

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1730

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Justine DARROUZES

Le 13 octobre 2021

**Les souvenirs définissant le soi chez les femmes victimes de violences
conjugales : Résultats partiels de l'étude SOI-MEM**

Directeur de thèse : Dr Damien PIERRE – Mme Sophie BILLOUX Docteur en
Neurosciences.

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Assesseur

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Assesseur

Monsieur le Docteur Damien PIERRE

Assesseur

Madame Sophie BILLOUX Docteur en Neurosciences

Suppléant



**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire associé	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	M. DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale
Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale
M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale
M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène
Mme MALAUDAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOUCAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytotologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytotologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements

A Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse mais surtout merci pour la gentillesse et la bienveillance avec lesquelles vous accompagnez vos internes. Pratiquer la psychiatrie à vos côtés pendant un semestre a été un privilège et votre attitude envers vos patients a été pour moi un exemple. Je vous remercie sincèrement pour tout ce que vous m'avez appris. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Norbert TELMON,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Antoine YRONDI,

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Merci pour votre dévouement en tant qu'enseignant lors de mes premières années d'internat. Je vous en suis très reconnaissante.

Au Docteur Damien PIERRE,

Merci d'avoir accepté de devenir mon directeur de thèse et de m'avoir si bien accompagné. Je te remercie également pour ce semestre aux urgences, où j'ai beaucoup appris à tes côtés. Tu fais partie des modèles qui ont façonné mon devenir en tant que psychiatre.

Au Docteur Sophie BILLOUX,

Merci de m'avoir si bien accompagné dans ce travail. Ton expertise m'a beaucoup aidée et surtout je te remercie pour ta gentillesse et ta disponibilité. Je te souhaite le meilleur pour ta vie professionnelle et personnelle.

Merci à toutes les participantes de l'étude SOI-MEM sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci pour votre confiance et surtout merci d'avoir accepté de partager vos expériences malgré la difficulté que cela pouvait représenter. Votre courage est un exemple.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
LISTE DES TABLEAUX	2
LISTE DES FIGURES	3
I) INTRODUCTION	4
1.1 Définitions	4
1.2 Épidémiologie des violences conjugales	5
1.2.1 Statistiques mondiales et européennes	5
1.2.2 Statistiques françaises.....	6
1.3 Conséquences des violences conjugales	10
1.3.1 Conséquences économiques.....	10
1.3.2 Conséquences sanitaires.....	11
1.4 La mémoire autobiographique et les Souvenirs Définissant le Soi	18
1.4.1 Le concept de mémoire autobiographique (MA)	18
1.4.2 Les Souvenirs Définissant le Soi, SDS.....	20
1.4.3 Dysfonctionnement de la mémoire autobiographique et conséquences cliniques.....	21
II) MATERIELS ET METHODES.....	24
2.1 Schémas de la recherche.....	24
2.2 Population étudiée	24
2.3 Déroulement de l'étude	25
2.3.1 Visite d'inclusion V1.....	25
2.3.2 Visite V2.....	25
2.4 Objectifs de la recherche	26
2.4.1 Objectif principal.....	26
2.4.2 Objectifs secondaires.....	26
2.5 Critères de jugement	27
2.5.1 Critère de jugement principal	27
2.5.2 Critères de jugement secondaires	27
2.6 Aspects statistiques.....	27
2.6.1 Traitement des SDS.....	27
2.6.2 Analyses des données.....	28
III) RESULTATS	29
3.1 Recrutement et caractéristiques des participantes	29

3.1.1 Recrutement.....	29
3.1.2 Caractéristiques de la population étudiée	31
3.2 Description des SDS	32
3.2.1 Evaluation du critère de jugement principal.....	32
3.2.2 Evaluation des critères de jugement secondaires	34
3.2.3 Comparaison des distributions des proportions entre les deux groupes	36
IV) DISCUSSION.....	39
4.1 Caractéristiques des SDS.....	39
4.1.1 Contenu	39
4.1.2 Valence émotionnelle	39
4.1.3 Spécificité.....	40
4.1.4 Raisonnement autobiographique	42
4.2 Biais et limites	45
V) CONCLUSION	47
VI) REFERENCES	49
VII) Annexes	60
7.1 Questionnaire des Souvenirs Définissant le Soi	60
7.2 Beck Depression Inventory II.....	61
7.3 Posttraumatic stress disorder Checklist for DSM-5	65

LISTE DES ABREVIATIONS

AMI : Autobiographical Memory Interview

BDI-II : Beck Depression Inventory II

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CVS : enquête Cadre de Vie et Sécurité

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

FRA : l'European union Agency for Fundamental Rights

MA : Mémoire Autobiographique

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

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

PCL-5 : Posttraumatic stress disorder Checklist for DSM-5

SDS : Souvenirs Définissant le Soi

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

VC : Violences Conjugales

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Violences conjugales d'ordre psychologique, par type de violence et par type de partenaire.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif du déroulement de l'étude.

Tableau 3 : Caractéristiques de la population.

Tableau 4 : Scores à l'échelle psychotraumatique PCL-5 et de dépression BDI-II.

Tableau 5 : évaluation de l'association entre les proportions des différentes dimensions et le score à l'échelle PCL-5.

Tableau 6 : évaluation de l'association entre les proportions des différentes dimensions et le score à l'échelle BDI-II.

Tableau 7 : Comparaison des distributions des proportions des 4 dimensions qui caractérisent les SDS.

Tableau 8 : Comparaison des distributions des proportions de souvenirs avec contamination, rédemption ou statut quo.

Tableau 9 : Comparaison des distributions des souvenirs associés à un sentiment de malaise ou de tension.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre d'appels reçus au 3919 de septembre 2019 à mai 2020.

Figure 2 : Nombre total de tchats et nombre de tchats pour Violence Intra Familiale de la semaine du 16 mars à la semaine du 4 mai 2019 et 2020.

Figure 3 : Répartition des types de violences déclarés au cours du confinement.

Figure 4 : Nombre annuel de décès liés aux violences au sein du couple, 2006-2009

Figure 5 : Répartition des infractions de violences entre partenaires commises sur des femmes enregistrées par les forces de sécurité selon la nature de l'infraction principale.

Figure 6 : Cycle de la violence d'après L. Walker 1979.

Figure 7 : Le self memory system, modélisé par Martin Conway (2000, 2004).

Figure 8 : Processus de sélection des patientes du Groupe VC.

Figure 9 : Proportions des 3 dimensions dans chaque groupe.

Figure 10 : Proportion de souvenirs dont le contenu est lié aux violences conjugales.

Figure 11 : Répartition des proportions des dimensions (valences émotionnelles, intégration et spécificité) dans les souvenirs liés aux violences conjugales.

Figure 12 : Proportion des souvenirs donnant lieu à une rédemption positive ($R \rightarrow +$), une rédemption neutre ($R \rightarrow 0$), une contamination ou un statu quo positif (+), négatif (-) ou neutre.

I) INTRODUCTION

1.1 Définitions

Les violences conjugales (VC) sont définies par l'ONU comme tout comportement au sein d'une relation intime causant un préjudice physique, psychologique ou sexuel à un des deux acteurs de la relation.(1) Ces comportements peuvent être des agressions physiques, des abus psychologiques, des rapports sexuels forcés et autres formes de coercition sexuelle, mais également tout ce qui va permettre un contrôle, tels que l'isolement d'une personne de sa famille et de ses amis, la surveillance de ses mouvements et la restriction de son accès à l'information ou à l'assistance.(2)

Le terme « conjugal » renvoie à un conjoint au sens large, mari, concubin, petit ami mais également depuis la loi du 4 avril 2006, à un ex-conjoint.

Cette définition montre qu'il n'y a pas une, mais des violences : insultes, mépris, rabaissement, ignorances, privation de toute ressource, qu'elles soient financières ou humaines, sévices sexuels, viols pouvant aller jusqu'à l'homicide ou au suicide. Ces violences ne concernent pas uniquement les victimes directes, tout le cercle familial peut être impacté et notamment les enfants entraînant de graves traumatismes psychologiques et des conséquences au long cours sur leur santé physique et psychique ainsi que sur leurs comportements en tant que futur partenaire d'une relation. (3) (4) (5)

Pourtant, ce n'est qu'à partir des années 1990 que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) intègre le domaine des violences conjugales dans le cadre des problèmes de santé publique, l'excluant alors du champ de la justice et de la police.

Avant 1990, très peu d'études épidémiologiques s'intéressent à caractériser le problème des violences conjugales, ces dernières étant considérées comme appartenant à la sphère privée intra familiale.

1.2 Épidémiologie des violences conjugales

1.2.1 Statistiques mondiales et européennes

Selon l'OMS, en 2013, au niveau mondial, presque un tiers des femmes ayant eu une relation de couple déclare avoir été victime de violence physique et/ou sexuelle par leur partenaire au cours de leur vie et 38% des homicides de femme dans le monde sont commis au sein d'une relation intime. (6)

Les études épidémiologiques américaines retrouvent une prévalence vie entière tous types de violences confondus de 44%. (7)

Au niveau Européen, l'European union Agency for Fundamental Rights, (FRA), a mené une enquête (8) sur les 28 pays membres de l'UE (dont le Royaume Unis) afin de caractériser les différentes expériences de violence faites aux femmes. Le rapport rendu en 2014 montre que parmi les femmes interrogées ayant eu une relation avec un homme, 22 % ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un de leur partenaire, depuis l'âge de 15 ans.

Parmi les femmes ayant été violées par un partenaire, un tiers déclarent que cela s'est produit au moins 6 fois. Le viol au sein d'une relation de couple est une terrible réalité qui n'est pas un fait rare et unique.

Quarante-trois pourcents des femmes ont subi une forme de VC d'ordre psychologique par un partenaire actuel ou passé. Pour Lindsay et al. (1998), la violence psychologique correspond à un « comportement intentionnel et répétitif qui s'exprime à travers différents canaux de communication de façon active ou passive, directe ou indirecte dans le but explicite d'atteindre l'autre personne et de la blesser sur le plan émotionnel ». (9) Il existe différentes formes de violences psychologiques, telles que des comportements de domination, des faits de chantage, notamment concernant les enfants, mais aussi des abus économiques, piliers fondamentaux de la domination exercée par le conjoint violent et reconnus depuis peu comme un type de violence à part entière. (10)

Pour illustrer ces faits, l'enquête FRA de 2014 montre que 25% des femmes ont été dévalorisées ou humiliées par un partenaire, 14% menacées de violence physique, 5% privées de liberté (enfermées au domicile, suppression des clefs de voiture). (8)

Le tableau suivant reprend les différents types de violences conjugales psychologiques.

	Partenaire actuel	Ex-partenaire
Comportement dominant	16%	40%
Violence économique	5%	13%
Comportement abusif	15%	37%
Chantage par rapport aux enfants	2%	14%
Tout abus psychologique	23%	48%

Tableau 1: : *Violences conjugales d'ordre psychologique, par type de violence et par type de partenaire. Source étude FRA.*

Pour ce qui est des décès, l'ordre de grandeur estimé par le programme Daphné III en 2007, est de 3 500 décès par an liés aux violences conjugales en Europe (EU27), soit plus de 9 par jour, dont près de 7 femmes. (11)

1.2.2 Statistiques françaises

En France, la première enquête statistique sur les violences faites aux femmes a été menée en 2000, c'est l'Enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France, (ENVEFF) commanditée en 1997 par le service des droits des femmes. Elle prend en compte l'ensemble des violences faites aux femmes adultes qu'elles soient verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles subies au cours des douze derniers mois dans l'espace public, au travail ou au sein du couple. L'intimité de la relation conjugale est le lieu où sont perpétrées le plus de violences. Les chiffres sont frappants, sur un échantillon de 5908 femmes, allant de 20 à 59 ans, 10% reconnaissent avoir subi de la violence de la part de leur compagnon ou ex-compagnon, toute forme confondue sur les 12 derniers mois. Un pour cent reconnaît avoir subi des violences sexuelles de la part de leur partenaire actuel, contre 2% chez celles qui ne sont plus en couple, laissant supposer que le premier chiffre est peut-être sous-estimé. L'étude ENVEFF, par son format au cadre neutre et anonyme, a permis de se rendre compte du chiffre très largement sous-estimé des VC. Pour un grand nombre de femmes, cette enquête a été la première occasion d'aborder les violences dont elles étaient victimes, révélant ainsi le poids de la culpabilité et de la honte que génèrent les violences perpétrées dans l'intimité du couple. (12)

Depuis 2007, en France, l'enquête annuelle Cadre de Vie et Sécurité, (CVS) permet en complément des données des services de police et de gendarmerie, d'évaluer et de décrire les

infractions dont sont victimes les ménages et les individus. La CVS de 2019 évalue à environ 1% le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans déclarant avoir été victimes de violences conjugales sur l'année. Parmi ces victimes, 29 % sont âgées de 18 à 29 ans. Attention, cette enquête ne prend en compte que les violences physiques ou sexuelles, ce pourcentage est donc à évaluer avec précaution. De même, le protocole de la CVS ne prend en compte que les violences commises par le partenaire actuel vivant sous le même toit. Il ne permet donc pas de rendre compte de la prévalence globale des VC mais seulement d'en estimer une valeur plancher. (13)

La crise sanitaire liée à la COVID 19 n'a pas permis la réalisation de la CVS pour l'année 2020, alors que les mesures de confinement inquiètent grandement quant au risque de recrudescence des violences conjugales. Pour pallier à ce manque d'information sur cette période si critique, le gouvernement a sollicité dès mars 2020 la Secrétaire générale de la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) pour une mission d'évaluation des situations de violences conjugales en période de confinement. Ce rapport est rendu courant juillet 2020 et montre qu'après la première semaine de confinement, les appels aux différents services d'écoute pour les victimes de violence ont triplé par rapport à 2019 (9% des appels en 2019 et 25% pendant le confinement). Il en est de même pour l'utilisation des moyens de communication « silencieux » multipliée par 17 pour les faits de violences intrafamiliales par rapport à l'année dernière. Du 17 mars au 11 mai 2020, l'association « En avant Toutes » a comptabilisé 370 tchats, contre 49 sur la même période en 2019.

Les graphiques suivants reprennent l'évolution du nombre d'appel et l'utilisation des tchats sur la période du 1^{er} confinement.

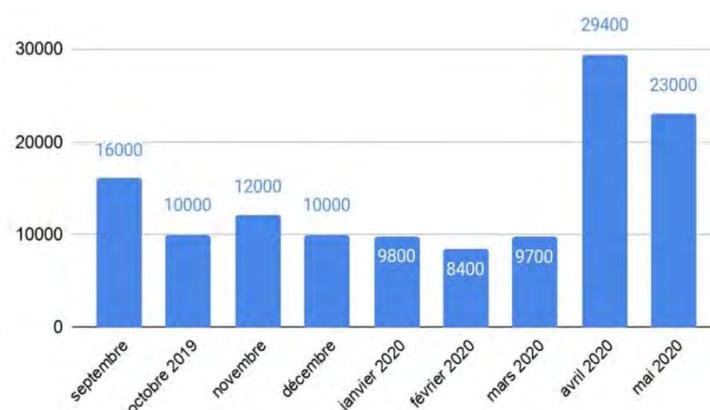
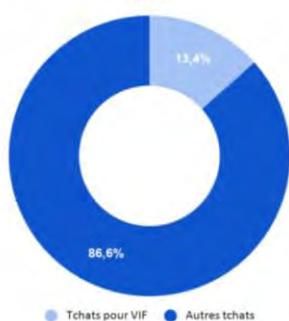


Figure 1 : Evolution du nombre d'appel reçus au 3919 de septembre 2019 à mai 2020. Source : Les violences conjugales pendant le confinement. (14)

Proportion de tchats pour VIF parmi l'ensemble des tchats du 16 mars au 4 mai 2019



Proportion de tchats pour VIF parmi l'ensemble des tchats du 16 mars au 4 mai 2020 (période de confinement)

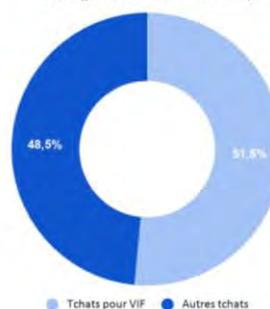


Figure 2 : Nombre total de tchats et nombre de tchats pour Violence Intra Familiale de la semaine du 16 mars à la semaine du 4 mai 2019 et 2020. Source : Les violences conjugales pendant le confinement. (14)

Les victimes sont majoritairement des femmes. Les violences psychologiques et physiques représentent la majorité des violences déclarées (respectivement 78,3% et 59,3%).

Le graphique suivant reprend la répartition des types de violences déclarés au cours du confinement.

