

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

—

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

—

**ANNÉE 2017 N° 050**

**THÈSE  
POUR LE  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de Psychiatrie

par

**Lucie PÉCAUD**

née le 21 juin 1988 à Nantes.

—

Présentée et soutenue publiquement le 25 avril 2017.

—

**ÉTUDE DE LA RELATION D'EMPRISE  
COMME MODÈLE DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE :**  
**Définition, objectivation, réflexion sur la prise  
en charge clinique et médico-légale.**

—

Présidente : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Laurent DESBLANCS

## **COMPOSITION DU JURY**

### **Président du jury :**

Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec

### **Directeur de thèse :**

Monsieur le Docteur Laurent Desblancs

### **Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon

Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Monsieur le Docteur Néri Vandermersch

## REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

À Monsieur le Docteur Laurent Desblancs,

Tu me fais l'honneur de diriger ce travail de thèse. Tes encouragements, ta disponibilité et ta connaissance du sujet m'ont été précieux tout au long de l'élaboration de ce travail. J'ai eu la chance de bénéficier de tes conseils rassurants, et surtout de tes réflexions riches et vivantes. Tu peux trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie de ce jury. Votre présence m'honore. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère considération pour votre savoir.

À Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Le semestre passé dans votre service restera un souvenir marquant de mon internat. Vous avez su me transmettre le goût de la clinique psychiatrique dans toute sa richesse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Néri Vandermersch,

Tu as accepté sans hésitation de faire partie de ce jury. Lors de mon semestre en pédopsychiatrie, tu m'as permis de découvrir ton approche et transmis des réflexions qui je l'espère me resteront longtemps. Tu peux trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Merci à toutes celles et ceux qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce travail.

Merci aux gens que j'aime et qui m'ont aidée à grandir tout au long de mes années d'études.

Merci à toutes celles et ceux qui ont partagé avec moi les joies de l'internat.

Merci aux médecins et aux équipes rencontrés tout au long de mon internat, qui m'ont aidée avec bienveillance à apprendre la psychiatrie.

Merci aux patients et à leurs proches et familles.

Merci enfin particulièrement à mes parents et Sophie pour les relectures, à Matthieu pour son aide à la mise en page, et enfin à Claire pour son soutien au quotidien.

**ÉTUDE DE LA RELATION D'EMPRISE  
COMME MODÈLE DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE :**

**Définition, objectivation, réflexion sur la prise  
en charge clinique et médico-légale.**

# PLAN

INTRODUCTION .....	13
I. DÉFINITIONS ET RÉFLEXION SUR LES INTRICATIONS ENTRE VIOLENCE, SANTÉ ET JUSTICE. ....	15
A. Définition de la violence, intrications avec la santé et la justice. ....	16
B. Définition de la violence psychologique. Réflexion sur les enjeux soulevés par cette notion en psychiatrie médico-légale et générale. ....	19
C. Autres termes liés à la violence psychologique. ....	20
D. L'emprise : un concept transnosographique, de la justice à la psychiatrie. ....	21
II. LA RELATION D'EMPRISE EN PSYCHOPATHOLOGIE. ....	24
A. Psychopathologie générale. ....	25
B. L'emprise, un symptôme contemporain ? ....	51
C. Réflexion sur le normal et le pathologique dans la relation d'emprise. Introduction du cadre légal indispensable au traitement des questions de violences. ....	53
III. LA RELATION D'EMPRISE DANS LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE GÉNÉRALE : OBJECTIVATION DES SÉQUELLES PSYCHIQUES CHEZ LA VICTIME DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE. ....	62
A. Cas cliniques. ....	64
B. Emprise et symptômes à court et moyen termes. ....	73
C. Emprise et symptômes à moyen et long termes. ....	77
D. La violence psychologique et les théories du traumatisme psychique. Un modèle intégratif des différents symptômes observés? ....	85
E. Une relation d'emprise peut-elle induire un trouble de la personnalité ? ....	94
F. Variations inter-individuelles. ....	99
G. Emprise et répétition : répétition individuelle et transgénérationnelle. ....	102
IV. LA RELATION D'EMPRISE DANS LA CLINIQUE MÉDICO-LÉGALE : OBJECTIVATION DE LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE DANS LE DISPOSITIF JURIDIQUE FRANÇAIS ACTUEL, ET PLACE DU PSYCHIATRE DANS CE DISPOSITIF. ....	108
A. Potentiel criminogène de l'emprise. ....	109
B. Cas cliniques. ....	112
C. La loi About-Picard : Loi n° 2001-504 du 12 juin 2001. ....	114
D. La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 et la loi n° 2014-873 du 4 août 2014. ....	117
E. L'expertise civile de réparation de dommage corporel dans les cas de relation d'emprise. ....	121

