaire favorisant la trajectoire entre la maltraitance subie dans l'enfance et les VSPI à l'âge adulte. Les données de notre étude semblent appuyer ce résultat, dans la mesure où les participantes théorisent spontanément une association entre les caractéristiques de leur anamnèse et une fragilité aux agressions sexuelles à l'âge adulte.

3.5 MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE

3.5.1 Description du 5^{ème} superthème

Le superthème « Vivre avec ça » décrit les aspects de l'expérience actuelle des participantes, en lien avec les violences sexuelles du partenaire. Chez toutes les participantes, le récit est marqué par des allers et retours entre description du passé, du présent, et du futur, évoquant un travail de réinscription de ces violences dans l'histoire de vie. Au présent, les participantes décrivent comment le passé de VSPI se réimpose à elles, constituant une blessure toujours active, et comment il impacte leur sexualité ou leur représentation de la sexualité aujourd'hui. Le vécu des VSPI semble également altérer, de façon plus globale, le rapport à l'intimité affective en contexte amoureux.

Une blessure vivante

Les participantes attribuent aux VSPI une signification de blessure vivante, dans le sens d'une atteinte profonde, toujours susceptible de se manifester dans leur présent, et dotée d'un caractère inaltérable, figé malgré le temps qui passe :

« J'ai eu du mal à dormir dans la chambre où il m'a violée pendant pendant 2 ans. Maintenant j'ai changé de rideaux et la couleur mais à qui je mens ? Je me mens à moi-même. Je me mens à moi-même. Ça ne va pas, je me sens comme je le dis chaque fois, comme un verre ébréché » (P1, 296-299). « Il y a des violences physiques et verbales mais celle-là, c'est le plus douloureux de toute ma vie. C'est toujours gravé là et... Toujours je... J'ai l'image... C'est vraiment... Ça, ça reste toujours gravé. » (P4, 51-53). « Les violences sexuelles, l'impact que ça a, c'est... Psychologique, physique, c'est tout, c'est un ensemble. C'est à long terme, c'est... C'est quelque chose qui touche à vie, ça marque. C'est, on est marqué au fer rouge, c'est tout. » (P5, 369-372). « La fille que j'étais avant, je pense qu'elle reviendra jamais et c'est triste à dire, parce que moi j'aimais bien la fille que j'étais avant lui. J'étais joyeuse et cetera. Mais c'est comme ça et il faut l'accepter, et j'ai encore envie de pleurer. » (P3, 582-585).

P1 décrit la persistance de difficultés autour du sommeil, en insistant sur leur durée par une considération temporelle. Cette difficulté à être dans l'un des lieux associés à des événements traumatiques est typique de la symptomatologie psychotraumatique, et engendre généralement des conduites d'évitement. P1 ne peut pas recourir à cette stratégie, du fait d'un manque de ressources financières qui l'empêche d'envisager un déménagement. Ce contexte favorise probablement le maintien de ses symptômes, qui prennent pour elle la signification d'une atteinte identitaire, d'une cassure fondamentale de soi (« verre ébréché »). Les efforts d'amélioration de l'expérience (« j'ai changé de rideaux et la couleur ») résonnent comme des tentatives vaines, et semblent créer un sentiment d'inauthenticité. L'emploi répété de l'adjectif « gravé » chez P4 véhicule sa sensation de permanence du trauma. Cette permanence concerne une « image », terme qui nous évoque la présence de reviviscences traumatiques. Les propos de P5 font écho à ceux de P4, par l'emploi d'une autre expression décrivant la sensation de l'indélébilité des violences sexuelles (« marqué au fer rouge »), mais chez elle dans le sens d'un impact plus global, holistique (« c'est tout, c'est un ensemble »), au-delà de la « simple » présence de tel ou tel symptôme. P3 relie quant à elle cette blessure au sentiment d'avoir perdu sa véritable identité, a minima la personnalité antérieure aux violences. Chez elle, la permanence de la blessure signifie une perte du soi d'avant, perte comprise comme irrévocable

(« mais c'est comme ça, il faut l'accepter) et générant des émotions douloureuses, à la manière d'un deuil.

Conséquences sur la sexualité

Les participantes décrivent également comment les violences sexuelles du partenaire influencent aujourd'hui leur sexualité, ou leur représentation de la sexualité :

« J'avais plus envie d'avoir de relations sexuelles intimes avec quelqu'un, parce que j'avais peur et comme ça s'est fait très naturellement, sans forcer ou sans quoi que ce soit et que ça s'est très bien passé, bah en fait je me suis dis bah, c'est cool. Parce que j'étais dans un truc où bah je me disais ça se trouve, je vais plus jamais coucher de ma vie en fait, parce que à quoi bon, si c'est pour qu'on m'écoute pas, ça sert à quoi ? Je préfère aller au cinéma, désolée hein, fin j'ai plus d'intérêt à regarder un film qu'à faire ça » (P3, 525-531). « Et c'était du coup la première fois qu'on me demandait si j'avais envie, si comme ça c'était bien, si on me faisait pas mal, si... Enfin, que des choses très bienveillantes, et ça m'a paru normal. J'ai pleuré et là j'ai encore envie de pleurer » (P3, 455-458). « Même si on retombe amoureux avec quelqu'un d'autre et tout, et qu'on a envie de... De faire des moments vraiment intimes avec lui, mais il y a là, l'image que j'ai vécue. Toujours elle existe. Surtout quand j'approche la personne, même si c'est pas mon ex-mari, mais je sens toujours, je vois son image, comment il m'a traitée. » (P4, 55-58). « C'est... ça crée un dégoût du sexe en fait » (P5, 325-326) ». « J'ai eu six mois ou vraiment j'ai eu un comportement masculin on va dire où je cherchais à avoir pleins de conquêtes quoi. Sauf que bah ça a servi à rien. Euh et puis surtout que l'été suivant, c'est là où tout m'est revenu en pleine tronche et que j'ai réalisé tout. C'est là qu'il y a eu le blocage. Ouais le blocage. Vraiment, ça me répugnait quoi. Ça me dégoutait quoi. Vraiment répugnant quoi. » (P7, 447-451).

P3 décrit sa perte de désir sexuel, en accolant les termes « sexuelles » et « intimes ». Cette redondance nous donne la sensation d'une association entre sexualité et intimité affective. Chez P3, la sexualité pourrait être pensée comme l'expression d'un lien de proximité, donnant aux violences sexuelles une signification de trauma interpersonnel, relationnel profond. P3 décrit un rapport sexuel en tant qu'expérience positive. Elle met en perspective cette expérience avec l'anticipation négative qu'elle pouvait avoir de futurs rapports sexuels qui, s'ils pouvaient être envisagés, lui évoquaient une certaine absurdité (« ça sert à quoi ? »), construite à partir de l'expérience des violences sexuelles. P3 décrit également la fonction réparatrice de l'expérience positive que peuvent constituer les rapports sexuels avec un nouveau partenaire. Nous

constatons que sa description ne parle pas de thématiques comme le plaisir ou autres caractéristiques des relations sexuelles, mais revient uniquement sur les aspects relationnels de la sexualité, indiquant à notre sens que ce qui fait sens pour elle dans cette nouvelle expérience, c'est la dimension d'avoir été considérée en tant que personne par l'autre. Selon nous, cet élément souligne une fois de plus que la blessure interpersonnelle se situe au cœur du trauma sexuel. P4 évoque à nouveau son expérience actuelle d'une « image », qui cette fois vient faire barrage à la possibilité d'avoir à nouveau des relations sexuelles. Elle décrit également comment les situations de proximité physique agissent comme des déclencheurs du trauma. P5 et P7 relient davantage la question des conséquences des VSPI sur la sexualité à une sensation de dégoût. P7 retrace deux phases de l'évolution de sa sexualité après les VSPI. Elle évoque une première période, qu'elle caractérise en termes d'hypersexualité. Le récit de P7 indique que chez elle, ce comportement avait un sens en lien avec les VSPI, un but qui n'a pas été atteint (« ça a servi à rien »). Si P7 n'en dit pas davantage, nous pensons à une fonction de réparation, par une reprise de contrôle sur la sexualité qui peut correspondre à la compensation d'un vécu de soumission (dominer pour ne pas être dominée), à un évitement de la possibilité de s'attacher, ou au contraire à une recherche d'attachement et d'étayage affectif, par un moyen détourné (la sexualité). Puis sa description concernant le retour des souvenirs des VSPI nous évoque le terme d'une éventuelle amnésie dissociative, vécu comme une expérience soudaine et brutale, et la faisant basculer dans le scénario inverse d'un évitement sexuel complet. Cet évitement signifie l'intensité de la sensation de dégoût, sur laquelle P7 insiste par la répétition des termes « vraiment » et « répugnant ».

La crainte de l'intimité affective

Au-delà de leur sexualité, les participantes ont tendance à se questionner sur leur capacité à développer une intimité affective avec autrui :

« Ça, ça crée un dégoût de soi qui fait que... J'arrive encore à à être dans l'idée de « oui » mais... Aller au-delà, non, je préfère parfois dire, dès que je vois qu'il y a, entre guillemets, une envie de la personne de se rapprocher de moi, c'est, je lance la phrase « j'ai un enfant » genre c'est non, c'est pas possible en fait » (P5, 327-331). « On ne peut plus faire confiance. Même si on aime bien quelqu'un, on va perdre confiance en cette personne-là. Vraiment... Ces traces là, elles paralysent un petit peu la personne. C'est trop difficile de faire confiance à quelqu'un, c'est, c'est vraiment pas facile. » (P4, 148-151). « Le plus dur reste à faire confiance de nouveau un jour à une personne et prendre le risque de nouveau de souffrir ou quoi. Donc ouais j'ai un peu peur de ça en fait... Donc euh voilà. J'ai peur de tomber sur quelqu'un de nouveau qui écoute pas. Enfin, voilà quoi mais bon... J'espère que je tomberais juste sur quelqu'un de normal en fait. » (P7, 490-493).

P5 évoque son expérience négative d'elle-même, qu'elle place dans une relation causale avec sa difficulté à envisager une future intimité avec l'autre. On observe une ambivalence, en lien avec la coexistence d'une représentation de possibilité (« l'idée de oui ») et un comportement de refus de la proximité, posé comme un absolu (« c'est pas possible en fait »). Sa façon de faire barrage à un éventuel rapprochement de l'autre est intéressante. Elle avance le fait d'être mère comme un argument qui serait imparable pour décourager le rapprochement, ce qui dit quelque chose de sa propre interprétation de la pensée de l'autre : les hommes ne peuvent pas s'intéresser à moi si je suis mère, ou les hommes ne peuvent pas s'intéresser à moi si un tiers existe. Nous faisons le lien entre ces croyances éventuelles sous-jacentes (dont nous interprétons l'existence) et les modalités de la relation avec son ex-partenaire, caractérisée par de hauts niveaux de contrôle, mais aussi de fusion. P4 évoque sa perception de ne plus pouvoir faire confiance à l'autre, y compris dans un contexte favorable (« même si on aime bien quelqu'un »). Elle emploie le verbe « paralyser », qui signifie le sentiment de menace associé à la représentation de l'autre, puis insiste sur la difficulté que représenterait le développement d'un lien de confiance, signifiant à nouveau un modèle négatif d'autrui entravant l'intimité. A la différence de P4, P7 évoque davantage la peur de faire confiance que la difficulté à faire confiance, signifiant son sentiment de vulnérabilité dans les relations interpersonnelles. On

observe chez elle la coexistence de la peur et de l'espoir, laissant la place à la possibilité d'un futur affectif différent et, cette fois, positif.

3.5.2 Discussion du 5^{ème} superthème

Ce thème aborde l'expérience des participantes dans la période de post-séparation. Pour la majorité d'entre elles, la séparation est récente (entre 2 et 6 mois), excepté pour P1, qui s'est d'abord séparée puis a porté plainte plus tardivement, à la suite de des violences post-séparation. Ce thème soulève la question de la progression et la résolution des conséquences psychologiques associées aux VSPI, et de leur impact sur la trajectoire de vie ultérieure, notamment sur la vie relationnelle et amoureuse.

En premier lieu, nous nous interrogeons sur la façon dont les conséquences psychologiques des VSPI sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Cette question n'est pas spécifiquement investiguée dans notre étude. Cependant, le récit des femmes rencontrées, empreint de ce vécu d'indélébilité des VSPI, soulève cette problématique. Nous n'avons pu identifier qu'une seule étude s'étant intéressée spécifiquement aux conséquences à long terme de VSPI, en les explorant chez des femmes victimes de viol conjugal (Riggs et al., 1992). Ces femmes avaient participé à l'étude en moyenne 13 années après les événements, et continuaient à présenter des niveaux élevés de détresse psychologique. De façon plus générale, la santé psychologique et le bien-être des femmes victimes de VPI après la fin de la relation violente, sans considération des formes de violences subies, demeurent peu documentés (Anderson et al., 2003). Il a tout de même été estimé que 55% des femmes séparées de leur partenaire violent pourraient encore présenter des symptômes de TSPT 9 ans après la fin des violences (Woods, 2000). Dans une autre étude auprès de 94 femmes interrogées 2 ans après s'est séparée de l'auteur des VPI, des troubles dépressifs étaient encore présents (Anderson et al., 2003).

Notamment, les femmes qui avaient été exposées à des violences plus fréquentes et à d'autres facteurs de stress à la suite de leur séparation présentaient les plus hauts niveaux de dépression (Ibid.). Une étude longitudinale indique également que les femmes ayant vécu des VPI rapportaient encore, 5 ans après, plus de symptômes dépressifs, une moins bonne estime d'elle-même et une moins bonne satisfaction générale dans leur vie, que les femmes n'ayant pas vécu de VPI (Zlotnick et al., 2006).

L'ensemble de ces données indique le possible impact des VPI à long terme. Sur ce point, l'apport de notre étude concerne à la fois l'impact plus spécifique des VSPI, mais surtout les mécanismes subjectifs sous-jacents. En effet, les participantes décrivent leur sensation d'une permanence de la blessure que constitue les VSPI. Ce vécu pourrait-il exprimer ou participer à la construction d'une croyance selon laquelle leurs difficultés ne peuvent pas évoluer positivement ? Et cette éventuelle croyance pourrait-elle favoriser un maintien de leur souffrance psychologique ? Dans tous les cas, il nous semble essentiel d'explorer ce vécu en psychothérapie, qui peut être un facteur défavorable à l'évolution positive des patientes après les violences, par le biais d'un découragement profond et d'une résignation. A notre sens, le rôle d'une psychothérapie n'est pas que de traiter des événements du passé, mais aussi de donner de l'espoir quant au futur. Il ne s'agirait pas alors de nier cette sensation d'une permanence des conséquences, mais au contraire de l'explorer et de la reconnaître, pour favoriser ensuite le développement de croyances plus adaptatives.

Concernant les conséquences sur la sexualité, nos résultats convergent fortement avec ceux de l'étude qualitative de Tarzia (2021), dans laquelle la majorité des participantes décrivaient comment leur expérience des VSPI avait créé un manque de confiance et un sentiment de vulnérabilité dans leur vie sexuelle ultérieure. Nos données vont dans ce sens, en soulignant davantage comment la sexualité peut agir comme un déclencheur de reviviscences

traumatiques, et engendrer des conduites d'évitement sexuel. Notre étude indique également que les conséquences des VSPI dépassent le domaine de la sexualité. Si ces violences perturbent l'accès à l'intimité sexuelle, elles semblent également faire obstacle de façon plus globale à l'intimité affective, et dès lors influencer négativement la formation de nouvelles relations amoureuses. Nous pouvons mettre cet aspect en lien avec la notion de « traumatisme de trahison » (« betrayal trauma »), développée par Freyd (Freyd et al., 2005), qui se réfère à l'expérience de violences par une personne ou une institution en qui la victime était censée avoir confiance, ce qui concerne à l'évidence les situations de VSPI. Une des conséquences notables du traumatisme de trahison est qu'il peut engendrer chez les victimes le passage d'une vision optimiste à une vision pessimiste des autres (Ibid.). Chez les participantes de notre étude, les VSPI semblent effectivement favoriser le développement d'un modèle négatif de l'autre, engendrant une peur et une difficulté à se positionner dans de nouvelles relations. Une étude a constaté comment le sentiment de vulnérabilité et de peur à la suite de VPI pouvait faire obstacle à la formation et au maintien de nouvelles relations amoureuses (St. Vil et al., 2018), et nous comprenons, dans le récit des patientes, comment cette difficulté est ressentie, au croisement entre sentiment de menace, modèle de soi et de l'autre abîmés, et anticipation sous-jacente d'un futur relationnel négatif.

La théorie de l'attachement considérée dans les relations amoureuses à l'âge adulte (Hazan & Shaver, 1987) offre également une perspective intéressante à cet égard. Considérer l'évitement sexuel engendré par les VSPI uniquement comme une conduite d'évitement en lien avec un TSPT peut être limitant, car ces évitements peuvent également exprimer une difficulté dans l'attachement. La capacité à faire confiance à l'autre, ou au contraire l'évitement d'une intimité perçue comme trop menaçante, en fonction des représentations respectives de soi et de l'autre, sont au cœur de la théorie de l'attachement. Ces problématiques ont été très fréquemment soulevées par l'ensemble des participantes, en lien avec les VSPI. Il se pourrait

donc que les VSPI aient une résonance particulière sur le système attachement. Cependant, n'ayant pas exploré le style d'attachement des participantes, notamment celui qu'elles semblaient adopter en amont des VPI et des VSPI, il est impossible de dire si cette problématique est une cause ou une conséquence des VSPI. Dans tous les cas, les VSPI pourraient influencer l'attachement dans le sens d'une insécurisation, venant aggraver une insécurité préalable ou insécuriser un attachement sécurisé. Les styles d'attachement sont effectivement susceptibles d'évoluer en fonction des expériences relationnelles vécues à l'âge adulte (Taylor et al., 2015), et d'après l'expérience des participantes, les VSPI ne sont pas qu'un trauma sexuel : elles sont une expérience interpersonnelle traumatique. Il serait dès lors souhaitable de saisir toute la dimension, chez les victimes de VSPI, de cette « compréhension traumatique de l'amour » (Kahn, 2006), et la positionnant parmi les nombreux enjeux de la psychothérapie pour ces patientes.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Par l'exploration des manifestations des violences sexuelles et de l'expérience subjective des femmes victimes, cette thèse contribue à la compréhension de la dimension sexuelle des violences au sein du couple. Nous avons pu identifier que les violences sexuelles sont l'une des manifestations courantes de la violence conjugale dans une population de femmes ayant porté plainte contre leur partenaire en France. Variables en termes de fréquence dans la situation de chacune, les VSPI peuvent être rares à l'échelle globale de la relation, ou s'inscrire dans les comportements violents habituels du partenaire. Les femmes vivent le plus souvent des violences sexuelles cumulées, avec des viols, de la coercition sexuelle et des contacts sexuels abusifs, avec une prédominance des viols pour 5 femmes (cluster HFR) et une prédominance de la coercition sexuelle pour 19 femmes (cluster PSC). Chez les 38 femmes les plus concernées par des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance (clusters PSC et Mixed-Med), la coercition sexuelle était la forme la plus fréquente de VSPI.

Les femmes qui rapportent avoir vécu des VSPI, indépendamment de leur fréquence au cours de la relation, ne présentent pas de taux plus élevés de TSPT, de dépression ou d'anxiété que les femmes qui n'en ont pas rapportées. En revanche, elles semblent vivre davantage de difficultés relevant de la symptomatologie du trauma complexe (régulation des émotions, attention et conscience, perception de soi, relations interpersonnelles, somatisation, perturbation du système de valeurs et de croyances), avec des symptômes plus sévères et plus diversifiés. Elles présentent également davantage de ruminations.

Malgré la sortie des violences et la séparation, elles peuvent avoir le sentiment d'être toujours affectées par les conséquences des VSPI, et d'être marquées « à vie » par cette dimension des VPI, décrite comme fondamentalement deshumanisante. Elles décrivent

comment la sexualité avec leur ex-partenaire était dysfonctionnelle dès le début de la relation, et leur expérience d'une confusion et d'une incertitude constante concernant ces violences. Après la relation, leurs tentatives de compréhension de l'expérience se poursuivent par des efforts de théorisation rétrospective. Ces efforts semblent viser une rationalisation de ce qu'elles comprennent aujourd'hui comme une tolérance particulière aux VSPI, autour des thématiques d'emprise, d'attachement au partenaire, d'espoir, et de parcours de vie.

Les implications et limites de ces résultats ont été discutées. Si ces données ne sont pas généralisables, elles suscitent un questionnement sur la manière d'intervenir avec cette population. L'objectif de cette section est d'initier une réflexion plus vaste, principalement axée sur les retombées pratiques de notre étude. De part notre activité de psychologue et de psychothérapeute en milieu hospitalier, il est essentiel pour nous de considérer la question suivante : quelle compréhension des VSPI est à transmettre, aux professionnels en général, et aux psychologues-psychothérapeutes en particulier ? Quelles connaissances seraient utiles pour les aider à accompagner les victimes ? Nous apporterons ici des éléments de réponse, et proposerons également des perspectives pour de futures recherches.

4.1 VIOLENCES SEXUELLES DANS LE COUPLE : DES VIOLENCES CONJUGALES COMME LES AUTRES ?

Il s'agit là d'une des questions principales que nous continuons à nous poser au terme de cette étude. Finalement, quelle est la singularité réelle des VSPI ? Cette singularité peut-elle éclairer l'observation constante dans la littérature d'une sévérité symptomatologique augmentée pour les victimes ? Cette sévérité est-elle liée au caractère sexuel du trauma, à sa fréquence, ou à d'autres facteurs ? Et quelle compréhension des VSPI serait à transmettre aux professionnels et à la société ?

Dans notre étude, la simple présence de VSPI, indépendamment de leur fréquence, semblait en lien, entre autres, avec la symptomatologie du trauma complexe, soit des conséquences plus invalidantes et plus durables. Mais est-ce lié à la présence d'un trauma sexuel, ou est-ce que cela reflète une plus grande accumulation de différentes formes de violences dans la relation, venant affecter plus de dimensions du psychisme ? Autrement dit, est-ce la présence de VSPI qui aggrave les conséquences, ou leur combinaison avec des violences physiques et psychologiques ? Dans une étude récente menée à partir des données de l'OMS (OMS, 2013a), Potter et ses collaborateurs (2021) ont exploré l'impact différencié des différentes catégories de VPI. Ils ont comparé les répercussions psychologiques des catégories suivantes : VPI uniquement physiques, uniquement psychologiques, uniquement sexuelles, combinaison de VPI sexuelles et physiques et/ou psychologiques, et combinaison de VPI physiques et psychologiques. Les deux catégories impliquant des formes combinées étaient les plus prévalentes, et les violences combinées impliquant des violences sexuelles étaient associées aux conséquences les plus délétères pour la santé mentale (pensées suicidaires notamment). De plus, les VPI sexuelles seules étaient moins défavorables que la catégorie combinant des violences physiques et psychologiques, sans violences sexuelles. Les auteurs concluaient que les études axées sur des formes singulières de VPI étaient importantes pour comprendre le phénomène et adapter les interventions, et qu'il était tout aussi important de ne pas sous-estimer le caractère particulièrement nuisible du cumul des formes de violences. Dans le cadre des questions posées par nos résultats, l'une des réponses possibles serait que ce n'est pas tant la dimension sexuelle du trauma qui complexifie les conséquences pour les victimes de VSPI, mais plutôt que ces femmes semblent se trouver au sommet de la pyramide en termes d'accumulation de toutes formes d'agressions, sans qu'aucune sphère de leur intégrité ne soit préservée. Plusieurs études vont dans ce sens, en indiquant que l'augmentation du nombre de différents traumatismes est associée à une augmentation de la variété des symptômes (Cloitre,

2015). Dans notre étude, les femmes victimes de VSPI sont aussi celles dont la situation de VPI correspond à la plus grande variété traumatique. Cet aspect pourrait expliquer la diversification symptomatologique de leur tableau clinique : elles sont non seulement plus sujettes aux symptômes du trauma complexe et aux ruminations, mais aussi à une plus grande diversité de symptômes (plus de domaines du DESNOS représentés).

De plus, au cumul violences sexuelles/physiques/psychologiques s'ajoute la superposition des différentes formes de violences sexuelles (viol/coercition/contacts abusifs), retrouvée dans tous les clusters. Ce cumul de contrainte physique et psychologique vécue par les victimes de VSPI a déjà été identifié dans d'autres études (Bagwell-Gray, 2021; Mahoney, 1999; Messing et al., 2014), et vient appuyer cette notion de risque liée au degré de combinaison des violences plutôt qu'à la nature des violences vécues. Cette superposition des types de VSPI a été interprétée comme l'expression d'un mécanisme global de contrôle sexuel dans la relation. Finalement, si coercition sexuelle et viol sont des agressions distinctes en termes de stratégies de l'auteur, elles incarneraient néanmoins les deux facettes d'un seul et même principe de domination de l'autre (Bagwell-Gray, 2021). Mais il s'agit là d'une interprétation de l'intention du partenaire violent, dimension que nous n'avons pas étudiée. En revanche, il nous apparaît clairement que les VSPI doivent faire l'objet d'une lecture holistique, en considérant le piège global qu'elles constituent : elles apparaissent comme des violences cumulées dans des violences déjà cumulées (physiques et psychologiques), une réalité dans laquelle toutes les violences se font écho et s'entremêlent. Nous avons en effet fréquemment entendu nos patientes exprimer leur désarroi face aux questions des autorités, centrées sur les détails des événements violents considérés les uns après les autres. Les modalités de cette recherche d'information sont logiques, au regard du besoin de la justice pénale de caractériser des faits précis. Les patientes ressentent néanmoins une frustration importante lors de ces auditions, qui pour elles ne

parviennent pas à faire réellement état de leur situation, qui est toujours ce « tout », cet ensemble si difficile à décrire et à partager.

Les VSPI pourraient donc être particulièrement traumatogènes non pas du fait de leur essence, mais parce qu'elles incarneraient, par excellence, la polytraumatisation des victimes de VPI. Elles sont majoritairement présentes en parallèle de violences physiques et/ou psychologiques, contrairement aux violences psychologiques qui, par exemple, peuvent se manifester seules dans un grand nombre de cas (Heise & Garcia-Moreno, 2002). Toutefois, cette explication ne paraît pas entièrement satisfaisante, et il nous semble peu probable que la nature sexuelle de ces agressions ne joue qu'un rôle marginal. Plusieurs chercheurs soutiennent que les VSPI ont un impact unique sur la vie psychique, qui serait potentiellement plus grave que les violences physiques ou psychologiques. Elles constitueraient une blessure profonde, du fait de sentiments exacerbés de trahison et de deshumanisation (Bergen, 2006; Tarzia, 2021). Par ailleurs, beaucoup d'évènements traumatogènes (accidents, catastrophes naturelles), y compris interpersonnels (agressions physiques) sont associés à des risques relatifs de TSPT : seule une minorité de victimes développent ce trouble à la suite de tels évènements (Galatzer-Levy et al., 2018). En comparaison, les violences sexuelles en général présentent des risques plus élevés de développement d'une symptomatologie psychotraumatique (Dworkin, 2020). Ces éléments vont dans le sens de la singularité de l'impact des violences sexuelles, et donc des VSPI, en dehors de la question de l'effet du cumul des violences. Dans notre API, les participantes ont toutes exprimé un vécu de deshumanisation et d'inexistence, d'intensité variable. Cette dimension, considérée dans le contexte de l'intimité sexuelle, constitue une expérience particulièrement douloureuse, puisque la sexualité est justement l'espace censé exprimer l'intimité et à la proximité relationnelles dans le couple (Witherow et al., 2017). Dans la situation de VSPI, la déconnexion de l'autre, jusqu'à la négation de son humanité, s'érige en lieu et place de la connexion à l'autre. Cette dimension nous semble effectivement

particulièrement traumatogène, et spécifique des VSPI par rapport aux violences physiques et psychologiques.

A notre sens, le caractère unique des violences sexuelles dans le couple se trouve ainsi au croisement entre les VSPI comme emblème d'une multiplicité traumatique, et les VSPI comme trauma interpersonnel paroxystique au sein des différentes violences d'un partenaire. A ce titre, elles ne sont ni des violences sexuelles comme les autres, ni des violences conjugales comme les autres. En tant qu'objet d'étude, elles doivent faire l'objet de recherches dédiées, par la considération de la relation avec l'auteur dans la littérature sur les violences sexuelles, et par la considération de leur singularité et de l'effet du cumul des violences dans la littérature sur les violences conjugales.