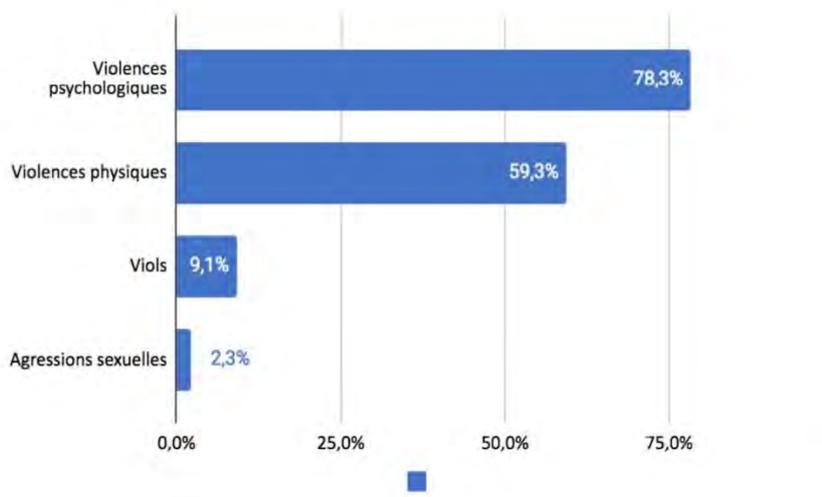


Figure 3 : Répartition des types de violences déclarés au cours du confinement. Source : Les violences conjugales pendant le confinement. (14)

Des observations similaires ont été faites au sein des consultations « coups et blessures volontaires » des hôpitaux. A partir du 30 mars 2020, le nombre de victimes a nettement progressé et a dépassé le niveau des années précédentes (+ 4% par rapport à la même période en 2019). Cette hausse est certainement une des conséquences du confinement et de la cohabitation forcée des conjoints. En conclusion, ce rapport souligne le fait que le confinement n'a pas eu un effet déclencheur, mais plutôt révélateur des violences conjugales avec un effet aggravant dans certaines situations. (14)

Pour ce qui est des décès liés aux violences conjugales, l'étude nationale des morts violentes au sein du couple, créée en 2006, permet au gouvernement de comptabiliser les féminicides.

Le graphique suivant reprend le nombre annuel de décès au sein du couple depuis 2006. (15–21)

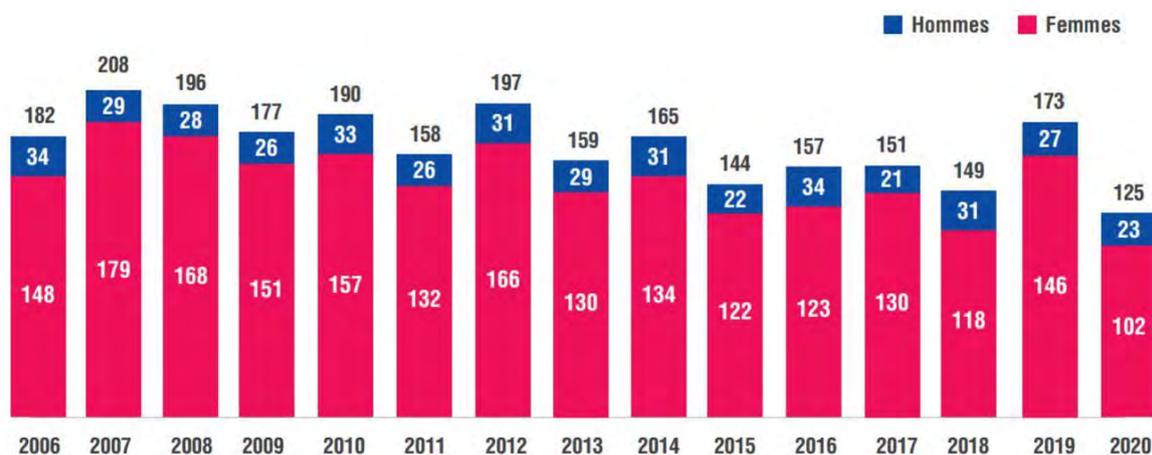


Figure 4 : Nombre annuel de décès liés aux violences au sein du couple, 2006-2009. Source étude nationale des morts violentes au sein du couple 2020.

Entre 2019 et 2020 on repère une baisse d'environ 30%, c'est le chiffre le plus bas recensé depuis 2006. Ce chiffre est peut-être en lien avec le début de la crise sanitaire, en tout cas il ne semble pas être le reflet d'une tendance durable car depuis le début de l'année 2021, ce ne sont pas moins de 77 femmes qui sont décédées du 1^{er} janvier 2021 au 05 septembre 2021 selon le collectif de recensement des féminicides par compagnon ou ex. (22)

Ce rapport caractérise également les victimes collatérales, 14 enfants sont morts dans le cadre de violences conjugales et 37 hommes se sont suicidés après le meurtre de leur compagne en 2020. (16)

Sur le plan judiciaire, en 2019, les VC représentent 62% des violences volontaires et 34% des viols à l'encontre d'une femme majeure. Ce ne sont pas moins de 142 310 victimes de violences conjugales qui ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie (plaintes, signalements, constatations transmises à l'autorité judiciaire) dont 88% sont des femmes. (13) Le graphique suivant reprend la répartition des différentes infractions commises sur les femmes par leur partenaire actuel ou ex.

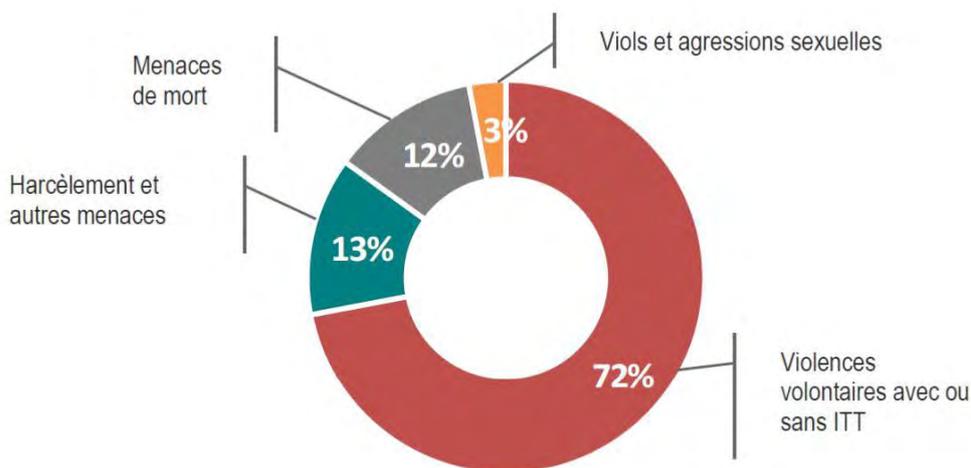


Figure 5 : Répartition des infractions de violences entre partenaires commises sur des femmes enregistrées par les forces de sécurité selon la nature de l'infraction principale. Source : La lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes n°16.

La CVS de 2019 nous apprend que les VC ne sont que très rarement rapportées aux services de police et de gendarmerie. Seules 14% des victimes de VC déclarent avoir déposé plainte au moins une fois et à la date de l'enquête, 71% des victimes vivent toujours sous le même toit que leur agresseur. (13)

Parmi les 102 femmes tuées en 2020, 35% avaient déjà subi un fait de violence antérieur (physique ou psychologique) et 67% avaient signalé ces faits aux forces de l'ordre. Au total, 18% des femmes ont porté plainte à l'encontre de leur conjoint mais c'est seulement 2 agresseurs qui ont fait l'objet d'un contrôle judiciaire. (16)

1.3 Conséquences des violences conjugales

1.3.1 Conséquences économiques

Depuis plusieurs années, des études se penchent sur le coût des violences conjugales du point de vue de la société afin d'évaluer et de justifier les actions de santé publique. Le coût global correspond aux coûts indirects (perte de production, préjudice humain) et aux coûts directs médicaux et non médicaux (justice, police, conséquences sociales). En 2012, le coût global des violences conjugales en France a été estimé à 3,6 milliards d'euros par an. (23)

Ces données sont difficiles à recueillir et à exploiter, l'estimation du coût économique étant presque impossible car elle implique la monétarisation de facteurs subjectifs.

Au niveau Européen, l'équipe de Nectoux et al. a mis en place un logiciel applicable à tous les pays pour assurer un suivi dans le temps de ce phénomène. En 2006, l'estimation du coût des

violences conjugales au sein de l'Europe des 25 est évaluée à 16 milliards d'euros. (24)

Les conséquences économiques sont également à mesurer du point de vue de la victime.

L'étude de Crowne et al, a cherché à évaluer l'impact des violences conjugales sur la stabilité de l'emploi à court et moyen terme dans la population féminine hawaïenne.

Il a montré que les femmes ayant été victimes de VC ont deux fois plus de risque d'avoir un emploi précaire jusqu'à 6 ans après les faits de violence. (25)

De même, les femmes victimes de violences conjugales ont significativement plus souvent un emploi précaire (26) et un revenu annuel inférieur par rapport à un échantillon de femmes non victimes et ce, même à distance de la relation violente. (26) (27)

Enfin, les abus économiques dont sont victimes ces femmes, entraînent d'importantes privations matérielles et empêchent leur indépendance et leur sécurité économique, ce qui entravent grandement leur capacité à quitter ce milieu dangereux. (10)

1.3.2 Conséquences sanitaires

De nombreuses études à travers le monde s'accordent pour dire que les violences conjugales (quel qu'en soit le type) ont un impact significativement négatif sur la santé des femmes qui en sont victimes.

Les femmes victimes de violences conjugales se décrivent en plus en mauvais état général et ce jusqu'à 1,6 fois plus que les femmes n'ayant pas expérimenté ces traumatismes. (26–29) Elles présentent également une perte identitaire et une altération de leur confiance en soi, ainsi que de moins bonnes capacités d'affirmation de soi. (30)

De manière objective, on retrouve dans cette population une surreprésentation de multiples troubles somatiques et psychiatriques.

Conséquences sur la santé physique

Les femmes victimes de violences conjugales rapportent 1,2 à 3 fois plus de problèmes de santé physique.

Campbel et al, 2002, ont réalisé une étude contrôlée randomisée dans laquelle ils ont comparé l'état de santé de 201 femmes victimes de violences conjugales et 240 femmes contrôles.

L'état de santé général est estimé médiocre chez 12% des femmes victimes de violence contre 6% pour le groupe contrôle.

Un plus grand nombre de problèmes somatiques est retrouvé de manière significative dans le

groupe VC, parmi lesquels les plus fréquents sont : céphalées, dorsalgies, troubles fonctionnels intestinaux et infections gynécologiques.

Les maladies sexuellement transmissibles, les saignements vaginaux, les rapports sexuels douloureux, les douleurs abdomino-pelviennes, les infections urinaires et la perte d'appétit, sont moins fréquents mais significativement plus élevés chez les femmes victimes de VC. (31)

Elles présentent également significativement plus de comportements préjudiciables pour la santé. On retrouve dans ce groupe plus de consommations de tabac et d'alcool, actuelles ou passées et plus de comportements à risque comme l'utilisation de drogues IV et des rapports sexuels non protégés. (26,32) Le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible est multiplié dans cette population jusqu'à 5,1 dans certaines études. (33)

On note également plus de blessures physiques (fracture/plaie/blessure gynécologique) chez les femmes victimes de VC. Onze à 30% des fractures retrouvées chez les femmes seraient en lien avec des violences conjugales. (34)

La violence conjugale psychologique seule est également associée à un risque plus important (RR = 1,69) de présenter une problématique physique, et notamment des troubles fonctionnels intestinaux (RR = 3,62), des douleurs chroniques (RR = 1,91) et des maladies sexuellement transmissibles (RR = 1,82). (35)

La violence psychologique n'est donc pas à banaliser et doit tout autant attirer notre attention. La question d'un dépistage systématique chez les femmes présentant ces problèmes de santé chroniques ou à répétition se pose et des questionnaires systématisés commencent à voir le jour et à être étudiés notamment dans les services et les lieux de consultation gynéco-obstétrique.

En effet, la grossesse est une période particulièrement à risque, 3 à 8% des femmes enceintes subissent des VC (36) et dans 30% des cas, c'est lors de la grossesse que survient le 1^{er} épisode de violence. (37)

Les conséquences pour le fœtus sont également importantes, 31% des femmes victimes de VC ont au moins un antécédent de fausse couche spontanée contre 17% en population générale (38). Elles présentent également un risque d'accouchement prématuré augmenté jusqu'à 37%. (39)

Conséquences sur la santé psychique

L'Episode Dépressif Caractérisé (EDC) et le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) sont les deux pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées chez les femmes victimes de VC. (40)

Être victime de VC serait même un facteur de risque plus important de présenter un épisode dépressif que d'avoir subi des abus dans l'enfance, (41) et ce jusqu'à 3 fois plus. (27) Dans des échantillons composés de femmes victimes de violences conjugales, la prévalence de la dépression (évaluée au moyen d'échelles standardisées validées) est très élevée, entre 35 et 72%. (42) Les violences psychologiques seules sont également associées à une augmentation significative de l'incidence de la dépression. (43)

Des symptômes dépressifs plus importants qu'en population générale sont retrouvés jusqu'à 5 ans après la relation violente qu'elle soit terminée ou pas.(44)

Après 5 ans, certaines études ont montré que ce risque diminue chez les femmes qui ne sont plus au cœur de ces violences mais qu'il reste tout de même supérieur à celui d'une population féminine qui n'en a jamais vécues. (26,45)

Chez les femmes victimes de VC, un épisode dépressif complique un TSPT dans 75% des cas, contre 35 à 50 % dans la population générale. (39)

Des résultats cohérents quant à la prévalence de TSPT sont retrouvés dans différentes études. Les taux vont de 31 à 84% parmi des échantillons variés de femmes victimes de violences conjugales (foyer d'accueil, population générale, consultation de coups et blessures). (46)

Des violences et blessures sévères ne sont pas nécessaires à l'apparition d'un TSPT, mais un lien entre la gravité de la violence et la sévérité des symptômes de TSPT a été retrouvé et ce, surtout lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. (42) La violence psychologique seule peut suffire à entraîner un TSPT. (46)

La violence conjugale est également l'un des facteurs de risque les plus importants de suicide et de tentatives de suicide féminin dans le monde. (47) Les femmes victimes de violences conjugales présentent 2,9 fois plus d'idéations suicidaires et réalisent 3,8 fois plus de tentatives de suicide. (28)

Le lien de causalité entre trouble des consommations de substances (dépendance et abus) et VC est plus difficile à établir. C'est, après la dépression et le TSPT, le trouble psychiatrique le plus fréquemment rencontré chez les femmes victimes de VC. On retrouve un risque d'abus 6 fois plus important dans cette population. (27)

La consommation d'alcool chez la femme n'est pas retrouvée comme étant un facteur de risque d'être victime de violences conjugales ou d'en perpétrer. Par contre, avoir un conjoint présentant un trouble de la consommation d'alcool est un facteur de risque à la fois d'être victime et auteur de violence conjugale. (48–50) La prévention de l'abus d'alcool chez l'homme apparaît ainsi comme un levier de prévention des VC dans les deux sexes.

La consommation de cocaïne serait également un facteur de risque de perpétration de violence mais pas d'en être victime. (51)

La consommation de cannabis et d'opioïde serait quant à elle plutôt liée au fait d'être victime de VC. (51)

Globalement, un grand nombre d'étude retrouve une corrélation entre trouble de consommation de substances et relations violentes mais il est difficile d'établir si les consommations sont plutôt des causes ou des conséquences (48,50,51) ou s'il existe une relation réciproque entre les deux : la consommation de drogue augmente le risque de violences conjugales et les conséquences des violences augmentent la probabilité d'abus de substance. Il ne faut pas non plus oublier qu'un grand nombre de variables psychosociales confondantes sont indépendamment associées à la fois aux violences conjugales et au trouble de consommation de toxiques. (52)

Nous avons vu précédemment que l'arrêt des violences est associé à une réduction de la prévalence de certains troubles psychiatriques.(27,45) Toutefois, ce risque reste significativement supérieur par rapport à une population comparable (âge / statut marital / traumatisme) de femmes non victimes. L'impact sur le fonctionnement cognitif apparaît être une piste importante à explorer afin de mieux comprendre l'évolution de ces troubles.

Conséquences sur le fonctionnement cognitif et neurobiologique

Les conséquences des violences conjugales sur le plan des fonctions cognitives sont moins bien documentées que les conséquences physiques et psychiques.

Le fonctionnement cérébral peut être endommagé par les blessures physiques directes causées par les coups, mais aussi être la conséquence d'une complication psychiatrique (TSPT, EDC) ou de la production de cortisol due à une situation de stress chronique.