V. COMMENT MIEUX APPRÉHENDER LES PHÉNOMÈNES D'EMPRISE ET LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE DANS NOTRE EXERCICE QUOTIDIEN ? .....	123
<b>A. Cas cliniques.</b> .....	<b>124</b>
<b>B. Repérer une situation d'emprise et de violence psychologique.</b> .....	<b>126</b>
<b>C. Conduite à tenir : possibilités et limites.</b> .....	<b>134</b>
<b>D. L'emprise comme modèle de violence psychologique : quels enjeux en santé mentale ?.</b>	<b>139</b>
CONCLUSION .....	143
BIBLIOGRAPHIE .....	146
ANNEXES .....	158
SERMENT MÉDICAL .....	160

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	13
I. DÉFINITIONS ET RÉFLEXION SUR LES INTRICATIONS ENTRE VIOLENCE, SANTÉ ET JUSTICE. ....	15
A. Définition de la violence, intrications avec la santé et la justice. ....	16
B. Définition de la violence psychologique. Réflexion sur les enjeux soulevés par cette notion en psychiatrie médico-légale et générale. ....	19
C. Autres termes liés à la violence psychologique. ....	20
D. L'emprise : un concept transnosographique, de la justice à la psychiatrie. ....	21
1. Étymologie et définition courante. ....	21
2. Champ du droit. ....	21
3. Champ de la sociologie. ....	21
4. Champ de la psychologie. ....	22
II. LA RELATION D'EMPRISE EN PSYCHOPATHOLOGIE. ....	24
A. Psychopathologie générale. ....	25
1. Réflexion sur la nosographie médicale avec la CIM 10. ....	25
2. Le Manuel de psychiatrie de H. Ey. ....	25
3. Théories psychanalytiques. ....	26
a) <i>Concepts généraux.</i> ....	26
b) <i>Mise au point sur les concepts de perversion et de perversité.</i> ....	30
c) <i>Mise au point sur le concept de pervers narcissique.</i> ....	31
4. L'emprise et les théories de l'attachement : de l'emprise « normale » et ses déterminants à l'emprise pathologique. ....	32
5. Théories systémiques. ....	34
a) <i>Définition du système d'emprise.</i> ....	35
b) <i>Les étapes de la création d'un état d'emprise.</i> ....	35
c) <i>Facteur favorisant les praxis d'emprise : la communication dans la relation d'emprise.</i> ....	38
6. Données issues des neurosciences et des sciences cognitives. ....	39
a) <i>L'impuissance apprise, « learned helplessness ».</i> ....	39
b) <i>Le lavage de cerveau, le « brainwashing ».</i> ....	42
7. L'emprise en psychologie sociale. ....	43
a) <i>L'expérience de S. Milgram.</i> ....	43
b) <i>L'état agentique selon S. Milgram.</i> ....	44
c) <i>Après S. Milgram.</i> ....	46

