

# **La dépression chez les femmes victimes de violence conjugale**

## *Etude de cas*

### **Depression in women victims of domestic violence**

#### *Case study*

**HADERBACHE Yamina ,**

**Doctorante en psychologie**

**Laboratoire LSMN, Université de Bejaia**

#### **Résumé**

Aujourd'hui, la maltraitance des femmes par leur conjoint est un phénomène social qui existe et qui se déroule quotidiennement dans plusieurs familles algériennes. Le présent article a pour objectif de présenter une étude exploratoire sur les femmes victimes de violence conjugale avec toutes ces formes et leurs états de santé mentale, notamment l'apparition des symptômes dépressifs réactionnels, ainsi que le degré de gravité de cette dépression tel que l'apparition des idées et les tentatives de suicide. Notre population d'étude est constituée de 4 cas de jeunes femmes victimes de violence conjugale, dont on va exposer deux cas illustratifs. Les outils utilisés dans cette recherche sont l'entretien semi directif et le test projectif (TAT).

**Mots clés :** dépression, femme violenté, tentative de suicide, entretien, TAT.

#### **Abstract**

Today, the mistreatment of women by their spouse is a social phenomenon that exists and takes place daily in several Algerian families. The purpose of this article is to present an exploratory study on women victims of conjugal violence with all these forms and their states of mental health, in particular the appearance of reactive depressive symptoms, as well as severity's degree of this depression such as emergence of ideas and suicide attempts.

Our study population is constituted of 4 cases of young women victims of domestic violence, of which we will present two illustrative cases. The tools used in this research are the semi-directive interview and the projective test (TAT).

**Keywords:** depression, abused woman, suicide attempt, interview, TAT.

## 1. Introduction

La violence conjugale est un phénomène de grande ampleur dans notre société en Algérie, ainsi que dans de nombreux pays du monde. Selon Irène (2006), la violence conjugale apparaît comme un phénomène social toléré voir admis, parfois justifié aux yeux de certains par la nécessité de corriger les femmes. Plus qu'une ignorance de la violence conjugale, il s'agit d'une impossibilité ou d'un refus de voir comment cette violence pouvait concerner la santé des personnes impliquées.

Les femmes victimes souffrent sur différents plans, tant que physique que mentale. La dépression est l'un des symptômes réactionnels qui peuvent apparaître chez ces femmes victimes.

Par définition la violence conjugale correspond à la confirmation d'un ensemble de comportements de maltraitance, dirigés par une personne contre une autre dans le cadre d'une relation intime, afin de préserver son pouvoir et son autorité sur celle-ci (Pansu et Louche, 2000, p. 52). On parle de la violence conjugale lorsque ces agressions sont exercées par le conjoint à l'encontre de sa femme. Cette violence exercée sur les femmes évoque diverses formes du mauvais traitement et de négligence dont elles sont victimes dans leurs relations et familiales intimes.

En effet, il est aujourd'hui largement admis dans le milieu scientifique qu'aucun facteur n'explique à lui seul la violence mais que différents facteurs en interaction à divers niveaux, sont à l'origine de ce phénomène. Les facteurs et les formes de l'agression conjugale sont donc multiples.

Cependant, dans diverses études, la problématique de la violence conjugale est résumée à la violence physique, alors qu'elle n'en constitue que l'aspect le plus évident, or il existe plusieurs autres formes de violence dont la violence psychologique, la violence sexuelle,... Les actes de domination sur le plan économique constituent aussi une forme de violence ; par exemple, un conjoint qui contrôle les dépenses et les revenus de sa partenaire sans son accord.

Ce rapport fait suite au constat que la violence conjugale, comme toutes les autres violences exercées à l'encontre des femmes, ne se limite pas à un problème judiciaire et social, mais est désormais considérée comme faisant partie intégrante de la santé publique.

Ce qui fait de la peine dans ces situations de violence, c'est que certaines femmes refusent d'admettre qu'il y a un problème et considèrent les scènes de violence comme des accidents ou parce que c'est de leur faute et elles sont les seules responsables du comportement de leur conjoint. Alors que cette forme de violence ne peut pas être

considérée comme simplement accidentelle car elle repose sur un ensemble de facteurs historiques, culturels, sociaux et psychologiques. (Kathy, 2007, p. 22) .