4.2 PRÉVENTION

4.2.1 En population générale

En termes d'applications pratiques, la compréhension des VSPI pourrait contribuer à l'amélioration de leur prévention. Par exemple, les VSPI impliquent souvent de la coercition sexuelle, que l'on peut considérer comme un phénomène au croisement de la violence psychologique et de la violence sexuelle (Tarzia & Hegarty, 2023). Nos résultats indiquent, de façon convergente avec la littérature, comment ces violences engendrent une forte confusion chez les victimes, notamment autour de la question de leur consentement, et donc de la reconnaissance des VSPI (Bagwell-Gray, 2021; Logan et al., 2015; Tarzia, 2020). Cette complexité et les difficultés d'interprétation des femmes qui vivent ces situations ne nous semble pas assez prise en compte dans les supports de prévention actuellement disponibles en

France. Nous sommes bien conscients de toute la difficulté inhérente à la conception d'un support de prévention pour le grand public, qui implique nécessairement la simplification de réalités multidimensionnelles et complexes. Mais au terme de ce travail, nous ne pouvons que constater l'écart majeur entre la complexité vécue par les victimes de VSPI, et les messages somme toute unilatéraux et rudimentaires qu'elles peuvent rencontrer dans la société :

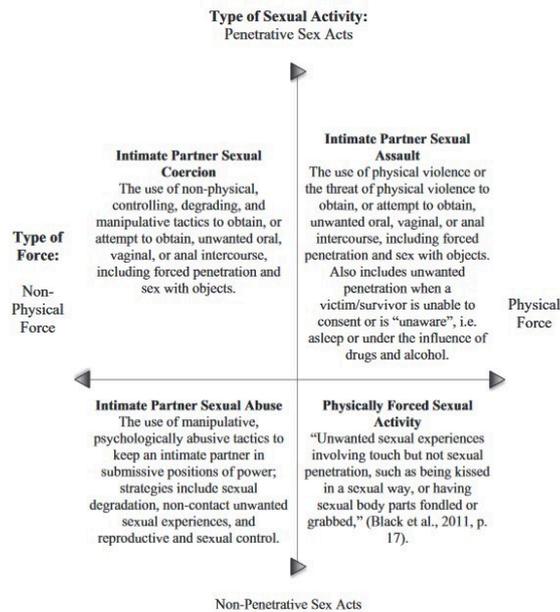


A droite : Campagne #TuMaimesTumeRespectes, Média TV, Région Ile-de-France & Centre Hubertine Auclert, 2017, <https://www.tumaimestumerespectes.com/> A gauche : extrait du « violentomètre », Observatoire des violences envers les femmes du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 2018, <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/egalitheque/publication/le-violentometre>

Ces supports sont très précieux et permettent probablement d'amorcer une réflexion chez un certain nombre de femmes. Mais d'autres ne pourront pas se reconnaître à travers ce type de descriptions, puisqu'elles doutent justement d'avoir exprimé « non » ou d'avoir été « obligées » de façon aussi claire. Il est même possible que ces messages contribuent à renforcer la honte et la culpabilité de nombreuses femmes, leur sentiment qu'elles dysfonctionnent, n'étant pas en mesure de s'opposer comme le feraient des femmes « normales ». Nous n'avons évidemment pas de solution toute faite pour répondre à cette double exigence d'un message à la fois largement diffusable et pertinent, mais suggérons plusieurs points à reconsidérer. Il s'agirait en

premier lieu de définir les termes, d'une façon simple, mais qui couvrirait notamment les situations de coercition sexuelle, plus difficiles à identifier. Que signifie, par exemple, être « obligé(e) » ? Quelles sont les stratégies psychologiques qui permettent d'obliger quelqu'un ? L'idée étant de signifier, d'une façon ou d'une autre, qu'une obligation ne relève pas toujours d'une contrainte physique, mais que le contexte relationnel global (éventuellement, la peur dans les VPI) et la force psychologique sont, à part entière, des leviers de contrainte sexuelle. On pourrait également imaginer des supports de prévention qui ne se centrent pas sur une description comportementale (être « obligé(e) » à) ou des variables de communication (avoir « dit » non ou pas), mais sur le vécu de la sexualité. Par exemple, se sentir en détresse/dévalorisée/inexistante/anesthésiée dans les rapports sexuels, est-ce normal ? Ces aspects pourraient être présentés comme suffisants pour en parler à un professionnel, d'autant plus que des éléments dysfonctionnels sur le plan sexuel sont susceptibles d'apparaître précocement dans les relations violentes (voir 3.3, p. 200, et 3.4.2, p. 235). Si la relation est relativement saine, de tels supports permettraient peut-être de repérer des problématiques sexuelles autres, comme des troubles sexuels, ou une souffrance psychologique évocatrice d'antécédents d'agression sexuelle. Ils permettraient en même temps à davantage de victimes de VSPI de se reconnaître. Notre étude indique que l'expérience émotionnelle négative des VSPI est beaucoup plus évidente que leur définition ou leur représentation cognitive en tant que telles. De tels messages s'ajusteraient donc mieux à l'expérience réelle des victimes de VSPI.

Des perspectives de prévention axées sur le polymorphisme des VSPI ont été proposées par Bagwell-Gray et ses collaborateurs (Bagwell-Gray, 2021; Bagwell-Gray et al., 2015). L'idée serait de pouvoir présenter, dans un format simple, les principales formes de VSPI, en fonction des stratégies utilisées par le partenaire :



Taxonomy of intimate partner sexual violence, Bagwell-Gray et al (2015)

Cette optique est intéressante, mais elle engendre une fois de plus une lecture des comportements du partenaire, alors que les victimes sont aussi susceptibles de se mettre à considérer leurs *réponses* à ces comportements. Elle nous apparaît également comme peu accessible pour elles, au regard de la confusion psychologique dans laquelle elles peuvent se trouver. En revanche, cette perspective reste très intéressante pour la formation des professionnels : elle permettrait de clarifier les différentes manifestations des violences sexuelles dans le couple, en favorisant une représentation plus réaliste du phénomène.

De plus, la prévention des VSPI pourrait être intégrée aux programmes scolaires d'éducation sexuelle (Fernet et al., 2021; Wong et al., 2021). L'éducation sexuelle dispensée dans les collèges et les lycées met actuellement l'accent sur la sécurité sexuelle (usage du préservatif, contraception) et sur l'anatomie sexuelle, ne considérant pas assez la thématique du consentement sexuel (Wong et al., 2021). D'après notre étude, ce point est effectivement important, et nous ajouterons que ces programmes devraient inclure une représentation concrète des « zones grises » du consentement (Logan et al., 2015). Il semblerait utile de ne pas se limiter

à évoquer le consentement sexuel comme un prérequis nécessaire, mais de développer une description du *contexte*, à la fois relationnel (relation avec ou sans violences par ailleurs) et situationnel (réciprocité sexuelle, consommation d'alcool, capacité réelle à consentir). Ces programmes pourraient également être adaptés pour les étudiants en début de cursus universitaire, concernés à la fois par la formation de relations amoureuses et une consommation d'alcool importante (Jeffrey & Barata, 2021), contexte très favorable aux VSPI. Au-delà de promouvoir la reconnaissance de ces enjeux en population générale, une éducation plus approfondie des jeunes aux complexités du consentement sexuel pourrait également favoriser l'identification de situations sexuelles inquiétantes par les pairs des victimes. On pourrait imaginer que grâce à ces actions de prévention, la sphère amicale serait plus à même de repérer des anomalies dans des expériences sexuelles décrites de façon banalisée ou incertaine, et d'engager un échange différent du fait d'une meilleure compréhension de ces problématiques.

4.2.2 Par la prise en charge des auteurs de VPI

La question de la prévention des VSPI ne peut pas être envisagée sans une réflexion approfondie sur la prise en charge psychologique des auteurs de violences dans le couple. Les sanctions pénales ne sont pas suffisantes pour prévenir la récurrence, et sans une aide psychologique adaptée, il est probable qu'un homme continue d'être violent envers sa partenaire actuelle ou d'autres partenaires à l'avenir (Pinto E Silva et al., 2023). Mais quel accompagnement proposer ? La question de l'efficacité des programmes de prises en charge des auteurs de VPI est complexe. Bien qu'ils se soient amplement développés depuis les années 70, leur efficacité pour réduire significativement le risque de nouvelles violences est un thème discuté et sujet à controverses (Ibid.). L'objectif général de ces interventions est de mettre fin aux comportements violents, d'atténuer la colère et la dépression, et d'encourager une évolution

des attitudes envers les victimes (Cunha et al., 2023). Elles s'inscrivent dans deux modèles dominants (Travers et al., 2021) : le modèle de Duluth, inspiré du modèle féministe des VPI (voir 1.1.7.1.2, p. 71), et axé sur la psychoéducation des auteurs autour de thèmes comme les dynamiques de pouvoir et de contrôle dans les relations de couple ; et le modèle des TCC, qui s'attache davantage à la restructuration des cognitions favorables au recours à la violence. Que ce soit dans le cadre de groupes thérapeutiques ou de thérapies individuelles, ces deux approches ont été les plus étudiées pour la psychothérapie des auteurs de VPI (Arce et al., 2020). Ils ont aujourd'hui tendance à fusionner, avec la plupart des programmes actuels qui correspondent à un mélange de psychoéducation et de techniques issues des TCC (Butters et al., 2021).

Malgré leur implantation et l'effort des professionnels à élaborer des prises en charge adaptées, l'impact réel de ces programmes demeure incertain. Plusieurs méta-analyses indiquent des résultats mitigés en termes de diminution du risque de récidive (Arias et al., 2013; Babcock et al., 2004; Cheng et al., 2019). Certaines observent des effets positifs mais de petite taille, de l'ordre d'une réduction de 5% du risque de futures VPI (Babcock et al., 2004). D'autres indiquent que les participants à ces programmes spécialisés étaient environ 3 fois moins susceptibles de récidiver en matière de violences dans le couple, et environ 2,5 fois moins susceptibles de récidiver pour d'autres formes d'infractions, si l'on se référait aux affaires enregistrées par le système judiciaire (Cheng et al., 2019). En revanche, aucune réduction des violences n'était constatée dans les études qui réinterrogeaient la partenaire victime (Ibid.). Face à cette incertitude, le potentiel d'amélioration des interventions psychologiques à destination des auteurs de VPI est important (Travers et al., 2021).

Les pistes d'amélioration actuellement étudiées concernent essentiellement l'individualisation de la prise en charge, afin de la rendre plus adaptée aux problématiques

spécifiques identifiées chez l'auteur. A titre d'exemple, certaines équipes travaillent sur des interventions axées sur la résolution de la colère (Birkley & Eckhardt, 2015), d'autres sur la prise en charge du TSPT (LaMotte & Taft, 2017). Notamment, les études qui évaluent l'efficacité du modèle Risque-Besoin-Réceptivité (RBR) (Andrews & Bonta, 2010) pour les auteurs de VPI sont de plus en plus nombreuses (Travers et al., 2021). Ce cadre conceptuel général en criminologie exige à la fois d'adapter le niveau et la nature de l'intervention au niveau de risque de récidive, évalué en fonction de différents facteurs comme les antécédents criminels (principe du risque) ; de répondre aux « besoins criminogènes », c'est-à-dire aux facteurs qui maintiennent potentiellement le risque de commettre des infractions, comme la consommation de substances (principe du besoin) ; et de travailler l'adhésion du sujet à la prise en charge, en considérant par exemple son niveau de motivation (principe de la réceptivité) (Andrews & Bonta, 2010). Les programmes destinés aux auteurs de VPI et utilisant ce modèle pourraient réduire de 65 à 79% la récidive au cours de la première année suivant l'intervention (Travers et al., 2021). En revanche, aucun impact positif n'a pour l'instant été observé plus de deux ans après l'intervention (Ibid.). Les résultats d'une approche plus individualisée sont donc encourageants, même si « le défi de maintenir les effets sur le long terme demeure » (Travers et al., 2021, p. 2). Dans tous les cas, la perspective de l'individualisation de la prise en charge des auteurs nous semble particulièrement intéressante au regard de notre sujet, dans la mesure où les auteurs de VSPI pourraient avoir un profil, des besoins et des facteurs de risque spécifiques, différents de ceux des auteurs de VPI sans VSPI.

4.3 REPÉRAGE

Au cours de cette recherche, nous avons eu l'opportunité d'accéder à une population officiellement reconnue comme présumée de violences au sein du couple (dépôt de plainte). Cet accès nous a permis d'explorer un phénomène masqué (les VSPI) dans des situations globales elles-mêmes dissimulées (les VPI) (Barker et al., 2019). Dans notre échantillon, 65,6% des femmes avaient vécu au moins un viol ou une agression sexuelle au cours de leur relation avec le partenaire violent. Cette prévalence importante peut être liée au contexte précité, mais nous pousse tout de même à envisager les VSPI comme une dimension courante, et non exceptionnelle, des violences conjugales. Elles devraient dès lors être recherchées chez toutes les femmes en situation de VPI, et les VPI devraient être elles-mêmes recherchées chez de nombreuses femmes qui consultent pour d'autres motifs, en psychiatrie mais aussi en médecine somatique. En effet, ces violences sont prévalentes parmi les personnes consultant dans des services de santé mentale (Oram et al., 2013), et certaines études indiquent notamment que la présence de VSPI en contexte de VPI augmente le recours à des services médicaux (Wright et al., 2022). Hélas, ces situations sont susceptibles de passer inaperçues. Le trauma et la violence demeurent trop souvent invisibles dans les services de santé : leurs enjeux ne sont pas suffisamment intégrés à la formation des professionnels et aux dispositifs proposés (Warshaw et al., 2013). Cette situation masque les connexions entre les situations de VPI et les problématiques de santé mentale notamment, à la fois en termes d'étiologie des difficultés rencontrées, mais aussi de réponse au traitement en cas de troubles psychopathologiques (Oram et al., 2022). Un effort collectif est donc nécessaire pour systématiser la formation des professionnels aux VPI, à leurs conséquences mais aussi à leurs multiples expressions, dont les VSPI. Il s'agirait également, à la lumière des connaissances actuelles sur leurs conséquences, de favoriser une approche générale transdiagnostique : la considération des violences au sein du couple dans les évaluations psychopathologiques apporterait une autre dimension à la

compréhension de nombreuses affections médicales et psychologiques, en particulier chez les femmes (Miller & McCaw, 2019). Des actions de formation efficaces pourraient inciter les professionnels à se demander : « Ai-je considéré comment le trauma ou la violence influencent cette problématique chez ce(tte) patient(e)? ». Intégrer la question des VPI, ne serait-ce qu'au processus mental routinier d'évaluation des professionnels, constituerait déjà une avancée significative.

Former les professionnels, c'est leur permettre de comprendre l'utilité d'explorer ces violences chez les patientes, mais aussi enseigner la façon de le faire. En premier lieu, il s'agit de ne pas s'attendre à ce que les patientes concernées révèlent leur vécu, et privilégier une démarche active d'exploration des violences dans le couple, puis une explicitation de leur impact sur la santé et une présentation des ressources locales et nationales disponibles (Miller & McCaw, 2019). Mais comment aborder le sujet ? Nous avons le souvenir d'une collègue gynécologue, qui exerçait dans le bureau mitoyen du notre lorsque nous consultions dans un centre municipal de santé en Seine Saint-Denis. Cette collègue nous expliquait alors avec enthousiasme qu'elle pensait avoir trouvé la bonne « manière de faire », imparable en termes de dépistage des VPI. Pour toute consultation gynécologique, quel que soit le motif, elle demandait à ses patientes : « Votre mari/votre copain, est-ce qu'il est gentil ? ». Puis elle poursuivait ou non, en fonction de la réponse, mais aussi des messages non verbaux que pouvait générer cette question. Nous donnons cet exemple pour indiquer que les questions n'ont pas besoin d'être directes, brutales ou incisives, tant qu'elles soulèvent, d'une façon ou d'une autre, le sujet de la relation avec le partenaire.

Pour les VSPI, de la même manière que pour les supports de prévention, cette étude encourage la recherche d'émotions négatives associées à la sexualité, plutôt que d'évènements correspondant à une définition rationnelle du non-consentement. En effet, la coercition sexuelle,

présente chez toutes les femmes victimes de VSPI et parfois de façon prédominante, implique que les violences sexuelles recherchées peuvent être insidieuses, résultant de la peur, de chantages et de manipulations émotionnelles (Tarzia & Hegarty, 2023). L'état psychologique des victimes est également à prendre en compte, les symptômes dépressifs, traumatiques, dissociatifs et la méfiance relationnelle étant particulièrement représentés dans cette population. Nous avons pu identifier, notamment au travers de l'API, comment ces éléments favorisent une forte incertitude cognitive quant à la réalité des violences sexuelles, incertitude susceptible de faire barrage pour formuler une réponse à des questions comme « Avez-vous vécu des violences sexuelles ? ». Ce type de question implique en effet d'avoir déjà reconnu les VSPI, de les avoir définies et d'avoir arrêté une interprétation, celle de leur caractère anormal ou condamnable. Beaucoup de patientes n'en sont pas du tout à ce stade de stabilité dans la lecture de leur expérience. Très concrètement, il serait utile de favoriser des questions larges visant à explorer, dans un premier temps de façon très générale, le vécu de la sexualité : « Comment vous sentez-vous dans les relations intimes avec votre partenaire ? Vous sentez-vous sous pression ? Avez-vous un sentiment de réciprocité ? Comment vous sentez-vous après les rapports sexuels ? ». Au fur et à mesure de l'échange et en fonction des réponses et des réactions du sujet, les questions peuvent se préciser, toujours en restant centrées sur l'expérience intérieure : « Avez-vous *le sentiment* de ne pas avoir le choix ? Que se passerait-il si vous disiez non ? Craignez-vous de dire non ? ». Il n'est évidemment pas question de sous-entendre que les violences sexuelles pourraient être le fruit de l'imagination ou de la perception des victimes. Il s'agit plutôt de reconnaître que l'examen de leur expérience constitue le point d'entrée le plus approprié pour une démarche de détection, car il tient compte de la réalité psychologique des victimes. Une fois de plus, ce type de question peut à la fois dépister des problématiques sexuelles générales (dysfonctions sexuelles, manque de satisfaction sexuelle, difficultés conjugales...) ou des VSPI, ce qui les rend doublement utiles en plus de favoriser la parole des victimes.

4.4 COMMENT AIDER LES VICTIMES EN PSYCHOTHÉRAPIE ?

Les victimes de VSPI sont des victimes de VPI. Dès lors, les principes généraux de la psychothérapie pour les victimes de violences conjugales sont pertinents : prise en compte de la sécurité, psychoéducation sur les violences et le trauma, estime et affirmation de soi, retraitement des souvenirs traumatiques sont autant d'axes intéressants. Les perspectives thérapeutiques discutées ci-après ne s'y opposent pas : elles s'y intègrent, en considérant les particularités cliniques identifiées dans cette étude. En présence de VSPI, quelles dimensions de la psychothérapie devraient faire l'objet d'une attention particulière ? Nous pensons qu'une perspective « vie entière » chez le psychothérapeute, qui tienne compte des antécédents traumatiques dans l'enfance, de même que la compréhension des enjeux propres au trauma complexe et à l'attachement insécuré en psychothérapie, sont fondamentales.

4.4.1 Travailler dans une perspective « vie entière »

En premier lieu, si les différents types d'antécédents traumatiques dans l'enfance sont aujourd'hui documentés en tant que facteurs de risque des VPI, les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance ont été mis en lien avec la dimension sexuelle des violences au sein du couple (Bécour et al., 2014; Wong et al., 2021). Les résultats de notre étude vont dans ce sens. Nous n'avons pas retrouvé de différence entre les clusters concernant d'autres antécédents dans l'enfance (négligence émotionnelle, violence émotionnelle, violence physique, négligence physique). En revanche, les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance étaient particulièrement représentés en présence d'une fréquence intermédiaire à importante de coercition sexuelle. Nous n'avons pas établi de lien de causalité, mais les tailles d'effet retrouvées interrogent sur l'influence de ces antécédents sur la propension à être victime d'actes sexuels coercitifs dans le couple. De plus, l'API révèle que les participantes peuvent percevoir

elles-mêmes un lien entre ces antécédents et les VSPI vécues, en tant que source d'une forme de vulnérabilité. Elles décrivent leur impression que ce passé a contribué, d'une manière ou d'une autre, aux VSPI. D'autres recherches montrent que les victimes de VPI en général sont susceptibles de faire ce rapprochement. Dans une étude récente, le témoignage des participantes soulignait un lien persistant entre leurs expériences de maltraitance infantile et la violence dans la relation intime à l'âge adulte (Condino et al., 2022).

Ces éléments peuvent paraître évidents, mais dans la pratique, ils ne sont pas nécessairement pris en compte. En effet, la prédominance des modèles médicaux de la santé mentale et la standardisation des interventions psychologiques peuvent conduire à l'organisation de la psychothérapie selon des catégories diagnostiques, et dès lors à une inattention envers les expériences vécues et les contextes individuels (Hameed et al., 2020). Les difficultés psychologiques rencontrées par les victimes vont dépendre des violences, mais aussi des caractéristiques de leur parcours de vie, qu'il est impératif de considérer afin d'adapter la prise en charge (Oram et al., 2022). Il est donc nécessaire d'être attentif aux nombreuses expériences traumatisantes décrites par ces femmes, qui illustrent le contexte plus large dans lequel se produisent souvent les VPI (Baird et al., 2021).

A notre sens, chez les victimes de VSPI, les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance occupent une place singulière dans la trajectoire de vie et dans les résonances subjectives qui peuvent y être associés dans le présent. Comment les aborder en psychothérapie ? L'idée n'est pas de réactiver « gratuitement » des souvenirs traumatiques, mais de comprendre comment ce passé a pu influencer le développement et les croyances sur soi, en explorant l'interprétation qui en est faite aujourd'hui. Rappelons à ce sujet que l'immense majorité des agressions sexuelles envers les enfants sont commises par un membre de la famille ou un proche connu de l'enfant (Bourgou et al., 2021), c'est-à-dire dans le cadre

d'une relation interpersonnelle le plus souvent établie, et possiblement, par une figure d'attachement. A l'issue de ce travail, il nous semble probable qu'à l'âge adulte, le contexte d'intimité relationnelle avec le partenaire réactive des schémas psychosexuels dysfonctionnels appris au travers d'agressions sexuelles dans l'enfance par un adulte proche (résignation, impuissance, banalisation, non perception de la possibilité de s'opposer, épargner psychologiquement l'agresseur pour maintenir le lien, sentiment d'être responsable de l'agression sexuelle, modèle négatif de soi...). La psychothérapie en contexte de VSPI offre l'opportunité d'identifier ces croyances dysfonctionnelles et dangereuses en termes de risque de victimisation sexuelle future. Il est possible de les retravailler en les questionnant, en favorisant la conscience qu'elles ont été apprises et qu'elles sont modifiables. Ces événements peuvent donc faire l'objet d'une restructuration cognitive en TCC, d'un ciblage spécifique en thérapie EMDR, ou être intégrés dans la ligne de temps en ICV. Dans tous les cas, la non prise en compte de ces antécédents chez les victimes de VSPI concernées empêche probablement une compréhension véritable de leur résonance subjective pour les victimes.

4.4.2 Evaluer et prendre en charge le trauma complexe

Concernant le trauma complexe, nos résultats convergent avec ce que la littérature nous apprend de son étiologie. Rappelons que ce trouble comprend les symptômes du TSPT (reviviscences, évitement, hyperactivation neurovégétative), auxquels s'ajoutent d'autres manifestations persistantes : altération de la régulation des affects, image de soi très abîmée, difficultés dans les relations interpersonnelles selon la CIM-11 (OMS, 2018), et, de plus, symptômes dissociatifs, somatisation et perturbation du système de croyances si l'on se réfère au modèle du DESNOS (Van der Kolk et al., 2005). Dans notre étude quantitative, nous avons constaté que les symptômes actuels du trauma complexe étaient plus sévères et plus diversifiés

chez les victimes de VSPI, quel que soit le cluster, comparativement aux victimes de VPI sans VSPI (tailles d'effet moyennes à importantes en fonction des clusters). En parallèle, aucune différence significative n'a été retrouvée pour la sévérité globale du TSPT, ni pour les symptômes du trauma complexe vie entière, laissant penser à un lien éventuel entre VSPI et développement ou expression du trauma complexe à l'âge adulte. De plus, parmi les victimes de VSPI, cette clinique du trauma complexe était encore plus représentée dans les clusters les plus concernés par des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance (tailles d'effet moyennes à importante). Ces éléments semblent converger avec le modèle étiologique du trauma complexe avancé dans la littérature : il peut s'installer en lien avec des événements multiples sur une période prolongée dans l'enfance ou à l'âge adulte, mais les traumatismes cumulatifs dans l'enfance demeurent le facteur le plus déterminant (Cloitre et al., 2009). Ce travail suggère que les VSPI, par le polytraumatisme qu'elles représentent, pourraient favoriser cette expression symptomatologique à l'âge adulte, y compris en l'absence d'antécédents, mais que la combinaison VSPI/antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance pourrait être particulièrement à risque pour un tableau sévère et persistant.

Dans les deux cas, la prise en charge du trauma complexe devrait être intégrée à la psychothérapie des femmes victimes de VSPI. En premier lieu, sa présence pourrait être évaluée afin d'affiner le profil clinique de la patiente. Il est désormais possible d'utiliser *l'International Trauma Questionnaire* (ITQ) (OMS, 2019), récemment validé en français (Peraud et al, 2022), qui permet d'évaluer de façon simple et peu coûteuse le TSPT-C selon le modèle de la CIM-11.

En deuxième lieu, la psychothérapie du trauma complexe ne peut se limiter à une transposition de ce qui semble fonctionner pour la psychothérapie du TSPT. En effet, si la TCC et l'EMDR sont relativement efficaces pour ce dernier, elles s'avèrent limitées pour les symptômes types du trauma complexe, notamment pour les problématiques de régulation

émotionnelle, l'image de soi négative et les perturbations dans les relations interpersonnelles (Karatzias et al., 2019). La complexité de ces problématiques implique de nombreuses considérations en psychothérapie (Cloitre, 2015, 2021 ; Maercker et al., 2022). Les données actuellement disponibles recommandent une approche thérapeutique multimodale, centrée sur la sécurité, la psychoéducation et la collaboration entre le patient et le psychothérapeute, et incluant à la fois des stratégies d'auto-régulation émotionnelle et des interventions centrées sur l'intégration des souvenirs traumatiques (Maercker et al., 2022). La notion de collaboration avec le patient nous semble primordiale, dans le but d'éviter que la psychothérapie ne se transforme en une nouvelle épreuve douloureuse et directive, pour ces patients fortement abîmés dans leur construction et dans leur lien à l'autre. Nous rejoignons la perspective de Cloitre (2015), qui place au cœur de la prise en charge du trauma complexe la flexibilité du thérapeute, ses capacités d'accordage à la demande du patient, au service de la construction d'une intervention « sur mesure ». Il s'agit d'engager une réflexion commune sur les problématiques à aborder, l'ordre dans lequel procéder, et la pertinence ou non d'une approche centrée sur le trauma (« trauma-focused »), au regard des objectifs définis. Ce dernier point résonne avec notre pratique, dans laquelle de nombreux patients nous expliquent qu'ils ne se sentent pas en mesure d'être confrontés aux scènes traumatiques, que ce soit en EMDR ou en TCC, ces dernières étant présentées, peut-être à tort, comme la seule façon efficace de traiter ces patients. Encore faudrait-il que ce soit leur demande, ce qui est loin d'être toujours le cas. Par ailleurs, de plus en plus d'études indiquent que les thérapies intégratives et multimodales auraient des bénéfices supérieurs pour la prise en charge du TSPT-C (Ibid.). Il semble donc nécessaire de s'extraire d'une perspective théorique étroite, et de comprendre que ces patients pourraient davantage bénéficier d'une diversité d'interventions articulées au long cours, au regard du caractère tenace de ces problématiques (Cloitre, 2021). Finalement, cela étaye l'utilité de l'approche par phases, initialement développée par Janet pour le traitement de la dissociation (Janet, 1898, 1911,

1919/25, cité par Van der Hart & Dorahy, 2010), plutôt qu'une approche par techniques efficaces ou moins efficaces. Les recommandations de Janet ont été reprises dans le modèle séquentiel intégratif proposé par Courtois et Ford (2016). Cette macrostructure de la psychothérapie du trauma complexe insiste sur l'importance de commencer par favoriser le développement d'une relation thérapeutique sécurisante et de viser la stabilisation émotionnelle (phase 1), puis de poursuivre avec le traitement des souvenirs traumatiques (phase 2), avant de réintégrer les évolutions positives dans le quotidien, en mettant l'accent sur la vie de tous les jours et les relations interpersonnelles (phase 3). Il nous semble important de souligner que la première phase peut s'étendre sur une durée considérable et fait partie intégrante de la psychothérapie. De part son focus sur le développement d'une alliance thérapeutique de qualité, elle construit le lien avec le thérapeute et sollicite les problématiques d'attachement du patient, autre point à considérer dans la prise en charge des victimes de VSPI.

4.4.3 Comprendre et considérer l'attachement inséure

La question de l'attachement n'était pas l'objet de cette étude. Néanmoins, elle s'est constamment manifestée en implicite tout au long de ce travail. Dans notre API, la fréquence des descriptions évoquant des problématiques d'attachement (attirance envers le partenaire violent, sentiment d'une forme de tolérance aux maltraitances, peur de l'abandon, lien avec un espoir de changement...) nous a interpellé. Notre étude quantitative a également soulevé cette thématique, de façon indirecte, à travers la surreprésentation du trauma complexe chez les victimes de VSPI. En effet, dans une étude récente, il a été observé que l'attachement sécure était corrélé négativement au TSPT complexe, et qu'a contrario, l'attachement désorganisé ou craintif y était corrélé positivement (Karatzias et al., 2022), conduisant les auteurs à souligner que la psychothérapie centrée sur l'attachement devrait être intégrée comme un élément

essentiel de la prise en charge de ces patients (Ibid.). Si cette approche est essentielle pour le TSPT complexe, elle est alors essentielle pour aider une proportion importante des victimes de VSPI.