<b>B. L'emprise, un symptôme contemporain ? .....</b>	<b>51</b>
1. L'inquiétude du « trop d'emprise ».....	51
2. L'inquiétude du « pas assez d'emprise » .....	52
<b>C. Réflexion sur le normal et le pathologique dans la relation d'emprise. Introduction du cadre légal indispensable au traitement des questions de violences. ....</b>	<b>53</b>
1. Les approches extrinsèques de la limite normal / pathologique, basées sur l'idée d'un continuum.....	53
a) <i>C. Bernard</i> .....	53
b) <i>S. Demazeux</i> .....	53
c) <i>Les limites : risque éthique de psychiatriation des comportements</i> .....	54
2. Une approche intrinsèque, non basée sur un continuum : G. Canguilhem.....	54
3. Cas clinique. Difficultés de délimitation normal / pathologique. Place du cadre légal dans la question des violences psychologiques. ....	56
<b>III. LA RELATION D'EMPRISE DANS LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE GÉNÉRALE : OBJECTIVATION DES SÉQUELLES PSYCHIQUES CHEZ LA VICTIME DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE. ....</b>	<b>62</b>
<b>A. Cas cliniques.....</b>	<b>64</b>
1. Cas clinique numéro 1.....	64
2. Cas clinique numéro 2.....	68
3. Cas clinique numéro 3.....	71
<b>B. Emprise et symptômes à court et moyen termes. ....</b>	<b>73</b>
1. Le stress aigu.....	73
a) <i>Données de la littérature, nosographie et clinique</i> .....	73
b) <i>Hypothèses psychopathologiques</i> .....	73
2. La dissociation.....	75
a) <i>Données de la littérature, nosographie et clinique</i> .....	75
b) <i>Hypothèses psychopathologiques</i> .....	76
<b>C. Emprise et symptômes à moyen et long termes. ....</b>	<b>77</b>
1. Les troubles anxieux.....	77
a) <i>Données de la littérature, nosographie et clinique</i> .....	77
b) <i>Hypothèses psychopathologiques</i> .....	77
2. Les troubles dépressifs.....	77
a) <i>Données de la littérature, nosographie et clinique</i> .....	77
b) <i>Hypothèses psychopathologiques</i> .....	79
3. Les tentatives de suicide.....	81
a) <i>Données de la littérature, nosographie et clinique</i> .....	81
b) <i>Hypothèses psychopathologiques</i> .....	82

4.	Autres symptômes et pathologies.....	83
a)	<i>Les troubles du comportement alimentaire.....</i>	<i>83</i>
b)	<i>Les abus de substances et addictions.....</i>	<i>83</i>
c)	<i>Les troubles somatoformes.....</i>	<i>84</i>
d)	<i>Les troubles psychotiques et troubles dissociatifs.....</i>	<i>84</i>
<b>D.</b>	<b>La violence psychologique et les théories du traumatisme psychique. Un modèle intégratif des différents symptômes observés? .....</b>	<b>85</b>
1.	Des violences psychologiques ou une relation d'emprise peuvent-elles constituer un traumatisme psychique ? .....	85
a)	<i>Définitions.....</i>	<i>85</i>
b)	<i>Données de la littérature.....</i>	<i>87</i>
2.	Nosographie et clinique.....	88
a)	<i>L'état de stress post-traumatique (ESPT).....</i>	<i>88</i>
b)	<i>L'exemple du DESNOS : « Disorder of extreme stress not otherwise specified » comme trouble psycho-traumatique complexe. ....</i>	<i>91</i>
3.	Réflexion sur l'extension de la notion de traumatisme psychique et de la victimologie.....	92
a)	<i>Clinique du psycho-traumatisme : intégrative ou « fourre-tout » ?.....</i>	<i>92</i>
b)	<i>Clinique du psycho-traumatisme et victimologie. ....</i>	<i>93</i>
<b>E.</b>	<b>Une relation d'emprise peut-elle induire un trouble de la personnalité ? .....</b>	<b>94</b>
1.	Le contexte relationnel et la construction de la personnalité. ....	94
2.	Emprise pathologique et trouble de la personnalité.....	94
3.	Un traumatisme psychique peut-il induire une altération de la personnalité ? .....	98
<b>F.</b>	<b>Variations inter-individuelles. ....</b>	<b>99</b>
1.	L'âge de la survenue d'une relation d'emprise.....	99
2.	La résilience.....	99
a)	<i>Définition.....</i>	<i>100</i>
b)	<i>De quoi est faite la résilience ?.....</i>	<i>100</i>
c)	<i>La résilience dans les situations de relation d'emprise.....</i>	<i>100</i>
<b>G.</b>	<b>Emprise et répétition : répétition individuelle et transgénérationnelle. ....</b>	<b>102</b>
1.	Généralités, clinique et données de la littérature. ....	102
2.	Répétition et programmation.....	103
3.	Répétition et traumatisme. Place des comportements ordaliques.....	104
4.	Répétition et culpabilité.....	104
5.	Répétition et identification à l'agresseur.....	105
6.	Violence transgénérationnelle et emprise.....	106