On imagine mal ce que vivent les femmes violentées, c'est pourquoi on ne comprend pas toujours pourquoi certaines d'entre elles restent si longtemps avec leur conjoint. En effet, ces femmes ne restent pas parce qu'elles aiment être battues et humiliées ou parce que cela ne leur fait rien, c'est parce que la violence agit comme un cercle vicieux dont il est extrêmement difficile de s'en sortir.

De nombreuses recherches épidémiologiques qui ont étudiée ces effets sont concordantes sur les répercussions négatives de la violence conjugale sur la santé mentale des victimes. Permis les pathologies associées, on remarque les troubles dépressifs, l'anxiété, le syndrome post-traumatique, les troubles de la personnalité et des comportements auto-agressifs.

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés plus particulièrement à la violence à l'encontre de la femme dans le contexte familial et plus précisément dans sa relation de couple. On essaie d'analyser la relation éventuelle qui peut exister chez cette catégorie de femmes, entre le fait d'être confronté à une violence de la part de son mari et l'apparition d'un état dépressif de nature névrotique ou réactionnelle, en excluant la dépression endogène mélancolique.

La dépression est définie comme « état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradés ». (Sillamy, 2003, p. 79).

Au Canada, des études estiment que les femmes victimes de violence conjugale ont été identifiées comme étant particulièrement à risque de développer des problèmes de santé physique et psychologique. Par exemple, pour les auteurs Cascardi, O'Leary & Shlee (1999), les symptômes dépressifs atteignant des seuils cliniques sont présents chez 38 % à 83 % des femmes rapportant être victimes d'actes de violence physique par leur conjoint, ces taux variant en fonction des milieux de recrutement et des mesures utilisées. D'autre part, les femmes ayant des symptômes dépressifs importants déclarent davantage avoir subi la violence de leur partenaire.

Dans une autre étude effectuée par Bradley, Smith, Long & O'Dowd en (2002) portant sur les femmes consultant leur médecin de famille, 67 % des participantes atteignant un seuil clinique à une échelle de dépression rapportaient également avoir été victimes de violence physique de la part de leur conjoint actuel ou précédent, confirmant, entre autres,

les effets à long terme sur l'affect dépressif des victimes. En outre, Keller (1996) affirme que, dans les milieux hospitaliers et psychiatriques, une histoire de violence de la part du conjoint est particulièrement fréquente. (Boucher, Fortin et Cyr, 2006, p.338).

## **Les hypothèses de la recherche**

### ***La première hypothèse***

Les femmes victimes de violence conjugale souffrent d'une dépression. Sur le plan psychologique elle se manifeste par des pleurs, une faible estime d'elle-même et un profond sentiment de dévalorisation, dans beaucoup de cas, elles ressentent de l'humiliation et de la culpabilité face à leur situation.

### ***La deuxième hypothèse***

Les femmes victimes de violence conjugale ne réjouissent pas d'un vécu homogène de la dépression. L'intensité et la gravité de la dépression se distingue d'une femme à une autre, pour certaines femmes, la profonde souffrance peut s'associer à une anxiété et l'apparition des idées suicidaires ou même des tentatives de suicide contrairement à d'autres qui n'ont pas atteint ce niveau d'intensité.

## **Opérationnalisation des concepts**

### **➤ La violence conjugale**

Violence conjugale désigne la violence ou la maltraitance qu'une femme peut vivre entre les mains de son conjoint, susceptible d'entraîner des dommages ou des souffrances. Elle peut consister en un seul incident ou elle peut se produire de manière répétée. Elle peut être opérationnalisée par les indicateurs suivants :

-Force physique d'une manière qui blesse une personne y compris battre, frapper, secouer, pousser, étouffer, mordre, brûler, donner des coups de pied, ou agresser avec une arme, une brutalité, la séquestration, ou tout usage dangereux ou nocif de la force ou de la punition.

- L'agression sexuelle enferme le harcèlement, et d'exploitation, forcer la femme à participer à une activité sexuelle non désirée, dangereuse ou dégradante.
- La violence psychologique inclut les attaques verbales, les cris et les railleries en utilisant la critique.
- Les menaces verbales, l'isolation sociale, l'intimidation ou l'exploitation dans le but de la dominer. Le harcèlement criminel peut comprendre la menace exercée sur elle, ou

ses proches, endommager leurs possessions ou blesser leur animal de compagnie.