De façon plus globale, nous pensons que les difficultés liées à un attachement insécuré sont à considérer chez toutes les victimes de VPI, quelle que soit leur symptomatologie. On pourrait même dire que les VPI sont, en elles-mêmes, un trauma d'attachement : elles se développent dans le cadre d'une relation interpersonnelle intime, soit sur le terrain même de l'attachement à l'âge adulte. Ces insécurités seraient à considérer à la fois en amont des VPI, en tant que facteur fragilisant à des relations dysfonctionnelles par le biais d'une attirance inconsciente envers des partenaires peu sensibles/disponibles, et en aval des VPI, qui seraient à leur tour susceptibles de perturber le système d'attachement préexistant aux violences (Henderson et al., 1997). Cela confirme que les applications de la théorie de l'attachement en psychothérapie avec ces patientes pourraient être nombreuses, autant pour la considération de l'histoire de vie et des blessures préexistantes, que pour l'impact traumatique des VPI et la complexification du processus de sortie de la relation.

La question de l'attachement, ou plus simplement de la subsistance du sentiment amoureux envers le partenaire violent, ne nous semble pas suffisamment prise en compte dans l'accompagnement psychologique des victimes. Dans une société qui avance qu'il faudrait se séparer « dès la première gifle », qu'il faut parler, dire non, porter plainte, soutenir la cause des femmes, nos patientes nous évoquent régulièrement, malgré leur sentiment de honte, de culpabilité et d'anormalité, que leur partenaire leur « manque » malgré tout, et nous décrivent un tableau assez caractéristique du chagrin d'amour. En psychothérapie, faudrait-il mettre cela sur le compte de l'emprise psychologique, en pathologisant le sentiment amoureux ? Ou saisir cette opportunité pour explorer ce manque, l'accueillir, l'accepter, et explorer ses connexions

avec le style d'attachement de la patiente ? La deuxième option nous paraît bien plus intéressante, et contribue à la compréhension de la complexité de ces situations, et parfois au refus de se séparer du partenaire ou au maintien des contacts avec ce dernier (Karakurt et al., 2016), parfois malgré une procédure pénale.

Concrètement, une perspective attachementiste autour des VPI en général, et des VSPI en particulier, permet en premier lieu d'adopter la bonne posture en psychothérapie. Le thérapeute devrait à la fois pouvoir se référer à la loi (les violences sont interdites), et accueillir les ambivalences et incertitudes liées chez ces patientes à l'oscillation entre l'amour et la peur (Wright et al., 2022). En favorisant une lecture développementale de ces manifestations, la théorie de l'attachement peut aider les thérapeutes à les accepter pleinement, et à faire preuve d'empathie plutôt que de stigmatiser l'attachement au partenaire (Pearlman & Courtois, 2005). Nos résultats s'inscrivent en ligne avec ces considérations, et nous ajouterons que l'intégration d'une réflexion autour du style d'attachement et de son expression dans les relations interpersonnelles peuvent apporter un insight précieux aux victimes, favorisant une meilleure représentation des comportements qu'elles n'arrivent pas à comprendre ou à rationaliser. Ces éléments relèvent finalement d'une forme d'« empowerment », car ils amènent à la conscience des victimes le rôle de facteurs ontogéniques, qu'elles peuvent apprendre en moduler face à des déclencheurs relationnels futurs (Pilkington et al., 2021).

Une psychothérapie centrée sur l'attachement, c'est aussi une prise en charge qui considère que l'attachement patient-thérapeute est central dans la promotion du changement (Slade & Holmes, 2019). Cela implique que le thérapeute adopte, dans un cadre professionnel, approprié et éthique, les compétences de figures d'attachement sensibles et disponibles : relation de confiance, régulation sensible des affects, aide à la mentalisation, promotion de l'autonomie et acceptation radicale du patient en tant que personne (Ibid.), ce qui n'est pas sans rappeler les

bases de l'approche humaniste en psychothérapie (Rogers, 2005). Il s'agit également de comprendre l'orientation d'attachement du patient, tant dans sa vie quotidienne que de part son comportement dans la relation thérapeutique (Slade & Holmes, 2019), et de promouvoir l'ouverture, la proximité avec les autres, l'autonomie, dans l'objectif de renforcer le sentiment de cohérence de soi (Ibid.). Ces perspectives nous semblent très précieuses au regard des problématiques rencontrées par les victimes de VPI et de VSPI, à la fois pour la compréhension de leur expérience, et pour la construction de futures relations interpersonnelles saines et positives.

4.5 RECHERCHES FUTURES ?

Les VSPI demeurant insuffisamment documentées, le sujet ouvre de nombreuses voies pour des recherches futures. Plusieurs directions pour des recherches futures ont été développées dans nos articles, en lien direct avec nos résultats. Il ne s'agit pas ici de les évoquer à nouveau, mais de questionner la pertinence des pistes de recherches plus générales.

En premier lieu, nous nous questionnons sur les modalités d'évaluation des violences sexuelles au sein du couple. L'évaluation du phénomène reste complexe, et les questionnaires disponibles nous semblent assez lourds à la fois pour les patientes et pour une évaluation au quotidien dans des services de santé. Il nous semblerait donc judicieux de travailler au développement d'autres outils d'évaluation, plus simples et moins coûteux, facilement intégrables dans une pratique de routine. De plus, le SES-SF n'est pas, initialement, un outil destiné à la mesure des violences sexuelles dans le couple, mais un outil destiné à la mesure des violences sexuelles en général. S'il est adapté pour cette population dans la recherche (Bagwell-Gray et al., 2015), ne serait-ce pas utile de concevoir un questionnaire qui tiennent compte des spécificités du contexte relationnel (le couple) dans lequel ces violences se développent ? Dans

une étude récente, une version spécialisée du SES pour les violences sexuelles dans le couple a été développée, le « Sexual Experiences Survey-Romantic Partner » (SES-RP) (Anderson et al., 2021). Ce questionnaire semble identifier significativement plus de situations de VSPI que le SES-SF (Ibid.). Il serait intéressant de valider ce questionnaire en population française.

Au-delà d'améliorer les outils disponibles, il est observé qu'en dépit des progrès majeurs réalisés au cours des 30 dernières années en termes de prise en charge des VPI, les professionnels demeurent encore réticents à rechercher ces violences et à proposer une prise en charge adaptée lorsqu'elles sont révélées (Miller-Perrin et al., 2021). Ils peuvent se sentir démunis une fois les révélations faites : que faire ? Comment signaler ? Comment protéger la personne ? Il serait donc utile d'explorer finement les différents obstacles, notamment les obstacles psychologiques, qui sont susceptibles d'expliquer cette réticence et de fournir des clés pour y remédier.

Sur le plan clinique, d'autres études en clusters ou utilisant des méthodologies visant à établir des profils de patients nous paraissent particulièrement pertinentes dans le domaine des troubles psychotraumatiques. Dans cette étude exploratoire, nous avons recherché des profils de victimisation, soit des profils en fonction du type et de la fréquence d'évènements donnés, en raison d'un manque de documentation sur la caractérisation des VSPI en France. Cependant, en examinant la littérature et en approfondissant nos lectures sur le trauma, nous avons réalisé que ces méthodes pourraient être particulièrement pertinentes pour définir des profils de patients en fonction de variables symptomatologiques, quel que soit le contexte traumatogène. En effet, il nous semble que la binarité TSPT/TSPT-complexe est prédominante dans la littérature, et cela diverge de ce que nous observons sur le terrain. Dans notre pratique, nous avons plutôt l'impression que les symptômes des patients se placent sur une forme de continuum, avec de nombreux patients qui, s'ils ne cochent pas les « cases » du TSPT complexe,

décrivent tout de même des difficultés qui vont au-delà du TSPT « simple ». On pourrait imaginer un protocole à grande échelle, en population consultante et générale, qui évaluerait d'une part les événements de vie traumatogènes, et d'autre part des variables psychologiques selon une approche dimensionnelle (TPST, TSPT complexe, dépression, symptômes dissociatifs, consommation de substances...), permettant de dégager des profils de patients et la prévalence de ces profils. La faisabilité serait à évaluer, mais les résultats permettraient peut-être d'apporter les nuances qui nous manquent à la compréhension de tous ces patients qui ne se retrouvent pas dans les catégories diagnostiques établies, et d'avoir une vision plus ancrée dans la réalité clinique et plus nuancée que cette représentation dichotomique trauma simple/complexe. Cela permettrait également de contribuer à une optimisation des psychothérapies, par l'orientation des patients vers les prises en charge qui leur seraient les plus bénéfiques, dans une perspective multimodale (Cloitre, 2015).

Enfin, à la différence de la clinique du trauma, la clinique de l'attachement ne nous semble pas assez considérée en rapport avec les violences dans le couple. A l'heure actuelle, les recherches menées ne sont pas suffisantes pour comprendre les liens complexes et enchevêtrés qui pourraient exister entre le style d'attachement initial, le risque d'être victime de VPI, et la perturbation de l'attachement occasionnée par des VPI. Notamment, la prévalence de l'attachement désorganisé chez les victimes, de même que ses interactions avec les conséquences des VPI, pourraient être davantage explorés. Cet attachement, plus complexe à évaluer, est très peu étudié chez les victimes de VPI, alors qu'il pourrait être particulièrement prévalent dans cette population (Condino et al., 2022). Cela impliquerait d'utiliser des entretiens comme le *Adult Attachment Interview - AAI* (George et al., 1996), probablement boudés par les chercheurs car plus chronophages qu'un questionnaire en auto-évaluation (Velotti et al., 2018). De même, les données sur l'efficacité des psychothérapies relationnelles centrées sur l'attachement en présence de TSPT complexe restent limitées (Karatzias et al.,

2022), et il nous semblerait intéressant d'évaluer ces psychothérapies en contexte de VPI et de VSPI. Les VPI sont des traumatismes interpersonnels prolongés, et ces psychothérapies pourraient offrir une alternative ou s'intégrer en complément des thérapies classiques centrées sur trauma (TCC et EMDR), qui par l'exposition qu'elles impliquent ne conviennent pas à toutes les victimes, du moins pas avant que la confiance et la sécurité soit suffisamment présentes dans la relation thérapeutique.

4.6 RECOMMANDATIONS

Le tableau suivant récapitule les recommandations que nous souhaiterions formuler au terme de cette thèse de doctorat :

Thématiques	Recommandations
<p>Prévenir les violences sexuelles dans le couple en population générale</p>	<p><i>Développer des supports et programmes de prévention :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Axés sur le vécu de la sexualité dans les relations amoureuses, et non sur la définition du consentement sexuel ; ❖ Qui définissent la coercition sexuelle, de façon simple et accessible ; ❖ Qui insistent autant sur le <i>contexte</i> du consentement que sur le consentement en lui-même (notion de pseudo-consentement) ; ❖ Qui prennent en compte la confusion et l'incertitude des victimes de VSPI, et évitent dès lors les descriptions stéréotypées de non-consentement (« non c'est non ») ; ❖ Intégrables aux programmes scolaires d'éducation sexuelle ; ❖ Adaptables aux populations étudiantes.

	<p><i>Améliorer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de VSPI :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ En individualisant l'intervention ❖ En identifiant les facteurs de risques et besoins spécifiques des auteurs de VSPI
<p>Repérer les victimes de violences sexuelles dans le couple</p>	<p><i>Développer la formation des professionnels :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ En clarifiant les différentes formes de VSPI (notamment coercition sexuelle et viol) ; ❖ En favorisant la compréhension des spécificités du consentement sexuel dans les situations de violences dans le couple ; ❖ En favorisant une démarche active et systématique d'exploration des violences dans le couple en général, et des VSPI en particulier, tout en tenant compte des freins chez les victimes ❖ En donnant aux professionnels les ressources nécessaires concernant les bonnes pratiques en cas de révélation.
<p>Travailler en psychothérapie avec des victimes de violences sexuelles dans le couple</p>	<p><i>Dans le cadre d'une psychothérapie avec une victime de VSPI :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluer la présence du TSPT et du TSPT-C pour affiner le profil clinique ; ❖ En présence d'un TSPT-C, favoriser une approche flexible, intégrative et séquentielle (approche par phases) ;

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorer les traumatismes développementaux, particulièrement les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance, et leur lien éventuel avec les difficultés rencontrées dans le présent ; ❖ Identifier les croyances dysfonctionnelles et dangereuses en termes de risque de victimisation sexuelle future ; ❖ Prendre en compte l'attachement amoureux de la victime au partenaire violent, et ce que cela révèle éventuellement de son style d'attachement, de sa perception d'elle-même et des autres.
<p>Mener davantage de travaux de recherche sur les violences sexuelles dans le couple</p>	<p><i>Dans le cadre de futures recherches :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorer la prévalence et les formes de VSPI dans d'autres populations : sujets n'ayant pas porté plainte pour des violences dans le couple, couples homosexuels, minorités de genre, contextes sociaux et culturels divers ; ❖ Améliorer les outils d'évaluation des VSPI, développer un outil dédié spécifiquement à leur mesure ; ❖ Identifier les obstacles qui empêchent les professionnels de rechercher les VPI en général, et les VSPI en particulier ; ❖ Evaluer la prévalence de l'attachement désorganisé chez les victimes de VSPI ; ❖ Explorer les liens et identifier les facteurs explicatifs de la trajectoire entre antécédents traumatiques dans l'enfance, attachement insécure, et vulnérabilité aux VSPI ; ❖ Explorer les liens entre VSPI et TSPT-C.

CONCLUSION

Cette thèse permet de mieux comprendre la dimension sexuelle des violences au sein du couple et ses multiples enjeux psychologiques. Elle ouvre une réflexion concernant l'amélioration de la prévention, du repérage, et de la prise en charge des victimes de ces violences cachées, confuses et délétères. Nous espérons que ces apports seront utiles pour de futures recherches et pour la pratique professionnelle, notamment celle des psychologues. Une synergie des différents acteurs et une mutualisation des connaissances sont nécessaires pour que les VSPI soient identifiées et reconnues comme une forme prévalente et singulière du trauma des violences conjugales. Elles méritent d'être recherchées, révélées et prises en charge avec attention.

L'Organisation mondiale de la santé souligne la nécessité de promouvoir la santé sexuelle (OMS, 2002). Définie comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en lien avec la sexualité, une bonne santé sexuelle implique une approche positive et respectueuse des relations sexuelles (Ibid.) Dans relation sexuelle, il y a bien le terme « relation », et les VSPI, par leur triple atteinte à la santé physique, psychologique et sexuelle, bouleversent la santé relationnelle et interpersonnelle, si essentielle à la qualité de vie et au bien être. Les VSPI ne représentent pas qu'un type de trauma sexuel supplémentaire : elles sont, comme beaucoup de traumas sexuels, un trauma de la relation aux autres. Poursuivre les efforts de recherche et de prise en charge des victimes, c'est continuer à tenter de comprendre par quelles voies aider ces personnes à se réparer, mais aussi à restaurer des liens positifs avec autrui, quand ce sont justement les autres qui ont pu faire du mal, souvent depuis l'enfance.

En parlant des violences sexuelles au sein du couple, notre travail parle de l'impact des violences interpersonnelles dans les liens proches et dans la famille, et de la nécessité d'une

vision transversale et complexe, intégrative de l'expression symptomatologique, de la trajectoire de vie, des antécédents, du fonctionnement relationnel et des ressources propres à chacun. Sans cette perspective, les tenants et les aboutissants de la situation psychique des victimes ne peuvent pas être pleinement compris. En résumé, une victime de violences dans le couple, ce n'est pas qu'une victime de violences dans le couple. C'est une personne qui dans sa singularité va tisser tout un réseau de significations autour des violences vécues, en rapport avec ses croyances sur elle-même et sa lecture de son passé et de son avenir. C'est à cela que la psychothérapie doit s'adresser. C'est cela dont elle doit prendre soin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abraham, M. (2005). Domestic Violence and the Indian Diaspora in the United States. *Indian Journal of Gender Studies*, 12(2-3), 427-451. <https://doi.org/10.1177/097152150501200212>
- Abrahams, N., Jewkes, R., Laubscher, R., & Hoffman, M. (2006). Intimate Partner Violence: Prevalence and Risk Factors for Men in Cape Town, South Africa. *Violence and Victims*, 21(2), 247-264. <https://doi.org/10.1891/vivi.21.2.247>
- Adams, A. E., Sullivan, C. M., Bybee, D., & Greeson, M. R. (2008). Development of the Scale of Economic Abuse. *Violence Against Women*, 14(5), 563-588. <https://doi.org/10.1177/1077801208315529>
- Afzal, A., & Kiyatkin, E. A. (2019). Interactions of benzodiazepines with heroin: Respiratory depression, temperature effects, and behavior. *Neuropharmacology*, 158, 107677. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.107677>
- Akyazi, S., Tabo, A., Guveli, H., İlnem, M. C., & Oflaz, S. (2018). Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Mental Health Journal*, 54(3), 361-369. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0240-1>
- Al-Eissa, M. A., Saleheen, H. N., & Almuneef, M. (2020). Examining the Relationship Between Witnessing Intimate Partner Violence and Victimization Among Children in Saudi Arabia. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(5-6), 1334-1350. <https://doi.org/10.1177/0886260517696865>
- Ali, P. A., & Naylor, P. B. (2013). Intimate partner violence: A narrative review of the feminist, social and ecological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 611-619. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.009>

- Allison, C. J., Bartholomew, K., Mayseless, O., & Dutton, D. G. (2008). Love as a Battlefield: Attachment and Relationship Dynamics in Couples Identified for Male Partner Violence. *Journal of Family Issues*, 29(1), 125-150. <https://doi.org/10.1177/0192513X07306980>
- Al-Modallal, H. (2016). Effect of intimate partner violence on health of women of Palestinian origin. *International Nursing Review*, 63(2), 259-266. <https://doi.org/10.1111/inr.12239>
- Ambikile, J. S., Leshabari, S., & Ohnishi, M. (2022). Curricular Limitations and Recommendations for Training Health Care Providers to Respond to Intimate Partner Violence: An Integrative Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1262-1269. <https://doi.org/10.1177/1524838021995951>
- Amegbor, P. M., & Pascoe, L. (2021). Variations in Emotional, Sexual, and Physical Intimate Partner Violence Among Women in Uganda: A Multilevel Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15-16), NP7868-NP7898. <https://doi.org/10.1177/0886260519839429>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Anderson, D. K., Saunders, D. G., Yoshihama, M., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2003). Long-term Trends in Depression among Women Separated from Abusive Partners. *Violence Against Women*, 9(7), 807-838. <https://doi.org/10.1177/1077801203009007004>
- Anderson, K. M., & Danis, F. S. (2006). Adult Daughters of Battered Women: Resistance and Resilience in the Face of Danger. *Affilia*, 21(4), 419-432. <https://doi.org/10.1177/0886109906292130>
- Anderson, R. E., Holmes, S. C., Johnson, N. L., & Johnson, D. M. (2021). Analysis of a Modification to the Sexual Experiences Survey to Assess Intimate Partner Sexual

- Violence. *The Journal of Sex Research*, 58(9), 1140-1150.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1766404>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed). Routledge.
- Antai, D. (2011). Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: What is the role of community-level factors? *BMC Women's Health*, 11(1), 56.
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-56>
- Antoine, P., & Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : Présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, 62(4), 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>
- Arce, R., Arias, E., Novo, M., & Fariña, F. (2020). Are Interventions with Batterers Effective? A Meta-analytical Review. *Psychosocial Intervention*, 29(3), 153-164.
<https://doi.org/10.5093/pi2020a11>
- Arditte, K. A., Shaw, A. M., & Timpano, K. R. (2016). Repetitive Negative Thinking : A Transdiagnostic Correlate of Affective Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(3), 181-201. <https://doi.org/10.1521/jscp.2016.35.3.181>
- Arias, E., Arce, R., & Vilariño, M. (2013). Batterer intervention programmes : A meta-analytic review of effectiveness. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 153-160.
<https://doi.org/10.5093/in2013a18>
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS ONE*, 11(10), e0161645.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Australian Center for Posttraumatic Mental Health. (2007). Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder.

http://www.acpmh.unimelb.edu.au/site_resources_guidelines/ACPMH_FullASDandPTSDGuidelines.pdf

- Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., & Yerington, T. P. (2000). Attachment, Emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and non violent husbands. *Journal of Family Violence, 15*(4), 391-409. <https://doi.org/10.1023/A:1007558330501>
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1023-1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Babcock, R. L., & DePrince, A. P. (2013). Factors Contributing to Ongoing Intimate Partner Abuse: Childhood Betrayal Trauma and Dependence on One's Perpetrator. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(7), 1385-1402. <https://doi.org/10.1177/0886260512468248>
- Bagwell-Gray, M. E. (2021). Women's Experiences of Sexual Violence in Intimate Relationships: Applying a New Taxonomy. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(13-14), NP7813-NP7839. <https://doi.org/10.1177/0886260519827667>
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(3), 316-335. <https://doi.org/10.1177/1524838014557290>
- Bailey, R., Dugard, J., Smith, S. F., & Porges, S. W. (2023). Appeasement: Replacing Stockholm syndrome as a definition of a survival strategy. *European Journal of Psychotraumatology, 14*(1), 2161038. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2161038>
- Baird, S. L., Alaggia, R., & Jenney, A. (2021). "Like Opening Up Old Wounds": Conceptualizing Intersectional Trauma Among Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(17-18), 8118-8141. <https://doi.org/10.1177/0886260519848788>

- Baldry, A. C., & Pagliaro, S. (2014). Helping victims of intimate partner violence: The influence of group norms among lay people and the police. *Psychology of Violence*, 4(3), 334-347. <https://doi.org/10.1037/a0034844>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. General Learning Press.
- Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
- Barbelane Biais, C. (2017). De la mise à l'abri à l'accès au logement. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 65-74). Dunod.
- Barbier, A., & Levêfre, T. (2021). Femmes victimes de violence conjugale en France : Estimation de la prévalence des violences et de la divulgation des faits à un tiers, facteurs associés et comparaison à la population consultant en médecine légale. *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 30. <https://hal.science/hal-04002452/>
- Barker, L. C., Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Intimate Partner Sexual Violence: An Often Overlooked Problem. *Journal of Women's Health* (2002), 28(3), 363-374. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6811>
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S., & Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 413-421. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000048954.50232.d8>
- Bates, E. A. (2019). Challenging the gendered approach to men's violence towards women. Dans E.A. Bates & J.C. Taylor (dir.), *Intimate Partner Violence: New perspectives in Research and Practice*. Routledge.

- Beck, C. J. A., & Raghavan, C. (2010). Intimate partner abuse screening in custody mediation: the importance of assessing coercive control. *Family Court Review*, 48(3), 555-565. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2010.01329.x>
- Bécour, B., Vasseur, P., Chuc, A., & Renaud, B. (2014). Violences sexuelles conjugales à Paris : Étude analytique prospective de 100 cas. *Médecine & Droit*, 2014(127), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2013.08.009>
- Beijer, U., Scheffel Birath, C., DeMartinis, V., & Af Klinteberg, B. (2018). Facets of Male Violence Against Women With Substance Abuse Problems: Women With a Residence and Homeless Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(9), 1391-1411. <https://doi.org/10.1177/0886260515618211>
- Bell, K. M., & Naugle, A. E. (2005). Understanding Stay/Leave Decisions in Violent Relationships: A Behavior Analytic Approach. *Behavior and Social Issues*, 14(1), 21-46. <https://doi.org/10.5210/bsi.v14i1.119>
- Bergen, R. (2006). *Marital Rape: New Research and Directions*. National Online Resource Center on Violence Against Women. https://vawnet.org/sites/default/files/materials/files/201609/AR_MaritalRapeRevised.pdf
- Berhanie, E., Gebregziabher, D., Berihu, H., Gerezgiher, A., & Kidane, G. (2019). Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: A case-control study. *Reproductive Health*, 16(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0670-4>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

- Birkley, E. L., & Eckhardt, C. I. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration : A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 37*, 40-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.002>
- Black, D. S., Sussman, S., & Unger, J. B. (2010). A Further Look at the Intergenerational Transmission of Violence : Witnessing Interparental Violence in Emerging Adulthood. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(6), 1022-1042. <https://doi.org/10.1177/0886260509340539>
- Black, M. C. (2011). Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine, 5*(5), 428-439. <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>
- Black M.C., Basile K.C., Breiding M.J., Smith S.G., Walters M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). *The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010 summary report*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf
- Blaise, L. (2016, 11 mars). He abused her for years. She shot him. France asks: Is it self-defence? *The New York Times*.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry, 10*(1), 98. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-98>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial

- Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498.
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bonache, H., Gonzalez-Mendez, R., & Krahé, B. (2019). Adult Attachment Styles, Destructive Conflict Resolution, and the Experience of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(2), 287-309. <https://doi.org/10.1177/0886260516640776>
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence and Women's Physical, Mental, and Social Functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Bourgou, S., Meddouri, S. L., Ben Hamouda, A., Ben Mustapha, H., Charfi, F., Hamza, M., & Belhadj, A. (2021). Enfants victimes de violences sexuelles en consultation de pédopsychiatrie. *L'Encéphale*, 47(3), 221-226.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.06.011>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-Child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Brillon, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant : guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*. Les Éditions de l'Homme.
- Brown, E., Dupuis, J., & Mazuy, M. (2020). Parcours conjugaux, violence conjugale et différences de genre. INED.
https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/virage_chapitre_conjugal.fr.pdf
- Buchaillet, C. (2017). Le traitement médico-légal des violences. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 133-144). Dunod.
- Bulman, M. (2016, 29 décembre). Jacqueline Sauvage: French woman who killed her abusive husband leaves prison after Presidential pardon. *The Independent*.

- Busby, D. M., Holman, T. B., & Walker, E. (2008). Pathways to Relationship Aggression Between Adult Partners*. *Family Relations*, 57(1), 72-83. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00484.x>
- Butters, R. P., Droubay, B. A., Seawright, J. L., Tollefson, D. R., Lundahl, B., & Whitaker, L. (2021). Intimate Partner Violence Perpetrator Treatment: Tailoring Interventions to Individual Needs. *Clinical Social Work Journal*, 49(3), 391-404. <https://doi.org/10.1007/s10615-020-00763-y>
- Campbell J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Campbell, J. C., Anderson, J. C., McFadgion, A., Gill, J., Zink, E., Patch, M., Callwood, G., & Campbell, D. (2018). The Effects of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Central Nervous System Symptoms. *Journal of Women's Health*, 27(6), 761-767. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6311>
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., & Thomas, J. (2001). Domestic violence: A comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *Public Health*, 115(2), 89-95. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900749>
- Cannon, E. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., & Rivara, F. P. (2009). The Intergenerational Transmission of Witnessing Intimate Partner Violence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(8). <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.91>
- Cantu, J. I., & Charak, R. (2022). Unique, Additive, and Interactive Effects of Types of Intimate Partner Cybervictimization on Depression in Hispanic Emerging Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), NP375-NP399. <https://doi.org/10.1177/0886260520915552>
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16–27.

- Chariot, P. (2019). Introduction. Dans P. Chariot (dir.), *Le viol conjugal* (p. 15-26). CNRS Editions.
- Chen, X. Y., Lo, C. K. M., Chan, K. L., Leung, W. C., & Ip, P. (2022). Association between Childhood Exposure to Family Violence and Telomere Length: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12151. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912151>
- Cheng, S.-Y., Davis, M., Jonson-Reid, M., & Yaeger, L. (2021). Compared to What? A Meta-Analysis of Batterer Intervention Studies Using Nontreated Controls or Comparisons. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 496-511. <https://doi.org/10.1177/1524838019865927>
- Clarke, A., & Wydall, S. (2013). “Making Safe”: A Coordinated Community Response to Empowering Victims and Tackling Perpetrators of Domestic Violence. *Social Policy and Society*, 12(3), 393-406. <https://doi.org/10.1017/S147474641200070X>
- Cloitre, M. (2015). The “one size fits all” approach to trauma treatment: Should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27344. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27344>
- Cloitre, M. (2021). Complex PTSD: Assessment and treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(sup1), 1866423. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1866423>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. van der, Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD : Results of the ISTSS expert clinician survey on

- best practices: Treatment of Complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895-903. <https://doi.org/10.1002/jts.20171>
- Cohen, L. R., Field, C., Campbell, A. N. C., & Hien, D. A. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: A secondary analysis of NIDA Clinical Trials Network “Women and Trauma” Multi-site Study. *Addictive Behaviors*, 38(7), 2325-2332. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.006>
- Coker, A. L. (2007). Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health?: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 149-177. <https://doi.org/10.1177/1524838007301162>
- Colder, C. (2019). Viol conjugal : Les mots pour le dire. Dans P. Chariot (dir.), *Le viol conjugal* (p. 49-64). CNRS Editions.
- Collison, K. L., & Lynam, D. R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102047. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102047>
- Colombini, M., Dockerty, C., & Mayhew, S. H. (2017). Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Studies in Family Planning*, 48(2), 179-200. <https://doi.org/10.1111/sifp.12021>
- Condino, V., Giovanardi, G., Vagni, M., Lingiardi, V., Pajardi, D., & Colli, A. (2022). Attachment, Trauma, and Mentalization in Intimate Partner Violence: A Preliminary Investigation. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(11-12), NP9249-NP9276. <https://doi.org/10.1177/0886260520980383>

- Conseil de l'Europe. (2020). *Déclaration du Comité des Parties à la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence envers les femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul) sur la mise en œuvre de la convention pendant la pandémie de COVID-19*. Conseil de l'Europe. <https://rm.coe.int/declaration-committee-of-the-parties-to-ic-covid-/16809e33c6n-cases-of-violence-against-women>
- Copp, J. E., Kuhl, D. C., Giordano, P. C., Longmore, M. A., & Manning, W. D. (2015). Intimate partner violence in neighborhood context: The roles of structural disadvantage, subjective disorder, and emotional distress. *Social Science Research, 53*, 59-72. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.05.001>
- Costa, C. V. E., & Botelho, A. A. L. P. (2021). The impact of intimate partner violence on psychological well-being: Predictors of posttraumatic stress disorder and the mediating role of insecure attachment styles. *European Journal of Trauma & Dissociation, 5*(1), 100-151. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100151>
- Côté, I., & Lapierre, S. (2021). Pour une intégration du contrôle coercitif dans les pratiques d'intervention en matière de violence conjugale au Québec. *Intervention, 115-125*.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2016). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. The Guilford Press.
- Courtois, R., Schlegel, A., Bonhomme, J., Doineau, E., Bertsch, I., Potard, C., & Pham, T. (2022). Validation française de l'échelle de l'adhésion aux mythes modernes sur l'agression sexuelle (AMMSA) et attachement au partenaire auprès d'étudiants et d'auteurs de violence conjugale. *L'Encéphale, 48*(1), 114. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.11.010>
- Coutanceau, R. (2016). Évaluation et prise en charge du conjoint violent. *Tiers, 2*(17), 75-90.