**IV. LA RELATION D'EMPRISE DANS LA CLINIQUE MÉDICO-LÉGALE : OBJECTIVATION DE LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE DANS LE DISPOSITIF JURIDIQUE FRANÇAIS ACTUEL,**

ET PLACE DU PSYCHIATRE DANS CE DISPOSITIF. ....	108
<b>A. Potentiel criminogène de l'emprise. ....</b>	<b>109</b>
1. Le recours à l'emprise dans la relation.....	109
2. La relation d'emprise et la notion de consentement. Exemple de la loi sur le harcèlement sexuel. ....	109
<b>B. Cas cliniques. ....</b>	<b>112</b>
<b>C. La loi About-Picard : Loi n° 2001-504 du 12 juin 2001. ....</b>	<b>114</b>
1. Le texte de loi.....	114
2. Place du psychiatre expert.....	116
<b>D. La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 et la loi n° 2014-873 du 4 août 2014. ....</b>	<b>117</b>
1. Exemples de textes de loi traitant du harcèlement.....	117
a) <i>La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010. ....</i>	<i>117</i>
b) <i>La loi n° 2014-873 du 4 août 2014.....</i>	<i>117</i>
c) <i>Application de ces lois.....</i>	<i>118</i>
2. Place du psychiatre: expertises et certificats médicaux.....	119
a) <i>Les expertises psychiatriques ou psychologiques.....</i>	<i>119</i>
b) <i>Les certificats médicaux. ....</i>	<i>120</i>
<b>E. L'expertise civile de réparation de dommage corporel dans les cas de relation d'emprise. ..</b>	<b>121</b>
<b>V. COMMENT MIEUX APPRÉHENDER LES PHÉNOMÈNES D'EMPRISE ET LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE DANS NOTRE EXERCICE QUOTIDIEN ? .....</b>	<b>123</b>
<b>A. Cas cliniques. ....</b>	<b>124</b>
<b>B. Repérer une situation d'emprise et de violence psychologique. ....</b>	<b>126</b>
1. Les situations à risque d'emprise.....	126
2. L'emprise dans le soin.....	128
a) <i>Emprise et institution de soin.....</i>	<i>128</i>
b) <i>Emprise et psychothérapie.....</i>	<i>129</i>
3. Repérer une relation d'emprise en pratique courante.....	130
a) <i>Quelles difficultés pour le médecin ?.....</i>	<i>130</i>
b) <i>Quatre points à étudier pour se repérer.....</i>	<i>130</i>
<b>C. Conduite à tenir : possibilités et limites.....</b>	<b>134</b>
1. Rencontre avec la victime et possibilité de soin.....	134
a) <i>Des situations multiples.....</i>	<i>134</i>
b) <i>Rencontrer le patient et composer avec la demande. ....</i>	<i>134</i>
c) <i>Le cadre thérapeutique et la loi. ....</i>	<i>135</i>
d) <i>Possibilités de prises en charge spécifiques.....</i>	<i>136</i>
e) <i>Réflexions. ....</i>	<i>137</i>
<b>D. L'emprise comme modèle de violence psychologique : quels enjeux en santé mentale ? .....</b>	<b>139</b>