- Economiquement, retenir l'argent nécessaire à l'achat de nourriture ou de traitements médicaux, manipuler ou exploiter une personne pour un bénéfice financier, refuser l'accès à des ressources financières, ou empêcher une personne de travailler ou contrôler leur choix de métier.

### ➤ La dépression

La dépression est un problème majeur de santé, ses manifestations cliniques sont marquées par une altération de l'humeur à laquelle s'associent des troubles somatiques variés, notamment une inhibition psychomotrice. Certaines formes associent des manifestations anxieuses ou délirantes. Elle peut être opérationnalisée par les indicateurs suivants :

- Une tristesse, une perte de plaisir pour presque toutes les activités. Elle est désespérée, dévalorisée, sans aide, et que rien ne peut changer et l'avenir sera pire, hostile, impulsif, irritable, violente, intolérante, manifeste une perte d'appétit, se fatiguer plus rapidement et dans certaines cas un épuisement complet. Une frigidité et une baisse du désir sexuel sont fréquentes.
- Des insomnies de fin de nuit, mais aussi l'inverse, c'est-à-dire une hypersomnie. On peut trouver aussi des céphalées, tremblements, soubresauts.
- Le désir de mort est parfois la conséquence majeure du drame vécu par la femme déprimée. Ce désir peut entraîner un passage à l'acte, sous forme d'une tentative de suicide ; il peut aussi être verbalisé mais non agi, ou même non verbalisé.

## 2. Méthode

Afin de répondre aux questions posées dans notre problématique, on a sélectionné deux cas de femmes victimes de violence conjugale pour illustrer notre recherche. On a opté à utiliser comme outils d'investigation l'entretien de recherche, pour récolter des informations sur la vie de la victime et une épreuve projective qui est le TAT (Thématique Apperception test) pour explorer les mécanismes de défense utilisés, montrant l'existence d'une dépression chez les victimes à partir de l'utilisation des procédés anti-dépressifs.

### 2.1 La population d'étude

Tous les cas sont des femmes adultes leurs âges est entre (23-36 ans) car à cet âge, il s'agit d'une organisation psychosomatique individuelle partie foncière (innée), inamovible à l'âge adulte. (Debray, 1998, p. 60). Notre recherche porte sur 4 cas de femmes victimes de violence, toutefois nous allons présenter deux cas illustratifs: Samira 23 ans,

Lynda 36 ans, qui se sont présentées au service de médecine légale pour un certificat médicale de coups et blessures.

✓ **Critères d'homogénéité retenus**

- a) Tous les cas de notre population d'étude sont du sexe féminin
- b) Toutes les femmes sont à l'âge adulte
- c) Les femmes ont subi des violences de la part de leur conjoint

✓ **Critères non pertinents de sélection**

- a) Leur niveau socioculturel est dissemblable entre les cas, car ce phénomène se propage chez toutes les classes sociales de notre société.
- b) Les femmes qui ont des enfants ou sans enfants, ce critère n'est pas pris en considération dans notre choix.
- c) Les femmes qui habitent seul avec le mari ou avec la famille, ce critère n'est pas pris en considération dans notre choix.

## **2.2 Les techniques de la recherche**

Les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain sont l'entretien clinique de recherche de type semi directif et le test projectif TAT (Thematic Apperception Test). La langue d'interview se distingue d'une femme à une autre, elle dépend de leur compétence linguistique ; les questions de l'entretien sont traduites avec un langage simplifié où les femmes ont le libre choix de s'exprimer avec leur langue maternelle, le kabyle et l'arabe ou encore avec la langue française pour ceux qui ont l'aptitude de compréhension et d'expression en cette langue. Concernant le TAT, la consigne qu'on a énoncée pour les sujets a été traduite à la langue maternelle de la patiente, respectant toujours l'évocation des deux pôles de la consigne originale, on fait appel à l'imaginaire et les fantasmes mettant en relation avec la perception du contenu des planches présentées. Pour l'analyse, on s'est basé sur la feuille de dépouillement de V. Shentoub (1990).