- Crann, S. E., & Barata, P. C. (2016). The Experience of Resilience for Adult Female Survivors of Intimate Partner Violence: A Phenomenological Inquiry. *Violence Against Women*, 22(7), 853-875. <https://doi.org/10.1177/1077801215612598>
- Crowell, N. A., & Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. National Academy Press.
- Cunha, O., Silva, A., Cruz, A. R., De Castro Rodrigues, A., Braga, T., & Gonçalves, R. A. (2023). Dropout among perpetrators of intimate partner violence attending an intervention program. *Psychology, Crime & Law*, 29(6), 634-652. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2022.2030337>
- Cunningham, R. M., Murray, R., Walton, M. A., Chermack, S. T., Wojnar, M., Wozniak, P., Booth, B. M., & Blow, F. C. (2009). Prevalence of Past Year Assault Among Inner-City Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 53(6), 814-823.e15. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.01.016>
- Daligand, L. (2021). Emprise dans les violences conjugales et la maltraitance infantile : *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, 30(3), 49-52. <https://doi.org/10.3917/jdsam.213.0049>
- Damant, D., & Guay, F. (2005). La question de la symétrie dans les enquêtes sur la violence dans le couple et les relations amoureuses. *Revue Canadienne de Sociologie*, 42(2), 125-144. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2005.tb02458.x>
- Damant, D., Lapierre, S., Lebossé, C., Thibault, S., Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Lavergne, C., & Fortin, A. (2010). Women's abuse of their children in the context on domestic violence: Reflection from women's accounts. *Child & Family Social Work*, 15(1), 12-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2009.00632.x>
- Damiani, C. (2010). La réparation psychique. *Médecine & Droit*, 2010(100-101), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2010.01.001>

- Debauche, A. (2019). Les violences sexuelles dans le couple : Diversité des formes et des contextes. Dans P. Chariot (dir.), *Le viol conjugal* (p. 135-157). CNRS Editions.
- DeHart, D. D., Follingstad, D. R., & Fields, A. M. (2010). Does Context Matter in Determining Psychological Abuse? Effects of Pattern, Harm, Relationship, and Norms. *Journal of Family Violence*, 25(5), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9307-7>
- Deslauriers, J.-M., & Cusson, F. (2014). Une typologie des conjoints ayant des comportements violents et ses impacts sur l'intervention. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 1(67), 140-157.
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, N., & Watts, C. H. (2013). The Global Prevalence of Intimate Partner Violence Against Women. *Science*, 340(6140), 1527-1528. <https://doi.org/10.1126/science.1240937>
- Devynck, F., Kornacka, M., Baeyens, C., Serra, É., Neves, J. F. das, Gaudrat, B., Delille, C., Taquet, P., Depraete, O., Tison, P., Sgard, F., Rousseau, A., & Romo, L. (2017). Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): French Validation of a Transdiagnostic Measure of Repetitive Negative Thinking. *Frontiers in Psychology*, 8, 2159. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02159>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine*, 2013, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Dobash, R. E., & Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives*. Free Press.
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Wilson, M., & Daly, M. (1992). The Myth of Sexual Symmetry in Marital Violence. *Social Problems*, 39(1), 71-91. <https://doi.org/10.1525/sp.1992.39.1.03x00641>

- Dokkedahl, S. B., Kirubakaran, R., Bech-Hansen, D., Kristensen, T. R., & Elklit, A. (2022). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: A systematic review with meta-analyses. *Systematic Reviews*, *11*(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02025-z>
- Dokkedahl, S., Kristensen, T. R., Murphy, S., & Elklit, A. (2021). The complex trauma of psychological violence: Cross-sectional findings from a Cohort of four Danish Women Shelters. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1863580. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863580>
- Dorey, R. (1981). La relation d'emprise. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, *24*, 117-139.
- Durand, E. (2013). *Violences conjugales et parentalité : Protéger la mère, c'est protéger l'enfant*. L'Harmattan.
- Durand, E. (2017). Violences conjugales et protection de l'enfance. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 193-204). Dunod.
- Dutton, D. G. (1995). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. UBC Press.
- Dutton, D. G. (2007). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. Guilford Press.
- Dutton, D. G., & Karakanta, C. (2013). Depression as a risk marker for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, *18*(2), 310-319. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.12.002>
- Dutton, M. A. (2009). Pathways Linking Intimate Partner Violence and Posttraumatic Disorder. *Trauma, Violence, & Abuse*, *10*(3), 211-224. <https://doi.org/10.1177/1524838009334451>

- Dutton, M. A., Goodman, L., Lennig, D., Murphy, J., & Kaltman, S. (2005). *Ecological model of battered women's experience over time*. National Institute of Justice. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/213713.pdf>
- Dworkin, E. R. (2020). Risk for Mental Disorders Associated With Sexual Assault : A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(5), 1011-1028. <https://doi.org/10.1177/1524838018813198>
- Easteal, P., & McOrmond-Plummer, L. (2006). *Real Rape, Real Pain : Help for women sexually assaulted by male partners*. Hybrid Publishers.
- Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International, 16*(6), 563-576. <https://doi.org/10.1080/07399339509516210>
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 225-232. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Eid, P., & Lachance-Grzela, M. (2017). Ruptures amoureuses. Dans Y. Lussier, C. Bélanger & S. Sabouraud (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p. 621-640). Presses de l'Université du Québec.
- Eigenberg, H., & Policastro, C. (2016). Blaming Victims in Cases of Interpersonal Violence: Attitudes Associated With Assigning Blame to Female Victims. *Women & Criminal Justice, 26*(1), 37-54. <https://doi.org/10.1080/08974454.2014.997417>
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Schilling, R., & Wada, T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *Journal of Family Violence, 15*(3), 209-228. <https://doi.org/10.1023/A:1007532917759>

- Ellsberg, M., Heise, L., Pena, R., Agurto, S., & Winkvist, A. (2001). Researching Domestic Violence Against Women: Methodological and Ethical Considerations. *Studies in Family Planning*, 32(1), 1-16. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x>
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J., & Winkvist, A. (2000). Candies in hell : Women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1595-1610. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00056-3)
- Elwood, L. S., & Williams, N. L. (2007). PTSD–Related Cognitions and Romantic Attachment Style as Moderators of Psychological Symptoms in Victims of Interpersonal Trauma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1189-1209. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1189>
- ENVEFF. (2000). *Enquête nationale sur la violence envers les femmes en France*. Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'État aux droits des femmes et à la formation professionnelle. Paris: La documentation française.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: An EU-wide survey main results*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Fall, S. (2016). Mauvais conjoint, bon parent ? Des liens parentaux dans la violence conjugale : *Revue Tiers*, N° 17(2), 65-74. <https://doi.org/10.3917/tiers.017.0065>
- Fawole, O. I. (2008). Economic Violence To Women and Girls: Is It Receiving the Necessary Attention? *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(3), 167-177. <https://doi.org/10.1177/1524838008319255>

- Ferdousy, E. Z., & Matin, M. A. (2015). Association between intimate partner violence and child morbidity in South Asia. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 33, 16. <https://doi.org/10.1186/s41043-015-0016-y>
- Fernández -Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez -Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo- Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: Risk factors related to symptoms and diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 2003616. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616>
- Fernet, M., Hébert, M., Brodeur, G., & Théorêt, V. (2021). “When You’re in a Relationship, You Say No, but Your Partner Insists” : Sexual Dating Violence and Ambiguity Among Girls and Young Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19-20), 9436-9459. <https://doi.org/10.1177/0886260519867149>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, Crime, and Abuse Exposure in a National Sample of Children and Youth: An Update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.42>
- Follingstad, D. R. (2009). The Impact of Psychological Aggression on Women’s Mental Health and Behavior : The Status of the Field. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 271-289. <https://doi.org/10.1177/1524838009334453>
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. V. D., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447. <https://doi.org/10.1002/jts.20051>
- Fortin, A., & Lachance, L. (2011). La parentification chez l’enfant exposé à la violence conjugale : *La revue internationale de l’éducation familiale*, n° 29(1), 63-86. <https://doi.org/10.3917/rief.029.0063>

- Fougeyrollas-Schwebel, D., & Jaspard, M. (2008). Représentations de la violence envers les femmes dans le couple : Mesures du phénomène – Le cas français. *Santé, Société et Solidarité*, 7(1), 109-116. <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1263>
- Fouques, D. (2023, 12 juin). *Concepts, manifestations et traitements de la dissociation post-traumatique* [communication orale]. Colloque Pratiques cliniques du Psychotrauma : Défis et Perspectives, Paris.
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4(2), 131-144. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1997.tb00135.x>
- Freyd, J. J., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal Trauma: Relationship to Physical Health, Psychological Distress, and a Written Disclosure Intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 83-104. https://doi.org/10.1300/J229v06n03_04
- Fuller-Thomson, E., Sawyer, J.-L., & Agbeyaka, S. (2021). The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated With Childhood Physical Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(17-18), NP9015-NP9034. <https://doi.org/10.1177/0886260519853407>
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368(9543), 1260-1269. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Garoma, S., Fantahun, M., & Worku, A. (2012). Maternal Intimate Partner Violence Victimization and under-Five Children Mortality in Western Ethiopia: A Case-Control

- Study. *Journal of Tropical Pediatrics*, 58(6), 467-474.
<https://doi.org/10.1093/tropej/fms018>
- Gentzler, A. L., & Kerns, K. A. (2004). Associations between insecure attachment and sexual experiences. *Personal Relationships*, 11(2), 249-265. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2004.00081.x>
- George, C., Main, M., & Kaplan, N. (1996). *Adult Attachment Interview*. University of California, Berkeley.
http://www.cmap.polytechnique.fr/~jingrebeccali/research/AAI_Scoring.pdf
- Gezinski, L. B., Gonzalez-Pons, K. M., & Rogers, M. M. (2021). Substance Use as a Coping Mechanism for Survivors of Intimate Partner Violence: Implications for Safety and Service Accessibility. *Violence Against Women*, 27(2), 108-123.
<https://doi.org/10.1177/1077801219882496>
- Gondolf, E. W., & Fisher, E. R. (1988). *Battered women as survivors: An alternative to treating learned helplessness*. Lexington Books.
- Goodkind, J. R., Sullivan, C. M., & Bybee, D. I. (2004). A Contextual Analysis of Battered Women's Safety Planning. *Violence Against Women*, 10(5), 514-533.
<https://doi.org/10.1177/1077801204264368>
- Goodman, L. A., Sullivan, C. M., Serrata, J., Perilla, J., Wilson, J. M., Fauci, J. E., & DiGiovanni, C. D. (2016). Development and validation of the trauma-informed practice scales: Development and Validation of the Trauma-Informed Practice Scales. *Journal of Community Psychology*, 44(6), 747-764. <https://doi.org/10.1002/jcop.21799>
- Goodman, L., Dutton, M. A., Weinfurt, K., & Cook, S. (2003). The Intimate Partner Violence Strategies Index: Development and Application. *Violence Against Women*, 9(2), 163-186. <https://doi.org/10.1177/1077801202239004>

- Goutaudier, N., Séjourné, N., Bui, É., Cazenave, N., & Chabrol, H. (2014). L'accouchement prématuré : Une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42(11), 749-754. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.05.004>
- Graham-Bermann, S. A., Castor, L. E., Miller, L. E., & Howell, K. H. (2012). The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children: Impact of Additional Traumatic Events on Children. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 393-400. <https://doi.org/10.1002/jts.21724>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., Pickering, R. P., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.8.807>
- Greeson, M. R., Kennedy, A. C., Bybee, D. I., Beeble, M., Adams, A. E., & Sullivan, C. (2014). Beyond Deficits: Intimate Partner Violence, Maternal Parenting, and Child Behavior Over Time. *American Journal of Community Psychology*, 54(1-2), 46-58. <https://doi.org/10.1007/s10464-014-9658-y>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Guiguet-Auclair, C., Boyer, B., Djabour, K., Ninert, M., Verneret-Bord, E., Vendittelli, F., & Debost-Legrand, A. (2021). Validation of the French Women Abuse Screening Tool to routinely identify intimate partner violence. *European Journal of Public Health*, 31(5), 1064-1069. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab115>

- Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101594. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594>
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-12>
- Gutowski, E., & Goodman, L. A. (2020). “Like I’m Invisible”: IPV Survivor-Mothers’ Perceptions of Seeking Child Custody through the Family Court System. *Journal of Family Violence*, 35(5), 441-457. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00063-1>
- Haggerty, L. A., & Goodman, L. A. (2003). Stages of Change-Based Nursing Interventions for Victims of Interpersonal Violence. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(1), 68-75. <https://doi.org/10.1177/0884217502239802>
- Haj-Yahia, M. M., & Schiff, M. (2007). Definitions of and Beliefs About Wife Abuse Among Undergraduate Students of Social Work. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(2), 170-190. <https://doi.org/10.1177/0306624X06291457>
- Hameed, M., O’Doherty, L., Gilchrist, G., Tirado-Muñoz, J., Taft, A., Chondros, P., Feder, G., Tan, M., & Hegarty, K. (2020). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub2>
- Harned, M. S. (2005). Understanding Women’s Labeling of Unwanted Sexual Experiences With Dating Partners: A Qualitative Analysis. *Violence Against Women*, 11(3), 374-413. <https://doi.org/10.1177/1077801204272240>

- Haselschwerdt, M. L., Savasuk-Luxton, R., & Hlavaty, K. (2019). A Methodological Review and Critique of the “Intergenerational Transmission of Violence” Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 168-182. <https://doi.org/10.1177/1524838017692385>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hegarty, K. L., O’Doherty, L. J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A. J., Astbury, J., Brown, S. J., Gold, L., Taket, A., Feder, G. S., & Gunn, J. M. (2013). Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women’s Health and Service Use: Findings From a Primary Care Trial of Women Afraid of Their Partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(2), 273-294. <https://doi.org/10.1177/0886260512454722>
- Heise, L. (2011). *What works to prevent partner violence? An evidence overview*. London, England: Department for International Development.
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. Dans E.G. Krugs et al, *World report on violence and health* (p. 87-121). Organisation Mondiale de la Santé.
- Heise, L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Henderson, A. J. Z., Bartholomew, K., & Dutton, D. G. (1997). He Loves Me; He Loves Me Not: Attachment and Separation Resolution of Abused Women. *Journal of Family Violence*, 12(2), 169-191. <https://doi.org/10.1023/A:1022836711637>

- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hewitt, L. N., Bhavsar, P., & Phelan, H. A. (2011). The Secrets Women Keep: Intimate Partner Violence Screening in the Female Trauma Patient. *Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*, 70(2), 320-323. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31820958d3>
- Hickman, S. E., & Muehlenhard, C. L. (1999). "By the semi-mystical appearance of a condom": How young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *Journal of Sex Research*, 36(3), 258-272. <https://doi.org/10.1080/00224499909551996>
- Hobkirk, A. L., Watt, M. H., Green, K. T., Beckham, J. C., Skinner, D., & Meade, C. S. (2015). Mediators of interpersonal violence and drug addiction severity among methamphetamine users in Cape Town, South Africa. *Addictive Behaviors*, 42, 167-171. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.030>
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., & Stuart, G. L. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 728-740. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.728>
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.476>
- Honda, T., Wynter, K., Yokota, J., Tran, T., Ujiie, Y., Niwa, M., Nakayama, M., Ito, F., Kim, Y., Fisher, J., & Kamo, T. (2018). Sexual Violence as a Key Contributor to Poor Mental Health Among Japanese Women Subjected to Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health*, 27(5), 716-723. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6276>
- Howarth, E., Moore, T. H., Welton, N. J., Lewis, N., Stanley, N., MacMillan, H., Shaw, A., Hester, M., Bryden, P., & Feder, G. (2016). IMPROving Outcomes for children exposed

- to domestic Violence (IMPROVE): An evidence synthesis. *Public Health Research*, 4(10), 1-342. <https://doi.org/10.3310/phr04100>
- Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, S. L., Suvak, M. K., Vaughn, R. A., & Resick, P. A. (2013). Predictors of Intimate Partner Violence Revictimization: The Relative Impact of Distinct PTSD Symptoms, Dissociation, and Coping Strategies: IPV Revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 102-110. <https://doi.org/10.1002/jts.21781>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes* (Vol. 1). Alcan.
- Janet, P. (1911). *L'Etat Mental des Hystériques*. 2nd édition. Alcan
- Janet, P. (1919/25). *Les médications psychologiques*. Alcan
- Jaspard, M. (2007). Jaspard, M. (2007). Au nom de l'amour : Les violences dans le couple. Résultats d'une enquête statistique nationale. *Informations Sociales*, 144(8), 34-44.
- Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., Fougeyrollas-Schwebel, D., Houel, A., Lhomond, B., et al. (2003). Les violences envers les femmes. Une enquête nationale. *Paris : La documentation française*.
- Jeffrey, N. K., & Barata, P. C. (2021). Intimate Partner Sexual Violence Among Canadian University Students: Incidence, Context, and Perpetrators' Perceptions. *Archives of Sexual Behavior*, 50(5), 2123-2138. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02006-8>

- Johnson, L., Chen, Y., Stylianou, A., & Arnold, A. (2022). Examining the impact of economic abuse on survivors of intimate partner violence: A scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 1014. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13297-4>
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283. <https://doi.org/10.2307/353683>
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Northeastern University Press.
- Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The Differential Effects of Intimate Terrorism and Situational Couple Violence: Findings from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322-349. <https://doi.org/10.1177/0192513X04270345>
- Jonas, S., Khalifeh, H., Bebbington, P. E., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Howard, L. M. (2014). Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England : Results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(2), 189-199. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000292>
- Kahn, L. (2006). The Understanding and Treatment of Betrayal Trauma as a Traumatic Experience of Love. *Journal of Trauma Practice*, 5(3), 57-72. https://doi.org/10.1300/J189v05n03_04
- Karakurt, G., Koç, E., Katta, P., Jones, N., & Bolen, S. D. (2022). Treatments for Female Victims of Intimate Partner Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 793021. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.793021>
- Karakurt, G., Smith, D., & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence*, 29(7), 693-702. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>

- Karakurt, G., Whiting, K., van Esch, C., Bolen, S. D., & Calabrese, J. R. (2016). Couples Therapy for Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(4), 567-583. <https://doi.org/10.1111/jmft.12178>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms : Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Ford, J. D., Fyvie, C., Grandison, G., Hyland, P., & Cloitre, M. (2022). Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1192-1197. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001509>
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., Bornstein, H., Hollins, L., Rashid, A., & Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 533-540. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.533>
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., Wyckoff, S., Twomey, H., Goldin, J., & Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 311-319. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.311>
- Kédia, M. (2020). Violences conjugales. Dans M. Kédia & A. Sabouraud-Séguin (dir.), *Aide-mémoire de Psycho-traumatologie en 51 notions* (3^e éd., p. 150-159). Dunod.

- Kelly, A. (2015). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction: A Promising New Model for Working with Survivors of Interpersonal Violence. *Smith College Studies in Social Work*, 85(2), 194-219. <https://doi.org/10.1080/00377317.2015.1021191>
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family Court Review*, 46(3), 476-499. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x>
- Kelly, U. A. (2011). Theories of Intimate Partner Violence: From Blaming the Victim to Acting Against Injustice Intersectionality as an Analytic Framework. *Advances in Nursing Science*, 34(3), E29-E51. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182272388>
- Kiss, L., Schraiber, L. B., Heise, L., Zimmerman, C., Gouveia, N., & Watts, C. (2012). Gender-based violence and socioeconomic inequalities: Does living in more deprived neighbourhoods increase women's risk of intimate partner violence? *Social Science & Medicine*, 74(8), 1172-1179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.033>
- Koss, M. P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., Ullman, S., West, C., & White, J. (2007). Revising the SES: A Collaborative Process to Improve Assessment of Sexual Aggression and Victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31(4), 357-370. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00385.x>
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 532-539. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.010>
- Kraynak, T. E., Marsland, A. L., Hanson, J. L., & Gianaros, P. J. (2019). Retrospectively reported childhood physical abuse, systemic inflammation, and resting corticolimbic connectivity in midlife adults. *Brain, Behavior, and Immunity*, 82, 203-213. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.08.186>

- Kreager, D. A., Felson, R. B., Warner, C., & Wenger, M. R. (2013). Women's Education, Marital Violence, and Divorce: A Social Exchange Perspective: Women's Education, Marital Violence, and Divorce. *Journal of Marriage and Family*, 75(3), 565-581. <https://doi.org/10.1111/jomf.12018>
- Krebs, C., Breiding, M. J., Browne, A., & Warner, T. (2011). The Association Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women. *Journal of Family Violence*, 26(6), 487-500. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9383-3>
- Kwon, J., & Park, S. (2019). Experiencing Coercive Control in Female Victims of Dating Violence. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 49(1), 46. <https://doi.org/10.4040/jkan.2019.49.1.46>
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., Storr, C. L., Green, K. M., Alvanzo, A. A. H., & Crum, R. M. (2012). Intimate Partner Violence and Patterns of Alcohol Abuse and Dependence Criteria Among Women: A Latent Class Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 351-360. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.351>
- Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
- LaMotte, A. D., & Taft, C. T. (2017). PTSD, Anger, and Trauma-Informed Intimate Partner Violence Prevention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(3), 262-270. <https://doi.org/10.1007/s40501-017-0121-1>
- Lapierre, S., & Côté, I. (2014). La typologie de la violence conjugale de Johnson. *L'encadrement Juridique de la Pratique Professionnelle*, 140, 69-79.
- Lawson, D. M., & Akay-Sullivan, S. (2020). Considerations of Dissociation, Betrayal Trauma, and Complex Trauma in the Treatment of Incest. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(6), 677-696. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369>

- Lelaurain, S., Fonte, D., Aim, M.-A., Khatmi, N., Decarsin, T., Lo Monaco, G., & Apostolidis, T. (2018). "One Doesn't Slap a Girl but..." Social Representations and Conditional Logics in Legitimization of Intimate Partner Violence. *Sex Roles*, 78(9-10), 637-652. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0821-4>
- Lelaurain, S., Fonte, D., Giger, J.-C., Guignard, S., & Lo Monaco, G. (2021). Legitimizing Intimate Partner Violence: The Role of Romantic Love and the Mediating Effect of Patriarchal Ideologies. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13-14), 6351-6368. <https://doi.org/10.1177/0886260518818427>
- Lépine, J. (1996). L'échelle HAD (hospital anxiety and depression scale). Dans J.D. Guelfi (dir.), *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie* (p. 367-374). Editions Médicales Pierre Fabre.
- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD Symptoms in Young Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 19(2), 187-201. <https://doi.org/10.1177/1077801213476458>
- Levendosky, A. A., Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Mothers' Perceptions of the Impact of Woman Abuse on Their Parenting. *Violence Against Women*, 6(3), 247-271. <https://doi.org/10.1177/10778010022181831>
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A Theoretical Framework for Understanding Help-Seeking Processes Among Survivors of Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 71-84. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6233-6>
- Liautard, M., Soussy, N., Vasseur, P., Muckensturm, A., Deveaux, M., & Dufayet, L. (2021). Examens de victimes d'agression sexuelle à l'Unité Médico-Judiciaire de l'Hôtel-Dieu (Paris) en 2020 : Vulnérabilité liée à l'alcool et aux psychotropes. *Toxicologie Analytique et Clinique*, 33(3), S42-S43. <https://doi.org/10.1016/j.toxac.2021.06.053>

- Logan, T., Cole, J. R., & Shannon, L. A. (2007). A Mixed-Methods Examination of Sexual Coercion and Degradation Among Women in Violent Relationships Who Do and Do Not Report Forced Sex. *Violence and Victims*, 22(1), 71-94. <https://doi.org/10.1891/vv-v22i1a005>
- Logan, T. K., Walker, R., & Cole, J. (2015). Silenced suffering: The need for a better understanding of partner sexual violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(2), 111-135. <https://doi.org/10.1177/1524838013517560>
- Lohmann, S., Cowlshaw, S., Ney, L., O'Donnell, M., & Felmingham, K. (2023). The Trauma and Mental Health Impacts of Coercive Control: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 152483802311629. <https://doi.org/10.1177/15248380231162972>
- Lonsway, K. A., & Fitzgerald, L. F. (1994). Rape Myths : In Review. *Psychology of Women Quarterly*, 18(2), 133-164. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
- Lussier, Y. (1997). *A French translation of the revised conflict tactics scales*. Unpublished Manuscript, Trois-Rivières: University of Quebec.
- Lussier, Y., Lafontaine, M. F., Brassard, A., & Sabourin, S. (2017). Violence conjugale. Dans Y. Lussier, C. Bélanger & S. Sabouraud (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p. 569-584). Presses de l'Université du Québec.
- MacMillan, H. L. (2009). Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial. *JAMA*, 302(5), 493. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1089>
- MacMillan, H. L., & Wathen, C. N. (2014). Children's exposure to intimate partner violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 295-308, viii-ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.008>

- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet*, 400(10345), 60-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Developmental antecedents of partner abuse: A prospective-longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 375-389. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.3.375>
- Mahoney, P. (1999). High Rape Chronicity and Low Rates of Help-Seeking Among Wife Rape Survivors in a Nonclinical Sample: Implications for Research and Practice. *Violence Against Women*, 5(9), 993-1016. <https://doi.org/10.1177/10778019922181590>
- Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2017). A meta-analysis of the relationship between anxiety and telomere length. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(3), 264-272. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1261286>
- Mapayi, B., Makanjuola, R. O. A., Mosaku, S. K., Adewuya, O. A., Afolabi, O., Aloba, O. O., & Akinsulore, A. (2013). Impact of intimate partner violence on anxiety and depression amongst women in Ile-Ife, Nigeria. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 11-18. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0307-x>
- Martin, A. J., Berenson, K. R., Griffing, S., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E., & Primm, B. J. (2000). The process of leaving an abusive relationship: The role of risk assessments and decision certainty. *Journal of Family Violence*, 15(2), 109-122. <https://doi.org/10.1023/A:1007515514298>
- Martinais, A. (2017). La grande dangerosité des hommes violents. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 115-132). Dunod.
- Martin-de-las-Heras, S., Velasco, C., Luna, J. de D., & Martin, A. (2015). Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study.

- Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 28(2), 101-105.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.003>
- Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., & Lim, P. Y. (2023). The positive and negative aspects of parentification: An integrated review. *Children and Youth Services Review*, 144, 106709.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106709>
- Mason, S. M., Wright, R. J., Hibert, E. N., Spiegelman, D., Forman, J. P., & Rich-Edwards, J. W. (2012). Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. *Annals of Epidemiology*, 22(8), 562-567. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.05.003>
- Mathieu, C. (2017). Le rôle du juge aux affaires familiales dans le traitement des violences conjugales. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 145-166). Dunod.
- Mazza, M., Marano, G., Del Castillo, A. G., Chieffo, D., Monti, L., Janiri, D., Moccia, L., & Sani, G. (2021). Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World Journal of Psychiatry*, 11(6), 215-221.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i6.215>
- McDonnell, M., Robjant, K., & Katona, C. (2013). Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations: *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835aea9d>
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate Partner Sexual Assault Against Women: Frequency, Health Consequences, and Treatment Outcomes: *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 99-108.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000146641.98665.b6>
- McLellan, A. T. (2017). Substance Misuse and Substance use Disorders: Why do they Matter in Healthcare? *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 128, 112-130.

- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654. <https://doi.org/10.1177/1077801208319283>
- Mehr, J. B., Bennett, E. R., Price, J. L., De Souza, N. L., Buckman, J. F., Wilde, E. A., Tate, D. F., Marshall, A. D., Dams-O'Connor, K., & Esopenko, C. (2023). Intimate partner violence, substance use, and health comorbidities among women: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1028375. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1028375>
- Merritt-Gray, M., & Wuest, J. (1995). Counteracting abuse and breaking free: The process of leaving revealed through women's voices. *Health Care for Women International*, 16(5), 399-412. <https://doi.org/10.1080/07399339509516194>
- Messing, J. T., Thaller, J., & Bagwell, M. (2014). Factors related to sexual abuse and forced sex in a sample of women experiencing police-involved intimate partner violence. *Health & Social Work*, 39(3), 181-191. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlu026>
- Mihalic, S. W., & Elliott, D. (1997). A Social Learning Theory Model of Marital Violence. *Journal of Family Violence*, 12(1), 21-47. <https://doi.org/10.1023/A:1021941816102>
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate Partner Violence. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 850-857. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1807166>
- Miller-Perrin, C. L., Perrin, R. D., & Renzetti, C. M. (2021). *Violence and Maltreatment in Intimate Relationships* (2^e éd.). Sage.
- Mills, L. G. (2003). *Insult to injury: Rethinking our responses to intimate abuse*. Princeton University Press.
- Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2022). *Grenelle des violences conjugales : 3 ans d'action et d'engagement du gouvernement*. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes.