Dans l'étude de Jackson et al. 2002, 92% des femmes victimes de VC ont reçu des coups sur le crâne ou sur le visage ayant entraîné des conséquences sur le plan cognitif, (trouble de l'attention, altération de la mémoire de travail), avec une corrélation significative entre la fréquence des coups et la sévérité de l'atteinte cognitive. (53)

Plusieurs études ont démontré que les complications psychiatriques des violences conjugales entraînent des altérations du fonctionnement cérébral. Chez les femmes présentant un TSPT secondaire aux violences conjugales, on retrouve essentiellement aux résultats des tests neuropsychologiques des atteintes au niveau de la vitesse de traitement de l'information. (54)

L'étude de Tores Garcia 2021, retrouve une altération de la mémoire à court terme et de moins bons résultats au niveau des tests attentionnels chez les femmes victimes de VC par rapport à un groupe témoin. Il est également retrouvé une altération des capacités visuo constructives et des fonctions exécutives qui pourraient affecter au quotidien la prise de décision et l'inhibition de la réponse. Dans cette étude, plus les patientes présentaient des scores élevés aux échelles de dépression et plus les altérations étaient marquées. (55)

Le fonctionnement cognitif a également été étudié chez des femmes victimes de VC sans aucune comorbidité psychiatrique (EDC / TSPT notamment) afin d'identifier l'impact direct des violences. Dans l'étude de Stein et al. 2002, il est retrouvé une altération de la mémoire de travail et de l'attention par rapport à un groupe témoin sain et cela sans différence significative entre les patientes présentant un TSPT et celles qui en sont indemnes. (56)

Dans l'étude de Tores Garcia 2014, qui n'inclut que des patientes sans aucune affection psychiatrique, le groupe VC obtient de moins bonnes performances dans tous les domaines des tests neuropsychologiques et ce quelle que soit la durée d'exposition de la violence. (57)

Ces résultats sont en accord avec ceux retrouvés par la méta analyse de Garcia Rueda de 2020 qui retrouve une altération au niveau de l'attention, du langage et des fonctions exécutives (mémoire de travail, capacités visuo-spatiales, vitesse de travail). (58)

Globalement, le fonctionnement neuropsychologique n'est pas étudié en routine dans cette population de femmes bien qu'elles présentent de manière significativement supérieure des plaintes dans ces domaines (attention, concentration, trouble de la mémoire) par rapport à des femmes non victimes. Une évaluation plus précise permettrait de proposer une prise en charge adaptée et spécifique à ces symptômes cognitifs, qui renforcent souvent l'exclusion sociale et qui ont des implications dans de nombreuses situations concrètes du quotidien.

Quelques études se penchent également sur les conséquences neurobiologiques des violences conjugales.

Sur le plan anatomique, il n'est pas retrouvé de différence au niveau du volume de l'hippocampe entre un groupe de femmes victimes de VC et un groupe de femmes non victimes. (59,60) Il n'est pas retrouvé de modification structurelle de l'amygdale dans la littérature, (61) ce qui suggère que la réponse amygdalienne liée au traumatisme serait plutôt due à des modifications fonctionnelles (62). Fennema Notestine et al. 2002, retrouvent une diminution du volume de la substance grise au niveau du cortex préfrontal chez des femmes victimes de VC et atteintes

d'un TSPT. (59) Cette altération pourrait expliquer l'atteinte des fonctions exécutives qui affectent notamment la prise de décision.

Sur le plan neuro-fonctionnel, l'étude de Roos et al. 2017, retrouve une altération des connexions dans les régions impliquées dans le contrôle cognitivo-émotionnel, avec une atteinte principale de la région caudale du cortex cingulaire antérieur, du gyrus temporal moyen, de l'amygdale et du thalamus. (62)

Ces études présentent des limites qui entravent les résultats. En effet, les échantillons de femmes victimes de violences conjugales comportent des femmes sans comorbidité ou atteintes de TSPT et/ou de dépression, victimes ou non de violence physique et ayant reçu ou non des coups au niveau du crâne. Il est donc extrêmement délicat de conclure aux causes de ces modifications.

Conséquences identitaires

L'identité est un concept difficile à définir. Pour Mucchielli, « le sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiments d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence ». (63)

Les violences conjugales entraînent une perte identitaire importante chez les femmes qui en sont victimes. Comme l'explique M. Salmona, c'est « 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 ». (64)

Des études ont montré que les femmes vivant une ou plusieurs formes de violence au quotidien présentent une perte de leur identité personnelle, (60) et un fort sentiment d'impuissance. (66) Elles repèrent avant tout une baisse majeure de leur estime de soi, (66) mais également de moins bonnes capacités d'affirmation et de confiance en soi. Elles décrivent un sentiment d'elle-même différent en fonction des contextes et notamment quand le compagnon violent est présent. Cette perte identitaire se repère également au niveau de leurs goûts, leurs envies et de leur motivation qui sont complètement soumis à la volonté du conjoint violent. (30) L'emprise s'installe à mesure que l'identité s'efface.

Le cycle de la violence (présenté ci-dessous) et l'escalade de la violence dont sont victimes ces femmes est un moyen d'expliquer ce mécanisme de perte identitaire. La violence verbale qui apparaît dans les premières étapes de la violence, entraîne une remise en question de leurs valeurs personnelles. Puis, la « lune de miel » entraîne un déséquilibre où les représentations

sont brutalement remises en question ce qui fragilisera d'autant plus le sentiment identitaire lors de la prochaine phase de violence. Elles deviennent victimes et c'est une nouvelle identité qui va leur coller à la peau. (67)

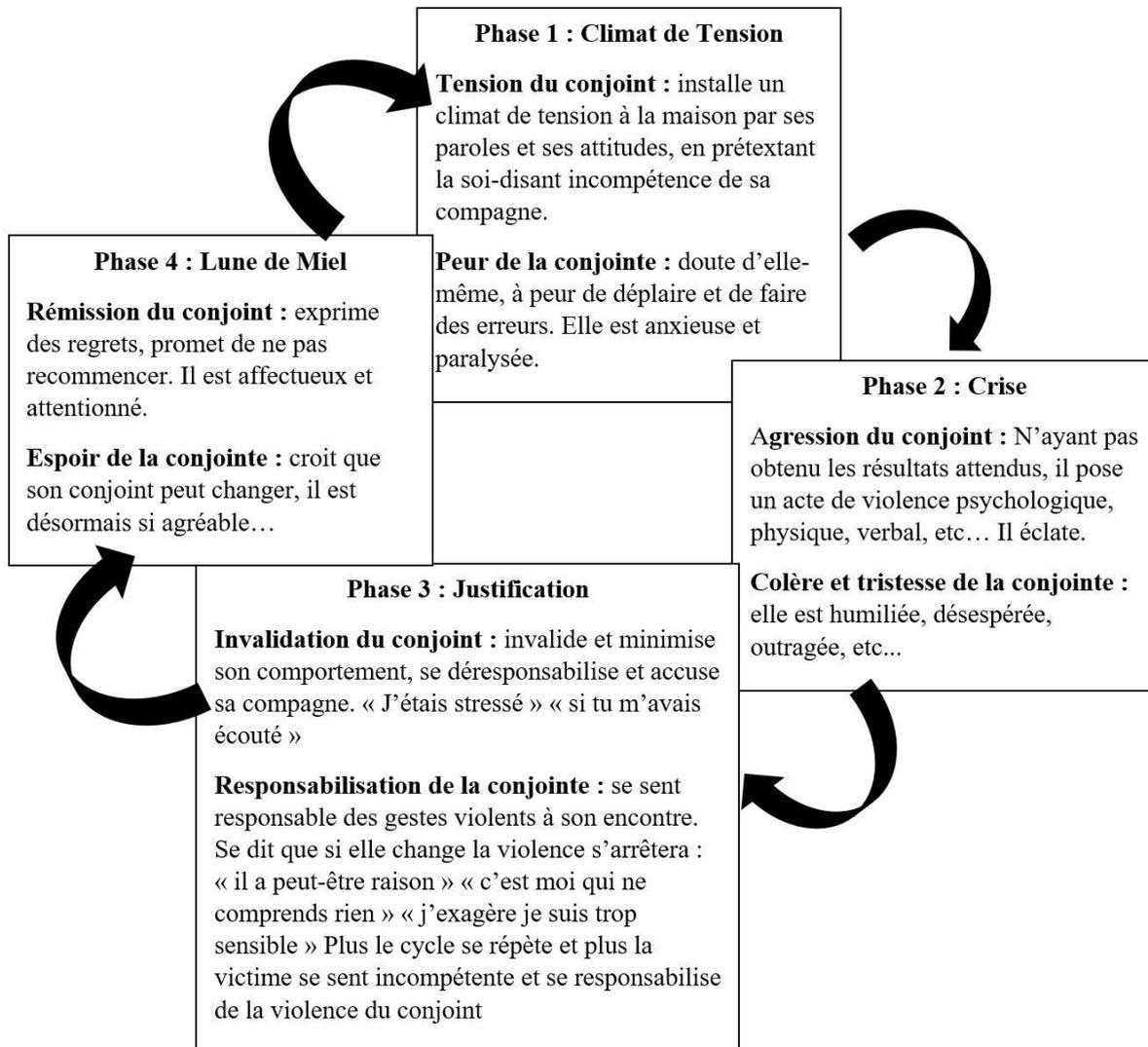


Figure 6 : Cycle de la violence d'après L. Walker 1979.

Ces remaniements identitaires apparaissent extrêmement importants à explorer et à comprendre, tant ils semblent primordiaux à prendre en compte pour aider ces femmes à sortir de ces situations de violence et à se reconstruire.

1.4 La mémoire autobiographique et les Souvenirs Définissant le Soi

1.4.1 Le concept de mémoire autobiographique (MA)

« La mémoire autobiographique représente un ensemble d'informations et de souvenirs particuliers à un individu, accumulés depuis son plus jeune âge et qui lui permettent de construire un sentiment d'identité et de continuité » (68)

Baddeley en 1992, la définit comme la capacité à récupérer des expériences vécues, dont le soi est l'objet de connaissance. (69) Tulving et al en 1988, mettent en évidence une composante épisodique qui correspond au souvenir d'événement spécifique situé dans le temps et dans l'espace, « ce jour j'ai rencontré X à tel endroit » et une composante sémantique qui correspond aux connaissances générales de son passé (lieu de naissance, noms des écoles ...). (70) Tulving enrichit ce système d'une 3^{ème} composante, la connaissance de soi (trait de caractère, préférence, choix...). (71)

Martin Conway, à partir de ces théories, a élaboré un modèle de la MA, le self memory system, (72) (73) où les souvenirs autobiographiques naissent de l'interaction entre trois sous-systèmes :

- Le self de travail : il regroupe les différents buts de l'individu, les classe hiérarchiquement et met en œuvre les moyens de les réaliser. Pour cela, il utilise des processus exécutifs et génère une trace de l'expérience vécue, sous forme de souvenirs épisodiques. (73) Ces souvenirs sont des enregistrements de succès ou d'échecs et en fonction, contiennent des affects positifs ou négatifs.
- La mémoire épisodique stocke les souvenirs épisodiques générés par le self de travail.
- Le self à long terme stocke les connaissances sémantiques recueillies par l'individu en fonction de ses expériences et les tient à disposition du self de travail pour la réalisation des buts à long terme. Il est constitué de deux parties, la Base de Connaissances Autobiographiques et le Self Conceptuel. La Base de Connaissances Autobiographiques regroupe toutes les connaissances qu'a l'individu sur lui dans un contexte spatio-temporel. C'est ce qui lui permet une compréhension de sa vie. Le self Conceptuel, rassemble les connaissances abstraites et décontextualisées sur soi, c'est-à-dire ses valeurs, ses croyances, ses attitudes. Il interagit avec le self de travail pour donner des représentations qui permettent de guider les interactions avec l'environnement et contribue avec la mémoire épisodique et la base de connaissances autobiographiques, à

l'organisation de l'histoire de vie et au sentiment d'identité.

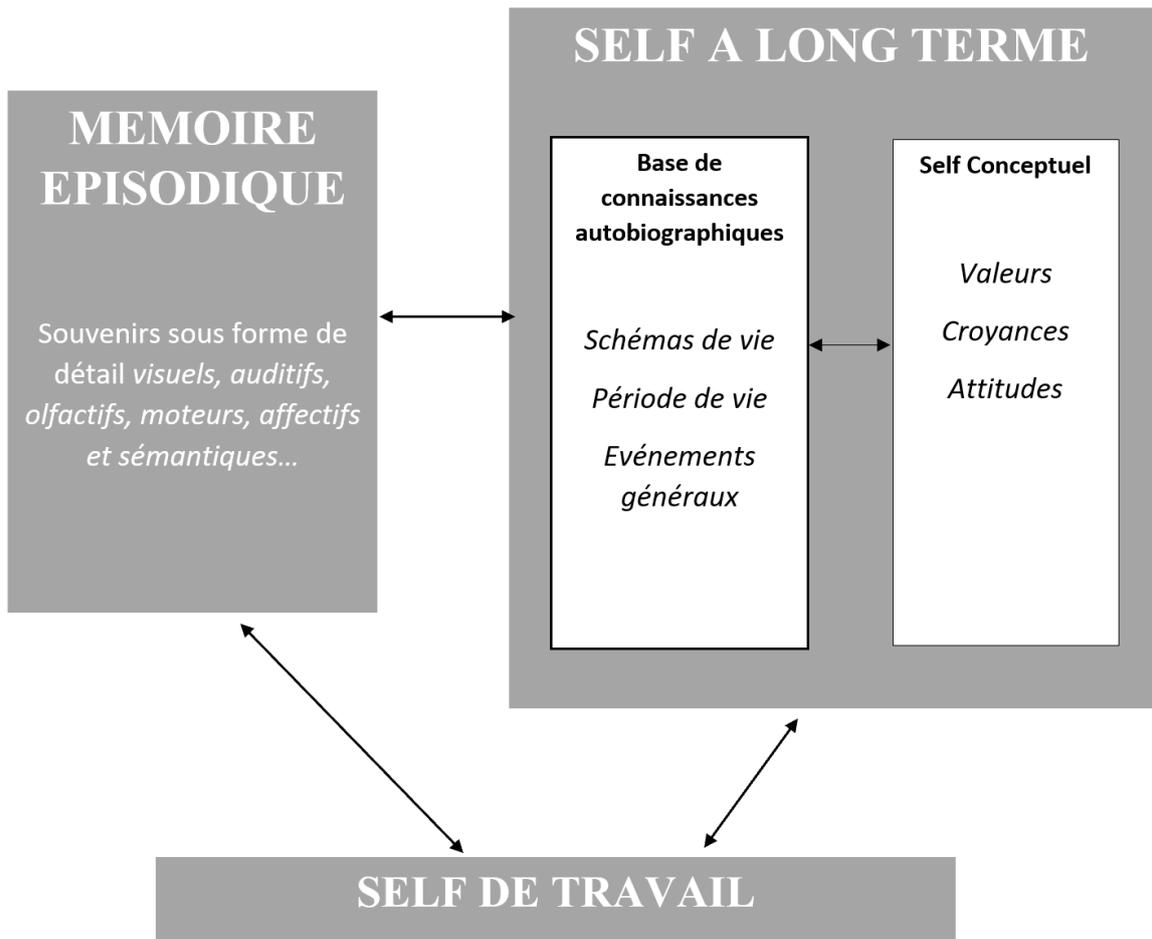


Figure 7 : Le self memory system, modélisé par Martin Conway (2000, 2004).

Ainsi pour Martin Conway, la mémoire autobiographique est gouvernée par nos buts et nos motivations et constitue notre identité. Les souvenirs liés à des buts qui ne sont plus actuels sont effacés pendant le sommeil alors que ceux contenant des connaissances de grandes valeurs pour la réalisation des buts actuels sont préservés. Ces souvenirs nous permettent de sélectionner des comportements, qui d'après nos expériences, nous permettent d'atteindre nos objectifs et d'éviter ceux qui ne seraient pas efficaces. Dans le même temps, la MA nous permet de former des croyances cohérentes et solides sur nous-même, les autres et le monde.

La MA assure donc trois fonctions principales. (74)

- Une fonction directive, c'est la capacité à utiliser ses expériences passées pour diriger ses comportements vers ses buts.
- Une fonction sociale, qui permet d'initier, de développer et de maintenir des liens et des relations sociales, mais aussi de transmettre des savoirs et des leçons de vies.

- Une fonction identitaire qui permet de maintenir une représentation de soi durable et cohérente au fil du temps.

Dans le but de maintenir cette image cohérente de soi, les souvenirs sont parfois soumis à une certaine distorsion afin d'être en accord avec les croyances de l'individu. Ce besoin de cohérence du soi « self cohérence » (73) fait appel aux mécanismes d'inhibition, inconscients, pour contrôler l'accès à certains souvenirs autobiographiques. L'exactitude du souvenir est ainsi parfois sacrifiée au profit de sa cohérence avec les thèmes centraux de l'individu.