## **3. Résultats**

Concernant le traitement et analyse des données recueillies auprès des cas retenus pour notre recherche, on se basant sur les données recueillies par les techniques citées précédemment, nous avons procédé de la façon suivante :

1. Présentation des données de l'entretien pour chaque cas, tenant compte de nos hypothèses de recherche.
2. L'analyse des protocoles TAT cas par cas pour dégager les mécanismes de

défenses, on se basant sur la présence des procédé de type anti-dépressif (CM) et la lisibilité générale, la manière dont les problématiques, œdipienne, dépressive et prégénitale sont traitées par les sujets.

3. Enfin, en s'appuyant sur les données de l'entretien et l'analyse du test, on procède à la discussion des hypothèses de notre recherche.

#### - **Cas Samira**

#### **Données de l'entretien**

M<sup>me</sup> Samira âgée de 23 ans, femme au foyer d'un niveau scolaire de 2<sup>eme</sup> année secondaire, elle est issue d'une famille élargie constituée des parents, et de 11 enfants (6 filles et 5 garçons) et les grands parents. Sa famille vivait une situation économique difficile dans une région montagneuse. Elle a arrêté sa scolarité très tôt, au 5 -ème année primaire et elle s'est mariée à l'âge de 18 ans. Le mari âgé de 34 ans, fumeur et consommateur de boissons alcoolisées. Il a été immigré en France et à son retour en Algérie, il a travaillé comme agent de sécurité.

Pendant les deux premiers mois de mariage, Samira affirme qu'elle était très heureuse, elle menait une vie calme et pleine d'amour. Mais après quelque temps, son mari a changé complètement son comportement envers elle, il l'insultait, la battait et la menaçait de la tuer. Concernant les rapports sexuels, elle n'éprouvait aucun plaisir, même ses sentiments ont changé envers lui.

Devant ces violences, Samira n'osait pas parler à sa famille, surtout sa mère, où elle voulait donner une bonne image sur sa vie conjugale. Alors, qu'elle souffrait en silence espérant qu'un jour son mari va changer.

Concernant les conséquences de cette violence sur l'état de santé de la victime, Samira présente des problèmes gynécologiques, elle a développé des hémorragies répétées suite à ces violences en plus du stress, de l'anxiété et de la peur face à l'avenir.

Au cours de l'entretien, Samira déclare qu'elle est triste et malheureuse dans sa vie, et dévalorisée en déclarant ; « je me sens sans aucune valeur » dit-elle. Elle a des sentiments d'échec et de culpabilité profonde, se responsabilise par rapport à ce qui lui arrive. Elle a regretté d'avoir pris la décision de se marier aussi jeune et de ne pas avoir continué ses études. Elle a perdu le plaisir de vivre avec une vision pessimiste de son avenir. Elle est devenue nerveuse plus que d'habitude surtout envers ses petites sœurs. Une perte de poids s'ajoutant aux troubles de sommeil et les difficultés de concentration. Sur le plan physique, elle se plaint d'une fatigue intense face à un simple effort. La dépression est très intense où on souligne la présence importante des idées suicidaires, elle a pensé plusieurs fois de mettre

fin à ses jours. Elle l'envisage comme seule solution à ses problèmes afin de fuir son échec dans sa vie conjugale.

### - **Analyse du TAT**

Les mécanismes de défenses qui apparaissent dans le protocole relèvent de toutes les séries A, B, C, E, mais leur présence n'est pas homogène, où on remarque la dominance des procédés d'évitement du conflit par rapport aux autres séries.

La première place était occupée par les procédés d'évitements du conflit (C) qu'incluent les procédés narcissiques qui sont très présents : la critique de soi, les récits étaient construits à base des références personnelles, un attachement aux détails narcissiques et idéalisation de soi, et l'accent mis sur l'éprouvé subjectif. Dans, le registre phobique on remarque que les récits sont à tendance générale à la restriction, une nécessité de poser des questions par le psychologue pour inciter la patiente à continuer son récit, les agitations, l'accrochage au contenu manifeste. Pour ce qui est des procédés anti-dépressifs, on remarque idéalisation de l'objet négativement et un surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet

En seconde position la série labile B : l'introduction de personnages non-figurant sur l'image, des représentations contrastées, l'accent porté sur les relations interpersonnelles, l'expression verbalisée d'affects forts, les commentaires et instabilité dans les identifications.

À la troisième position, on trouve les procédés de contrôle : le remâchage, l'intégration des références sociales, les précautions verbales et l'accent porté sur les conflits intra personnels. La dernière position était à l'émergence en processus primaires : scotome d'objet, quelques craqués verbales, fausse perception, perception d'objet morcelés, l'expression crue de l'agressivité et une confusion d'identité.