<https://www.gouvernement.fr/upload/media/content/0001/04/99b8bdc69c15402eabfb31ceb4ab4247803deab9.pdf>

Ministère de la Justice. (2020). *Secret médical et violences au sein du couple : Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal*. Ministère de la Justice. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

Ministère de l'Intérieur. (2020). *Info rapide n°15 : Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2019*. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Info-rapide/Info-rapide-n-15-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2019>

Ministère de l'Intérieur. (2022a). *Etude Nationale sur les morts violentes au sein du couple*. <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actu-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021>

Ministère de l'Intérieur. (2022b). *Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021*. Ministère de l'Intérieur. <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Publications/Interstats-Analyse/Interstats-Analyse-n-53-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2021>

Molins, F. (2017). La politique pénale. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 103-114). Dunod.

Moreau, C., Boucher, S., Hébert, M., & Lemelin, J. (2015). Capturing sexual violence experiences among battered women using the revised sexual experiences survey and the revised conflict tactics scales. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 223-231. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0345-8>

- Muller-Lagarde, Y., & Gruev-Vintila, A. (2022). Violences au sein du couple : Pour une consécration pénale du contrôle coercitif. *Actualité juridique - Pénal*, 5, 251-254.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care (Clinical Guideline 26). <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026NICEguideline.pdf>
- Nicolaidis, C., & Paranjape, A. (2009). Defining intimate partner violence: Controversies and implications. Dans D. Mitchell & D. Anglin (dir.), *Intimate partner violence : A health-based perspective* (p. 19-29). Oxford University Press.
- Nixon, K. L., Tutty, L. M., Radtke, H. L., Ateah, C. A., & Ursel, E. J. (2017). Protective Strategies of Mothers Abused by Intimate Partners: Rethinking the Deficit Model. *Violence Against Women*, 23(11), 1271-1292. <https://doi.org/10.1177/1077801216658978>
- Nixon, R. D. V., Resick, P. A., & Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.01.008>
- Noonan, C. B., & Pilkington, P. D. (2020). Intimate partner violence and child attachment: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 109, 104765. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104765>
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>

- Ogden, S. N., Dichter, M. E., & Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women : A systematic review. *Addictive Behaviors, 127*, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>
- O’Leary, K. D., Tintle, N., & Bromet, E. (2014). Risk factors for physical violence against partners in the U.S. *Psychology of Violence, 4*(1), 65-77. <https://doi.org/10.1037/a0034537>
- O’Leary, K. D., Tintle, N., Bromet, E. J., & Gluzman, S. F. (2008). Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(8), 619-626. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0339-8>
- Olsen, J. P., Parra, G. R., & Bennett, S. A. (2010). Predicting violence in romantic relationships during adolescence and emerging adulthood: A critical review of the mechanisms by which familial and peer influences operate. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 411-422. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.002>
- Organisation des Nations unies. (2015). *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015.* <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/90/PDF/N1529190.pdf?OpenElement>
- Oram, S., Fisher, H. L., Minnis, H., Seedat, S., Walby, S., Hegarty, K., Rouf, K., Angénieux, C., Callard, F., Chandra, P. S., Fazel, S., Garcia-Moreno, C., Henderson, M., Howarth, E., MacMillan, H. L., Murray, L. K., Othman, S., Robotham, D., Rondon, M. B., ... Howard, L. M. (2022). The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: Advancing mental health services, research, and policy. *The Lancet Psychiatry, 9*(6), 487-524. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00008-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00008-6)
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry, 4*(2), 159-170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)

- Oram, S., Trevillion, K., Feder, G., & Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94-99. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109934>
- Organisation mondiale de la Santé. (2018a). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. OMS. <https://icd.who.int/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2018b). *Violence against women prevalence estimates*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/136101>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : Intervenir et produire des données*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75201>
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Changing cultural and social norms that support violence*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44147>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Gender and reproductive rights, glossary, sexual health*. OMS. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>

- Overstreet, N. M., & Quinn, D. M. (2013). The Intimate Partner Violence Stigmatization Model and Barriers to Help Seeking. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 109-122. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599>
- Pallatino, C., Chang, J. C., & Krans, E. E. (2021). The intersection of intimate partner violence and substance use among women with opioid use disorder. *Substance Abuse*, 42(2), 197-204. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671296>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201. <https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Paradis, L. (2012). *L'enfant, une éponge... L'enfant exposé à la violence conjugale. Son vécu, notre rôle*. Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale. <https://docplayer.fr/3660644-L-enfant-expose-a-la-violence-conjugale-son-vecu-notre-role.html>
- Paul, P., & Mondal, D. (2020). Maternal experience of intimate partner violence and its association with morbidity and mortality of children: Evidence from India. *PLOS ONE*, 15(4), e0232454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232454>
- Payer, M. (2012). *L'état de stress post-traumatique-complexe : Un concept novateur à explorer* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/9232/Payer_Mylene_2012_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework : Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459. <https://doi.org/10.1002/jts.20052>

- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 3-16.
- Peraud, W., Hebrard, L., Lavandier, A., Brockbanck-Chasey, S., Brennstuhl, M. J., & Quintard, B. (2022). French cross-cultural adaptation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) in a French community sample. *European Journal of Psychotraumatology, 13*(2), 2152109. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2152109>
- Peterman, A., Bleck, J., & Palermo, T. (2015). Age and Intimate Partner Violence: An Analysis of Global Trends Among Women Experiencing Victimization in 30 Developing Countries. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 57*(6), 624-630. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.008>
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. A., Cleda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide | Journal of Women's Health. *Journal of Women's Health, 15*, 599-611. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
- Pilkington, P. D., Noonan, C., May, T., Younan, R., & Holt, R. A. (2021). Early maladaptive schemas and intimate partner violence victimization and perpetration: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 28*(5), 1030-1042. <https://doi.org/10.1002/cpp.2558>
- Pill, N., Day, A., & Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence : A review of current knowledge. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.014>
- Pinto E Silva, T., Cunha, O., & Caridade, S. (2023). Motivational Interview Techniques and the Effectiveness of Intervention Programs With Perpetrators of Intimate Partner Violence :

- A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(4), 2691-2710.
<https://doi.org/10.1177/15248380221111472>
- Postmus, J. L., Hetling, A., & L. Hoge, G. (2015). Evaluating a Financial Education Curriculum as an Intervention to Improve Financial Behaviors and Financial Well-Being of Survivors of Domestic Violence: Results from a Longitudinal Randomized Controlled Study. *Journal of Consumer Affairs*, 49(1), 250-266. <https://doi.org/10.1111/joca.12057>
- Potter, L. C., Morris, R., Hegarty, K., García-Moreno, C., & Feder, G. (2021). Categories and health impacts of intimate partner violence in the World Health Organization multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Epidemiology*, 50(2), 652-662. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa220>
- Powers, A., Dixon, H. D., Conneely, K., Gluck, R., Munoz, A., Rochat, C., Mendoza, H., Hartzell, G., Ressler, K. J., Bradley, B., Pace, T. W. W., Umpierrez, G. E., Schwartz, A. C., Michopoulos, V., & Gillespie, C. F. (2019). The differential effects of PTSD, MDD, and dissociation on CRP in trauma-exposed women. *Comprehensive Psychiatry*, 93, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.06.007>
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. The Guilford Press.
- Rajah, V., & Osborn, M. (2022). Understanding Women's Resistance to Intimate Partner Violence: A Scoping Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1373-1387.
<https://doi.org/10.1177/1524838019897345>
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), e647-e655.
<https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>

- Reed, P. L., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Incidence of Drug Problems in Young Adults Exposed to Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: Do Early Life Experiences and Predispositions Matter? *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1435.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.12.1435>
- Riggs, D. S., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1992). Long-term psychological distress associated with marital rape and aggravated assault: A comparison to other crime victims. *Journal of Family Violence*, 7(4), 283-296.
<https://doi.org/10.1007/BF00994619>
- Rivera, E. A., Sullivan, C. M., & Zeoli, A. M. (2012). Secondary Victimization of Abused Mothers by Family Court Mediators. *Feminist Criminology*, 7(3), 234-252.
<https://doi.org/10.1177/1557085111430827>
- Rogers, C. (2005). *Le développement de la personne (2e éd.)*. Dunod.
- Ronai, E. (Réalisateur). (2018a). *Les différences entre conflit et violences au sein du couple*. MIPROF. https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-paroles-d-expertes#les_mecanismes_des_violences_au_sein_du_couple1
- Ronai, E. (Réalisateur). (2018b). *Mécanismes de la violence au sein du couple*. MIPROF. https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/outils-violences-au-sein-du-couple#les_violences_au_sein_du_couple0
- Ronai, E., & Durand, E. (2017). *Violences conjugales : Le droit d'être protégée*. Dunod.
- Sabarwal, S., McCormick, M. C., Silverman, J. G., & Subramanian, S. V. (2012). Association Between Maternal Intimate Partner Violence Victimization and Childhood Immunization in India. *Journal of Tropical Pediatrics*, 58(2), 107-113.
<https://doi.org/10.1093/tropej/fmr052>

- Sabouraud-Séguin, A., & de Foucault, V. (2020). Comorbidité. Dans M. Kédia & A. Sabouraud-Séguin (dir.), *Aide-mémoire de Psycho-traumatologie en 51 notions* (3^e éd., p. 280-287). Dunod.
- Sadlier, K. (2017). La violence dans le couple, le paradoxe de la protection maladroite de l'enfant. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p.169-182). Dunod.
- Salmona, M. (2017). L'impact psychotraumatique des violences conjugales sur les victimes. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 3-18). Dunod.
- Sanchez, M., Fouques, D., & Romo, L. (2022). Violences sexuelles entre partenaires intimes : Caractéristiques et enjeux cliniques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 181(6), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.12.005>
- Sarkar, N. N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 28(3), 266-271. <https://doi.org/10.1080/01443610802042415>
- Saunders, D. G. (2002). Are Physical Assaults by Wives and Girlfriends a Major Social Problem?: A Review of the Literature. *Violence Against Women*, 8(12), 1424-1448. <https://doi.org/10.1177/107780102237964>
- Seyller, M., Denis, C., Dang, C., Boraud, C., Lepresle, A., Lefèvre, T., & Chariot, P. (2016). Intimate Partner Sexual Assault: Traumatic Injuries, Psychological Symptoms, and Perceived Social Reactions. *Obstetrics and Gynecology*, 127(3), 516-526. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001288>
- Shalev, I., Entringer, S., Wadhwa, P. D., Wolkowitz, O. M., Puterman, E., Lin, J., & Epel, E. S. (2013). Stress and telomere biology: A lifespan perspective.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.03.010>

- Sharp, S. (2014). Resisting religious coercive control. *Violence Against Women*, 20(12), 1407-1427. <https://doi.org/10.1177/1077801214557956>
- Short, L. M., McMahon, P. M., Chervin, D. D., Shelley, G. A., Lezin, N., Sloop, K. S., & Dawkins, N. (2000). Survivors' Identification of Protective Factors and Early Warning Signs for Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 6(3), 272-285. <https://doi.org/10.1177/10778010022181840>
- Shurman, L. A., & Rodriguez, C. M. (2006). Cognitive-Affective Predictors of Women's Readiness to End Domestic Violence Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(11), 1417-1439. <https://doi.org/10.1177/0886260506292993>
- Silberg, J., & Dallam, S. (2019). Abusers gaining custody in family courts : A case series of over turned decisions. *Journal of Child Custody*, 16(2), 140-169. <https://doi.org/10.1080/15379418.2019.1613204>
- Simion, O. (2022). *Le trouble de stress post-traumatique complexe : Exploration de ses spécificités symptomatologiques et de ses liens avec les troubles dissociatifs. Une approche quantitative et physiologique* [thèse de doctorat, Université de Lille – Mc Gill University]. Thèses.fr. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/k643b655c>
- Simonelli, A., Pasquali, C. E., & De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24496. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>
- Slade, A., & Holmes, J. (2019). Attachment and psychotherapy. *Current Opinion in Psychology*, 25, 152-156. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008>

- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(39-54). <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9-27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, research*. Sage.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. Dans J.A. Smith (dir.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage.
- Smith, M. D. (1990). Patriarchal ideology and wife beating: A test of a feminist hypothesis. *Violence and Victims*, 5(4), 257-273.
- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 236-245. <https://doi.org/10.1037/a0024855>
- Smith-Marek, E. N., Cafferky, B., Dharnidharka, P., Mallory, A. B., Dominguez, M., High, J., Stith, S. M., & Mendez, M. (2015). Effects of Childhood Experiences of Family Violence on Adult Partner Violence: A Meta-Analytic Review: Childhood Family Violence and IPV. *Journal of Family Theory & Review*, 7(4), 498-519. <https://doi.org/10.1111/jftr.12113>
- Snyder, B. L. (2016). Women's experience of being interviewed about abuse: A qualitative systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 605-613. <https://doi.org/10.1111/jpm.12353>

- Sousa, C. A., Siddiqi, M., & Bogue, B. (2022). What Do We Know After Decades of Research About Parenting and IPV? A Systematic Scoping Review Integrating Findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1629-1642. <https://doi.org/10.1177/15248380211016019>
- Spearman, K. J., Hardesty, J. L., & Campbell, J. (2022). Post-separation abuse: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, jan.15310. <https://doi.org/10.1111/jan.15310>
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., & Stith, S. M. (2021). The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Family Process*, 60(1), 270-284. <https://doi.org/10.1111/famp.12545>
- Spencer, C. M., Stith, S. M., & Cafferky, B. (2019). Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 44, 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.10.009>
- Sprecher, S., & Metts, S. (1989). Development of the 'Romantic Beliefs Scale' and Examination of the Effects of Gender and Gender-Role Orientation. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6(4), 387-411. <https://doi.org/10.1177/0265407589064001>
- St. Ivany, A., & Schminkey, D. (2016). Intimate Partner Violence and Traumatic Brain Injury : State of the Science and Next Steps. *Family & Community Health*, 39(2), 129-137. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000094>
- St. Vil, N. M., Carter, T., & Johnson, S. (2018). Betrayal Trauma and Barriers to Forming New Intimate Relationships Among Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP3495-NP3509. <https://doi.org/10.1177/0886260518779596>
- Stalder, H. (2015). Violences physiques vs violences psychologiques. *Bulletin des médecins suisses*, 96(22), 812.
- Stark, E. (2007). *Coercive control: How Men Entrap Women in Personal Life*. Oxford University Press.

- Stark, E., & Hester, M. (2019). Coercive Control: Update and Review. *Violence Against Women*, 25(1), 81-104. <https://doi.org/10.1177/1077801218816191>
- Stefania, C., Rogier, G., Beomonte Zobel, S., & Velotti, P. (2023). The Relation of Anxiety and Avoidance Dimensions of Attachment to Intimate Partner Violence: A Meta-Analysis About Victims. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 1047-1062. <https://doi.org/10.1177/15248380211050595>
- Stene, L. E., Dyb, G., Tverdal, A., Jacobsen, G. W., & Schei, B. (2012). Intimate partner violence and prescription of potentially addictive drugs: Prospective cohort study of women in the Oslo Health Study. *BMJ Open*, 2(2), e000614. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000614>
- Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K., & Carlton, R. P. (2000). The Intergenerational Transmission of Spouse Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 640-654. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00640.x>
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859-865. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2)
- Stone, R., & Rothman, E. F. (2019). Opioid Use and Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Current Epidemiology Reports*, 6(2), 215-230. <https://doi.org/10.1007/s40471-019-00197-2>

- Straus, M. A. (1973). A general systems theory approach to a theory of violence between family members. *Social Science Information*, 12(3), 105-125. <https://doi.org/10.1177/053901847301200306>
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Straus, M. A. (1993). Physical assault by wives a major social problem. Dans R.J. Gelles & D.R. Loseke (dir.), *Current Controversies on Family Violence* (p. 67-87). Sage.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Stubbs, A., & Szoek, C. (2022). The Effect of Intimate Partner Violence on the Physical Health and Health-Related Behaviors of Women: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(4), 1157-1172. <https://doi.org/10.1177/1524838020985541>
- Stylianou, A. M. (2018). Economic Abuse Within Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. *Violence and Victims*, 33(1), 3-22. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00112>
- Stylianou, A. M., Postmus, J. L., & McMahon, S. (2013). Measuring abusive behaviors: Is economic abuse a unique form of abuse? *Journal of Interpersonal Violence*, 28(16), 3186-3204. <https://doi.org/10.1177/0886260513496904>
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. *The Medical Clinics of North America*, 99(3), 629-649. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>

- Tanha, M., Beck, C. J. A., Figueredo, A. J., & Raghavan, C. (2010). Sex Differences in Intimate Partner Violence and the Use of Coercive Control as a Motivational Factor for Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(10), 1836-1854. <https://doi.org/10.1177/0886260509354501>
- Tarquinio, C., Schmitt, A., & Tarquinio, P. (2012). Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR): Études de cas. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(1), 97-108. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.11.002>
- Tarzia, L. (2020). Women's Emotion Work in the Context of Intimate Partner Sexual Violence. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00204-x>
- Tarzia, L. (2021). "It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman": The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence. *Qualitative Health Research*, 31(2), 287-297. <https://doi.org/10.1177/1049732320967659>
- Tarzia, L., & Hegarty, K. (2023). "He'd Tell Me I was Frigid and Ugly and Force me to Have Sex with Him Anyway": Women's Experiences of Co-Occurring Sexual Violence and Psychological Abuse in Heterosexual Relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1-2), 1299-1319. <https://doi.org/10.1177/08862605221090563>
- Taylor, P., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). Changes in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy Research*, 25(2), 222-238. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.886791>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Routes to post-traumatic growth through cognitive processing. Dans D. Paton, J. M. Violanti & L. M. Smith (dir.), *Promoting capabilities to manage post-traumatic stress: Perspectives on resilience* (p. 12-26). Charles C. Thomas.
- Tedeschi, R., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). *Post-traumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Testa, M., Livingston, J. A., & Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649-1664. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.040>
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence: Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.016>
- Thorpe, C. (2012). *The success and strategies of lifespan integration: An overview and client stories*. TimeLine Press, LLC.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (2002). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence*. US Department of Justice. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>
- Toews, M. L., & Bermea, A. M. (2017). "I Was Naive in Thinking, 'I Divorced This Man, He Is Out of My Life'": A Qualitative Exploration of Post-Separation Power and Control Tactics Experienced by Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(14), 2166-2189. <https://doi.org/10.1177/0886260515591278>
- Travers, Á., McDonagh, T., Cunningham, T., Armour, C., & Hansen, M. (2021). The effectiveness of interventions to prevent recidivism in perpetrators of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 84, 101974. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101974>
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Tromeleue, L. (2017). La personnalité des agresseurs. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 19-36). Dunod.

- Tschoeke, S., Steinert, T., & Bichescu-Burian, D. (2019). Causal connection between dissociation and ongoing interpersonal violence: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *107*, 424-437. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.030>
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Hami Cissell, S., Hughes Berardi, K., Grimes, E. M., & Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *15*(6), 879-887. <https://doi.org/10.1017/S135561770999049X>
- Ulloa, E. C., Hammett, J. F., Guzman, M. L., & Hokoda, A. (2015). Psychological growth in relation to intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, *25*, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.007>
- Ursano, R. J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, J. D. R. S., Zatzick, D. F., Benedek, D. M., McIntyre, J. S., Charles, S. C., Altshuler, K., Cook, I., Cross, C. D., Mellman, L., Moench, L. A., Norquist, G., Twemlow, S. W., Woods, S., ... Steering Committee on Practice Guidelines. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(11 Suppl), 3-31.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-Related Dissociation: Conceptual Clarity Lost and Found. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(11-12), 906-914. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x>
- Van der Hart, O., & Dorahy, M.J. (2010). History of the Concept of Dissociation. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (dir.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 3-26). Routledge.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD Field Trial for DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.

- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
- Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine, 21*, 100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- VanderEnde, K. E., Sibley, L. M., Cheong, Y. F., Naved, R. T., & Yount, K. M. (2015). Community Economic Status and Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh : Compositional or Contextual Effects? *Violence Against Women, 21*(6), 679-699. <https://doi.org/10.1177/1077801215576938>
- Velotti, P., Beomonte Zobel, S., Rogier, G., & Tambelli, R. (2018). Exploring Relationships: A Systematic Review on Intimate Partner Violence and Attachment. *Frontiers in Psychology, 9*, 1166. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01166>
- Voth Schrag, R. J., & Edmond, T. (2017). School Sabotage as a Form of Intimate Partner Violence : Provider Perspectives. *Affilia, 32*(2), 171-187. <https://doi.org/10.1177/0886109916689785>
- Vouche, J.P. (2009). *De l'emprise à la résilience*. Editions Fabert.
- Voyer, M. (2017). Le soin aux victimes de violences conjugales. Dans E. Durand & E. Ronai (dir.), *Violences conjugales : Le droit d'être protégée* (p. 75-84). Dunod.
- Vyas, S., & Watts, C. (2009). How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development, 21*(5), 577-602. <https://doi.org/10.1002/jid.1500>

- Wagman, J. A., Charvat, B., Thoma, M. E., Ndyanabo, A., Nalugoda, F., Ssekasanvu, J., Kigozi, G., Serwadda, D., Kagaayi, J., Wawer, M. J., & Gray, R. H. (2016). Intimate partner violence as a predictor of marital disruption in rural Rakai, Uganda: A longitudinal study. *International Journal of Public Health*, 61(8), 961-970. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0891-z>
- Walby, S. (2009). *Globalization and Inequalities : Complexity and Contested Modernities*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446269145>
- Walby, S., & Towers, J. (2017). Measuring violence to end violence: Mainstreaming gender. *Journal of Gender-Based Violence*, 1(1), 11-31. <https://doi.org/10.1332/239868017X14913081639155>
- Walby, S., & Towers, J. (2018). Untangling the concept of coercive control: Theorizing domestic violent crime. *Criminology & Criminal Justice*, 18(1), 7-28. <https://doi.org/10.1177/1748895817743541>
- Walker, L. E. (1978). Battered women and learned helplessness. *Victimology*, 2(3), 525-534.
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. Harper and Row.
- Walker, L. E. A. (2006). Battered Woman Syndrome: Empirical Findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 142-157. <https://doi.org/10.1196/annals.1385.023>
- Walker, N., Beek, K., Chen, H., Shang, J., Stevenson, S., Williams, K., Herzog, H., Ahmed, J., & Cullen, P. (2022). The Experiences of Persistent Pain Among Women With a History of Intimate Partner Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 490-505. <https://doi.org/10.1177/1524838020957989>
- Warsaw, C., & Tinnon, E. (2018). *Coercion Related to Mental Health and Substance Use in the Context of Intimate Partner Violence : A Toolkit for Screening, Assessment, and Brief Counseling in Primary Care and Behavioral Health Settings*. Chicago: National Center on Domestic Violence, Trauma, & Mental Health. <https://sprc.org/wp->

[content/uploads/2022/12/NCDVTMH_IPV_ScreeningMH_SA_CoercionToolkit2018.pdf](https://vaw.msu.edu/wp-content/uploads/2022/12/NCDVTMH_IPV_ScreeningMH_SA_CoercionToolkit2018.pdf)

- Warshaw, C., Sullivan, C., & Rivera, E. (2013). *A systematic review of trauma-focused interventions for domestic violence survivors*. https://vaw.msu.edu/wp-content/uploads/2013/10/NCDVTMH_EBPLitReview2013.pdf
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
- White, M. E., & Satyen, L. (2015). Cross-cultural differences in intimate partner violence and depression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.005>
- Widom, C. S., & Wilson, H. W. (2015). Intergenerational Transmission of Violence. Dans J. Lindert & I. Levav (dir.), *Violence and Mental Health* (p. 27-45). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8999-8_2
- Witherow, M. P., Chandraiah, S., Seals, S. R., Sarver, D. E., Parisi, K. E., & Bugan, A. (2017). Relational Intimacy Mediates Sexual Outcomes Associated with Impaired Sexual Function: Examination in a Clinical Sample. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(6), 843-851. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.671>
- Wong, J. Y. H., Choi, E. P. H., Lo, H. H. M., Wong, W., Chio, J. H. M., Choi, A. W. M., & Fong, D. Y. T. (2021). Intimate Partner Sexual Violence and Mental Health Indicators Among Chinese Emerging Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19-20), NP10229-NP10254. <https://doi.org/10.1177/0886260519872985>
- Woodlock, D. (2017). The Abuse of Technology in Domestic Violence and Stalking. *Violence Against Women*, 23(5), 584-602. <https://doi.org/10.1177/1077801216646277>

- Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 309-324. <https://doi.org/10.1080/016128400248112>
- Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538-546. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.07.004>
- Wright, E. N., Anderson, J., Phillips, K., & Miyamoto, S. (2022). Help-Seeking and Barriers to Care in Intimate Partner Sexual Violence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1510-1528. <https://doi.org/10.1177/1524838021998305>
- Yakubovich, A. R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G. J., Steinert, J. I., Glavin, C. E. Y., & Humphreys, D. K. (2018). Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective–Longitudinal Studies. *American Journal of Public Health*, 108(7), e1-e11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2), 215-228. <https://doi.org/10.1080/08870440008400302>
- Yu, H., Jiang, X., Bao, W., Xu, G., Yang, R., & Shen, M. (2018). Association of intimate partner violence during pregnancy, prenatal depression, and adverse birth outcomes in Wuhan, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2113-6>
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment

among borderline inpatients: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Zavala, E., & Kurtz, D. L. (2021). Applying Differential Coercion and Social Support Theory to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), NP162-NP187. <https://doi.org/10.1177/0886260517731314>

Zlotnick, C., Johnson, D. M., & Kohn, R. (2006). Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 262-275. <https://doi.org/10.1177/0886260505282564>

ANNEXES

Annexe 1 - Avis favorable du Comité de Protection des Personnes

Comité de Protection des Personnes Ile de France IV

Institutional Review Board
Agreement of US
Department of Health and
Human Services
N°IRB 00003835

Hôpital Saint-Louis
Porte 5 du carré Historique
1 avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10

Responsable
administrative
Mme I. SCAGLIA
Tél. : 01.42.38.92.88
cpp.iledefrance4@orange.fr

Président
Dr Shahnaz KLOUCHE
Vice-président
Mme M. BERNARD
Secrétaire générale
Mme B. LEHMANN
Trésorier
Pr O. CHASSANY
Trésorière Adjointe
Mme C. MASCRET

Membres du Comité
Collège I
Médecins et chercheurs
E. CAROSELLA
O. CHASSANY
M.-H. DIZIER
D. DREYFUSS
J. FRIDA-MASSON
S. KLOUCHE
B. PAPP
A. NICOLAS-ROBIN
J. DUMURGIER
Pharmacien hospitalier
B. LEHMANN
Infirmière
C. DELETOILLE-LANDRE
M. DJOUADOU
Collège II
Questions éthiques
H. CORNILLE-COMBEY
J.P RWABIHAMA
Psychologue
A.S VAN DOREN
Travailleur social
M. BORAND
R. DEMBELE
Compétence juridique
C. MASCRET
P. A. DUMAS
A. MARAIS
*Associations de malades et
d'usagers*
M. BERNARD-HARLAUT
M. TROUGOUBOFF
E. FLACKS

Paris, le 26 septembre 2019

UNIVERSITE PARIS NANTERRE
Mme Marianne SANCHEZ
EA 4430 CLIPSYD
200 av de la République
92 000 NANTERRE

Réf. du CPP : 2019/75	Réf. du Promoteur : 19.08.26.41847
ID-RCB: 2019-A01953-54	N° EudraCT :
Promoteur : UPN – UNIVERSITE PARIS NANTERRE	Investigateur : Mme SANCHEZ

Le Comité a bien reçu votre courrier concernant le projet de recherche intitulé :
« *Les violences sexuelles dans le couple : exploration des répercussions cliniques et étude phénoménologique auprès d'une population de femmes victimes de violences conjugales reçues en Unité médico-judiciaire* » *Catégorie 3*

Le Comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de la séance du 05 septembre 2019 et a émis une demande motivée d'informations complémentaires

Membres présents : M B. Papp (I), Mme C. Deletoille (I), Dr E. Carosella (I), Mme A Marais (II), Pr D. Dreyfuss (I), Mme M. Trougouboff (II), Mme M-H Dizier (I), Dr A. Nicolas-Robin (I), Mme M. Bernard- Harlaut (II), M M. Borand (II), Dr H. Cornille-Combey (II), Mme R. Dembele (II), Dr J. Dumurgier (I), Dr J. Frija-Masson (I), Mme B. Lehmann (I)

Les informations complémentaires ayant été fournies le Comité émet un avis favorable en date du 26 septembre 2019

Dr Shahnaz KLOUCHE
Présidente

- Courrier de soumission du 26/08/2019
- Attestation de conformité avec la MR003 du 21/06/2018
- Résumé du protocole version 1.1 du 16/09/2019
- Attestation de respect des dispositions législatives en vigueur du 19/09/2019
- Note d'information sujets protocole quantitatif version 1.1 du 16/09/2019
- Note d'information sujets protocole qualitatif version 1.1 du 16/09/2019
- Courrier de réponse du 16/09/2019
- Questionnaires version 1.1 du 16/09/2019

Annexe 2 – Document d’information et de consentement à la recherche

NOTE D’INFORMATION

Titre de l’étude	Les violences sexuelles dans le couple : exploration des répercussions cliniques et étude phénoménologique auprès d’une population de femmes victimes de violences conjugales reçues en Unité médico-judiciaire.
Promoteur	Université Paris Nanterre – 200 avenue de la République 92001 – Nanterre Cedex
Responsable scientifique/ responsable de traitement	Lucia ROMO , Professeur de psychologie clinique, directrice EA 4430 romodesprez@gmail.com Damien FOUQUES , Maître de conférences en psychologie clinique, EA 4430 dfouques@parisnanterre.fr Marianne SANCHEZ , Doctorante, chargée d’enseignement, EA4430 sanchezmarianne1@gmail.com
Nom des partenaires :	Dr Charlotte Gorgiard, Dr Nicolas Soussy - Assistance Publique des Hôpitaux de Paris Dr Annie Soussy - Centre hospitalier intercommunal de Créteil
Lieu de la recherche :	Université Paris Nanterre EA4430 CLIPSYD, UFR SPSE, 200 avenue de la République, 92001 Nanterre Cedex
Délégué à la protection des données	Mme Nawale Lamrini, dpo@liste.parisnanterre.fr
Avis du CPP : _____	
Déclaration CNIL	Engagement de conformité à la MR003 n° 2200675

La note d’information qui vous est remise a pour but de vous informer sur la nature de la recherche et de la participation demandée aux personnes qui accepteront d’y participer.