Pour avoir accès aux thèmes les plus centraux de l'identité, Singer et Salovey (1993) ont identifié une catégorie particulière de souvenirs autobiographiques : les Souvenirs Définissant le Soi (SDS). (75)

1.4.2 Les Souvenirs Définissant le Soi, SDS

Les SDS sont pour la première fois conceptualisés et décrits par Jefferson Singer et Peter Salovey en 1993. (75) Ce sont les souvenirs de moments de la vie qui mettent en scène les thèmes fondamentaux de l'histoire du sujet et qui sont particulièrement chargés en détails sensoriels. (76) Pour Conway, ce sont des « intégrations particulièrement fortes de scripts personnels dans le self conceptuel et de connaissances dans la base de connaissances autobiographiques » qui facilitent la prise de décision et l'action grâce à un « modèle immédiatement accessible et tangible » basées sur des expériences concrètes passées. (73)

Les SDS présentent cinq caractéristiques (77):

- Ils possèdent une charge émotionnelle forte et durable.
- Ils sont chargés de détails sensoriels (visuels, olfactifs, auditifs, perceptions internes).
- Ils sont fréquemment remémorés et ceux d'autant plus s'ils sont utiles pour le fonctionnement psychique.
- Ils sont liés à d'autres souvenirs partageant le même thème ou la même valence émotionnelle.
- Ils tournent autour d'un thème majeur dans la vie du sujet ou en conflit avec ses buts centraux.

Les SDS sont évalués selon quatre dimensions : (78)

- Le degré de spécificité : plus un souvenir est spécifique plus il relate un événement unique, d'une durée limitée à quelques heures et riche en détails spatio-temporels et

émotionnels. A l'inverse, un souvenir moins spécifique peut avoir trait à une période de vie, « mes années collèges » ou à un événement qui s'est répété dans le temps « les repas du dimanche ».

- L'intégration dans le raisonnement autobiographique : un souvenir a un impact sur le raisonnement autobiographique lorsque la personne exprime avoir pris du recul sur ses expériences passées, avoir tiré des leçons qui ont/auront des conséquences sur ses expériences futures. Un souvenir intégré suscite une prise de conscience qui conduit à une leçon de vie. A l'inverse, un souvenir non intégré n'apportera aucune signification personnelle à l'évènement vécu. (76,79)
- Le contenu correspond au thème du souvenir. Différentes catégories ont été décrites, les événements menaçant la vie, les relations interpersonnelles, les réussites et échecs, la culpabilité et la honte, les loisirs et explorations, les consommations de drogue, d'alcool et de tabac, et enfin une catégorie qui regroupe les événements non classifiables. (78) Le contenu du souvenir peut donner lieu à une tension qui est repérée par l'expression d'un malaise, d'un désaccord ou d'une gêne ressentie par l'un des sujets du souvenir.
- La valence émotionnelle : c'est l'émotion ressentie lorsque l'évènement a été vécu. Elle peut être positive, négative ou neutre. Cette dernière dimension est particulièrement sensible aux expériences vécues et aux changements de but, de croyance et de valeur. Ainsi, après quelque temps, l'émotion négative rattachée au souvenir d'un évènement peut se diluer et devenir positive. C'est ce qu'on appelle la rédemption (80). A l'inverse, la contamination correspond à une émotion négative ressentie lors du rappel du souvenir d'un évènement positif. (80)

Ces souvenirs nous apparaissent ainsi comme un moyen d'explorer l'identité et le fonctionnement du sujet car comme le dit Singer (2005) ils « ouvrent une fenêtre » sur le noyau identitaire des personnes (81).

1.4.3 Dysfonctionnement de la mémoire autobiographique et conséquences cliniques

Depuis plusieurs années, de plus en plus d'études observent les caractéristiques de la mémoire autobiographique dans des échantillons de population clinique.

Une perte de spécificité dans le rappel de souvenir autobiographique est retrouvée pour la première fois dans une population d'individus dépressifs et suicidaires en 1986. (82) On

retrouve, de manière significative, cette tendance à faire appel à des souvenirs trop généraux lors de tâches mnésiques, chez des personnes atteintes de dépression et de TSPT par rapport à des sujets sains (83–87) mais aussi chez des individus atteints d’anorexie mentale (88,89) et des consommateurs de substances psychoactives comme le cannabis. (90)

Cette altération de la mémoire autobiographique a également été retrouvée chez des individus présentant une tristesse de l’humeur sans critère suffisant pour évoquer un EDC. Des études longitudinales ont également montré que cette tendance à la généralisation dans le rappel de souvenir, prédit négativement l’évolution et la sévérité d’un EDC. (91,92)

Pour autant, il est difficile d’affirmer le lien entre perte de spécificité et symptômes psychotraumatiques. En effet, ce dysfonctionnement de la MA a également été mis en évidence chez des individus victimes de traumatisme dans l’enfance ou à l’âge adulte et ce sans être corrélé à la présence d’un EDC ou d’un TSPT. (84,87,93–95) Il est également retrouvé très précocement en phase péri traumatique (- de 7 jours) avant l’installation des symptômes de TSPT (96) et apparaît même comme un facteur de risque de développer un TSPT. (97)

L’étude de Billoux et al. 2016, étudie pour la première fois la mémoire autobiographique dans une population de femmes victimes de violences conjugales, en utilisant une tâche de mots-indices. Les résultats montrent une diminution significative de la spécificité lors des rappels avec les mots-indices à valence négative par rapport au groupe de femmes témoins. Cette altération n’est pas corrélée à l’intensité des symptômes de stress post-traumatique. (98)

Williams et al. (2007) font l’hypothèse que cette tendance à la généralisation des souvenirs autobiographiques, serait impliquée à la fois dans l’émergence et le maintien de trouble émotionnel en affectant les capacités de résolution de problème, (99) la projection dans l’avenir (100) et la régulation des émotions face à des événements importants de la vie.

L’impact potentiel des violences conjugales sur la mémoire autobiographique apparaît être très important à caractériser au vu des conséquences que son dysfonctionnement peut avoir sur la vie quotidienne (résolution de problème, projection dans l’avenir, régulation émotionnelle) mais aussi sur le sentiment d’identité personnelle qui, comme nous l’avons vu précédemment est déjà perturbé chez ces femmes.

L’examen des SDS, défini plus haut, semble être la voie d’accès privilégiée pour observer cet éventuel lien entre problématiques identitaires, troubles psychopathologiques et violences conjugales et ainsi réfléchir à de nouvelles pistes thérapeutiques.

L'objectif de cette étude est de comparer les caractéristiques des Souvenirs Définissant le Soi chez des femmes victimes de violences conjugales par rapport à ceux d'un groupe de femmes témoins.

II) MATERIELS ET METHODES

2.1 Schémas de la recherche

SOI-MEM est une étude pilote, prospective et monocentrique, menée par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, ayant pour objectif l'étude de la mémoire autobiographique et plus particulièrement des SDS chez les femmes victimes de violences conjugales.

2.2 Population étudiée

La population étudiée était composée de femmes entre 18 et 60 ans, victimes ou non de violences conjugales répondant aux critères d'inclusion suivants :

- Femme entre 18 et 60 ans
- Langue maternelle française
- Consentement éclairé oral
- Affiliée à un régime de sécurité sociale

Pour les femmes victimes de violences conjugales seulement :

- Avoir subi au moins deux agressions physiques dans un contexte conjugal
- Répondre au critère A du diagnostic de TSPT selon le DSM-5

Pour les femmes du groupe contrôle seulement :

- Ne pas avoir été victime de violences conjugales.

Les critères de non inclusion pour toutes les participantes étaient les suivants :

- Pathologie neurologique, lésion cérébrale
- Antécédent de traumatisme crânien avec perte de connaissance
- Pathologie somatique sévère évolutive
- Psychothérapie en cours
- Prise de benzodiazépine ou bêta-bloquant
- Femmes enceintes ou allaitantes
- Sous un régime juridique de protection des majeurs

Pour les femmes victimes de violences conjugales seulement :

- Antécédent ou présence de TSPT non lié aux violences conjugales
- Présence de troubles mentaux de l'axe I du DSM-5 évolutifs

Pour les femmes du groupe contrôle seulement :

- Présence de troubles mentaux de l'axe I du DSM-5 évolutifs incluant un TSPT

2.3 Déroulement de l'étude

Deux groupes de femmes sont recrutés. Un premier groupe de femmes, victimes de violences conjugales, présélectionnées suite à leur passage à la consultation de coups et blessures volontaires de l'unité médico-judiciaire du CHU de Ranguel. Un second groupe de femmes contrôles, recrutées par un appel à volontaires via une annonce réalisée par le CHU de Toulouse. Chaque participante bénéficiait de deux consultations V1 et V2, d'environ 45 minutes séparées l'une de l'autre d'un délai maximum de 15 jours.

2.3.1 Visite d'inclusion V1

La visite V1, permettait dans un premier temps de recueillir un premier consentement oral de participation, de vérifier les critères d'inclusion et de non inclusion notamment à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview, (MINI) et de lire la consigne permettant d'inciter à la narration de cinq Souvenirs Définissant le Soi. Il s'agissait d'une adaptation française du questionnaire proposé initialement par Singer et Moffitt, 1992, présenté en annexe 1.

2.3.2 Visite V2

La visite V2 était consacrée pour toutes les patientes à la restitution des 5 SDS selon le questionnaire présenté en annexe 1 et pour les patientes du groupe VC à la passation de la Beck Depression Inventory II (BDI II) pour évaluer les symptômes dépressifs et de la Posttraumatic stress disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) pour l'évaluation des principaux symptômes de TSPT respectivement présentés en annexe 2 et 3.

Le tableau suivant reprend le déroulement des deux visites V1 et V2 :

	Visite V1		Visite V2	
	Groupe VC	Groupe contrôle	Groupe VC	Groupe Contrôle
Vérification des critères d'inclusion et de non inclusion	✓	✓		
Consentement éclairé oral	✓	✓		
MINI	✓	✓		
PCL-5			✓	
BDI-II			✓	
Recueil des SDS			✓	✓

Tableau 2: Tableau récapitulatif du déroulement de l'étude.

En raison de la situation sanitaire, les entretiens ont été réalisés par téléphone. Un appariement a été effectué sur l'âge avec des tranches de + ou - 5 ans et sur le niveau socio-professionnel selon 3 catégories :

- 1 : inférieur au brevet des collèges,
- 2 : entre le Brevet des collèges et le Baccalauréat
- 3 : supérieur au Baccalauréat.

2.4 Objectifs de la recherche

2.4.1 Objectif principal

L'objectif premier de cette étude est de comparer les souvenirs définissant le soi chez des femmes victimes de violences conjugales par rapport à ceux des femmes du groupe contrôle, non victimes de violences conjugales.

2.4.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires vont nous permettre de mieux caractériser les SDS en décrivant les proportions dont le contenu est associé à un sentiment de malaise et dont la valence est associée à un sentiment de rédemption ou de contamination, chez les femmes victimes de VC par rapport aux femmes du groupe contrôle. Enfin, nous décrirons les associations entre les quatre

dimensions des SDS et les symptômes psychotraumatiques et dépressifs chez les femmes victimes de VC.

2.5 Critères de jugements

2.5.1 Critère de jugement principal

Il repose sur l'évaluation des cinq SDS de chaque participante, dans les quatre dimensions que sont la spécificité, le contenu, le raisonnement autobiographique et la valence émotionnelle, explicitées en introduction.

Pour chaque participante, nous obtenons ainsi une proportion de souvenirs spécifiques, une proportion de souvenirs dont le contenu est lié aux violences conjugales (pour le groupe VC), une proportion de souvenirs intégrés dans le raisonnement autobiographique et une proportion de souvenirs à valence émotionnelle négative, positive ou neutre.

2.5.2 Critères de jugements secondaires

Ils reposent sur l'évaluation de la proportion de souvenirs dont le contenu est associé à un sentiment de malaise et à la proportion de souvenirs donnant lieu à une rédemption ou à une contamination. Enfin, ils évaluent la sévérité des symptômes psychotraumatiques et dépressifs à l'aide des échelles PCL-5 et BDI-II.

2.6 Aspects statistiques

2.6.1 Traitement des SDS

L'analyse des SDS repose sur les quatre dimensions décrites plus haut : la spécificité, le raisonnement autobiographique, le contenu et la valence émotionnelle. Ces dimensions sont indépendantes les unes des autres.

Parmi les cinq SDS de chaque femme, on comptabilisera :

- le nombre de souvenirs spécifiques,
- le nombre de souvenirs intégrés dans le raisonnement autobiographique,
- le nombre de souvenirs liés aux VC,
- le nombre de souvenirs à valence émotionnelle négative, positive et neutre.

Ainsi, pour chaque femme nous obtiendrons une proportion de souvenirs spécifiques, intégrés dans le raisonnement autobiographique, liés aux violences (pour les femmes victimes de VC), négatifs, positifs et neutres.

Enfin, la proportion de souvenirs associés à un sentiment de rédemption et de contamination, ainsi que les souvenirs entraînant un sentiment de malaise sera calculée.

2.6.2 Analyses des données

Les analyses statistiques ont été réalisées par l'auteure de cette thèse avec le logiciel Excel.

- des analyses descriptives de la distribution des proportions des quatre catégories de SDS dans chacun des deux groupes à l'étude (moyennes +/- écart type).

- à titre exploratoire : des comparaisons entre les deux groupes à l'étude de la distribution des proportions :

- De souvenirs spécifiques,
- De souvenirs intégrés dans le raisonnement autobiographique,
- De souvenirs dont le contenu est associé à un sentiment de malaise,
- De souvenirs associés à une valence émotionnelle négative, positive ou neutre, à un sentiment de rédemption ou de contamination, via des tests de comparaison d'échantillons indépendants (tests non paramétriques de Mann Whitney car la normalité des distributions n'est pas vérifiée).

- une description, au sein du groupe de femmes victimes de VC, de la distribution des proportions de souvenirs dont le contenu est lié aux violences conjugales et des coefficients de corrélation de Pearson (ou de Spearman) entre les quatre caractéristiques des SDS et les scores de symptômes psychotraumatiques à la PCL-5 ou dépressifs à la BDI-II.

III) RESULTATS

3.1 Recrutement et caractéristiques des participantes

3.1.1 Recrutement

Cette thèse présente les résultats partiels de l'étude SOI MEM. La période d'inclusion s'est étendue de Février 2020 à Septembre 2021, avec une période d'arrêt de Mars 2020 à Janvier 2021, en lien avec la crise sanitaire liée à la COVID-19. Les inclusions ont pu reprendre après modification du protocole permettant d'inclure les participantes par visio-consultation ou consultation téléphonique.

Au 31/08/2021, 13 participantes ont été inclus à l'étude SOI MEM : 4 femmes victimes de violences conjugales, recrutées depuis le service de médecine légale du CHU de Ranguel et 9 femmes témoins. Sur la période d'inclusion, 19 patientes ont donné leur accord pour être recontactées par l'équipe investigatrice. Sur ces 19 patientes, 8 n'ont jamais répondu à nos appels et 2 n'ont pas souhaité participer à l'étude. Au total, 9 patientes ont bénéficié de la visite d'inclusion V1. A l'issue de V1, 4 patientes ont été exclues pour les raisons suivantes : 1 patiente n'était pas de langue maternelle française, 2 patientes prenaient un traitement par benzodiazépine quotidien depuis plusieurs mois, 1 patiente était en cours de psychothérapie. A l'issue du processus de sélection, présenté ci-dessous, 4 patientes ont été incluses dans l'étude.

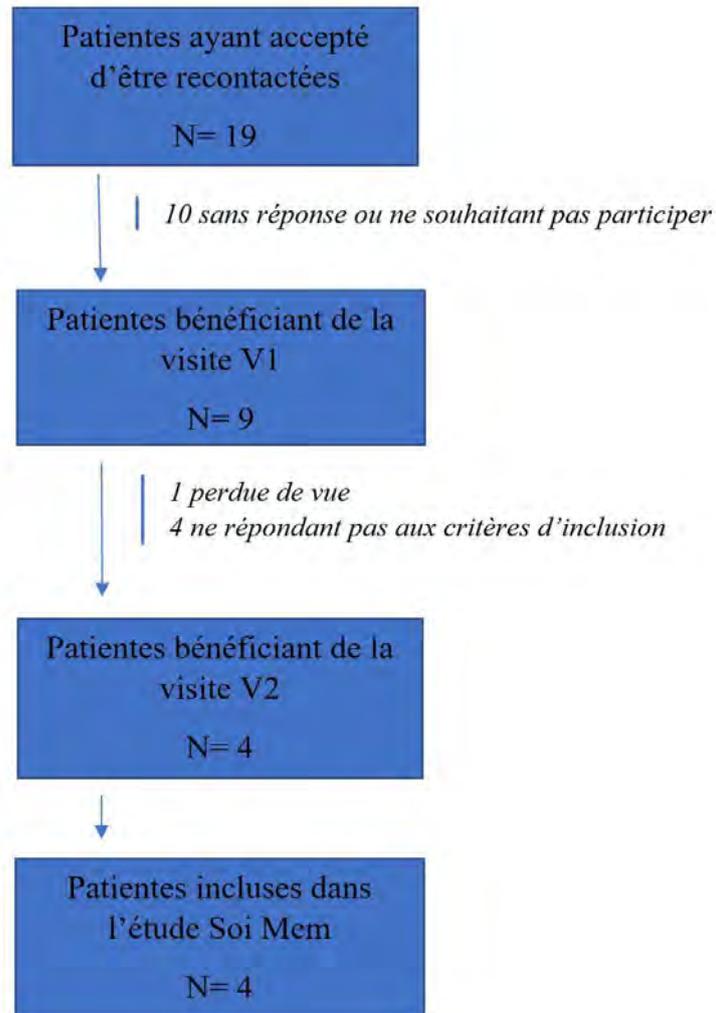


Figure 8 : Processus de sélection des patientes du Groupe VC.