L'application du test de TAT, nous révèle l'existence des différents procédés défensifs, parmi eux, on trouve les procédés anti-dépressifs, cela signifie que Samira lutte contre la dépression. En plus, la problématique dépressive est ni perçue, ni traitée.

### • **Cas Lynda**

#### **Données de l'entretien**

Linda est âgée de 36 ans, d'un niveau scolaire de 3<sup>e</sup> année secondaire, diplômée en paramédicale et préparatrice en laboratoire. Elle a travaillé pendant 17 ans vendeuse en pharmacie. Mère de 3 filles, âgées respectivement 10 ans, 6 ans et 4 ans.



Le mari âgé de 43 ans, diplômé en sérigraphie, commerçant de profession. Selon les déclarations de Linda, il a grandi dans un environnement violent. Il était un jeune libre « il faisait ce qu'il veut », nerveux, consommateur de boissons alcoolisées et de drogue, dit-elle « il boit même à la maison ». Comme il était le chouchou de sa mère, il a très mal vécu sa mort et n'a pas accepté la séparation.

Les scènes de violences se sont installées dès la 1<sup>ère</sup> année de mariage. Après quelques années, la situation de violence est devenue plus intense et plus dangereuse. Lynda affirme qu'elle n'est pas la seule victime des comportements agressifs de son mari, ses filles aussi sont maltraitées par leur père notamment la plus jeune. Concernant la vie intime, les relations sexuelles sont perturbées, Lynda est devenue frigide et éprouve de l'hostilité envers lui. De sa part, son mari réclame ces droits et critique la situation.

Face à ces violences, Lynda a supporté la situation pendant de longues années, elle est soumise et pardonnait à chaque fois son mari par sacrifice de soi au profit de ces filles. Cependant, après une longue réflexion, Lynda a pris la décision d'aller solliciter le procureur pour une poursuite judiciaire, dans une tentative de sa part de changer la situation et d'arrêter ces violences, avant de procéder au divorce. Cette décision est venue par sa crainte sur l'avenir de ces filles, elle veut leur assurer un environnement sain et une bonne éducation.

Les répercussions de cette violence sur la victime se traduisent par une fragilité face aux situations difficiles et stressantes, en disant « je ne supporte plus les crises », elle est devenue très nerveuse. A son arrivée à la consultation, elle s'est présentée dans un état de stress et d'agitation, porteuse d'une blessure au niveau de son bras avec des hématomes au niveau de son visage et son corps.

Concernant les symptômes de la dépression, Lynda déclare d'être triste dans sa vie et pessimiste pour l'avenir. Malgré cela, elle n'éprouve aucun sentiment d'échec dans sa vie, car elle pense de son côté avoir bien accompli sa vie professionnelle et avoir réussi l'éducation de ses filles. On détecte une culpabilité qui survient au premier plan du fait qu'elle n'a pas pu réagir à temps pour mettre fin à ces violences, en déclarant « la vérité, j'aurais dû arrêter cela depuis longtemps ». Concernant le côté affectif et intime, les rapports conjugaux demeurent inexistantes.

Sur le plan physique, elle se plaint d'une fatigue matinale intense « comme si mon cerveau a fonctionné toute la nuit », en plus des insomnies. Lynda affirme qu'elle est de nature calme, mais ces derniers temps, elle s'énerve facilement, irritable et maltraite ses filles.

L'état dépressif de Lynda n'est pas très critique ; à savoir l'absence des pensées suicidaires, et l'étayage sur ses filles qui représentent pour elle son projet de vie.

- **Analyse du TAT**

Concernant les procédés de défenses utilisées, on souligne que les procédés les plus dominants étaient de la série d'évitement du conflit : les procédés narcissiques étaient très présents sous forme d'accent porté sur la critique de soi, l'idéalisation de soi, l'accent porté sur les qualités sensorielles, le recours au comportement, critique du matérielle. Les procédés phobiques étaient exprimés par l'anonymat des personnages et pour ce qui est des procédés anti-dépressifs sont présents sous forme de l'idéalisation de soi à valence positive et négative, surinvestissement de la fonction d'étayages de l'objet, et l'accrochage au contenu manifeste.