N’hésitez jamais à demander plus de détails ou de renseignements. Veuillez prendre le temps de lire soigneusement ce qui suit et de bien comprendre toutes les informations.

Fondement juridique du traitement de données : le présent traitement est effectué dans le cadre de l’article 6 e) et article 9 j) du RGPD²

² Article 6 du RGPD e) « le traitement est nécessaire à l’exécution d’une mission d’intérêt public ou relevant de l’exercice de l’autorité publique dont est investi le responsable de traitement »
Article 9 j) du RGPD « le traitement est nécessaire à des fins archivistiques dans l’intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques, conformément à l’article 89, paragraphe 1, sur la base du droit de l’Union ou du droit d’un État membre »

1) Quel est le but de cette recherche ?

Cette recherche vise à mieux connaître les conséquences des violences que vous avez vécues au sein de votre couple, qu'elles soient le fait de votre partenaire actuel ou de votre ex-partenaire. Nous étudions les différentes formes que peuvent prendre ces violences, et essayons d'identifier leurs éventuels impacts sur votre fonctionnement psychologique et votre santé.

2) En quoi consiste la recherche ?

Cette étude devrait permettre de mieux connaître les différentes formes de violences au sein du couple, notamment les violences sexuelles qui sont encore mal connues et peu explorées. Nous pourrions ainsi mieux identifier leurs conséquences pour les personnes qui les subissent. Nous espérons ainsi contribuer à agir tant en matière de prévention dans la population générale, que pour le développement de programmes de prise en charge plus adaptés pour les personnes concernées.

Cette recherche consiste en la passation d'un ensemble de questionnaires, en une seule fois, en présence d'un investigateur/d'une investigatrice. Le temps nécessaire pour le remplir est d'environ 1h30³. Cet entretien est strictement confidentiel et vos données restent anonymes. Si jamais vous vous sentiez déstabilisée, troublée ou mal à l'aise à la suite de ces questionnaires, n'hésitez pas à solliciter l'investigateur/l'investigatrice et/ou à contacter votre psychologue.

3) Quel est le calendrier de la recherche ?

La recherche se déroulera du mois de septembre 2019 (dès l'accord du CPP) au mois de septembre 2022. Vous avez le temps de réfléchir à votre souhait ou non de participer. Si vous souhaitez participer, un rendez-vous sera pris avec un(e) investigateur/investigatrice de la recherche lors de votre prochain rendez-vous à l'UMJ.

4) Destinataires des données de la recherche

L'accès aux données de cette recherche est strictement limité à l'investigateur principal de cette recherche, Mme Marianne Sanchez, psychologue, tenue au secret professionnel. Aucune des informations recueillies ne permettent de vous identifier.

5) Que vont devenir les données recueillies pour la recherche ?

Conformément à la méthodologie de référence de la CNIL MR003 pour le traitement comprenant des données de santé, les données seront conservées dans un délai de deux ans après la publication des résultats de la recherche. Elles seront ensuite transférées au service des archives de l'université.

6) Quels sont vos droits ?

qui doit être proportionné à l'objectif poursuivi, respecter l'essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée »

³ Information au CPP : pour les participantes incluses au protocole qualitatif, il sera inscrit dans la note d'information les éléments suivants : « cette recherche consiste en un entretien unique avec un investigateur/une investigatrice de cette recherche, qui vous posera des questions ouvertes concernant votre vécu des violences. L'objectif est que vous parliez de votre expérience le plus librement possible. Cet entretien peut durer entre 1h et 1h30 et fait l'objet d'un enregistrement audio. Votre récit sera retranscrit puis conservé anonymement durant la recherche, mais l'enregistrement audio sera détruit immédiatement après la retranscription. En aucun cas il ne pourra être diffusé ». Ces participantes (10 sujets) devront également signer l'autorisation d'enregistrement audio jointe à la fin de ce document.

Conformément à la loi « *informatique et libertés* » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Avant le début de la recherche, vous pouvez à tout moment quitter la salle et ne pas remplir le questionnaire ou ne pas le rendre à l'investigateur **sans encourir aucune responsabilité ou préjudice de ce fait.**

Cependant dans le cadre de cette recherche, une fois le questionnaire renseigné et remis à l'investigateur, les données recueillies ne permettant pas de vous identifier, il ne sera donc pas possible de retrouver votre questionnaire, de le modifier ou de le supprimer.

Pour toute information complémentaire sur la recherche, vous pouvez contacter Mme Marianne Sanchez, dont les coordonnées sont indiquées en haut de ce document.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre DPO, dont les coordonnées sont indiquées en haut de ce document.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés www.cnil.fr)

7) Information sur les résultats de la recherche (droit de pouvoir obtenir les résultats)

Les données recueillies ne permettant pas de vous identifier, il ne peut vous être communiqué les résultats personnels des questionnaires renseignés. En revanche, les résultats globaux de la recherche pourront être consultés en vous adressant à Mme Marianne Sanchez.

Document réalisé en 2 exemplaires.

J'ai bien pris connaissance de la note d'information. Je déclare avoir compris les explications qui m'ont été données et j'ai reçu toutes les réponses aux questions que je souhaitais.

Fait en deux exemplaires :

Date

Signature

Un exemplaire doit être conservé par l'investigateur, le deuxième doit être remis à la personne participant à la recherche.

AUTORISATION D'ENREGISTREMENT AUDIO

Par ma signature ci-dessous, j'autorise Mme Marianne Sanchez à procéder à l'enregistrement audio de notre entretien de ce jour dans le cadre du protocole de recherche décrit dans la note d'information que j'ai signée.

Je comprends que cet enregistrement audio est anonyme, qu'il sera immédiatement détruit après sa retranscription, et qu'il ne sera en aucun cas diffusé.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

QUESTIONNAIRES – PARTIE 1
AUTO-EVALUES PAR LA PARTICIPANTE

CODE SUJET :

Merci de répondre aux différents questionnaires qui suivent. Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à solliciter l'enquêtrice / l'enquêteur.

CTS-2

Vous trouverez ci-dessous une liste de comportements que votre partenaire (ou ex-partenaire) a pu avoir lorsque vous étiez en désaccord. Encerclez le nombre de fois où votre partenaire (ou ex-partenaire) a eu ces comportements au cours de la dernière année. Si votre partenaire n'a pas eu ces comportements au cours de la dernière année, mais qu'il les a déjà eu auparavant, encerclez le chiffre 7.

1 = 1 fois au cours de la dernière année	5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année
2 = 2 fois au cours de la dernière année	6 = + de 20 fois au cours de la dernière année
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé avant
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année	0 = ceci n'est jamais arrivé

1. Mon partenaire m'a montré qu'il était attaché à moi, même si nous étions en désaccord	1 2 3 4 5 6	7 0
2. Mon partenaire m'a expliqué son point de vue concernant notre désaccord	1 2 3 4 5 6	7 0
3. Mon partenaire m'a insultée ou s'est adressé à moi m'injuriant	1 2 3 4 5 6	7 0
4. Mon partenaire m'a lancé un objet qui pouvait me blesser	1 2 3 4 5 6	7 0
5. Mon partenaire m'a tordu le bras ou m'a tiré les cheveux	1 2 3 4 5 6	7 0
6. J'ai eu une entorse, un bleu ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec mon partenaire	1 2 3 4 5 6	7 0

1 = 1 fois au cours de la dernière année

2 = 2 fois au cours de la dernière année

3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année

4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année

5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année

6 = + de 20 fois au cours de la dernière année

7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé avant

0 = ceci n'est jamais arrivé

	1	2	3	4	5	6	7	0
7. Mon partenaire a respecté mon point de vue lors d'un désaccord								
8. Mon partenaire m'a obligée à avoir des relations sexuelles sans préservatif								
9. Mon partenaire m'a poussée ou m'a bousculée								
10. Mon partenaire a utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour m'obliger à avoir des relations sexuelles orales ou anales								
11. Mon partenaire m'a menacée avec un couteau ou une arme								
12. Je me suis évanouie après avoir été frappée à la tête lors d'une bagarre avec mon partenaire								
13. Mon partenaire m'a traitée de grosse ou de laide								
14. Mon partenaire m'a donné un coup de poing ou m'a frappée avec un objet qui aurait pu me blesser								
15. Mon partenaire a détruit quelque chose qui m'appartenait								
16. J'ai consulté un médecin suite à une bagarre avec mon partenaire								
17. Mon partenaire a tenté de m'étrangler								

1 = 1 fois au cours de la dernière année

5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année

2 = 2 fois au cours de la dernière année

6 = + de 20 fois au cours de la dernière année

3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année

7 = pas au cours de la dernière année, mais
c'est déjà arrivé avant

4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année

0 = ceci n'est jamais arrivé

	1	2	3	4	5	6	7	0
18. Mon partenaire m'a hurlé ou crié après								
19. Mon partenaire m'a projetée brutalement contre le mur								
20. Mon partenaire était certain que nous pouvions résoudre le problème								
21. J'aurais eu besoin de consulter un médecin à la suite d'une bagarre avec mon partenaire, mais je ne l'ai pas fait								
22. Mon partenaire m'a battue								
23. Mon partenaire m'a agrippée brusquement								
24. Mon partenaire a utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour m'obliger à avoir des relations sexuelles								
25. Lors d'un désaccord, mon partenaire est sorti de la pièce ou de la maison bruyamment								
26. Mon partenaire a insisté pour avoir des relations sexuelles avec moi alors que je ne voulais pas (mais sans utiliser la force physique)								
27. Mon partenaire m'a giflée								

1 = 1 fois au cours de la dernière année

2 = 2 fois au cours de la dernière année

3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année

4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année

5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année

6 = + de 20 fois au cours de la dernière année

7 = pas au cours de la dernière année, mais
c'est déjà arrivé avant

0 = ceci n'est jamais arrivé

	1	2	3	4	5	6	7	0
28. J'ai subi une fracture a la suite d'une bagarre avec mon partenaire								
29. Mon partenaire m'a menacée afin d'avoir des relations sexuelles orales ou anales								
30. Mon partenaire m'a proposé un compromis lors d'un désaccord								
31. Mon partenaire m'a brûlée ou ébouillantée volontairement								
32. Mon partenaire a insisté auprès de moi pour avoir des relations sexuelles orales ou anales (mais il n'a pas utilisé la force physique)								
33. Mon partenaire m'a accusée d'être nulle comme amante								
34. Mon partenaire a fait quelque chose pour me contrarier								
35. Mon partenaire m'a menacée de me frapper ou de me lancer un objet								
36. A la suite d'une bagarre avec mon partenaire, j'ai ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain								
37. Mon partenaire m'a donné un coup de pied								
38. Mon partenaire a utilisé des menaces pour avoir des relations sexuelles avec moi								
39. Mon partenaire a accepté d'essayer la solution que j'ai proposée								

SES

Les questions suivantes se rapportent aux expériences sexuelles non désirées que vous avez peut-être eues. Nous savons que ce sont des questions personnelles. **Nous vous rappelons que vos réponses sont entièrement confidentielles.** Nous espérons que ceci vous aidera à vous sentir à l'aise pour répondre honnêtement à ces questions. **Encerchez le nombre de fois où chaque expérience vous est arrivée.** Si plusieurs expériences se sont produites à la même occasion, cochez les cases correspondantes. Par exemple, pour la première question, si votre partenaire vous a menti et a eu des relations sexuelles avec vous alors que vous étiez ivre, vous encercleriez le nombre de fois pour a et c.

EXPERIENCES SEXUELLES	Combien de fois au cours des 12 derniers mois de votre relation ?	Combien de fois avant les 12 derniers mois de votre relation ?
1. Mon partenaire (ou ancien partenaire) a caressé, embrassé, ou s'est frotté contre mes parties intimes (lèvres, seins/poitrine, entre-jambes ou fesses) ou a enlevé certains de mes vêtements sans mon consentement (mais n'a pas essayé d'obtenir une pénétration sexuelle) en :		
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0 1 2 3+	0 1 2 3+

2. Mon partenaire (ou ancien partenaire) a eu des relations sexuelles orales avec moi ou m'a fait avoir des relations sexuelles orales avec lui sans mon consentement en :					
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
3. Mon partenaire (ou ancien partenaire) a mis son pénis dans mon vagin, ou y a inséré ses doigts ou des objets sans mon consentement en :					
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0	1	2	3+	0 1 2 3+

4. Mon partenaire (ou ancien partenaire) a mis son pénis dans mon derrière, ou y a inséré ses doigts ou des objets sans mon consentement en :					
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
5. Même si cela ne s'est pas produit, mon partenaire (ou ancien partenaire) a ESSAYÉ d'avoir des relations sexuelles orales avec moi, ou de me faire avoir des relations sexuelles orales avec lui sans mon consentement en :					
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0	1	2	3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0	1	2	3+	0 1 2 3+

6. Même si cela ne s'est pas produit, mon partenaire (ou ancien partenaire) a ESSAYÉ de mettre son pénis dans mon vagin, ou a essayé d'y insérer ses doigts ou des objets sans mon consentement en :		
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
7. Même si cela ne s'est pas produit, mon partenaire (ou ancien partenaire) a ESSAYÉ de mettre son pénis dans mon derrière, ou a essayé d'y insérer des objets ou ses doigts sans mon consentement en :		
a. Disant des mensonges, menaçant de mettre fin à la relation, menaçant de répandre des rumeurs à mon sujet, faisant des promesses que je savais fausses, ou exerçant continuellement des pressions verbales sur moi après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
b. Montrant du mécontentement, critiquant ma sexualité ou ma capacité de plaire, se mettant en colère mais sans utiliser de force physique, après que j'aie dit que je ne voulais pas.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
c. Profitant de moi lorsque j'étais trop ivre ou pas en mesure d'arrêter ce qui se passait.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
d. Menaçant de me blesser physiquement ou un de mes proches.	0 1 2 3+	0 1 2 3+
e. Utilisant la force, par exemple en me maintenant au sol avec son poids, en immobilisant mes bras, ou en ayant une arme.	0 1 2 3+	0 1 2 3+

CTQ-SF

Les questions qui suivent portent sur certaines situations que l'on peut vivre dans l'enfance. Bien que ces questions soient de nature personnelle, essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. **Vos réponses sont confidentielles.** Pour chaque question, cochez la case qui décrit le mieux vos sentiments.

Pendant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
J'ai manqué de nourriture					
Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger					
Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseuse » ou « laide »					
Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants					
Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi					
J'ai dû porter des vêtements sales					
Je me sentais aimée					
J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance					

Pendant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
J'ai été frappée par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisée					
Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille					
J'ai été battue par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques					
J'ai été battue avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur)					
Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille					
Mes parents me disaient des choses blessantes et/ou insultantes					
Je pense que j'étais maltraitée physiquement					
J'ai grandi dans un entourage idéal					
J'ai été battue au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en est aperçu					

Pendant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait					
Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres					
Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes					
Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle					
J'avais la meilleure famille au monde					
Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles					
J'ai eu des relations sexuelles avec un adulte ou quelqu'un de plus vieux que moi (au moins 5 ans de plus)					
Je pense que j'étais maltraitée émotionnellement					
Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire					

Pendant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
Je pense que j'étais abusée sexuellement					
Ma famille était source de force et de soutien					

PCL-5

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois à la suite d'une expérience très stressante. Veuillez s'il-vous-plaît lire chaque problème soigneusement et encercler un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangée par ce problème au cours du dernier mois. Assurez-vous de baser vos réponses sur des problèmes qui sont apparus ou se sont aggravés après l'évènement.

L'évènement que vous avez vécu était _____ en _____.

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangée par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante ?					
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de le revivre) ?					
4. Le fait d'être bouleversée lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante ?					
5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration) ?					
6. L'évitement de souvenirs, pensées ou émotions associés à l'expérience stressante ?					
7. L'évitement de rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations) ?					
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante (pour quelque raison que ce soit à l'exception d'une blessure à la tête, ou de consommation d'alcool ou de drogue) ?					

9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives au sujet de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que « je suis mauvaise, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux) ?					
10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre (qui n'a pas directement causé l'évènement ou ne vous a pas fait de tort) pour l'expérience stressante ou pour ce qui s'est produit par la suite ?					
11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte ?					
12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres ?					
14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches) ?					
15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive ?					
16. Le fait de prendre trop de risques ou de faire des choses qui pourraient vous blesser ?					
17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement ?					
19. Des difficultés de concentration ?					
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormie ?					

HAD

La connaissance de votre état émotionnel est importante. Lisez chaque question et entourez la réponse qui s'adapte le mieux à vous pour la semaine passée. Votre réponse ne doit pas être trop réfléchié mais rapide. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1. Je me sens tendue ou énervée :
 - La plupart du temps³
 - Souvent 2
 - De temps en temps 1
 - Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :
 - Oui, tout autant 0
 - Pas autant 1
 - Un peu seulement 2
 - Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :
 - Oui, très nettement 3
 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas¹
 - Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :
 - Autant que par le passé 0
 - Plus autant qu'avant 1
 - Vraiment moins qu'avant 2
 - Plus du tout 3

5. Je me fais du souci :
 - Très souvent 3
 - Assez souvent 2
 - Occasionnellement 1
 - Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur :
 - Jamais 3
 - Rarement 2
 - Assez souvent 1
 - La plupart du temps⁰

7. Je peux rester assise tranquillement à ne rien faire et me sentir décontractée :
 - Oui, quoi qu'il arrive 0
 - Oui, en général 1
 - Rarement 2
 - Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre du plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

PTQ

*Dans ce questionnaire, nous allons vous demander de décrire la manière dont vous pensez habituellement à des problèmes ou des expériences négatives. Lisez chacune des propositions présentées ci-dessous, et évaluez dans quelle mesure cela s'applique à vous lorsque vous pensez à des **expériences négatives** ou à des **problèmes**. **Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.***

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Presque toujours
Les mêmes pensées continuent à traverser mon esprit encore et encore	0	1	2	3	4
Des pensées s'immiscent dans mon esprit	0	1	2	3	4
Je ne peux pas m'arrêter d'y penser	0	1	2	3	4
Je ne peux rien faire d'autre lorsque je suis entrain de penser à mes problèmes	0	1	2	3	4
Mes pensées se répètent	0	1	2	3	4
Des pensées me viennent à l'esprit sans que je le veuille	0	1	2	3	4
Mes pensées m'empêchent de me concentrer sur d'autres choses	0	1	2	3	4
Je continue à penser aux mêmes problèmes tout le temps	0	1	2	3	4
Mes pensées ne sont pas d'une grande aide pour moi	0	1	2	3	4
Mes pensées mobilisent toute mon attention	0	1	2	3	4

QUESTIONNAIRES – PARTIE 2
EVALUES PAR L'ENQUETEUR / L'ENQUETRICE

CODE SUJET :

Questions à lire	Réponse de la participante et éléments à relever
« Quel est votre âge ? »	
« Avez-vous des enfants ? »	<p>OUI – NON</p> <p>Si oui, demander de préciser combien et leur(s) âge(s) respectif(s) :</p>
« Pour quels faits avez-vous porté plainte ? »	
« Quelle est votre situation personnelle actuellement ? »	<p>Cette question est volontairement très ouverte pour éviter une formulation induisant le sentiment d'être jugée ou de la culpabilité. L'enquêteur/enquêtrice doit rechercher, à partir de la réponse initiale de la participante, <u>si celle-ci est séparée ou non du partenaire contre lequel elle a porté plainte</u></p> <p>SEPARÉE – NON SEPARÉE VIE COMMUNE – ARRÊT DE LA VIE COMMUNE – JAMAIS DE VIE COMMUNE</p> <p>Précisions éventuelles :</p>

SI LA PARTICIPANTE EST SEPARÉE

Questions à lire	Réponse de la participante et éléments à relever
« Combien de temps à duré cette relation ? »	
« Au bout de combien de temps les violences sont apparues ? »	

SI LA PARTICIPANTE N'EST PAS SEPARÉE

« Depuis combien de temps êtes-vous avec votre partenaire ? »	
« Au bout de combien de temps les violences sont-elles apparues ? »	

SIDES

« Je vais vous lire quelques déclarations qui décrivent les problèmes qu'ont certaines personnes après avoir été confrontées à des perturbations importantes. Merci de me répondre si vous avez eu ces difficultés dans votre vie et dans le mois écoulé. »

1) ALTERATION DE LA REGULATION DES EMOTIONS ET DES IMPULSIONS

1.a Régulation des émotions

1. *Est-ce que de petits problèmes vous contrarient beaucoup ? Par exemple, vous mettez-vous en colère à cause d'une frustration mineure ? Pleurez-vous facilement ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = parfois réagit de façon excessive

2 = parfois est très contrariée, ou tout la contrarie plus que d'habitude

3 = souvent extrêmement contrariée, fait des crises de colère

4 = non applicable

2. *Après avoir été contrariée, éprouvez-vous des difficultés à vous calmer, à prendre du recul par rapport à ce qui vous a contrariée/bouleversée ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = reste contrariée momentanément

2 = continue à être contrariée pendant des heures

3 = est complètement envahie par ce qui l'a contrariée

4 = non applicable

3. *Lorsque vous êtes contrariée, est-il difficile de trouver des moyens pour vous calmer ? (Qu'est-ce qui vous aide à retrouver votre calme ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = a besoin de faire des efforts particuliers pour se calmer (parler, faire du sport, écouter de la musique)

2 = doit tout arrêter et consacrer toute son énergie à se calmer

3 = a recours à des moyens extrêmes comme boire, prendre de la drogue, ou faire d'autres choses nuisibles à son corps

4 = non applicable

1.b Modulation de la colère

4. *Vous sentez-vous fâchée la plupart du temps ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se sent fâchée, mais est capable de passer à autre chose

2 = la colère l'empêche de faire des choses

3 = la colère domine la vie au quotidien

4 = non applicable

5. *Pensez-vous ou vous imaginez-vous en train de blesser quelqu'un ? (Pouvez-vous m'en dire plus ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = pensées fugaces, qui s'estompent rapidement

2 = y pense tous les jours

3 = y pense sans arrêt

4 = non applicable

6. *Avez-vous des difficultés à contrôler votre colère ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = réagit brusquement avec les autres

2 = crie ou lance des choses

3 = peut s'attaquer physiquement aux autres

4 = non applicable

7. *Craignez-vous que les autres découvrent à quel point vous êtes en colère ? (Essayez-vous de cacher cette colère ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = a du mal à se confronter à l'autre lorsque blessé(e)/en colère

2 = ne se confronte jamais à la personne contre laquelle elle est en colère, ou montre sa colère de façons indirectes

3 = ne montre aucunement sa colère, ni par des mots ni par des gestes

4 = non applicable

1.c Comportements auto dommageables

8. *Avez-vous eu des accidents ou vous arrive-t-il d'échapper de justesse à des accidents ? (Et de petits accidents domestiques ? Dans la cuisine ? Des accrochages en voiture ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = accidents occasionnels qui ont causé des blessures ou de la douleur mais qui n'ont pas nécessité d'attention médicale

2 = un accident ou épisode qui a nécessité une attention médicale

3 = plus d'un accident ou épisode grave qui ont nécessité une attention médicale

4 = non applicable

9. *Vous sentez-vous indifférente quant à votre sécurité ? (Comme être auprès de personnes ou de lieux peu sûrs ? Ne pas verrouiller la porte ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = connaît les risques associés aux relations interpersonnelles et aux situations vécues mais ne cherche pas à les éviter, ou n'y pense pas

2 = prends des risques inutiles concernant les personnes et endroit fréquentés

3 = fréquente des personnes qui pourraient être dangereuses, sans prendre les moyens pour se protéger dans ces situations

4 = non applicable

10. *Avez-vous délibérément tenté de vous faire du mal ? (Comme vous brûler ou vous couper ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = frappe ou donne des coups de pieds aux objets

2 = se fait mal délibérément (en se pinçant, se grattant, se cognant, frappant) sans blessures graves

3 = se fait mal délibérément et cause des blessures physiques sérieuses

4 = non applicable

1.d Préoccupations suicidaires

11. *Avez-vous pensé à vous ôter la vie ? (Y pensez-vous souvent ? Avez-vous déjà tenté de vous ôter la vie ? Si oui, comment ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = y a pensé mais n'a jamais eu un plan

2 = a fait certains gestes ou était souvent préoccupée par des plans suicidaires

3 = a fait une ou plusieurs tentatives de suicide

4 = non applicable

12. Vous efforcez-vous de ne pas penser au sexe ?

Vie : OUI / NON

Mois :

- 0 = non, pas du tout
- 1 = essaye de ne pas penser au sexe
- 2 = travaille très fort pour ne pas penser au sexe
- 3 = ne tolère aucune pensée par rapport au sexe
- 4 = non applicable

13. En général, cela vous dérange-t-il d'être touchée physiquement ?

Vie : OUI / NON

Mois :

- 0 = non, pas du tout
- 1 = parfois dérangée
- 2 = dérangée souvent ou régulièrement
- 3 = ne tolère pas d'être touchée en général
- 4 = non applicable

14. Cela vous dérange-t-il d'être touchée de manière sexuelle ?

Vie : OUI / NON

Mois :

- 0 = non, pas du tout
- 1 = parfois dérangée
- 2 = dérangée souvent ou régulièrement
- 3 = ne tolère pas d'être touchée en général
- 4 = non applicable

15. Est-ce que vous évitez les relations sexuelles ?

Vie : OUI / NON

Mois :

- 0 = non, pas du tout
- 1 = invente des excuses pour éviter
- 2 = essaye de ne pas avoir de relations sexuelles
- 3 = n'a pas de relations sexuelles
- 4 = non applicable

16. Pensez-vous au sexe plus souvent que vous ne le souhaiteriez ?

Vie : OUI / NON

Mois :

- 0 = non, pas du tout
- 1 = dit trop y penser
- 2 = pensées qui la détournent de ce qu'elle est en train de faire
- 3 = pensées obsédantes
- 4 = non applicable

17. *Vous sentez-vous poussée à prendre part à des activités sexuelles sans réellement sentir que vous avez le choix ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = ressent une pression/pulsion mais qui ne la pousse pas à agir

2 = se sent obligée mais se force à arrêter

3 = s'engage dans des activités sexuelles de façon compulsive

4 = non applicable

18. *Pensez-vous que vos activités sexuelles peuvent vous mettre en danger ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = peut être un peu imprudente

2 = se persuade d'ignorer le danger ou le voit seulement après-coup

3 = se place dans des situations dangereuses en étant consciente

4 = non applicable

1.f Conduites à risque excessif

19. *Vous exposez-vous à des situations qui pourraient être dangereuses ? (Par exemple, fréquenter des personnes qui pourraient vous faire du mal, ou des endroits peu sûrs, ou encore conduire trop vite ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = peut être un peu imprudente

2 = se persuade d'ignorer le danger ou le voit seulement après-coup

3 = se place dans des situations dangereuses en étant consciente

4 = non applicable

2) ALTERATION DE L'ATTENTION OU DE LA CONSCIENCE

2.a Amnésie

20. *Y a-t-il des parties de votre vie dont vous ne vous souvenez plus ? (Des parties où vous êtes confuse par rapport à ce qui s'est produit, incertaine à savoir si des choses importantes vous sont arrivées ou non ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = a quelques blancs

2 = trous importants dans la mémoire, périodes manquantes

3 = pas de souvenirs de mois ou d'années de vie

4 = non applicable

2.b Episodes dissociatifs et de dépersonnalisation

21. *Avez-vous des difficultés à garder la notion du temps dans votre vie quotidienne ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = a parfois de la difficulté à planifier et tenir son horaire

2 = se présente régulièrement au mauvais endroit au mauvais moment

3 = est incapable de garder un suivi de sa vie quotidienne

4 = non applicable

22. *Vous mettez-vous dans votre propre bulle lorsque vous êtes effrayée ou stressée ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = suspend son attention, « décroche »

2 = va dans son propre monde et ne laisse pas les autres y entrer

3 = se sent comme si elle cessait d'exister

4 = non applicable

23. *Vous sentez-vous parfois irréelle, comme si vous étiez dans un rêve, ou pas vraiment présente, ou derrière une vitre ? (en dehors d'une consommation d'alcool ou de drogues)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se sent parfois irréelle mais peut facilement être ramenée à la réalité

2 = se sent souvent irréelle et a de la difficulté à reprendre contact avec la réalité

3 = se sent régulièrement complètement déconnectée

4 = non applicable

24. *Avez-vous parfois l'impression qu'il y a deux personnes qui vivent à l'intérieur de vous et qui contrôlent comment vous agissez à différents moments ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se sent et se comporte très différemment dans des contextes différents

2 = se sent comme si différentes parties d'elles étaient en compétition à propos de ses comportements

3 = différentes parties d'elle prennent le contrôle à différents moments

4 = non applicable

3) ALTERATION DE LA PERCEPTION DE SOI

3.a Auto-assistance insuffisante

25. Avez-vous le sentiment que vous n'avez pas vraiment d'influence sur ce qui vous arrive dans la vie ?
(Répondez-vous à ce sentiment en négligeant les tâches quotidiennes, comme payer les factures,
faire attention aux enfants, conduire ?)