3.1.2 Caractéristiques de la population étudiée

L'âge moyen des participantes dans les deux groupes était d'environ 33 ans. Toutes les participantes avaient au moins le brevet des collèges et majoritairement le baccalauréat.

Les caractéristiques des participantes sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Groupe VC N = 4	Groupe Témoins N = 9	<i>p</i>
Moyenne d'âge, (écart type)	33 (9,8)	33,7 (5,80)	0,82
Niveau d'étude	2,5 (0,6)	2,8 (0,44)	0,38

Tableau 3: Caractéristique de la population étudiée ; Niveau d'étude : 1 = inférieur au brevet des collèges, 2 = inférieur au baccalauréat ou baccalauréat, 3 = supérieur au baccalauréat.

Il a été demandé aux participantes du groupe VC de remplir deux échelles, la BDI-II et la PCL-5 dont les scores sont repris dans le tableau suivant. Toutes les participantes présentent une symptomatologie de TSPT à la PCL-5. Deux patientes présentent une dépression d'intensité modérée à la BDI-II et deux une dépression d'intensité sévère.

Participant Groupe VC	Score PCL-5	Score BDI-II
P1	33	20
P2	53	47
P3	59	22
P4	60	32
Interprétation	Un score supérieur à 33 indique la présence d'une symptomatologie de TSPT	
	≤ 9 : normal 10 - 18 : légère 19 - 29 : modérée ≥ 30 : sévère	

Tableau 4: Scores à l'échelle psychotraumatique PCL-5 et de dépression BDI-II ; PCL-5 = Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 ; BDI-II = Beck Depression Inventory-Second Edition

3.2 Description des SDS

3.2.1 Evaluation du critère de jugement principal

Spécificité

On retrouve 95 % de souvenirs spécifiques dans le groupe des femmes victimes de VC contre 89 % dans celui des témoins.

Valence émotionnelle

Pour chaque groupe, on étudie la proportion de souvenirs à valence émotionnelle positive, négative ou neutre. Dans le groupe de femmes victimes de VC on retrouve 25 % de souvenirs à valence émotionnelle positive contre 44,5 % dans le groupe témoin, 60 % de souvenirs à valence négative contre 40 % dans le groupe témoin et 15 % de souvenirs à valence émotionnelle neutre contre 15,5 % dans le groupe témoin.

Raisonnement autobiographique

Soit le souvenir est intégré dans le raisonnement autobiographique soit il ne l'est pas. On retrouve un pourcentage de 50 % de souvenirs intégrés dans le groupe des femmes victimes de VC contre 71 % dans le groupe des femmes témoins.

Le diagramme suivant reprend les proportions des 3 dimensions dans les deux groupes :

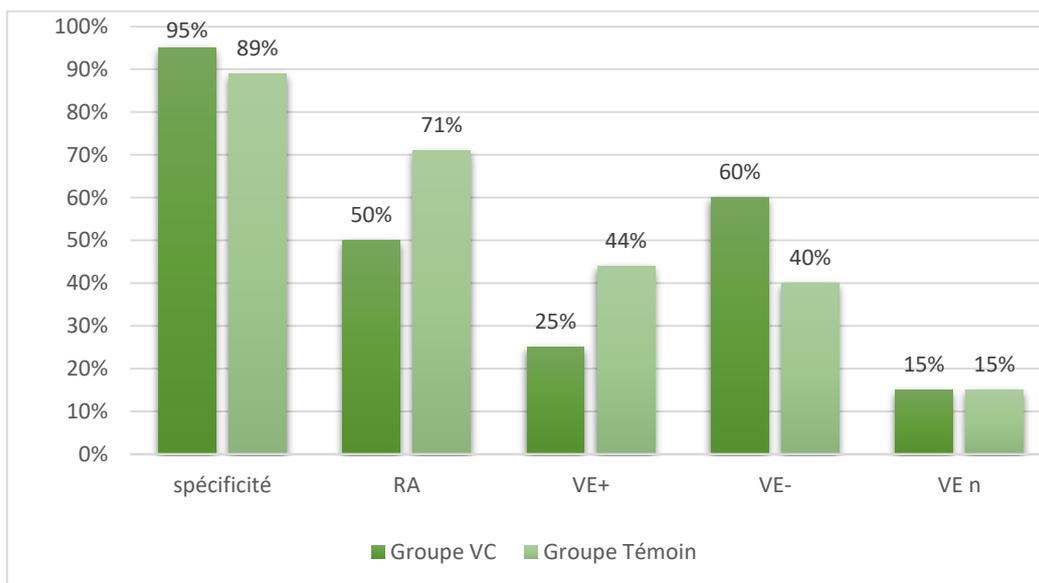


Figure 9 : Proportions des 3 dimensions dans chaque groupe. RA= raisonnement autobiographique ; VE= valence émotionnelle, +=positive, -=négative, n=neutre.

Contenu

Soixante pour cent des souvenirs se réfèrent aux VC. Sur ces souvenirs, 75 % sont à valence émotionnelle négative, 17% à valence émotionnelle positive et 8% neutres. 50% sont intégrés au raisonnement autobiographique. 100% de ces souvenirs sont spécifiques.

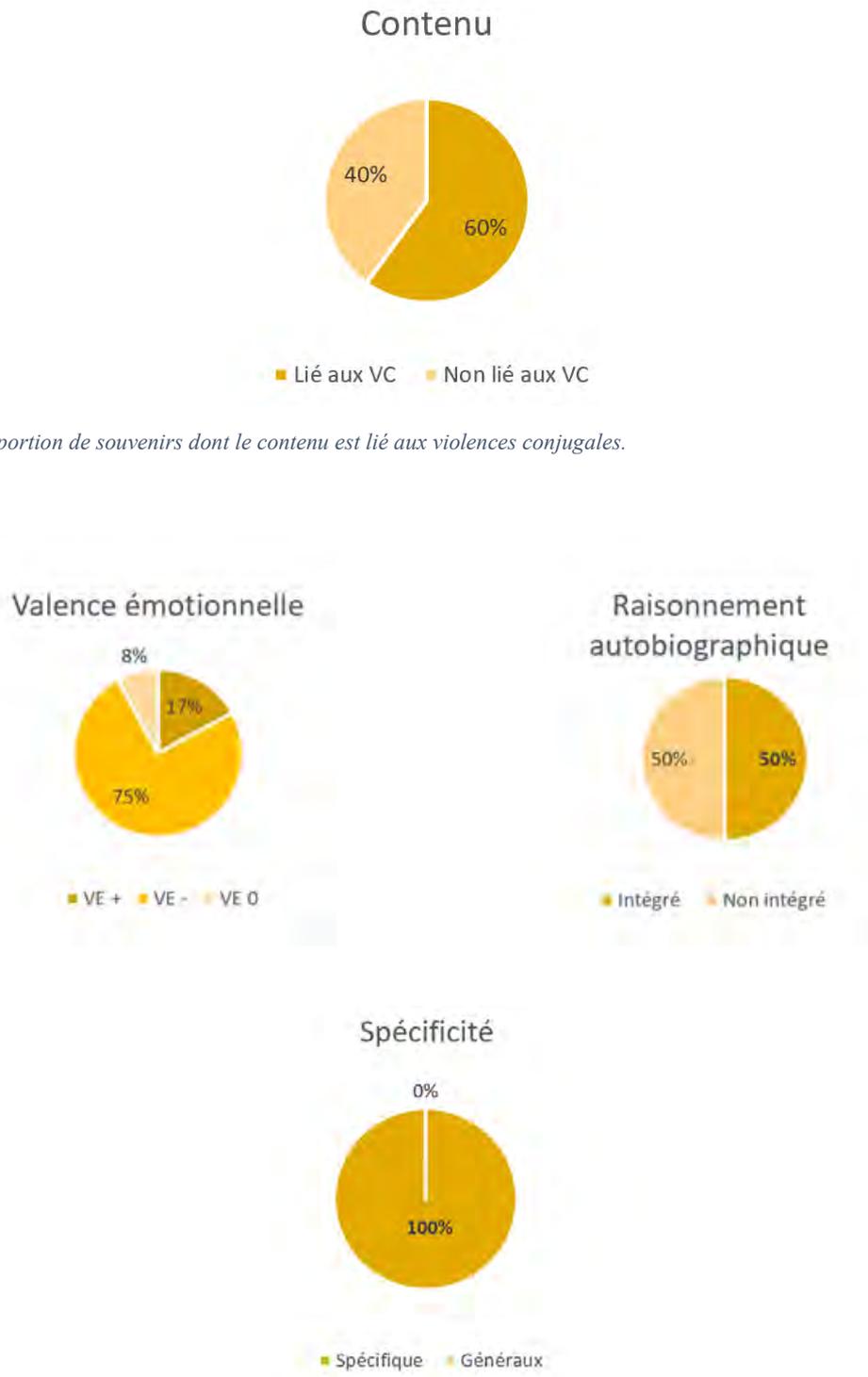


Figure 11 : Répartition des proportions des dimensions (valences émotionnelles, intégration et spécificité) dans les souvenirs liés aux violences conjugales.

3.2.2 Evaluation des critères de jugement secondaire

Proportion de SDS dont le contenu est associé à un sentiment de malaise ou de tension

Dans le groupe VC on retrouve 75% de souvenirs associés à un sentiment de malaise ou de tension contre 62% dans le groupe témoin.

Proportion de SDS dont la valence émotionnelle est associée à un sentiment de rédemption ou de contamination

Pour chaque souvenir, 5 possibilités sont étudiées. Si la charge émotionnelle qui accompagne le rappel du souvenir est inchangée par rapport à celle présente lors de l'évènement, on parle de statu quo positif, négatif ou neutre en fonction de la valence émotionnelle. Si celle-ci est différente, on parle de rédemption (R) ou de contamination, comme explicité en introduction. La rédemption peut conduire à des émotions positives, que nous noterons $R \rightarrow +$ ou neutre $R \rightarrow 0$.

On retrouve 15% de souvenirs contaminés dans le groupe VC contre 0% dans le groupe témoin, 5% de rédemption $R \rightarrow +$ contre 15% dans le groupe témoin et 15% de rédemption $R \rightarrow 0$ contre 11% dans le groupe témoins.

Pour ce qui est du statu quo, 45% des souvenirs du groupe VC gardent une valence émotionnelle négative contre 40% dans le groupe témoin, 20% restent positifs contre 29% dans le groupe témoin. On ne retrouve pas la situation « statu quo neutre » dans le groupe VC alors qu'elle est de 4% dans le groupe témoin.

Le diagramme suivant reprend les proportions de chaque possibilité dans le groupe VC et dans le groupe témoin.

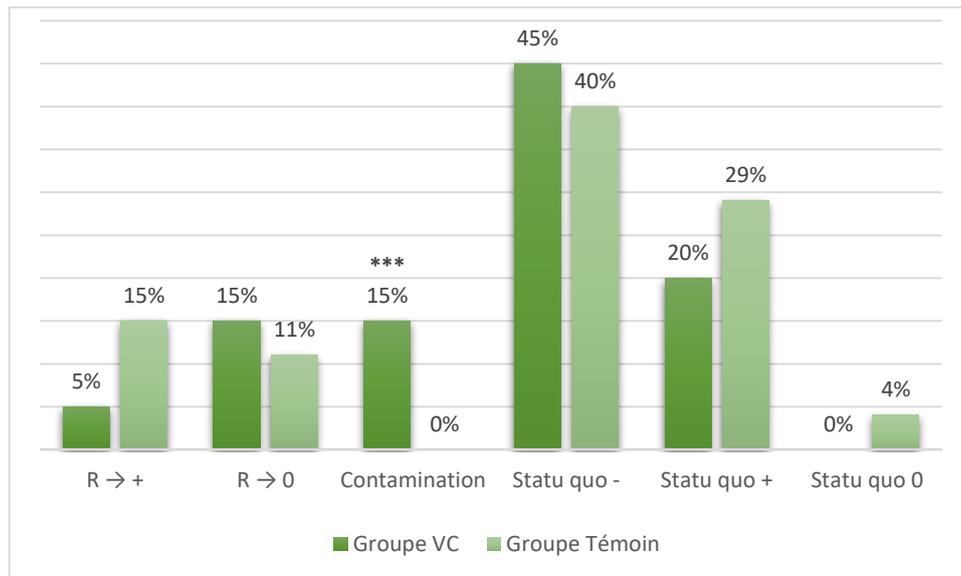


Figure 12 : Proportions des souvenirs donnant lieu à une rédemption positive ($R \rightarrow +$), une rédemption neutre ($R \rightarrow 0$), une contamination ou un statu quo positif (+), négatif (-) ou neutre. *** $p=0,006$.

Associations entre les 4 dimensions des SDS et les symptômes psychotraumatiques chez les femmes victimes de VC

La corrélation entre les 4 dimensions des SDS et les scores à l'échelle PCL-5 est calculée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. On retrouve une corrélation positive entre un score élevé à la PCL-5 et la spécificité ($r = 0,97$) et la valence émotionnelle négative ($r = 0,91$) des souvenirs autobiographiques. Une corrélation négative est retrouvée avec la valence émotionnelle positive ($r = -0,95$). Il ne semble pas y avoir de corrélation entre la sévérité du score de la PCL-5 et le raisonnement autobiographique.

Le tableau suivant reprend pour chaque dimension le coefficient de corrélation r de Pearson.

	Spécificité	Raisonnement Autobiographique	Valence émotionnelle positive	Valence émotionnelle négative	Valence émotionnelle neutre	Contenu
Score PCL- 5	$r = 0,97$	$r = 0,41$	$r = -0,95$	$r = 0,91$	$r = -0,80$	$r = 0,70$

Tableau 5: évaluation de l'association entre les proportions des différentes dimensions et le score à l'échelle PCL-5 ; $r =$ coefficient de corrélation de Pearson

Associations entre les 4 dimensions des SDS et les symptômes dépressifs chez les femmes victimes de VC

La corrélation entre les 4 dimensions des SDS et les scores à la BDI est calculée à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Une corrélation positive ($r = 0,72$) entre le contenu et le score à la BDI semble apparaître. Il en est de même avec la valence émotionnelle négative ($r = 0,64$).

Une corrélation négative avec la valence émotionnelle positive ($r = -0,48$) et neutre ($r = -0,81$) ainsi qu'avec le raisonnement autobiographique ($r = -0,44$) semble apparaître.

Le tableau suivant reprend pour chaque dimension le coefficient de corrélation de Pearson.

	Spécificité	Raisonnement Autobio- graphique	Valence émotionnelle positive	Valence émotionnelle négative	Valence émotionnelle neutre	Contenu
Score BDI- II	$r = 0,55$	$r = -0,44$	$r = -0,48$	$r = 0,64$	$r = -0,81$	$r = 0,72$

Tableau 6: évaluation de l'association entre les proportions des différentes dimensions et le score à l'échelle BDI-II ; $r =$ coefficient de corrélation de Pearson.

3.2.3 Comparaison des distributions des proportions entre les deux groupes

Une comparaison des distributions des proportions entre les deux groupes est réalisée avec le test non paramétrique de Mann Whitney.

Lorsqu'on compare les proportions des distributions des 4 dimensions, on ne retrouve pas de différence significative dans notre échantillon. Le groupe VC présente moins de souvenirs à valence émotionnelle positive que le groupe témoin. Il y a également plus de souvenirs inclus dans le raisonnement autobiographique dans le groupe témoin.

Pour ce qui est des autres paramètres étudiés, une différence statistiquement significative est retrouvée pour les proportions de souvenirs contaminés. En effet, le groupe VC présente plus de souvenirs contaminés que le groupe témoin. Le groupe témoin quant à lui, présente plus de souvenirs avec une rédemption positive que le groupe VC.

Le groupe VC présente une proportion de souvenirs dont le contenu est associé à un sentiment de malaise et de tension plus importante que le groupe témoin.