En seconde position on trouve la série de contrôle A : l'hésitation entre des interprétations différentes, les précautions verbales, le remâchage, l'accent portait sur les conflits intra-personnels, l'intellectualisation et la justification des interprétations par les détails.

Les procédés labiles B sont classés dans la troisième position : accent porté sur les relations interpersonnelles, une instabilité dans les identifications et hésitation sur le sexe.

La dernière position était pour l'émergence des processus primaires : craqués verbales, scotome d'objet manifeste, perception de détails rares, perception d'objet morcelé et instabilité des objets.

L'analyse des données du TAT a confirmé le diagnostic de la dépression par l'apparition des mécanismes anti-dépressifs dans son protocole ce qui signifie que Linda lutte contre la dépression.

#### 4. Discussion

Partant de l'aspect des deux variables sur lesquels se base notre travail (violence conjugale et dépression) ainsi que les données du terrain recueillies par les techniques utilisées notamment l'entretien de recherche et le test du TAT utilisé dans le traitement et l'analyse des deux cas illustratifs de femmes victimes de violence conjugale, nous allons discuter nos hypothèses de recherche.

Rappelons que la première hypothèse qui souligne que les femmes victimes de violence conjugale souffrent d'une dépression. On affirme que les deux cas cités au dessus présentaient une dépression.

Samira présente une dépression qui se manifeste par les symptômes de dégoût de la vie, et des sentiments de culpabilité profonde, des tendances d'agressivité, perte d'appétit et des insomnies. La présence d'utilisation des mécanismes de défense de type des procédés antidépressifs, signe de lutte contre la dépression.

Lynda présente les symptômes dépressifs qui sont beaucoup plus somatisés avec le recours au comportement exprimé par des tendances agressives. Ces signes sont confirmés par l'utilisation des mécanismes antidépressifs dans son protocole du TAT ce qui signifie que Linda lutte contre la dépression.

Rappelons que la deuxième hypothèse qui souligne que l'intensité et la gravité de la dépression se distingue d'une femme à une autre.

La dépression chez Samira est très développée, à savoir la présence importante des idées suicidaires, et l'expression de son désir de mettre fin à sa vie, comme solution pour fuir son échec de vie conjugale.

L'état dépressif de Lynda n'est pas critique, à savoir l'absence des pensées suicidaires, on s'étayant sur ses filles qui représentent pour elle une ressource affective pour aller de l'avant.

Finalement, on tient à signaler que nos hypothèses sont confirmées en se basent sur les données de la théorie psychanalytique sur la dépression.

## Conclusion

L'analyse de la problématique de la violence conjugale auprès des femmes victimes révèle des formes distinctes de cette maltraitance. En plus, on souligne la présence concomitante de la violence psychologique qui s'associe toujours aux autres formes. Cette violence a de nombreuses répercussions sur la santé physique et psychologiques des victimes.

Soulignons que les deux cas illustratifs de femmes victimes de violence conjugale présentent une dépression qui se manifeste par la tristesse, des pleurs, une inhibition, des pertes d'intérêt pour toutes les activités, des insomnies ou des hypersomnies, des problèmes somatiques, mais leurs vécus de la dépression se distinguent d'une à l'autre à savoir l'existence ou non des idées suicidaires, et la projection dans l'avenir.

**Bibliographie**

- Boucher, S., Fortin, A., & Cyr, M. (2006). Vulnérabilité à la dépression chez les femmes victimes de violence conjugale : contribution de la dépendance et l'autocritique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 38(4), 337-347.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J. & O'Dowd, T. (2002) Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. DOI: [10.1136/bmj.324.7332.271](https://doi.org/10.1136/bmj.324.7332.271)
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., & Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227–249. <https://doi.org/10.1023/A:1022827915757>
- Irène, F. (2006). Légitimité d'une intervention médicale dans la vie privée d'une personne victime de violence conjugale. U.F.R. de Sciences Sociales, Université Paris 5 - René Descartes.
- Kathy, S. (2007). *Les violences conjugales*. Toulouse, France : Milan.
- Pansu, P. et Louche, C. (2000). *La psychologie appliquée à l'analyse de problèmes sociaux*. Paris, France : PUF.
- Shentoub, V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation du T.A.T., (approche psychanalytique)*. Paris, France : Dunod.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France : Larousse-Vuef .