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = ne prends pas d'initiative dans les activités quotidiennes

2 = ne prends pas la peine d'aller à ses rendez-vous, de sortir dehors, de retourner un appel, de prendre soin d'elle (hygiène personnelle, faire les magasins, manger)

3 = ne prends la peine de s'occuper de quoi que ce soit

4 = non applicable

3.b Sentiment d'être détruit pour toujours

26. Avez-vous la sensation qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez vous, et qui ne pourra jamais être réparé ? (Pouvez-vous m'en dire plus ?)

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se sent blessée, mais pense qu'elle peut aller mieux

2 = sent que certaines parties d'elle-même sont endommagées mais que certaines parties fonctionnent encore

3 = se sent abîmée de façon permanente

4 = non applicable

3.c Culpabilité

27. Vous sentez-vous toujours coupable à propos de toutes sortes de choses ?

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se sent plus responsable que nécessaire pour les choses qui vont mal

2 = se blâme pour les choses qui vont mal même quand elle n'a rien à voir avec

3 = se blâme et se punit pour tout ce qui va mal, même si cela n'a rien à voir avec elle

4 = non applicable

28. *Avez-vous trop honte de vous-même pour laisser les gens apprendre à vous connaître ? (A quel point vous cachez-vous des autres ? Evitez-vous de parler aux autres ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = invente des histoires pour cacher les choses dont elle a honte

2 = évite de laisser la plupart des autres savoir qui elle est réellement de peur qu'ils arrivent à la connaître

3 = ne laisse personne s'approcher d'elle pour s'assurer qu'ils ne vont pas découvrir qui elle est réellement

4 = non applicable

3.e Sentiment d'être isolé et différent

29. *Vous sentez-vous isolée et très différente des autres personnes ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se sent très différente des personnes qui l'entourent

2 = se sent différente des autres et distante, séparée ou exclue d'eux

3 = se sent comme si elle venait d'une autre planète, et ne se sent nulle part à sa place

4 = non applicable

3.f Minimisation du danger

30. *Y a-t-il des moments où les autres sont plus inquiets pour vous que vous ne l'êtes vous-même ? (Vivez-vous des situations qui vous semblent ok alors que d'autres personnes trouvent cela dangereux ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = dans des situations de potentiel danger (ne pas porter sa ceinture de sécurité)

2 = dans des situations de danger probable (ne pas prendre ses médicaments, conduire en état d'ivresse, se prostituer)

3 = dans des situations à très à risque de blessures graves

4 = non applicable

4) ALTERATION DES RELATIONS INTERPERSONNELLES

4.a Incapacité à faire confiance

31. Avez-vous de la difficulté à faire confiance aux gens ? (Pouvez-vous me donner des exemples ?)

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = est prudente/suspicieuse par rapport aux intentions des gens

2 = les gens doivent lui prouver encore et encore qu'elle peut leur faire confiance avant qu'elle ne soit pas sur ses gardes

3 = ne fait confiance à personne

4 = non applicable

32. Evitez-vous d'être en relation avec d'autres personnes ?

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = s'arrange pour avoir beaucoup de moments seule

2 = n'initie pas le contact avec les autres (n'appelle pas, ne se manifeste pas)

3 = ne retourne pas les appels et ne réponds pas aux contacts des autres, met fin aux conversations dès que possible

4 = non applicable

33. Avez-vous du mal à surmonter les conflits dans vos relations ? (Lorsque vous avez une dispute ou un conflit avec quelqu'un, comment le gérez-vous ?)

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = reste calme ou évite les situations qui pourraient causer des conflits ou est facilement blessée/offensée

2 = a du mal à entendre d'autres points de vue ou a du mal à s'affirmer

3 = quitte des emplois ou des relations sans négocier, menace de poursuivre ceux qui l'offensent, ne supporte pas que l'on soit en désaccord avec elle

4 = non applicable

34. *Trouvez-vous que des expériences traumatisantes vous arrivent régulièrement? (Comme des relations abusives récurrentes ? Des situations dangereuses ?)*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se retrouve occasionnellement dans des relations abusives ou des situations dangereuses

2 = se retrouve de façon répétée dans des relations abusives ou des situations dangereuses

3 = a été sérieusement blessée (psychologiquement, physiquement) dans des relations abusives ou des situations dangereuses

4= non applicable

4.c Victimisation d'autrui

35. *Avez-vous blessé d'autres personnes de manière similaire à la façon dont vous avez été blessée ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = des personnes lui ont déjà dit une ou deux fois qu'elle était blessante

2 = des personnes lui ont déjà dit plusieurs fois qu'elle était blessante, ou qu'elle blessait délibérément les autres

3 = blesse ou fait du mal à d'autres personnes de manière similaire à comment elle a été blessée elle-même

4= non applicable

5) SOMATISATION

Cotation :

0 = pas de trouble

1 = problème mineur, qui dérange un peu mais n'affecte pas la vie courante

2 = problème assez sérieux pour affecter la vie au quotidien

3 = problème handicapant qui limite sévèrement la vie au quotidien

4 = non applicable

5.a Système digestif

36. Avez-vous des problèmes physiques qui vous inquiètent, et dont les médecins ne trouvent pas de cause claire ? (Des problèmes comme des.... -listez les symptômes)

Vie : OUI / NON

Mois :

a) Vomissements	0	1	2	3	4	
b) Douleurs abdominales		0	1	2	3	4
c) Nausées		0	1	2	3	4
d) Diarrhée		0	1	2	3	4
e) Intolérance alimentaire		0	1	2	3	4

5.b Douleur chronique

37. Souffrez-vous de douleurs chroniques dont les médecins ne trouvent pas de cause claire ? (Avez-vous des douleurs...-listez les zones)

Vie : OUI / NON

Mois :

a) Dans les bras et jambes	0	1	2	3	4
b) Dans le dos	0	1	2	3	4
c) Dans les articulations	0	1	2	3	4
d) Pendant l'urination	0	1	2	3	4
e) Des maux de tête	0	1	2	3	4
f) Autres zones	0	1	2	3	4

5.c Symptômes cardiopulmonaires

38. Ressentez-vous des problèmes au niveau du cœur qui vous inquiètent, et dont les médecins ne trouvent pas de cause claire ? (Listez les symptômes)

Vie : OUI / NON

Mois :

a) Essoufflements	0	1	2	3	4
b) Palpitations	0	1	2	3	4
c) Douleurs dans la poitrine	0	1	2	3	4
d) Etourdissements	0	1	2	3	4

5.d Symptômes de conversion

39. *Avez-vous d'autres difficultés physiques, dont les médecins ne trouvent pas de cause claire ? (Avez-vous fait l'expérience de... Listez les symptômes)*

Vie : OUI / NON

Mois :

a) Difficulté à vous souvenir de choses	0	1	2	3	4
b) Difficulté à avaler	0	1	2	3	4
c) Perdre la voix	0	1	2	3	4
d) Vision embrouillée	0	1	2	3	4
e) Perdre la vue	0	1	2	3	4
f) S'évanouir	0	1	2	3	4
g) Convulsions	0	1	2	3	4
h) Etre incapable de marcher	0	1	2	3	4
i) Paralysie ou faiblesse musculaire	0	1	2	3	4
j) Difficultés à uriner					

5.e Symptômes sexuels

40. *Avez-vous des problèmes au niveau des organes génitaux, dont les médecins ne trouvent pas de cause claire ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

a) Sensation de brûlure dans les organes sexuels ou le rectum	0	1	2	3	4
b) Cycles menstruels irréguliers	0	1	2	3	4
c) Tension pré menstruelle excessive	0	1	2	3	4
d) Saignements menstruels excessifs	0	1	2	3	4

6) ALTERATION DES SYSTEMES DE SIGNIFICATION

6.a Limitation des perspectives d'avenir

41. *Ressentez-vous du désespoir et du pessimisme à propos du futur ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = se décourage et perd de l'intérêt lorsqu'elle fait des projets pour son avenir

2 = ne se projette pas dans le futur, passe à travers les aléas de la vie

3 = se sent condamnée, sans avenir

4 = non applicable

42. *Vous sentez-vous vraiment proche de l'autre dans vos relations amoureuses ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = oui

1 = parfois se sent distante et déconnectée de ceux qu'elle aime

2 = passe à travers les relations mais se sent insensible

3 = ne se sent pas appartenir à la race humaine et ne peut pas imaginer aimer quelqu'un

4 = non applicable

43. *Vous sentez-vous satisfaite au travail ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = oui

1 = routinier, mais ça l'aide à ne pas trop penser à ses problèmes

2 = le travail est un fardeau, difficultés de concentration

3 = ne peut pas travailler tellement elle est troublée, bouleversée

4 = non applicable

6.b Perte de convictions de base

44. *La vie a-t-elle perdu son sens pour vous ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non, pas du tout

1 = parfois la vie lui semble sans but

2 = ne sais pas pourquoi mais continue à vivre, même sans bonne raison

3 = ressent que rien ni personne n'est important dans la vie, sentiment de vide

4 = non applicable

45. *Y a-t-il eu des changements dans votre philosophie ou vos croyances religieuses, ou des changements par rapports aux croyances avec lesquelles vous avez grandi ?*

Vie : OUI / NON

Mois :

0 = non

1 = oui mais selon une progression normale de la vie

2 = est désillusionnée des croyances avec lesquelles elle a grandi

3 = déteste les croyances avec lesquelles elle a grandi

4 = non applicable



Article original

Violences sexuelles entre partenaires intimes : caractéristiques et enjeux cliniques

Intimate partner sexual violence: Characteristics and clinical issues

Marianne Sanchez^{a,b,*}, Damien Fouques^d, Lucia Romo^{b,c}

^a Unité médico-judiciaire, Hôtel-Dieu, AP-HP, 75004 Paris, France

^b Laboratoire de psychologie clinique EVACLIPSY, UR 4430 CUIPSYD, UFR SPSE, Université Paris Nanterre, 92000 Nanterre, France

^c Hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 92380 Garches, France

^d Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie (LPN), UR 2027, Université Paris 8, 93200 Saint-Denis, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 22 juillet 2021
Accepté le 13 septembre 2021
Disponible sur Internet le 11 janvier 2022

Mots clés :
Agression sexuelle
Consentement sexuel
Couple
Revue de la littérature
Victime
Viol
Viol conjugal
Violence conjugale

RÉSUMÉ

Introduction. – Les violences sexuelles entre partenaires intimes sont identifiées comme l'une des formes courantes de la violence conjugale. Elles constituent la forme de violence sexuelle la plus répandue dans le monde. La compréhension de ce phénomène d'ampleur est pourtant limitée, peu d'études spécifiques dans la littérature internationale et de très rares données en France sont disponibles.

Objectifs. – L'objectif de cet article est de résumer l'état actuel des connaissances sur les violences sexuelles entre partenaires intimes, selon deux axes principaux : un axe descriptif, centré sur la nature, l'étendue et les expressions de la violence sexuelle dans le couple, ainsi que sur ses effets cliniques ; et un axe de réflexion, centré sur les problématiques susceptibles de contribuer aux conséquences psychologiques de la violence sexuelle entre partenaires intimes.

Méthode. – Les articles ont été sélectionnés dans les bases de données PubMed, PsycInfo et Web of Science, à partir d'une recherche par mots-clés en anglais. Les termes "violence sexuelle entre partenaires intimes" et "viol entre partenaires intimes" ont été utilisés en première intention, puis les mots-clés "violence entre partenaires intimes ; violence conjugale ; partenaire intime ; relation ; femmes battues ; conjoint(e) ; époux(se) ; marital" ont été croisés avec les termes "viol ; violence sexuelle ; abus sexuel ; coercition sexuelle ; rapport sexuel non consenti ; rapport sexuel forcé". La recherche d'articles a été effectuée entre février 2021 et mai 2021.

Résultats. – Ces violences sont co-occurentes des violences physiques et psychologiques du partenaire, répétitives dans la relation et aux expressions multiples : leur réalité dépasse largement les contours du viol conjugal. Elles semblent associées à des effets spécifiques pour les victimes et pourraient être un indicateur de gravité de la situation globale de violences conjugales, associées à une symptomatologie psycho-traumatique et dépressive augmentée, et à un plus grand nombre de décès par suicide et par homicide. Elles restent, cependant, perçues comme moins graves que les violences sexuelles d'un non-partenaire ou d'un inconnu, du fait d'un manque de compréhension des dynamiques dysfonctionnelles liées au consentement sexuel dans les relations violentes. Les implications pratiques pour les professionnels sont discutées, de même que les futurs axes de recherche à considérer.

Conclusion. – La réalité clinique des violences sexuelles entre partenaires intimes est à la fois inquiétante et mal comprise. Elle doit être reconnue et abordée dans la prise en charge, en raison de son potentiel traumatique et de son pouvoir en termes de confusion psychologique pour les victimes. L'état actuel des connaissances indique que le fait de poser la question des violences sexuelles aux femmes ayant subi des violences conjugales est un élément essentiel de la pratique. Les professionnels en contact avec ce public doivent être formés en ce sens afin d'être en mesure d'apporter des réponses adéquates.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : marianne.sanchez@aphp.fr (M. Sanchez).

A B S T R A C T

Keywords:
 Couple
 Domestic violence
 Literature review
 Marital rape
 Rape
 Sexual assault
 Sexual consent
 Victim

Introduction. – Intimate partner sexual violence is identified as a common form of intimate partner violence. It is also the most widespread form of sexual violence in the world, with one woman in four affected during her lifetime. In France, couple relationships appear to be the area of life most at risk of sexual victimization in adulthood. However, our understanding of this phenomenon is limited, with few targeted studies in the international literature and very little data in France. Most studies tend to focus on sexual violence in general or intimate partner violence in general, without exploring in depth the characteristics and issues of sexual violence when committed by a partner. While intimate partner violence is a major public health issue, what do we know about intimate partner sexual violence and how can we use this information to provide a better support for victims?

Objectives. – The aim of this article is to summarize the current state of the art about intimate partner sexual violence, along two major lines: a descriptive line, focusing on the nature, extent, and expressions of sexual violence in couples, as well as its clinical effects; and a food-for-thought line, focusing on the identification of issues likely to contribute to the harmful power of intimate partner sexual violence.

Materials and methods. – Articles were selected from referenced databases, such as PubMed, PsycInfo and Web of Science. The terms “intimate partner sexual violence” and “intimate partner rape” were used as first choice, and then the keywords “intimate partner violence; domestic violence; domestic abuse; intimate partner; relationship; battered women; spouse; wife; marital” were cross-referenced with the terms “rape; sexual violence; sexual abuse; sexual coercion; unwanted sex; forced sex”. This search for articles was carried out between February 2021 and May 2021.

Results. – The literature tends to indicate that intimate partner sexual violence develops mainly in relationships already marked by violence. It appears to be co-occurring with physical and psychological violence by the partner elsewhere in the relationship, but also simultaneously with the abuses. Intimate partner sexual violence is repetitive and has multiple expressions: their reality extends beyond intimate partner rape. They seem to be associated with unique deleterious effects for the victims, and could be an indicator of the severity of the overall situation of intimate partner violence, with increased post-traumatic and depressive symptomatology, as well as a greater number of deaths by suicide and homicide. However, they are still perceived as less serious than sexual violence by a non-partner or a stranger, both by society and by the women affected. This discrepancy between the seriousness of sexual violence between partners and its global and individual perception is to put into perspective with the dysfunctional dynamics of sexual consent in violent relationships. However, the research is scarce, and more studies are needed to provide a better understanding of the numerous aspects of intimate partner sexual violence.

Conclusions. – The clinical reality of intimate partner sexual violence is both worrying and poorly understood. It must be recognized and addressed in treatment because of its traumatic potential and its power regarding psychological confusion for the victims. The current state of knowledge indicates that asking women who have experienced violence from their partner about sexual violence is an essential part of practice. The professionals in contact with this public must be properly trained to be able to provide adequate responses.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les violences entre partenaires intimes renvoient à « tout acte de violence au sein d'une relation intime, qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie » [1]. Ces violences se retrouvent dans tout contexte relationnel, hétérosexuel ou homosexuel, et peuvent être agies par des femmes. Cependant, les femmes victimes d'un partenaire masculin représentent la majorité de la population concernée : sur la vie entière, on estime qu'une femme sur quatre subit les violences d'un partenaire [1] et qu'un homme sur treize est concerné [2]. Par ailleurs, les femmes victimes présentent des conséquences somatiques et psychiques plus sévères que les hommes, et sont plus susceptibles d'être blessées ou tuées [3], faisant des violences conjugales faites aux femmes un problème majeur de santé publique. En France, 10 % des femmes sont concernées [4].

L'expression « violences conjugales », qui renvoie à l'union entre époux et qui reste la formule la plus usitée en France, limite la compréhension de l'étendue et de la nature d'un phénomène qui dépasse les limites du mariage. Ces violences s'ancrent et se développent dans l'intimité affective et sexuelle entre deux personnes, que le lien soit engagé ou non, associé à une vie commune ou non : c'est la relation en elle-même qui est le

terrain/terreau des violences entre partenaires, et non son cadre administratif ou matériel. Nous utiliserons, dans cet article, les termes « violences entre partenaires intimes » (VPI), apparu dans la littérature anglo-saxonne au cours de la dernière décennie et plus adapté à la compréhension de cette réalité complexe.

Les VPI sont polymorphes : elles peuvent être physiques, psychologiques, économiques, administratives et sexuelles [4]. Les violences sexuelles entre partenaires intimes (VSPI), auxquelles nous nous intéressons, seraient la forme de violence sexuelle la plus répandue dans le monde [5] et concerneraient une femme sur quatre au cours de la vie [1]. En France, 1 % des femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles de leur partenaire au cours des l'année passée [4]. Chez les adultes, les relations de couple apparaissent comme l'espace de vie le plus à risque de victimisation sexuelle [6]. Et chez les femmes ayant déclaré des VPI, la prévalence moyenne des VSPI est estimée à 36,1 % [7]. Une étude française indique que 45 % des femmes reçues pour un examen médical à la suite de leur plainte pour des VPI auraient connu des VSPI au cours de leur vie [8]. À ces indicateurs inquiétants s'ajoute le risque de la sous-estimation : les VSPI sont non seulement complexes à révéler, mais aussi à conceptualiser et à mesurer [5,7].

Malgré ces estimations, la compréhension des VSPI semble négligée dans la recherche. Les études s'intéressent davantage aux VPI, en général, aux autres formes de VPI ou encore à l'exploration

des violences sexuelles qui ne sont pas le fait d'un partenaire. La compréhension des spécificités et des implications cliniques de ces violences semble pourtant essentielle : que sont les VSPI ? Leurs répercussions sont-elles spécifiques ou comparables à celles des VPI en général ? Comment les conceptualiser et comment aider les victimes ? Considérant ces aspects, cette revue générale vise trois objectifs. Il s'agira, en premier lieu, de synthétiser les connaissances actuelles en termes de caractérisation et d'effets cliniques, puis d'ouvrir la réflexion sur l'une des problématiques majeures au cœur des VSPI : la question du consentement sexuel dans les relations violentes. Nous dégagerons, enfin, les implications pratiques identifiées pour les professionnels concernés.

Ce travail se fonde sur l'analyse d'articles scientifiques référencés dans les bases de données PubMed, PsycInfo et Web of Science. Les expressions « *intimate partner sexual violence* » et « *intimate partner rape* » ont été utilisées en première intention, puis les mots-clés « *intimate partner violence* ; *domestic violence* ; *domestic abuse* ; *intimate partner* ; *relationship* ; *battered women* ; *spouse* ; *wife* ; *marital* » ont été croisés avec les termes « *rape* ; *sexual violence* ; *sexual abuse* ; *sexual coercion* ; *unwanted sex* ; *forced sex* ». La recherche d'articles s'est déroulée entre février 2021 et mai 2021. Nous nous sommes limités aux publications en français et en anglais.

2. Caractérisation des violences sexuelles entre partenaires intimes

2.1. Les VSPI se développent dans des relations violentes

Même si les VSPI peuvent apparaître dans une union non violente, par ailleurs, elles s'inscrivent, le plus souvent, en coexistence avec d'autres formes de violence dans la relation. Dans une étude explorant les conséquences des VSPI ($n = 83$), aucune des participantes n'avait vécu des VSPI seules : il y avait systématiquement d'autres manifestations de violence relationnelle [9], constat amenant les auteurs à s'interroger sur les risques liés à l'exposition de ces femmes à des violences cumulées. Plusieurs études avaient déjà indiqué que les victimes de VSPI sont exposées, à l'échelle globale de leur relation avec le partenaire, à des violences physiques, violences psychologiques et verbales [10], ainsi qu'à divers actes coercitifs et contrôlants [11]. De plus, les actes sexuels imposés sont susceptibles d'être associés à d'autres formes de violence au moment de l'événement. Dans une étude française, les violences sexuelles du partenaire, en comparaison avec les violences sexuelles d'un autre auteur, étaient davantage associées à des violences physiques simultanées, conduisant à une augmentation des blessures extra-génitales [12].

Il est également possible que la fréquence et le caractère répétil des VSPI augmentent les conséquences pour les victimes. Cette question demeure très peu étudiée, mais il semblerait que les VSPI soient à la fois répétées [13] et fréquentes [11]. Dans une étude auprès d'un échantillon de femmes victimes de VPI ($n = 148$), 68 % ont évoqué au moins un acte sexuel imposé et parmi elles, 55 % ont déclaré avoir subi une seconde agression dans le mois suivant [14].

2.2. Les VSPI ont de multiples expressions

Les VSPI évoquent intuitivement la notion de viol conjugal, soit un acte sexuel avec pénétration imposé par violence, menace, contrainte ou surprise selon l'article 222-23 du Code Pénal. En réalité, ces violences recouvrent un spectre bien plus large d'actes sexuels abusifs, dont la diversité est peu étudiée.

Nous n'avons pu identifier que deux études axées sur la compréhension de l'aspect polymorphe des VSPI. La première

propose une typologie des VSPI à partir d'une revue systématique de la littérature [7], la deuxième utilise cette typologie dans une recherche qualitative [15]. Ce modèle propose de conceptualiser les VSPI selon deux dimensions : le degré d'invasivité (« *invasiveness* ») qui caractérise l'événement et le type de force utilisé. Les violences impliquant une pénétration sont considérées comme hautement invasives, là où les attouchements ou les agressions sans contact (comme le visionnage contraint de contenus pornographiques) sont considérés comme moins invasifs. En parallèle, deux types de force sont pris en compte : l'utilisation de la force physique, dans laquelle les auteurs placent la présence de violence/contrainte physique au moment des faits, les menaces de violences physiques ou d'atteinte à l'intégrité corporelle et l'incapacité à consentir (sous l'influence de l'alcool par exemple) ; et l'utilisation de la force psychologique, soit de stratégies créant une contrainte psychique chez l'autre comme la manipulation, le chantage, les injures ou le harcèlement. La combinaison de ces deux dimensions permet de dégager quatre formes principales de VSPI : les agressions sexuelles, qui correspondent aux actes avec pénétration obtenus par l'utilisation de la force physique et qui pourraient concerner 50 % des femmes victimes de VSPI [15] ; la coercition sexuelle, qui correspond aux actes avec pénétration obtenus par l'utilisation de la force psychologique, et qui pourrait concerner 68 % des femmes victimes de VSPI (*ibid.*) ; les activités sexuelles forcées, qui correspondent aux actes sans pénétration obtenus par l'utilisation de la force physique, et qui pourraient concerner 7 % des femmes victimes de VSPI (*ibid.*) ; et les abus sexuels, qui correspondent aux actes sans pénétration obtenus par l'utilisation de la force psychologique, et qui pourraient concerner 96 % des femmes victimes de VSPI (*ibid.*).

Ce modèle a l'avantage de considérer de multiples manifestations de la violence sexuelle entre partenaire, d'uniformiser une terminologie claire permettant son repérage et de donner des éléments de caractérisation. Le choix des termes « force psychologique » est intéressant, car il rappelle l'importance de ne pas sous-estimer la puissance des stratégies psychologiques actives. En revanche, cette théorisation n'a pas été utilisée depuis, limitant l'appréciation de sa pertinence et son utilité. Cette catégorisation est fondée exclusivement sur l'analyse des caractéristiques de comportements observables et concrets, simplifiant une réalité probablement plus complexe, dans laquelle les violences s'entremêlent et ne sont pas toujours définissables. Dans tous les cas, l'objectivation des VSPI doit fournir un cadre de pensée propice au repérage de cette problématique, et non être utilisée comme une grille de lecture absolue, au détriment d'une analyse du contexte relationnel et des dynamiques intrapsychiques associées.

2.3. VSPI et coercition sexuelle

La coercition sexuelle fait l'objet d'un intérêt croissant dans la littérature. Cette notion constitue une approche plus large des violences sexuelles, au-delà des infractions sexuelles, offrant une compréhension du problème dans son ensemble [16]. La coercition sexuelle est ici particulièrement intéressante à prendre en compte, puisqu'elle englobe possiblement les formes les plus subtiles de la violence sexuelle en général, et des VSPI en particulier. Elle correspond à l'utilisation de moyens psychologiques, verbaux ou non verbaux, pour obtenir un acte sexuel : les mensonges, promesses, menaces de mettre fin à la relation ou de répandre des rumeurs, l'usure de la résistance de l'autre par des demandes sexuelles répétées et intempestives, ou encore l'utilisation d'un statut d'autorité peuvent être considérés comme relevant de la coercition sexuelle [2].

L'exploration des VSPI implique nécessairement la compréhension de la coercition sexuelle, du fait de son incidence, mais

aussi des questions qu'elle soulève dans le cadre des relations violentes. La coercition sexuelle pourrait être envisagée comme un phénomène qui soutient ou prédispose au développement ultérieur d'atteintes sexuelles violentes physiquement. Il se pourrait que l'escalade si couramment observée en termes de fréquence et d'intensité des violences physiques dans le temps se retrouve aussi dans les VSPI, suivant un continuum débutant par de la coercition sexuelle et évoluant vers des agressions sexuelles [17].

3. Connaissances cliniques

3.1. Facteurs fragilisants

Certains facteurs exposeraient davantage un sujet adulte aux VSPI. Au plan individuel, le sexe féminin, le jeune âge, les antécédents d'agression dans l'enfance, la consommation d'alcool et de drogues, ainsi qu'un faible niveau d'éducation, seraient des facteurs de risque [18]. Au plan des caractéristiques de la relation, le risque est plus élevé lorsque le partenaire est un homme, qu'il a une consommation d'alcool et/ou de drogues, et que l'on note chez lui la présence de violences préexistantes, de jalousie et de comportements de contrôle [17,18]. Au plan social/environnemental, les sociétés marquées par des normes de type « traditionnel » et par une forme de légitimation des violences masculines seraient susceptibles de jouer un rôle favorisant [19].

Un modèle écologique a été récemment proposé, décrivant les facteurs qui, à de multiples niveaux, interagissent pour créer le contexte dans lequel les VSPI pourront se développer en restant difficilement identifiables [20]. Fondé sur une analyse qualitative du discours de femmes ayant vécu des VSPI (n = 38), il évoque le rôle des aspects suivants : une certaine inexpérience sexuelle chez les participantes, une masculinité fragile chez les auteurs (jalousie, peur des autres hommes, insécurité sexuelle), un manque de soutien social, la présence d'enfants, le tabou entourant l'évocation de la vie sexuelle dans le couple et un sentiment de piège et d'isolement. La croyance que les femmes se « doivent » sexuellement aux hommes et que les VSPI ne constituent pas « de vrais viols » était également repérée dans le discours.

3.2. Répercussions somatiques et psychiques

La littérature indique que les VSPI sont susceptibles d'avoir un impact plus sévère sur la santé somatique et psychique des femmes en comparaison avec les VPI, non sexuelles, ou les violences sexuelles commises par une autre personne que le partenaire [21]. Les conséquences somatiques, notamment en termes de santé sexuelle, semblent nombreuses : risque accru de grossesses non désirées et de fausses couches, faible utilisation de contraceptifs, mortalité, infertilité, vaginoses bactériennes, infections urinaires, infections sexuellement transmissibles, maladies inflammatoires pelviennes, saignements rectaux et vaginaux [14,22]. Des douleurs, notamment les maux de tête, de dos et les douleurs abdominales seraient particulièrement présentes [9,12].