L'ensemble des proportions et des comparaisons est repris dans les tableaux ci-dessous :

	Groupe VC N = 4		Groupe témoin N = 9	
	Moyenne ± Ecart type		Moyenne ± Ecart type	<i>p</i>
Spécificité	0,95 ± 0,1		0,89 ± 0,18	0,7
Raisonnement autobiographique	0,50 ± 0,2		0,71 ± 0,27	0,2
Valence émotionnelle	Positive	0,25 ± 0,25	0,44 ± 0,24	0,23
	Négative	0,60 ± 0,43	0,40 ± 0,17	0,26
	Neutre	0,15 ± 0,19	0,15 ± 0,16	1
Contenu	0,60 ± 0,36		/	/

Tableau 7: Comparaison des distributions des proportions des 4 dimensions qui caractérisent les SDS.

	Groupe VC n = 4		Groupe Témoin n = 9	
	Moyenne ± Ecart type		Moyenne ± Ecart type	<i>p</i>
Rédemption → 0	0,15 ± 0,19		0,11 ± 0,10	0,86
Rédemption → +	0,05 ± 0,1		0,15 ± 0,17	0,3
Contamination	0,15 ± 0,1		0 ± 0	0,006
Statu quo +	0,2 ± 0,28		0,29 ± 0,14	0,42
Statu quo -	0,45 ± 0,34		0,4 ± 0,17	0,69
Statu quo neutre	0 ± 0		0,04 ± 0,09	0,39

Tableau 8: Comparaison des distributions des proportions de souvenirs avec contamination, rédemption ou statut quo.

	Groupe VC n = 4	Groupe Témoin n = 9	
	Moyenne ± Ecart type	Moyenne ± Ecart type	<i>p</i>
Contenu associé à un sentiment de malaise ou de tension	0,75 ± 0,25	0,62 ± 0,23	0,38

Tableau 9: Comparaison des distributions des souvenirs associés à un sentiment de malaise ou de tension.

IV) DISCUSSION

L'échantillon clinique de 13 participantes ne nous permet pas d'obtenir des résultats ayant une puissance suffisante pour asseoir des conclusions significatives. Il semble tout de même se dégager quelques tendances qui seront intéressantes à comparer au résultat final de cette étude.

4.1 Caractéristiques des SDS

4.1.1 Contenu

Soixante pour cent des SDS des participantes du groupe VC sont liés aux violences conjugales. La littérature associe le contenu des SDS aux thèmes identitaires importants pour l'individu. Il indique quels sont les types d'évènements passés qui ont été les plus importants pour déterminer le statut actuel de la personnalité, mais aussi ce que l'individu est le plus motivé à atteindre ou à éviter. (76) Nos résultats semblent aller dans le sens d'une perte identitaire chez ces patientes, qui se retrouvent à avoir plus de souvenirs liés aux VC qu'aux autres thèmes de la vie. Le phénomène d'emprise semble ainsi s'étendre à tout l'appareil psychique et les femmes du groupe VC tendent à se définir majoritairement à l'aide de souvenirs relatant les épisodes de violences. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de Sutherland et al. 2007, où les participants atteints de TSPT rapportaient que leur expérience traumatique faisait partie de leur identité confirmant l'importance et l'impact du traumatisme dans leur vie. (101)

4.2.2 Valence émotionnelle

Les participantes du groupe VC présentent plus de souvenirs à valence émotionnelle négative (55%) que les participantes du groupe témoin (40 %), et moins de souvenirs à valence émotionnelle positive, (30%) que le groupe témoin (44%). La proportion de souvenirs à valence émotionnelle neutre est sensiblement égale, de l'ordre de 15%, dans les deux groupes. On retrouve une corrélation positive entre le score de la BDI-II et la proportion de SDS à valence émotionnelle négative.

Ces résultats sont plutôt en accord avec la littérature. C'est le biais de congruence à l'humeur. On retrouve cette sur représentation de SDS à valence émotionnelle négative par rapport à des sujets contrôles chez des patients présentant un épisode dépressif caractérisé, (102,103) dans des populations de patients bipolaires (104), des patients présentant une anorexie mentale (105) et également chez des sujets exprimant une détresse psychique sans remplir les critères d'épisode dépressif caractérisé ou de trouble de l'humeur. (106,107)

Les sujets déprimés ont plus de difficultés à utiliser des souvenirs autobiographiques positifs pour restaurer leur humeur, (108) tout comme les sujets ayant expérimenté des événements traumatiques ce qui a tendance à maintenir une humeur et des projections négatives. (97)

4.1.3 Spécificité

On retrouve 89% de SDS spécifiques dans le groupe témoin, ce qui est compatible avec les pourcentages retrouvés dans les études antérieures d'échantillons non cliniques (environ 78% de souvenirs spécifiques contre 22% de souvenirs généraux). (109,110) Dans notre étude, le groupe VC présente plus de souvenirs spécifiques que le groupe témoin (95%).

Lorsqu'il s'agit d'étudier la MA à l'aide de tâche de rappel, comme décrit dans la dernière partie de l'introduction, les résultats sont différents. En effet, la présence d'un traumatisme dans l'histoire de vie du sujet entraîne une altération du rappel des souvenirs autobiographiques qui sont alors moins spécifiques par rapport à ceux d'un groupe témoin. (84,87,93–95) Williams et al. 1996, suggèrent que cette surgénéralisation de la MA est en fait un mécanisme de défense qui permet au sujet de réguler les émotions négatives liées aux souvenirs d'événements difficiles. (100) Par la suite, cette généralisation s'appliquerait également aux souvenirs non liés aux traumatismes. C'est une stratégie d'évitement cognitif qui permet de diminuer le ressenti émotionnel et le niveau de stress associés à une situation. Rae et al. 2003, soutiennent cette hypothèse en montrant dans leur étude que devant un événement stressant, les individus avec un plus haut niveau de spécificité de MA ressentent un niveau de stress subjectif plus important que les individus qui ont tendance à sur généraliser leurs souvenirs. (111) Cette stratégie présente ainsi des avantages à court terme évident mais sur le long terme entraîne, pour l'individu, des difficultés d'adaptation face à des situations stressantes et une altération de la capacité de résolution de problèmes. (99,112)

Les méthodes d'investigation de la MA utilisées dans ces études étaient majoritairement représentées par des questionnaires semi structurés, dont le plus fréquemment utilisé était l'Autobiographical Memory Interview (AMI) mis au point par Kopelman en 1989 (113) et par des méthodes des mots-indices. Ces deux types d'examen évaluent les capacités mnésiques en laboratoire en étudiant les rappels de souvenir en fonction de mots indices ou de thèmes généraux de la vie, mais ne permettent pas de recueillir des souvenirs personnellement importants et ainsi n'explorent pas le sentiment identitaire du sujet.

Dans notre étude, la méthode d'évaluation de la MA est tout à fait différente. C'est une méthode de récit libre qui est utilisée, adaptée du questionnaire proposé initialement par Singer et Moffitt

en 1992 (annexe 1) (77). Il est demandé aux sujets de se rappeler de souvenirs spécifiques, importants pour eux-mêmes, les souvenirs définissant le soi. La consigne est de choisir des souvenirs qui permettent d'expliquer leur identité, de faire comprendre à leur interlocuteur qui ils sont réellement. Ces souvenirs doivent avoir les caractéristiques suivantes : plus d'un an d'ancienneté, une vivacité importante et une signification personnelle (en rapport avec les intérêts actuels ou les conflits non résolus), une intensité émotionnelle forte et une fréquence de répétition importante.

Cela explique que les proportions de souvenirs spécifiques soient importantes dans les deux groupes. Des résultats similaires ont été retrouvés dans la méta analyse de Berna et al. 2017, sur une population de patients schizophrènes. Une altération de la spécificité de la MA « classique » était retrouvée par rapport à un groupe témoin alors que cette différence n'était plus présente lorsqu'il s'agissait des SDS. (114)

Une autre raison à cette différence est l'hypothèse que les VC entraînent des remaniements identitaires chez les femmes qui en sont victimes et qu'ainsi on s'attend à trouver de nombreux souvenirs liés à ces épisodes de violence, ou à des situations de stress comparables (ce qui est le cas dans notre étude).

Des études ont montré que les souvenirs d'évènements entraînant un vécu émotionnel fort sont plus facilement encodés et récupérés que ceux n'entraînant pas d'émotion. (115–117) En particulier, les souvenirs liés aux émotions négatives sont plus vifs et précis que les souvenirs associés à des émotions positives (117) et une émotion comme la peur, entraîne une consolidation en MA plus importante. (118)

Cela semble plutôt en accord avec nos résultats, en effet, on retrouve 60% de souvenirs associés aux violences conjugales dont 100% sont spécifiques et présentent des détails phénoménologiques importants. De manière plus générale, 75% des souvenirs sont associés à un sentiment de malaise dans le groupe VC dont 100 % sont spécifiques. Les proportions au sein du groupe témoin vont également dans le sens de la littérature puisque 100% des souvenirs associés à un sentiment de malaise sont spécifiques. De plus, dans notre étude, on retrouve une corrélation positive forte entre le score à la PCL-5 et la spécificité des souvenirs.

Si on explore cette dimension parmi les souvenirs à valence émotionnelle négative, on retrouve 100% de souvenirs spécifiques dans le groupe VC et dans le groupe témoin. Les souvenirs à valence émotionnelle positive sont à 80% spécifiques dans le groupe VC et dans le groupe témoin.

4.1.4 Raisonnement autobiographique

L'intégration au raisonnement autobiographique est une autre dimension importante à explorer. En effet, elle est associée au bien être psychique, au développement personnel, à de bonnes capacités d'ajustement (119) et participe au sentiment de cohérence par rapport aux expériences passées. La capacité à donner du sens aux souvenirs d'événements de vie permettrait également de faire face aux émotions négatives liées à une situation difficile et ainsi participerait au maintien d'une bonne santé psychique. (76,120) Relier les souvenirs du passé à la connaissance de soi en créant du sens, donne une valeur à la mémoire et renforce le sentiment d'identité et les objectifs pertinents pour soi. (76)

Dans notre étude, la proportion totale de souvenirs intégrés au raisonnement autobiographique est plus importante dans le groupe contrôle (71%) que dans le groupe VC (50%). Ces résultats semblent plutôt cohérents avec la littérature. En effet, plusieurs études ont mis en évidence un défaut d'intégration des SDS chez des patients déprimés par rapport à des sujets contrôles, (102,103,121) mais aussi dans des populations d'individus ayant vécu des événements de vie difficiles. (122) On remarque ainsi que notre échantillon de femmes en bonne santé va plus facilement intégrer un souvenir difficile que notre échantillon de femmes victimes de VC.

Thorne et al. (2004), notent que le souvenir d'un événement de vie difficile a plus de chance de donner lieu à une leçon de vie, c'est-à-dire à une intégration au raisonnement autobiographique, que le souvenir d'un événement heureux. (79) Lorsqu'on réfléchit à nos propres souvenirs on se rend compte que c'est une notion très intuitive. Dans nos résultats, on remarque que dans le groupe VC, les souvenirs ayant pour thème un événement de vie difficile (violence conjugale, décès, dispute relationnelle, changement important ...) sont plus souvent intégrés (67%) que lorsque le souvenir relate un événement de vie paisible (25%). Ces résultats sont comparables dans le groupe témoin, soit 77% d'intégration pour des souvenirs d'événements de vie difficile contre 33% pour les événements de vie paisible.

Cependant, lorsqu'on se penche spécifiquement sur les souvenirs ayant pour thème les VC, on remarque qu'ils ne sont intégrés que dans 46% des cas. Cette caractéristique semble très importante, car en effet il a été montré qu'une mauvaise intégration est un facteur de risque de réitérer un comportement préjudiciable. Cuervo-Lombard et al. 2016, retrouvent un lien entre un défaut d'intégration de SDS en lien avec des consommations et un risque de rechute dans un échantillon de patients alcooliques. (123)

Une autre caractéristique intéressante à souligner est le fait que l'intégration semble jouer sur la valence émotionnelle du souvenir. A Wagener repère que la prise de recul et la réflexion sur un souvenir permettent d'atténuer l'intensité des émotions et de développer ainsi des capacités de rédemption. (124) Mc Adams et al. ont mis en évidence que la capacité de rédemption est corrélée à un sentiment de bien-être plus important et que les sujets relatant des souvenirs contaminés ont tendance à être plus déprimés. (80) Dans notre étude, les femmes VC présentent significativement plus de souvenirs contaminés que les femmes du groupe témoin.

Si on se penche sur les souvenirs donnant lieu à un sentiment de rédemption dans le groupe VC, on repère que 100% sont intégrés au raisonnement autobiographique contre 0% des souvenirs donnant lieu à une contamination. Ici, il est intéressant de se pencher sur le thème de ces souvenirs contaminés : en effet, ces trois souvenirs correspondent à la rencontre entre la participante et le compagnon violent. Les émotions décrites lors de la narration de ces souvenirs par les participantes sont uniquement tournées contre elle (honte, culpabilité) et très peu contre leur agresseur.

Ces deux dernières caractéristiques (i.e. défaut d'intégration d'un souvenir lié aux VC et charge émotionnelle des souvenirs non intégrés) soulignent l'impact majeur sur le sentiment identitaire des femmes victimes de VC. Bien qu'étant des situations extrêmement difficiles à vivre au quotidien, le mécanisme propre à la violence conjugale, semble entraver le processus d'intégration et ainsi l'apprentissage qui permettrait de sortir de la relation violente. En effet, dans notre échantillon de VC, les participantes semblent tout à fait capables d'intégrer des souvenirs de vie difficile non liés au VC (80% dans notre échantillon).

Le travail autour de l'intégration de ces souvenirs liés aux VC semble donc être un levier psychothérapeutique important qui permettrait d'aider les femmes victimes de VC à s'extirper de l'emprise psychologique de leur agresseur en renforçant leur sentiment identitaire et à ne pas retomber dans ce type de relation.

Des études commencent à étudier le rôle des SDS dans les thérapies.

L'utilisation des SDS lors de psychothérapies narratives aide le patient à donner du sens à ses expériences négatives et contribue à lui permettre de retrouver un sentiment de cohérence et ainsi à améliorer son bien être psychique. (81,125,126) Les thérapies de réminiscence sont des interventions psychologiques qui placent les souvenirs autobiographiques au centre de leur travail. Plusieurs types de méthodes sont décrits, comme la réminiscence simple ou le bilan de vie qui ont pour but d'améliorer l'acceptation de soi, le bien être psychique et de créer un sentiment de cohérence et de continuité de l'existence.(127) Watt et Cappeliez, 1995 ont

élaboré une approche plus structurée, la thérapie cognitive basée sur la réminiscence, utilisée pour traiter la dépression. Cette thérapie utilise une réminiscence guidée à fonction identitaire et à fonction de résolution de problème, afin de permettre au sujet de restructurer positivement son point de vue par rapport à des événements et conflits passés, mais aussi à accroître son sentiment d'efficacité personnelle et à adopter une démarche de résolution de problèmes face à des événements stressants.(128)

C'est également l'un des principes de la restructuration cognitive utilisée dans les thérapies cognitivo-comportementales de A. Beck, où des croyances inexactes et/ou inadaptées sont remplacées par des croyances plus précises et réalistes en utilisant le raisonnement autobiographique pour donner du sens à des événements de vie.

Ces interventions doivent être menées par un professionnel de santé formé, car le raisonnement autobiographique peut aussi parfois soutenir une vision de soi négative et ainsi avoir des conséquences néfastes. (125)

La narration de SDS a également été étudiée dans des populations de sujets déprimés. Dans l'étude de A. Wagener, les sujets déprimés présentaient une amélioration des scores aux échelles de dépression (BDI-II) après la narration des SDS. (121) Aider les patients à se constituer un stock de souvenirs positifs permettrait de les aider à gérer les fluctuations thymiques (129).

Enfin, il est important de préciser que le lien entre certaines caractéristiques des SDS et d'éventuelles problématiques psychiques ou événements de vie est très difficile à faire.

En effet, le mode d'utilisation de la MA influence très probablement et est influencé par notre personnalité. Des études se sont penchées sur les caractéristiques des SDS en fonction des traits de personnalité, évalués à l'aide du modèle descriptif de la personnalité « Big Five », et ont retrouvé des particularités identifiables. Par exemple, les individus avec un haut niveau d'extraversion partagent significativement plus de souvenirs en lien avec des relations sociales. (130)

De même, les facteurs socio-culturels ont également un impact très important sur la MA. C'est ce que montre de plus en plus d'études qui examinent les différences interculturelles dans la mémoire autobiographique, en comparant les SDS de différents groupes de population non clinique par rapport à d'autres. (131–133) L'étude de Wang et Singer, a comparé les caractéristiques des SDS d'un groupe d'étudiants Chinois et Américain, tout en analysant leur trait de personnalité. Dans les deux groupes, la fonction de la MA était la même, mais des caractéristiques interculturelles émergeaient. Par exemple, le groupe d'étudiants Chinois avait

tendance à considérer les souvenirs les plus positifs comme étant plus importants et les rappelait plus fréquemment. (132)

Ainsi ne pas tenir compte des traits de personnalité des participantes ni de leurs origines socio-culturelles semble être un possible facteur confondant dans l'étude de la MA.