Les femmes concernées par les VSPI présenteraient des niveaux de culpabilité et de honte plus importants que celles ayant vécu d'autres formes de violences dans leur relation ou un viol par un auteur inconnu [17], sentiments potentiellement nourris par le fait qu'elles entretiennent une relation avec la personne qui les victimise sexuellement. Par ailleurs, plusieurs études menées auprès de femmes victimes de VPI indiquent que la présence de VSPI était associée à des tableaux cliniques plus sévères : les troubles de stress post-traumatiques sont plus nombreux chez les victimes de VPI avec VSPI [14,17], avec une sévérité accrue des

symptômes d'intrusion, d'évitement, d'hypervigilance et de dissociation [9], de même que les dépressions [9,23]. Les VSPI devraient aussi faire l'objet d'une attention particulière au regard des risques plus élevés de suicide [14,24] et de décès par homicide [14].

On constate ainsi que les VSPI pourraient être associées à un ensemble complexe de symptômes combinés, liés à l'exposition chronique à des violences cumulatives dans le contexte relationnel et mettant en évidence les difficultés d'autorégulation émotionnelle chez les victimes [9]. À celles-ci s'ajoutent les probables croyances négatives sur soi nourrissant la honte et la culpabilité ainsi que les symptômes de dissociation, évoquent la notion de trauma complexe [25]. L'intégration récente du diagnostic de PTSD complexe à la CIM-11 met effectivement en exergue la dysrégulation des affects, l'image de soi abîmée et l'altération des relations en tant que des symptômes spécifiques du PTSD complexe, par rapport au PTSD « simple » [26]. La prise en compte du trauma complexe est d'autant plus nécessaire que des antécédents traumatiques dans l'enfance sont susceptibles de nourrir le tableau clinique : dans un échantillon de femmes ayant déclaré des VSPI (n = 45), 16 % avaient, par ailleurs, vécu des agressions sexuelles alors qu'elles étaient mineures [8]. Il est probable que d'autres formes d'antécédents soient présentes, favorisant une installation de la symptomatologie du trauma complexe de l'enfance à l'âge adulte.

3.3. Expérience subjective des femmes victimes de VSPI

Très peu d'études qualitatives sur l'expérience subjective des VSPI sont disponibles, ce qui constitue un manque notable au regard de la complexité du sujet et de la nécessité pour les thérapeutes d'avoir accès à ces données : comment les femmes concernées vivent et décrivent les victimisations sexuelles de leur partenaire ? Une étude récente fondée sur une analyse qualitative du discours de femmes victimes de VSPI (n = 38) a identifié quatre dimensions principales du vécu des VSPI [27], un sentiment de : trahison et de perte de confiance ; d'un impact particulier et souvent plus grave des VSPI par rapport aux violences physiques et psychologiques ; de déshumanisation ; de répercussions à long terme sur les relations affectives et la sexualité. Ces éléments viennent souligner « l'impact invisible » des VSPI [27], et soutenir les résultats des études quantitatives.

4. Violences sexuelles du partenaire : du regard collectif au regard individuel

4.1. Perception collective minimisante

Malgré des conséquences sévères et nombreuses, les VSPI sont perçues comme moins sérieuses que d'autres violences sexuelles. Plusieurs études suggèrent qu'en général, la société peine à faire face à la réalité des victimisations sexuelles dans le cadre des relations de couple [28,29]. Plus précisément, le viol par un partenaire intime est souvent perçu comme moins grave et moins dommageable émotionnellement que le viol par une autre personne que le partenaire [30]. Il semblerait que plus la proximité entre l'auteur et la victime augmente, plus la perception de la gravité du viol diminue [28]. Un autre aspect intéressant concerne la perception du type de menace utilisé. Dans une étude évaluant la perception du type de menace dans les VSPI [31], les participants formulaient des jugements plus favorables à la victime en cas de menace physique qu'en cas de menace psychologique (comme l'enlèvement des enfants ou l'isolement financier), point qui semble important lorsqu'on le relie à l'incidence de la coercition sexuelle dans le couple.

Comment expliquer cette perception atténuée des VSPI ? Certaines conceptions pourraient jouer un rôle : l'idée que la sexualité dans les relations est une affaire privée, que le « vrai viol » n'est commis que par des inconnus dans des ruelles sombres, et que les rapports sexuels au sein du mariage relèvent du « devoir d'épouse » [5]. Rappelons également que la reconnaissance judiciaire des VSPI est relativement récente : en France, ce n'est qu'en 1994 que les cours d'assises ont commencé à juger le viol entre partenaires, et ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'il a été jugé de nature criminelle [12].

4.2. Perception individuelle déniante

La perception de moindre gravité dans le regard social est relayée par les victimes, qui ont tendance, elles-mêmes, à ne pas reconnaître ou définir les VSPI en tant que telles. Une hypothèse explicative serait que les femmes concernées aient internalisé le regard social sur le phénomène et partagent, finalement, les mêmes conceptions collectives. Les femmes victimes de VSPI peuvent penser que le viol ne peut pas se produire dans une relation amoureuse [32], et seraient moins à même de reconnaître un viol lorsqu'il est le fait du partenaire [13]. Il est possible que cette difficulté crée un écart entre cognition et émotion : ça ne peut pas être une agression sexuelle, pourtant des sentiments négatifs sont présents. Ce conflit est susceptible de créer des ruminations et une forme de lutte mentale pour catégoriser/rationaliser ce qui a été vécu [11].

Le degré de conscience du caractère abusif des VSPI est ainsi variable, influencé par les croyances nourries sur le couple et sa sexualité. Le fait d'avoir et d'apprécier les rapports sexuels avec le partenaire peut être perçu comme nécessaire au maintien d'une relation « heureuse » [33]. Rappelons que les femmes victimes de VPI, en général, et donc possiblement de VSPI, peuvent rester attachées à leur partenaire malgré les violences, et souhaiter que la relation perdure. Cette dimension d'attachement dans les relations violentes est trop souvent négligée dans les études, de même que son rôle dans la propension à espérer que le partenaire change et dans l'interprétation des violences. Une étude confirme le constat que les cliniciens font si souvent : les violences peuvent être rationalisées dans le sens d'une « théorie de l'amour », menant de nombreuses femmes à vivre les violences et le contrôle comme des preuves d'amour de leur partenaire [34]. Il s'agit, dès lors, d'une raison suffisante pour endurer les violences, le temps qu'elles cessent (espoir de changement), et de ne pas les percevoir en tant que telles. Un autre glissement de perception est observable : les VSPI peuvent être considérées pendant longtemps comme des « problèmes de couple », au même titre que les violences physiques ou psychologiques. La responsabilité ou la problématique n'est pas attribuée au sujet violent, mais à l'entité couple qui serait dysfonctionnelle [33].

On pourrait croire que ces perceptions ne s'appliquent qu'aux actes de coercition sexuelle, plus subtils et éventuellement plus difficiles à repérer ou à définir. Mais plusieurs études suggèrent que les femmes ont du mal à identifier les VSPI, quelles que soient leurs formes, y compris les rapports sexuels forcés par menace ou contrainte physique [15]. Bien qu'il soit, en effet, probable que la coercition sexuelle reste plus difficile à identifier, nous ne devrions pas supposer que les femmes soient capables de conceptualiser immédiatement les agressions violentes physiquement en tant que VSPI [7,33]. Retenons qu'il est possible, dans tous les cas, que les femmes subissant des VSPI aient besoin de repenser et transformer leur expérience en quelque chose de plus acceptable que le viol ou l'agression sexuelle, leur permettant d'accroître la convergence entre leurs croyances (« les violences sexuelles sont intolérables ») et leur désir de maintenir la relation avec le partenaire violent (« ce ne sont pas vraiment des violences sexuelles ») [13].

4.3. Conséquence : des violences très peu révélées

On comprend, dès lors, pourquoi les VSPI sont si peu révélées, encore moins que les violences sexuelles d'un non-partenaire [11]. Une recherche canadienne indiquait que les VSPI étaient les violences évoquées les plus tardivement (trois semaines en moyenne, contre deux jours pour les violences physiques dans le couple et dix jours pour les violences sexuelles d'un non-partenaire) [35]. Si les VSPI sont sujettes aux distorsions perceptives déjà mentionnées, une autre étude indique que les femmes conscientes qu'elles avaient vécu des VSPI ne l'avaient tout de même pas signalé, pensant que la police ne pourrait rien faire si l'agresseur était un partenaire, et qu'elles ne seraient pas crues [36].

5. Comment conceptualiser le consentement sexuel dans les relations violentes ?

5.1. Consentement sexuel : de quoi parle-t-on ?

Le consentement sexuel peut être défini comme l'accord à s'engager dans un acte sexuel [37]. Verbal ou non verbal, explicite ou implicite, le consentement sexuel se décline en deux composantes principales [38] : le discernement et la liberté. En premier lieu, la personne doit avoir une compréhension claire de ce à quoi elle consent, ce qui implique sa capacité à porter un jugement sur la situation (discernement). Des ressources cognitives suffisantes sont nécessaires pour que le consentement puisse être considéré comme légitime, ressources qui peuvent être altérées en fonction des situations (degré d'alcoolisation, âge...). En deuxième lieu, le consentement sexuel doit être donné librement : il doit correspondre à un choix propre, autonome et non contraint. Le concept de consentement sexuel est, dès lors, à réinterroger dans le cadre des VSPI qui, rappelons-le, se développent majoritairement dans des relations violentes physiquement et psychologiquement. Quelle peut être la dynamique du consentement sexuel dans une relation marquée par la violence et le contrôle ?

5.2. Premier problème : des rapports consentis ont eu lieu avant l'apparition des VSPI

L'existence de la relation d'intimité entre partenaires pré-suppose l'existence actuelle ou passée de rapports sexuels consentis. Le fait que des rapports sexuels consentis aient eu lieu entre deux personnes avant d'éventuelles VSPI est à prendre en compte dans le traitement psychique de ces dernières. Ce « précédent de consentement » [5] engendre l'idée qu'une fois que la relation s'installe, le consentement sexuel constitue un aspect intégré et continu du couple [13]. Un fois donné, il semble devenir implicite pour toute activité sexuelle ultérieure. Ce biais amène le consentement sexuel à être considéré comme statique et présumé. Ceci peut exercer une influence dans le contexte des VSPI, en complexifiant la légitimité perçue des variations du consentement sexuel à la fois chez la victime et l'auteur, et en portant atteinte à la liberté de s'exprimer un non-consentement.

5.3. Deuxième problème : la confusion entre désir et consentement

Souvent présentés comme identiques, le désir sexuel et le consentement devraient être différenciés et compris comme deux concepts à part entière dans la recherche [39]. En effet, si le désir sexuel influence probablement le consentement, il ne l'est pas. Ceci est central dans la compréhension des VSPI, car les aléas de l'articulation du désir et du consentement rendent plus ou moins

difficile l'interprétation des multiples configurations rencontrées [5]. Un acte sexuel désiré et consenti se situe hors du champ de la violence sexuelle. Un acte sexuel non désiré et non consenti relève clairement de l'agression sexuelle ou de la coercition sexuelle, même si de nombreuses femmes victimes n'y apposeront pas un étiquetage aussi net. Quand ces dimensions ne sont pas claires (désir ambivalent, consentement incertain) ou non accordées entre elles, nous entrons dans une zone grise difficile à conceptualiser, tant au plan individuel-subjectif que collectif. Un acte sexuel peut être désiré mais refusé (par exemple : choix de l'abstinence) ou non désiré, mais consenti (par exemple : acceptation consciente et libre du rapport pour d'autres raisons, comme le fait d'estimer que l'activité sexuelle sera bénéfique à la relation).

Dans ce dernier cas de figure, l'analyse approfondie des raisons du consentement, ou de ce qui est présenté comme tel, prend tout son sens : s'il n'est pas désiré, pour quelles raisons le rapport sexuel est-il accepté ? Ces raisons relèvent-elles d'un choix conscient et libre du sujet ou d'une réponse à une forme de contrainte ou de menace ? Cette contrainte a-t-elle besoin d'être présente et perceptible *in situ*, ou l'anticipation de la contrainte à venir est-elle aussi à prendre en compte ?

5.4. Troisième problème : consentement sexuel et menace implicite

Ces questions sont au cœur du consentement sexuel dans les relations violentes et, dans bien des cas, il n'y a que l'analyse du contexte relationnel qui permette d'identifier si une situation sexuelle relève ou non des VSPI. Étonnamment, les études sur la violence sexuelle s'intéressent peu au contexte de peur qui caractérise les relations dans lesquelles les VSPI sont présentes. Un rapport sexuel accepté sans menace dans un contexte, par ailleurs, menaçant peut-il être considéré comme consenti ? Cette question soulève un problème psychologique, voire philosophique : répondre par l'affirmative, c'est négliger la contrainte globale de gestion de la violence de l'auteur dans laquelle les victimes se trouvent ; et répondre par la négative, c'est déposséder les femmes victimes de leur capacité à consentir réellement aux rapports sexuels avec leur partenaire violent.

Certaines études révèlent que de nombreux rapports sexuels dans les relations marquées par les VPI pourraient être pseudo-consentis, par l'anticipation des conséquences d'un refus. Dans l'étude qualitative de Tarzia [27], les femmes indiquaient que leur partenaire se sentait en droit d'avoir des relations sexuelles avec elles, et qu'il utiliserait les menaces ou la violence pour les obtenir en cas de refus. Entre 40,4 % et 45,2 % des femmes victimes de VPI disent avoir eu des rapports sexuels avec leur partenaire parce qu'elles avaient trop peur de dire non [40]. En France, les femmes évoquent, le plus souvent, la peur de violences physiques immédiates (38 %) et la peur de représailles (26 %) [8]. Il se pourrait donc que les femmes subissant des VPI n'aient pas besoin de menaces ou de pression directes pour être contraintes, la menace implicite étant toujours présente. Au regard de la définition du consentement sexuel, lorsqu'un rapport sexuel est accepté par peur d'un préjudice physique ou psychique, il serait plus logique de le considérer comme une violence sexuelle [40].

5.5. Les VSPI : un moyen ou une fin ? La question du contrôle coercitif

Selon Stark, le « contrôle coercitif » constitue le cœur de toutes formes de VPI, ainsi que la principale clef de compréhension du phénomène. Il renvoie à tous les actes, quelle que soit leur nature, visant à maîtriser les attitudes et conduites de l'autre [41]. Les VPI ne sont pas tant envisagées comme un ensemble d'actes violents spécifiques, mais comme une matrice relationnelle de contrôle dans laquelle les violences sont des moyens pour subordonner et dominer une autre personne. Dès lors, les victimes souffriraient

d'avantage d'être l'objet du contrôle de l'autre, que des blessures physiques ou psychiques résultant de tel ou tel événement violent.

Selon ce modèle, il est possible d'envisager les VSPI non pas comme une fin en soi pour l'auteur, mais comme un moyen supplémentaire d'asseoir et de développer une domination. Aucune étude à notre connaissance n'a exploré les VSPI en tant qu'outil de contrôle relationnel, même si certaines suggèrent l'existence de cette dimension. Certaines femmes évoquent que leur partenaire violent utilise le sexe comme un moyen de les contrôler [11]. Par ailleurs, le risque plus élevé de blessures physiques et d'homicide associé à la présence de VSPI dans les relations violentes pourrait refléter le fait que lorsque la violence est aussi agie sur le plan sexuel dans un couple, le niveau et la sévérité du contrôle exercé sont plus importants [21]. Cependant, ce prisme de lecture des VSPI vide la notion de consentement de tout son sens : si les victimes sont contrôlées par l'autre, leur sexualité l'est aussi et la possibilité d'un positionnement sexuel libre et autonome est atteinte.

6. Implications pour les professionnels et perspectives

6.1. Développer la connaissance des VSPI chez les professionnels

Malgré les informations dont nous disposons sur la sévérité de leurs répercussions, les VSPI ont tendance à ne pas être reconnues dans leurs spécificités et à être traitées comme d'autres formes de violences. Cela pourrait être dû à un manque de connaissance des VSPI chez les professionnels, ou au fait qu'il soit moins délicat pour eux d'aborder les violences dans leur ensemble [32]. L'objectif n'est pas de dire que les VSPI sont plus graves que les autres ou prioritaires sur le plan thérapeutique, mais d'affirmer qu'elles doivent être intégrées et considérées à part entière dans le cadre d'une prise en charge. Leur complexité en termes de conceptualisation et de repérage implique que les personnes au contact de femmes victimes soient « équipées » pour y faire face et apporter des réponses adaptées, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. En tant que violences sexuelles « non prototypiques » [42], la formation des professionnels de la santé, des médias, du judiciaire et de la police est essentielle.

Les actions de formation et de sensibilisation devraient être axées sur la compréhension des multiples formes de VSPI, dont l'étendue dépasse souvent la stricte définition pénale du viol et de l'agression sexuelle, et sur l'exploration des rapports pseudo-consentis dans une relation marquée par la peur. En effet, le discours social et l'éducation sexuelle ont actuellement tendance à se limiter à des messages simplistes du type « Non, c'est non ! » [33]. Cette simplification est très éloignée de la réalité des VSPI, et engendre une confusion supplémentaire chez les femmes qui se demandent si ce qu'elles vivent relève ou non d'une certaine normalité. Le modèle de Bagwell-Gray et al. [7] pourrait être un support intéressant pour illustrer la variété des VSPI, notamment dans ses formes les plus subtiles, invitant à reconnaître les signes associés aux relations amoureuses abusives [15].

6.2. Explorer ses propres croyances : enjeux liés à la posture thérapeutique

L'évocation de la violence sexuelle d'un partenaire est une expression de confiance envers le thérapeute. Si ce dernier réagit avec hésitation ou incertitude, il est susceptible de transmettre l'idée que le problème est trop complexe ou difficile à aborder. Dès lors, les thérapeutes devraient explorer leurs propres croyances sur les VSPI et moduler leurs interventions en conséquence [43]. Il s'agira d'analyser le cadre interne en lien avec les violences sexuelles et les VPI et de conscientiser ses conceptions de la

sexualité et du consentement. Ce travail permettrait aux praticiens d'améliorer la prise en charge, en évitant des contre-attitudes susceptibles de fragiliser la personne accompagnée et en augmentant la capacité à aider le sujet dans la mise en sens de son expérience. Comme nous l'avons déjà évoqué, le vécu traumatique associé au VSPI peut être évité, banalisé ou confus pour les victimes. Si cet aspect peut être considéré comme une internalisation du regard social sur les VSPI, il peut aussi s'entendre comme un mécanisme de défense à travailler [42], afin de réduire l'écart entre la banalisation apparente des événements et l'expérience subjective des VSPI. Ce travail gagne en efficacité lorsqu'il est entrepris par un clinicien informé, conscient des facteurs culturels et personnels susceptibles d'agir sur le patient, qui sera dès lors en capacité de choisir des interventions pertinentes et de créer une atmosphère propice au changement [43].

6.3. Rechercher systématiquement les VSPI lorsque des violences sont révélées

La révélation des VSPI est une étape, et l'on constate que les femmes prises dans des relations violentes peuvent consulter à de nombreuses reprises dans des services d'aide aux victimes pour divers faits avant d'évoquer les victimisations sexuelles par le partenaire [44]. Cet aspect, ainsi que l'état actuel des connaissances, indiquent que le fait de questionner les femmes victimes de violences sur d'éventuelles VSPI est primordial. Lorsque des violences psychologiques ou physiques du partenaire sont évoquées, il convient de poser des questions sur la sexualité et d'explorer la capacité du sujet à consentir librement ou non aux actes sexuels dans le couple [33]. Mais au regard de la complexité du sujet, au carrefour entre culture, croyances et emprise, quelles questions poser et comment ? Il est recommandé d'éviter d'utiliser le mot « viol », dans la mesure où environ quatre victimes sur cinq sont susceptibles de ne pas qualifier leur expérience en ces termes [43]. Les questions abordant les comportements sexuels et l'expérience subjective des rapports sexuels, plutôt que les conceptualisations générales de viol et d'agression sexuelle, sont à privilégier [13] : « Avez-vous connu des expériences sexuelles désagréables ? Vous sentiez-vous libre de refuser un rapport sexuel ? Avez-vous déjà eu un rapport sexuel avec votre partenaire afin d'éviter quelque chose de négatif ? » Si les réponses évoquent un risque de VSPI, l'exploration peut se poursuivre, et si des VSPI sont révélées, les praticiens peuvent orienter la suite de l'échange sur l'évaluation des répercussions de ces dernières [43]. Ces échanges seront susceptibles d'aider les professionnels à évaluer la nature et l'ampleur de la victimisation sexuelle dans le couple, et éventuellement d'aider au repérage d'autres traumatismes sexuels, comme les antécédents de violences sexuelles dans l'enfance.

6.4. Perspectives de recherche

Les axes futurs de recherche sont très nombreux, et à défaut de pouvoir en dresser la liste exhaustive, nous citerons ceux qui nous paraissent capitaux au regard de la prise en charge des victimes. En premier lieu, nous manquons de connaissances en termes de phénoménologie des VSPI. Des travaux permettant une meilleure compréhension de l'étendue et de la nature des VSPI sont nécessaires, notamment ceux qui pourront apporter des précisions sur la trajectoire de développement et d'évolution des VSPI, point dont nous ignorons tout. En deuxième lieu, davantage de recherches sont nécessaires sur les effets des VSPI, mais aussi sur les stratégies d'adaptation chez victimes, leurs ressources pour tenter de s'en protéger [11]. En troisième lieu, en lien avec le modèle de Stark [41], il serait intéressant de développer des

recherches qui envisagent les VSPI comme l'un des moyens du contrôle relationnel dans les VPI : de quelle façon les violences sexuelles dans les VPI sous-tendent/nourrissent la relation d'emprise ? Des études qualitatives permettront de poser des hypothèses à tester quantitativement. Afin de partir du réel de ce phénomène, caché et impactant, il est nécessaire de s'ancrer dans le discours et l'exploration de l'expérience, du côté des victimes et sûrement aussi des côtés des auteurs, afin d'échapper à des évaluations dont la structuration est encore influencée par les normes actuelles [5]. Enfin, les VSPI ne sont quasiment pas étudiées en France, conduisant à un manque important de connaissance en population française.

7. Conclusion

Les VSPI sont des violences très courantes chez les femmes victimes de VPI. Co-occurentes des violences physiques et psychologiques, elles constituent une réalité clinique aussi inquiétante que mal connue. Elles constituent probablement un signe de gravité des violences globales du partenaire, avec un débordement du besoin de contrôle jusqu'à l'intimité sexuelle. Elles doivent être reconnues et appréhendées dans les prises en charge du fait de leur potentiel traumatique et de leur puissance en termes de confusion psychique pour les victimes, le tout remis en perspective avec la complexité des dynamiques du consentement sexuel dans les relations violentes. Il serait pertinent d'explorer la sexualité des femmes vivant une relation violente, en interrogeant la façon dont les actes sexuels pseudo-consentis pourraient constituer une énième stratégie d'adaptation à la violence du partenaire chez les femmes victimes, dont l'impact à terme serait à examiner.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève; 2013.
- [2] Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* 2011;5:428–39.
- [3] Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence – 18 U.S. states/territories, 2005. *Am J Epidemiol* 2008;168:538–44.
- [4] Jaspard M. Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale. Paris: La Documentation française; 2003. ISBN: 978-2-110053237.
- [5] Logan TK, Walker R, Cole J. Silenced suffering: the need for a better understanding of partner sexual violence. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:111–35.
- [6] Hamel C, Dehauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Popul Soc* 2018;10:1–4.
- [7] Bagwell-Gray ME, Messing JT, Baldwin-White A. Intimate partner sexual violence: a review of terms, definitions, and prevalence. *Trauma Violence Abuse* 2015;16:316–35.
- [8] Bécur B, Vasseur P, Chut A, Renaud B. Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas. *Med Droit* 2014;127:89–95.
- [9] Honda T, Wynter K, Yokota J, Tran T, Ujije Y, Niwa M, et al. Sexual violence as a key contributor to poor mental health among Japanese women subjected to intimate partner violence. *J Womens Health* 2018;27:716–23.
- [10] Katz J, Moore J, May P. Physical and sexual co-victimization from dating partners: a distinct type of intimate abuse? *Violence Women* 2008;14:961–80.
- [11] Logan T, Cole JR, Shannon IA. A mixed-methods examination of sexual coercion and degradation among women in violent relationships who do and do not report forced sex. *Violence Vict* 2007;22:71–94.
- [12] Seyller M, Denis C, Dang C, Boraud C, Lepresle A, LeBèvre T, et al. Intimate partner sexual assault: traumatic injuries, psychological symptoms, and perceived social reactions. *Obstet Gynecol* 2016;127:516–26.
- [13] Jaffe AE, Steel AL, DiJilio D, Messman-Moore TL, Gatz KL. Characterizing sexual violence in intimate relationships: an examination of blame attributions and rape acknowledgment. *J Interpers Violence* 2021;36:469–90.
- [14] McFarlane J, Maledia A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall L, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstet Gynecol* 2005;105:99–108.

- [15] Bagwell-Gray ME. Women's experiences of sexual violence in intimate relationships: applying a new taxonomy. *J Interpers Violence* 2019;36:7813–8739.
- [16] Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale : définition, données disponibles et implications. *Sexologies* 2018;27:81–6.
- [17] Messing JT, Thaller J, Bagwell M. Factors related to sexual abuse and forced sex in a sample of women experiencing police-involved intimate partner violence. *Health Soc Work* 2014;39:181–91.
- [18] Tjaden P, Thoennes N. *Extent, nature and consequences of intimate partner violence (NCJ 181867)*. Washington DC: National Institute of Justice, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice; 2000. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>.
- [19] Heise L, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Glob Health* 2015;3:332–40.
- [20] Tarzia L. Toward an ecological understanding of intimate partner sexual violence. *J Interpers Violence* 2020. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260519900298>.
- [21] Barker LC, Stewart DE, Vigod SN. Intimate partner sexual violence: an often overlooked problem. *J Womens Health* 2019;28:363–74.
- [22] Katz J, Sutherland MA. College women's experiences of male partner contraceptive interference: associations with intimate partner violence and contraceptive outcomes. *J Interpers Violence* 2020;35:4350–74.
- [23] Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MA, Cleda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburua E, Martinez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health* 2006;15:599–611.
- [24] Cavanaugh CE, Messing JT, Del-Colle M, O'Sullivan C, Campbell JC. Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide Life Threat Behav* 2011;41:372–83.
- [25] Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992;5:377–91.
- [26] Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Sheelin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1–15.
- [27] Tarzia L. It went to the very heart of who I was as a woman: the invisible impacts of intimate partner sexual violence. *Qual Health Res* 2021;31:287–97.
- [28] Adams-Clark AA, Chrisler JC. What constitutes rape? The effect of marital status and type of sexual act on perceptions of rape scenarios. *Violence Women* 2018;24:1867–2186.
- [29] Lynch KR, Golding JM, Jewell JA, Lippert A, Wasarhaley NE. She is his girlfriend – I believe this is a different situation: gender differences in perceptions of the legality of intimate partner rape. *J Fam Violence* 2019;34:213–30.
- [30] Frese B, Moya M, Megias JL. Social perception of rape: how rape myth acceptance modulates the influence of situational factors. *J Interpers Violence* 2004;19:143–61.
- [31] Jenkins BD, Le Grand AM, Golding JM, Lynch KR, Wolbert G. The impact of threat type and prior abuse history on perceptions of intimate partner sexual coercion. *Violence Women* 2020. [10.1077/107780122095216](https://doi.org/10.1077/107780122095216).
- [32] McOrmond-Plummer L. Considering the difference: intimate partner sexual violence in sexual assault and domestic violence discourse. *Connections* 2008;10:4–7.
- [33] Tarzia L. Women's emotion work in the context of intimate partner sexual violence. *J Fam Violence* 2020;36:493–501.
- [34] Pocock M, Jackson D, Bradbury-Jones C. Intimate partner violence and the power of love: a qualitative systematic review. *Health Care Women Int* 2020;41(6):621–46. <http://dx.doi.org/10.1080/07399332.2019.1621318>.
- [35] Jung S, Fatakas M, Cheema H. A comparative profile of intimate partner sexual violence. *J Sex Aggress* 2021;27:95–105.
- [36] Felson RB, Pare P-P. The reporting of domestic violence and sexual assault by nonstrangers to the police. *J Marriage Fam* 2005;67:597–610.
- [37] Hickman SE, Muehlenhard CL. By the semi-mystical appearance of a condom: how young women and men communicate sexual consent in heterosexual situations. *J Sex Res* 1999;36:258–72.
- [38] Lim GY, Roloff ME. Attributing sexual consent. *J Appl Commun Res* 1999;27:1–23.
- [39] Peterson ZD, Muehlenhard CL. Conceptualizing the “wantedness” of women's consensual and nonconsensual sexual experiences: implications for how women label their experiences with rape. *J Sex Res* 2007;44:72–88.
- [40] Logan T, Cole J. Exploring the intersection of partner stalking and sexual abuse. *Violence Women* 2011;17:904–24.
- [41] Stark E. *Coercive control: the entrapment of women in personal life*. New York, Oxford University Press; 2007.
- [42] Bayard-Richer A, Teysier J, Denoux P. Prototypicité du viol et impact sur la victime : une revue de questions. *Ann Med Psychol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.016>.
- [43] Huff S, Rappleyea DL. Understanding and responding to victims of interpersonal sexual violence and sexual assault within committed relationships. *Am J Fam Ther* 2020;48:107–25.
- [44] Dieu E, Hirschelmann A. Intervenir dès les signalements : analyses victimologiques du protocole interpartenarial de lutte contre les situations de violence conjugale (France). *Ann Med Psychol* 2018;176:327–36.