4.2 Biais et limites

Cette étude présente de nombreuses limites.

Premièrement, le nombre de participantes incluses ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. La situation sanitaire liée à la COVID-19 a en effet entraîné un arrêt du recrutement sur une période non négligeable de 10 mois environ. Le protocole a dû être modifié afin de pouvoir réaliser les visites V1 et V2 virtuellement, les rencontres en présentiel n'étant plus justifiable au vu de l'épidémie en cours. Dès lors, la première rencontre avec la potentielle participante ne pouvait pas se faire avec un membre investigateur de l'étude, ce qui a peut-être entraîné des refus de participation, par crainte d'être contacté par quelqu'un d'inconnu. On peut facilement imaginer que dans cette population de femmes traumatisées, faire confiance est quelque chose de difficile.

De plus, le lieu de recrutement, à savoir le service de médecine légale, faisait que cette première rencontre avait lieu lors d'un moment extrêmement éprouvant, faisant suite à une agression physique ou sexuelle. On peut ainsi imaginer qu'à ce moment précis, la participation à une recherche médicale est loin d'être une priorité pour ces femmes. De même, plusieurs patientes qui avaient donné leur accord pour être recontactées, ne s'en rappelaient plus quelques jours après et ne se souvenaient plus des explications qui leur avaient été données.

Enfin, les critères d'inclusion et d'exclusion ont également eu un impact sur le nombre de participantes recrutées. La prescription de psychotrope est extrêmement fréquente dans cette population. Les femmes victimes de VC se voient prescrire 4 à 5 fois plus de traitements psychotropes que les femmes de la population générale.(134) Par principe de précaution, un traitement par benzodiazépine faisait partie des critères d'exclusion au vu de ses effets bien connus sur la mémoire antérograde. Pour autant ce critère, qui correspondait à 50% de nos exclusions, pourrait potentiellement être discuté au vu de nos difficultés à inclure des patientes et au vu des données de la littérature qui ne retrouvent pas d'impact des psychotropes sur la MA. (135,136) En effet, les SDS sont par définition des souvenirs particulièrement vivaces et qui sont très souvent remémorés. Ils présentent des caractéristiques de souvenirs épisodiques

mais sont étroitement liés à la sémantique personnelle et au sentiment identitaire et sont particulièrement résistants aux effets du temps. Les sujets âgés ont des performances identiques à celles de sujets jeunes pour la récupération de SDS et ils font partie des derniers souvenirs retrouvés dans la maladie d'Alzheimer. (137,138)

Dans le protocole de l'étude, les patientes bénéficiant d'une psychothérapie sont exclues. Ce critère semble également pouvoir être discuté. En effet, une psychothérapie récente et ne ciblant pas spécifiquement les SDS, ne devrait pas avoir d'impact à court terme sur la MA. Par contre, si elle est poursuivie de manière régulière et depuis plusieurs mois, la littérature montre qu'il y aura un impact sur l'intégration des souvenirs autobiographiques. (81,125,126)

La question d'un biais de sélection dans le recrutement des participantes du groupe témoin se pose également. En effet, en faisant un appel à volontaires, nous sélectionnons probablement une certaine catégorie de personne, avec des traits de personnalités communs, plutôt tournée vers les autres, ayant à cœur de faire avancer la recherche, ce qui influence certainement les caractéristiques de leur SDS. Pour pallier à cela, les échantillons nécessiteraient d'être beaucoup plus importants afin de pouvoir appairer les femmes du groupe VC et celles du groupe contrôle en fonction de leur profil de personnalité et de leurs normes socio-culturelles.

Il serait intéressant d'étudier également le contenu des SDS des participantes du groupe contrôle en utilisant par exemple la classification de Thorne et al. présentée en introduction, (78) afin de pouvoir comparer plus spécifiquement les souvenirs. En effet, certaines participantes du groupe contrôle ont présenté des souvenirs que l'on peut classer dans le thème « relation conflictuelle » et il serait intéressant de voir si ces souvenirs se rapprochent de ceux liés au VC.

Enfin, on retrouve dans les récits de souvenirs des participantes du groupe contrôle des événements de vie très difficiles, qui pourraient être qualifiés de traumatiques (AIT / décès d'un enfant / violence dans l'enfance) mais qui ne répondent pas aux critères A de TSPT selon le DSM-V. Ces participantes n'ont donc pas été exclues de l'étude mais la question d'un biais de confusion se pose.

V) CONCLUSION

Les violences conjugales représentent un véritable problème de santé publique à travers le monde. Selon l'OMS, un tiers des femmes déclare avoir subi une forme de violence, physique ou sexuelle, de la part de leur compagnon au cours de leur vie.

Les conséquences du point de vue de la société sont multiples : judiciaires, économiques et sociales. Du point de vue de l'individu, les femmes qui en sont victimes ont significativement plus de problèmes de santé physique et psychique, et présentent des altérations de leur fonctionnement cognitif. De plus en plus d'études se penchent également sur les conséquences identitaires entraînées par les VC et montrent que ces femmes victimes expérimentent une véritable perte de leur identité. Cette altération du sentiment de soi pourrait expliquer entre autres, les difficultés qu'elles rencontrent à s'éloigner et à se détacher du compagnon violent.

La MA est un système de notre mémoire qui soutient et ancre le sentiment d'identité personnelle. Plus particulièrement, les SDS, sont des souvenirs autobiographiques particuliers qui se réfèrent aux moments les plus importants de notre histoire.

Ainsi, ils représentent une voie d'accès privilégiée pour essayer de comprendre le lien entre problématiques identitaires, troubles psychopathologiques et violences conjugales.

L'étude SOI MEM, est une étude pilote qui a pour objectif de comparer les caractéristiques des SDS d'un groupe de femmes victimes de VC par rapport à un groupe de femmes témoins.

L'analyse des résultats partiels ne retrouve pas de différence significative entre les SDS des deux groupes en termes de spécificité, de valence émotionnelle et de raisonnement autobiographique.

Les femmes du groupe VC tendent à rapporter majoritairement plus de souvenirs ayant trait aux violences conjugales, et ce de manière très spécifique, plutôt qu'à d'autres thèmes de la vie. Cette tendance semble aller dans le sens d'une altération du sentiment de soi, l'expérience traumatique devenant alors une partie centrale de leur identité.

Elles rapportent également plus de souvenirs à valence émotionnelle négative et on retrouve significativement plus de souvenirs contaminés que dans le groupe VC. Cette surreprésentation de souvenirs contaminés semble cohérente avec la littérature qui montre que cette caractéristique est majoritairement rencontrée dans des populations cliniques de patients déprimés ou ayant vécu des situations traumatiques. Ces souvenirs contaminés relataient à

chaque fois la rencontre avec le compagnon violent et les femmes décrivaient des émotions négatives tournées vers elles (culpabilité, honte) et non vers le compagnon.

Le thème spécifique de ces souvenirs ainsi que les émotions associées interpellent. Le phénomène d'emprise s'étend à tout leur appareil psychique et elles ne semblent plus en capacité d'analyser ces souvenirs de manière objective.

Dans le groupe VC, les souvenirs intégrés au raisonnement autobiographique sont moins fréquents que dans le groupe témoin. Notamment, les souvenirs contaminés ne sont jamais intégrés dans le raisonnement autobiographique.

Si ces tendances se retrouvent avec des échantillons plus grands et en appariant aux traits de personnalité et aux données socio culturelles, il serait intéressant d'aller rechercher spécifiquement dans l'histoire de ces femmes ce type de souvenirs contaminés, non intégrés au raisonnement autobiographique et ayant pour thème les violences conjugales, afin de leur permettre une prise de recul et une réflexion plus objective.

Redonner du sens à ces souvenirs très particuliers nous apparaît comme étant un levier psychothérapeutique important qui pourrait permettre à ces femmes victimes de ne plus vivre ce sentiment de honte et de culpabilité et de pouvoir réinscrire les souvenirs de ces violences comme faisant partie d'une histoire plus grande et non plus comme étant au centre de leur identité.

*Vu le président
du jury le 30/09/21*

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 602 807 7 - N° RPPS : 1001299934

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

06.10.2021

VI) REFERENCES

1. HCDH | Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
2. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.
3. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* juin 2006;30(6):599-617.
4. Bensley L, Van Eenwyk J, Wynkoop Simmons K. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *Am J Prev Med.* juill 2003;25(1):38-44.
5. Savard N, Zaouche Gaudron C. État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2010;58(8):513-22.
6. OMS | Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/>
7. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med.* juin 2006;30(6):447-57.
8. La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE – Les résultats en bref [Internet]. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne. 2014 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-legard-des-femmes-une-enquete-lechelle-de-lue-les-resultats-en-bref>
9. Lindsay J, Clément M. La violence psychologique : sa définition et sa représentation selon le sexe. *Rech Féministes.* 1 janv 1998;11:139.
10. Postmus JL, Hoge GL, Breckenridge J, Sharp-Jeffs N, Chung D. Economic Abuse as an Invisible Form of Domestic Violence: A Multicountry Review. *Trauma Violence Abuse.* 1 avr 2020;21(2):261-83.
11. La violence envers les femmes dans l'UE: État des lieux - Think Tank [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=LDM_BRI\(2014\)130528](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=LDM_BRI(2014)130528)
12. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et->

societes/nommer-et-compter-les-violences-envers-les-femmes-une-premiere-enquete-nationale-en-france/

13. l'Intérieur M de. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
14. Moiron-Braud E. LES VIOLENCES CONJUGALES PENDANT LE CONFINEMENT : EVALUATION, SUIVI ET PROPOSITIONS. :85.
15. l'Intérieur M de. Etude nationale relative aux morts violentes au sein du couple en 2019 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-communiques-de-presse/2020-communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2019>. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-communiques-de-presse/2020-communiques/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-en-2019>
16. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple - 2020 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/281001-etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2020>
17. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple - 2018 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/269827-etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2018>
18. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2017 [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2017/>
19. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple - 2014 [Internet]. Vie publique.fr. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/281007-etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-2014>
20. l'Intérieur M de. Étude nationale relative aux morts violentes au sein du couple - Année 2016 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-Gerard-Collomb-mai-2017-octobre-2018/Communiques-du-ministre/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-Annee-2016>. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-ministres-de-l-Interieur/Archives-Gerard-Collomb-mai-2017-octobre-2018/Communiques-du-ministre/Etude-nationale-relative-aux-morts-violentes-au-sein-du-couple-Annee-2016>
21. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité

- 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple/>
22. Société. Le terrible bilan des féminicides : déjà 77 femmes tuées et 82 orphelins cette année [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dna.fr/societe/2021/09/06/le-terrible-bilan-des-feminicides-deja-77-femmes-tuees-et-82-orphelins-cette-annee>
 23. Albagly M, Cavalin C, Mugnier C, Nectoux M, Bernède-Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. 19 juill 2016;
 24. Ambrosetti E. Review of Estimation du coût des violences conjugales en Europe; Étude de faisabilité d'une évaluation des répercussions économiques des violences au sein du couple en France : rapport au Service des Droits des femmes et de l'égalité; The Cost of Domestic Violence. Popul Fr Ed. 2010;65(4):839-41.
 25. Crowne SS, Juon H-S, Ensminger M, Burrell L, McFarlane E, Duggan A. Concurrent and Long-Term Impact of Intimate Partner Violence on Employment Stability. *J Interpers Violence*. 1 avr 2011;26(6):1282-304.
 26. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, et al. Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *Am J Prev Med*. juin 2006;30(6):458-66.
 27. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med*. 12 oct 2009;169(18):1692-7.
 28. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet Lond Engl*. 5 avr 2008;371(9619):1165-72.
 29. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence*. août 2009;24(8):1398-417.
 30. Lynch SM. Not Good Enough and On a Tether: Exploring How Violent Relationships Impact Women's Sense of Self [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.219>. Guilford; 2013 [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pdps.2013.41.2.219>
 31. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 27 mai 2002;162(10):1157-63.
 32. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *J Interpers Violence*. nov 2004;19(11):1296-323.

33. Brokaw J, Fullerton-Gleason L, Olson L, Crandall C, McLaughlin S, Sklar D. Health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Ann Emerg Med.* janv 2002;39(1):31-8.
34. Rand MR, Strom K. Violence-related injuries treated in hospital emergency departments. *Bur Justice Stat Spec Rep.* août 1997;1-11.
35. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med.* mai 2000;9(5):451-7.
36. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. *Vie publique.fr.* [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>
37. Squires J, Wickham-Jones M. New Labour, Gender Mainstreaming and the Women and Equality Unit. *Br J Polit Int Relat.* 1 févr 2004;6(1):81-98.
38. Saurel-Cubizolles M-J, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 févr 2005;34(1, Supplement 1):47-53.
39. Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2006;195(1):140-8.
40. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet Lond Engl.* 13 avr 2002;359(9314):1331-6.
41. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis | Office of Justice Programs [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/intimate-partner-violence-risk-factor-mental-disorders-meta>
42. Jonker IE, Lako DAM, Beijersbergen MD, Sijbrandij M, van Hemert AM, Wolf JRLM. Factors Related To Depression and Post-Traumatic Stress Disorder in Shelter-Based Abused Women. *Violence Women.* mars 2019;25(4):401-20.
43. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa 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* 2002. juin 2006;15(5):599-611.
44. Zlotnick C, Johnson DM, Kohn R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *J Interpers Violence.* févr 2006;21(2):262-75.
45. Kernic MA, Holt VL, Stoner JA, Wolf ME, Rivara FP. Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough? *Violence Vict.* avr 2003;18(2):115-29.

46. JONES L, HUGHES M, UNTERSTALLER U. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: A Review of the Research. *Trauma Violence Abuse*. 2001;2(2):99-119.
47. Vijayakumar L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(6):233.
48. White HR, Chen P-H. Problem drinking and intimate partner violence. *J Stud Alcohol*. mars 2002;63(2):205-14.
49. The relationship of alcohol problems to the risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples - PubMed [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21780531/>
50. Testa M, Kubiak A, Quigley BM, Houston RJ, Derrick JL, Levitt A, et al. Husband and Wife Alcohol Use as Independent or Interactive Predictors of Intimate Partner Violence. *J Stud Alcohol Drugs*. mars 2012;73(2):268-76.
51. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. juin 2012;26(2):236-45.
52. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Go H, Hill J. Relationship Between Drug Abuse and Intimate Partner Violence: A Longitudinal Study Among Women Receiving Methadone. *Am J Public Health*. mars 2005;95(3):465-70.
53. Jackson H, Philp E, Nuttall RL, Diller L. Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Prof Psychol Res Pract*. 2002;33(1):39-45.
54. Twamley EW, Allard CB, Thorp SR, Norman SB, Hami Cissell S, Hughes Berardi K, et al. Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *J Int Neuropsychol Soc JINS*. nov 2009;15(6):879-87.
55. García AV, Perez Fernandez M, Vega-Hernández M-C, Rubio C. Neuropsychological Sequelae in Attention and Memory in Women Victims of Gender-Based Violence and Their Implication in Depression. A Multivariate Analysis. 2021.
56. Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder - PubMed [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12460691/>
57. Torres García AV. Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género [Internet]. Universidad de Salamanca; 2014 [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10366/127895>
58. Rueda L, Jenaro C. Alteraciones en funciones cognitivas en mujeres maltratadas: Revisión sistemática y meta-análisis. *Psico*. 21 janv 2021;51:1-18.
59. Fennema-Notestine C, Stein MB, Kennedy CM, Archibald SL, Jernigan TL. Brain morphometry in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1 déc 2002;52(11):1089-101.

60. Flegar SJ, Fouche JP, Jordaan E, Marais S, Spottiswoode B, Stein DJ, et al. The neural correlates of intimate partner violence in women. *Afr J Psychiatry*. sept 2011;14(4):310-4.
61. Wong JY-H, Fong DY-T, Lai V, Tiwari A. Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. janv 2014;15(1):22-33.
62. Roos A, Fouche J-P, Stein DJ. Brain network connectivity in women exposed to intimate partner violence: a graph theory analysis study. *Brain Imaging Behav*. 1 déc 2017;11(6):1629-39.
63. Mucchielli A. L'identité [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2011. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 8e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-identite-9782130589204.htm>
64. Coutanceau R, Salmona M. Violences conjugales et famille [Internet]. Paris: Dunod; 2016. 288 p. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386.htm>
65. Mills T. The assault on the self: Stages in coping with battering husbands. *Qual Sociol*. 1985;8(2):103-23.
66. Trimpey ML. Self-esteem and anxiety: key issues in an abused women's support group. *Issues Ment Health Nurs*. 1989;10(3-4):297-308.
67. Bernier D, Cameron S, Rinfret-Raynor M, Chamberland C. FEMMES ET IDENTITÉS. *Can Soc Work Rev Rev Can Serv Soc*. 1997;14(2):113-38.
68. La mémoire autobiographique : théorie et pratique - Pascal Piolino, Francis Eustache, Béatrice Desgranges [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/la-memoire-autobiographique-theorie-et-pratique-9782905580986.html>
69. Baddeley A. What is Autobiographical Memory? In: Conway MA, Rubin DC, Spinnler H, Wagenaar WA, éditeurs. *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 1992 [cité 13 sept 2021]. p. 13-29. (NATO ASI Series). Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-015-7967-4_2
70. Tulving E, Schacter DL, McLachlan DR, Moscovitch M. Priming of semantic autobiographical knowledge: a case study of retrograde amnesia. *Brain Cogn*. août 1988;8(1):3-20.
71. Tulving E. What is episodic memory? *Curr Dir Psychol Sci*. 1993;2(3):67-70.
72. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev*. 2000;107(2):261-88.
73. Conway, Singer, Tagini A. Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*, 22, 495–537. *Soc Cogn*. 1 janv 2004;
74. Vranić A, Jelić M, Tonković M. Functions of Autobiographical Memory in Younger and Older Adults. *Front Psychol*. 27 févr 2018;9:219.

75. Singer JA, Salovey P. *The remembered self: Emotion and memory in personality*. New York, NY, US: Free Press; 1993. xi, 257 p. (The remembered self: Emotion and memory in personality).
76. Blagov PS, Singer JA. Four dimensions of self-defining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *J Pers.* juin 2004;72(3):481-511.
77. Singer JA, Moffitt KH. An experimental investigation of specificity and generality in memory narratives. *Imagin Cogn Personal.* 1991;11(3):233-57.
78. Thorne A, McLean KC. *Manual for Coding Events in Self-Defining Memories.* :23.
79. Thorne A, McLean KC, Lawrence AM. When Remembering Is Not Enough: Reflecting on Self-Defining Memories in Late Adolescence. *J Pers.* 2004;72(3):513-41.
80. McAdams DP, Reynolds J, Lewis M, Patten AH, Bowman PJ. When bad things turn good and good things turn bad: Sequences of redemption and contamination in life narrative and their relation to psychosocial adaptation in midlife adults and in students. *Pers Soc Psychol Bull.* 2001;27(4):474-85.
81. Singer JA. *Memories that Matter: How to Use Self-defining Memories to Understand & Change Your Life.* New Harbinger Publications; 2005. 205 p.
82. Williams JM, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *J Abnorm Psychol.* 1986;95(2):144-9.
83. Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychol (Amst).* mars 2008;127(3):645-53.
84. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull.* janv 2007;133(1):122-48.
85. Williams JMG. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cogn Emot.* 1 avr 2006;20(3-4):548-68.
86. Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychol Bull.* mai 2007;133(3):419-37.
87. Meta-Analysis of the Association Between Autobiographical Memory Specificity and Exposure to Trauma - PubMed [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29513912/>
88. Bomba M, Marfone M, Brivio E, Oggiano S, Broggi F, Neri F, et al. Autobiographical Memory in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 1 nov 2014;22.
89. Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, Yiend J, Silva P, et al. Self-reported abuse relates to autobiographical memory in patients with eating disorders. *Emot Wash DC.* 1 oct 2003;3:211-22.

90. Gandolphe M-C, Nandrino J-L. [Overgeneralization of autobiographical memory strategies in cannabis users and multiple psychoactive substance consumers]. *L'Encephale*. avr 2011;37(2):144-52.
91. Kleim B, Ehlers A. Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *J Consult Clin Psychol*. avr 2008;76(2):231-42.
92. Hallford DJ, Rusanov D, Yeow JJE, Barry TJ. Overgeneral and specific autobiographical memory predict the course of depression: an updated meta-analysis. *Psychol Med*. avr 2021;51(6):909-26.
93. Ono M, Devilly G, Shum D. A Meta-Analytic Review of Overgeneral Memory: The Role of Trauma History, Mood, and the Presence of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 11 mai 2015;
94. Henderson D, Hargreaves I, Gregory S, Williams JMG. Autobiographical memory and emotion in a non-clinical sample of women with and without a reported history of childhood sexual abuse. *Br J Clin Psychol*. juin 2002;41(Pt 2):129-41.
95. Khan S, Kuhn SK, Haque S. A Systematic Review of Autobiographical Memory and Mental Health Research on Refugees and Asylum Seekers. *Front Psychiatry*. 2021;12:658700.
96. Billoux S, Voltzenlogel V, Telmon N, Birmes P, Arbus C. Peritraumatic Assessment of Autobiographical Memory After Exposure to a Traumatic Event. *J Trauma Stress*. déc 2017;30(6):666-71.
97. Bryant RA, Sutherland K, Guthrie RM. Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *J Abnorm Psychol*. nov 2007;116(4):837-41.
98. Billoux S, Arbus C, Telmon N, Voltzenlogel V. Autobiographical Memory Impairment in Female Victims of Intimate Partner Violence. *J Fam Violence*. 1 oct 2016;31(7):897-902.
99. Raes F, Hermans D, Williams JMG, Demyttenaere K, Sabbe B, Pieters G, et al. Reduced specificity of autobiographical memory: A mediator between rumination and ineffective social problem-solving in major depression? *J Affect Disord*. 2005;87(2-3):331-5.
100. Williams JMG, Ellis NC, Tyers C, Healy H, Rose G, Macleod AK. The specificity of autobiographical memory and imageability of the future. *Mem Cognit*. 1 janv 1996;24(1):116-25.
101. Sutherland K, Bryant RA. Autobiographical memory in posttraumatic stress disorder before and after treatment. *Behav Res Ther*. déc 2007;45(12):2915-23.
102. Boulanger M, Wagener A, Blairy S. « Tell me about Self. » Clarté de soi et souvenirs définissant le soi: Particularités du self chez des individus souffrant d'un trouble de l'humeur. 21 mai 2015 [cité 10 sept 2021]; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/181966>

103. Goyens L, Wagener A, Blairy S. Etude des liens entre la dépression, la mémoire autobiographique et différents processus psychologiques. 26 nov 2016 [cité 16 sept 2021]; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/204057>
104. Raucher-Chéné D, Berna F, Vucurovic K, Barrière S, Van Der Linden M, Kaladjian A, et al. How to project oneself without positive and integrated memories? Exploration of self-defining memories and future projections in bipolar disorder. *Behav Res Ther.* mars 2021;138:103817.
105. Castellon P, Sudres J-L, Voltzenlogel V. Self-defining memories in female patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* sept 2020;28(5):513-24.
106. Blaney PH. Affect and memory: a review. *Psychol Bull.* mars 1986;99(2):229-46.
107. Singer JA, Salovey P. Mood and memory: Evaluating the Network Theory of Affect. *Clin Psychol Rev.* 1988;8(2):211-51.
108. Rusting CL, DeHart T. Retrieving positive memories to regulate negative mood: Consequences for mood-congruent memory. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78(4):737-52.
109. Pillemer DB, Rhinehart ED, White SH. Memories of life transitions: The first year in college. *Hum Learn J Pract Res Appl.* 1986;5(2):109-23.
110. Singer J, Moffitt K. An Experimental Investigation of Specificity and Generality in Memory Narratives. *Imagin Cogn Personal.* 1 janv 1970;11:233-57.
111. Raes F, Hermans D, Decker A, Eelen P, Williams J. Autobiographical Memory Specificity and Affect Regulation: An Experimental Approach. *Emot Wash DC.* 1 juill 2003;3:201-6.
112. Goddard L, Dritschel B, Burton A. Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *J Abnorm Psychol.* 1996;105(4):609-16.
113. Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. The autobiographical memory interview: a new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *J Clin Exp Neuropsychol.* oct 1989;11(5):724-44.
114. Berna F, Potheegadoo J, Allé MC, Coutelle R, Danion J-M. Les troubles de la mémoire autobiographique et du self dans la schizophrénie. *L'Encéphale.* févr 2017;43(1):47-54.
115. Brown R, Kulik J. Flashbulb memories. *Cognition.* 1977;5(1):73-99.
116. D'Argembeau A, Van der Linden M. Influence of affective meaning on memory for contextual information. *Emot Wash DC.* juin 2004;4(2):173-88.
117. Rubin DC, Berntsen D, Bohni MK. A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychol Rev.* oct 2008;115(4):985-1011.
118. Cahill L. Neurobiological mechanisms of emotionally influenced, long-term memory. *Prog Brain Res.* 2000;126:29-37.

119. Singer JA, Conway MA. Reconsidering therapeutic action: Loewald, cognitive neuroscience and the integration of memory's duality. *Int J Psychoanal.* 1 oct 2011;92(5):1183-207.
120. Bauer JJ, Bonanno GA. Continuity amid Discontinuity: Bridging One's Past and Present in Stories of Conjugal Bereavement. *Narrat Inq.* 1 nov 2001;11(1):123-58.
121. Thirion J, Blairy S, Wagener A. Impact de l'évocation de souvenirs et projections définissant le soi sur la dépression et certains processus psychologiques. :1.
122. Matthews E, Desjardins M. The Meaning of Risk in Reproductive Decisions After Childhood Abuse and Neglect. *J Fam Violence.* 1 nov 2020;
123. Cuervo-Lombard C, Raucher-Chéné D, Barrière S, Van der Linden M, Kaladjian A. Self-defining memories in recently detoxified alcohol-dependent patients. *Psychiatry Res.* 30 déc 2016;246:533-8.
124. Lambert P. La thérapie par les « souvenirs définissant le soi » [Internet]. *Sciences Humaines.* [cité 20 sept 2021]. Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/la-therapie-par-les-souvenirs-definissant-le-soi_fr_38461.html
125. Waters TEA, Shallcross JF, Fivush R. The many facets of meaning making: Comparing multiple measures of meaning making and their relations to psychological distress. *Memory.* 1 janv 2013;21(1):111-24.
126. Singer JA. Memory, emotion, and psychotherapy: Maximizing the positive functions of self-defining memories. In: *Memory and emotion: Interdisciplinary perspectives.* Malden: Blackwell Publishing; 2006. p. 211-32.
127. Van der Linden M, Robyn C. Les interventions cognitives focalisées sur la mémoire autobiographique. In 2015. p. 83-122.
128. Watt LM, Cappeliez P. Reminiscence interventions for the treatment of depression in older adults. In: *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications.* Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1995. p. 221-32.
129. Dalgleish T, Navrady L, Bird E, Travers-Hill E, Dunn B, Golden A-M. Method-of-Loci as a Mnemonic Device to Facilitate Access to Self-Affirming Personal Memories for Individuals With Depression. *Clin Psychol Sci.* 1 avr 2013;1:156-62.
130. Baddeley JL, Singer JA. Telling losses: Personality correlates and functions of bereavement narratives. *J Res Personal.* 1 avr 2008;42(2):421-38.
131. Lardi C, D'Argembeau A, Chanal J, Ghisletta P, Van der Linden M. Further characterisation of self-defining memories in young adults: A study of a Swiss sample. *Mem Hove Engl.* 1 mars 2010;18:293-309.
132. Wang Y, Singer JA. A Cross-Cultural Study of Self-Defining Memories in Chinese and American College Students. *Front Psychol.* 20 janv 2021;11:622527.

133. Wang Q, Koh JBK, Song Q, Hou Y. Knowledge of memory functions in European and Asian American adults and children: The relation to autobiographical memory. *Memory*. 2 janv 2015;23(1):25-38.
134. Morvant C, Lebas J, Cabanne J, Leclercq V, Chauvin P. Violences conjugales: repérer et aider les victimes. :17.
135. Biedermann SV, Demirakca T, Sartorius A, Auer MK, Ende G, Berna F. Autobiographical memory deficits in patients with depression follow a temporal distribution. *Psychiatry Res*. 1 nov 2017;257:193-6.
136. Impact des benzodiazépines sur les fonctions cognitives et le risque de démence. Revue des arguments de causalité issus des études observationnelles - ScienceDirect [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S004059571830218X>
137. Martinelli P, Piolino P. Self-defining memories: Last episodic memories bastion in normal aging? *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 oct 2009;7:151-67.
138. Masson E. A la recherche du self : théorie et pratique de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer [Internet]. EM-Consulte. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/179723/a-la-recherche-du-self-theorie-et-pratique-de-la-m>

VII) Annexes

7.1 Questionnaire des Souvenirs Définissant le Soi

Questionnaire des souvenirs définissant le soi

Version adaptée de celles proposées par :

- Singer, J. A., & Moffitt, K. H. (1991-1992). An experimental investigation of specificity and generality in memory narratives. *Imagination, Cognition, and Personality*, 11, 233-257.
- Thorne, A., & McLean, K. C. (2001). *Manual for coding events in self-defining memories*. University of California, Santa Cruz.

Un souvenir définissant le soi est un souvenir personnel qui a les propriétés suivantes :

- 1) Il date d'au moins une année.
- 2) C'est le souvenir d'un événement de votre vie dont vous vous rappelez de façon très claire et qui reste encore actuellement important pour vous.
- 3) C'est un souvenir qui vous aide à comprendre qui vous êtes en tant qu'individu et que vous pourriez raconter à une personne dans le but qu'elle puisse mieux vous connaître.
- 4) C'est un souvenir important par rapport à un thème, un problème, un conflit ou une préoccupation importante dans votre vie et qui est lié à des souvenirs similaires partageant le même thème.
- 5) Cela peut être un souvenir positif et/ou négatif. Le seul aspect important est qu'il suscite des fortes émotions.
- 6) C'est un souvenir auquel vous avez pensé fréquemment. Il devrait vous être familier comme une image ou une chanson (gaie ou triste) que vous avez apprise par coeur.

Afin de comprendre ce qu'est un souvenir définissant le soi, imaginez que vous avez rencontré une personne que vous aimez bien et vous allez vous promener ensemble. Vous vous engagez tous les deux à faire comprendre à l'autre qui vous êtes réellement, le « vrai moi ». Bien que, ce que vous pouvez dire ne donne pas forcément une image exacte de vous-même, soyez le plus honnête possible. Durant la conversation, vous décrivez plusieurs souvenirs dont vous estimez qu'ils expriment bien comment vous en êtes arrivés à devenir la personne que vous êtes maintenant. Ce sont exactement ces souvenirs qui constituent les souvenirs définissant le soi.

Tâche :

Pour le souvenir définissant le soi qui vous vient à l'esprit, notez un résumé d'une ligne. Puis, décrivez le souvenir avec suffisamment de détails pour qu'ils puissent aider votre ami imaginaire à voir et à ressentir ce que vous avez vécu. Ne révélez pas un souvenir trop pénible et qui vous fait sentir mal à l'aise en le décrivant.

7.2 Beck Depression Inventory II

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: _____

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: _____

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: _____

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

7.3 Posttraumatic stress disorder Checklist for DSM-5

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER FACULTÉ DE
MÉDECINE TOULOUSE-PURPAN

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.

Les souvenirs définissant le soi chez les femmes victimes de violences conjugales : Résultats partiels de l'étude SOI-MEM.

Introduction : Les violences conjugales (VC) représentent un véritable problème de santé publique à travers le monde. Du point de vue de la société, les conséquences sont multiples : judiciaires, économiques et sociales. Du point de vue de l'individu, les femmes qui en sont victimes ont significativement plus de problèmes de santé physique et psychique, et présentent des altérations de leur fonctionnement cognitif. De plus en plus d'études montrent qu'elles présentent également une altération du sentiment identitaire qui pourrait expliquer entre autres, leurs difficultés à s'éloigner et à se détacher du compagnon violent. La mémoire autobiographique et plus particulièrement les souvenirs définissant le soi (SDS), représentent une voie d'accès privilégiée pour essayer de comprendre le lien entre problématiques identitaires, troubles psychopathologiques et VC.

Matériel et méthode : L'étude SOI MEM, est une étude pilote, prospective et monocentrique qui a pour objectif de comparer les caractéristiques des SDS d'un groupe de femmes victimes de VC par rapport à un groupe de femmes témoins, à l'aide de l'adaptation française du questionnaire de Singer et Moffitt.

Résultats : On ne retrouve pas de différence significative entre les SDS des deux groupes en termes de spécificité, de valence émotionnelle et de raisonnement autobiographique. Les femmes du groupe VC rapportent majoritairement des souvenirs ayant pour thème les violences conjugales. Elles rapportent plus de souvenirs à valence émotionnelle négative et moins de souvenirs intégrés au raisonnement autobiographique. On retrouve significativement plus de souvenirs contaminés dans le groupe VC.

Conclusion : Les résultats qui semblent se dégager sont en accord avec l'existence d'une altération du sentiment identitaire retrouvée dans cette population. Le travail psychothérapeutique autour des SDS semble être une approche intéressante à mettre en place et à évaluer dans cette population.

TITRE EN ANGLAIS : Self defining memory for women abuse : Partial results of the SOI-MEM study.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS CLÉS : Mémoire autobiographique, Souvenirs définissant le soi, violence conjugale.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Damien PIERRE – Mme Sophie BILLOUX Docteur en Neurosciences