1. De la psychiatrie à la santé mentale.....	139
2. L'emprise en santé mentale : un phénomène qui dépasse la clinique individuelle.....	139
3. Réflexions sur la pratique courante.....	140
CONCLUSION .....	143
BIBLIOGRAPHIE .....	146
ANNEXES .....	158
SERMENT MÉDICAL .....	160

## INTRODUCTION

Le psychiatre est souvent interpellé sur la question de la violence. Le traitement de cette question mobilise différentes sphères et se situe notamment à une interface entre justice et santé. L'évaluation des conséquences psychiques de la violence et leur prise en charge sont des missions confiées en grande partie au psychiatre. Il peut aussi parfois être sollicité pour définir, décrire ou rechercher les causes de la violence. Les questions des violences sexuelles et physiques sont notamment régulièrement abordées. Depuis plusieurs années, le champ d'étude de la violence s'étend à la question de la violence psychologique. Cette notion suscite un intérêt grandissant qui se répercute dans le champ pénal (nous pensons par exemple aux lois françaises sur le harcèlement moral de 2010 et 2014) et le champ médical, notamment psychiatrique (par des études récentes), que ce soit dans le registre médico-légal ou dans la pratique clinique courante.

La violence psychologique est une réalité de la pratique clinique au quotidien. Nous la retrouvons dans de nombreuses situations, que ce soit aux urgences médico-psychologiques, en consultation ambulatoire, ou en hospitalisation en service de psychiatrie. Les points d'appels sont variés et les situations cliniques souvent complexes. Rarement, la violence psychologique se présente comme seul motif d'appel. Bien plus souvent, elle constitue une toile de fond à des symptômes variés, ou à d'autres types de violences. La prise en compte de ces phénomènes de violence psychologique peut poser certaines difficultés. Le repérage, l'objectivation, l'orientation et la prise en charge de telles situations peuvent interroger le clinicien sur les limites de son exercice et sur sa fonction.

Les objectifs de notre travail sont de répondre, avec nos référentiels psychiatriques et psychopathologiques, à certaines questions soulevées par l'attention grandissante portée aux violences psychologiques : « comment peut-on les définir, les délimiter, les objectiver ? », « quels sont les enjeux soulevés par la prise en compte de ces violences en psychiatrie générale et médico-légale ? », « cette prise en compte peut-elle modifier ou apporter du nouveau à l'exercice de la psychiatrie ? », et enfin « comment mieux appréhender et traiter la question des violences psychologiques » ?

Afin de travailler ces questions, nous avons choisi de nous intéresser à la notion d'emprise. L'emprise nous semble le modèle le plus pertinent pour étudier les violences psychologiques. C'est une violence insidieuse d'un grand potentiel destructeur. C'est une notion qui est connue par le psychiatre depuis l'émergence de la psychanalyse et qui peut être étudiée dans une perspective intégrative, selon les différents référentiels qui constituent aujourd'hui notre champ de connaissances. L'étude du phénomène d'emprise pose les questions inhérentes aux violences psychologiques : leur définition, délimitation, objectivation, et leur prise en charge.

Dans un premier temps, nous allons définir et contextualiser les termes de violence et d'emprise. Dans un deuxième temps, nous allons étudier le concept d'emprise en médecine et en psychopathologie. L'étude de la psychopathologie de l'emprise en tant que violence psychologique entraînera des questions sur la délimitation entre le normal et le pathologique en médecine, que nous illustrerons par un cas clinique. L'étude de ce cas nous permettra aussi d'introduire un cadre légal indispensable au traitement des questions de violences. Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à l'objectivation des violences psychologiques par l'étude des séquelles de ces violences sur le psychisme. Pour cela, nous étudierons trois cas cliniques, que nous confronterons aux données de la littérature. Cette partie permettra d'émettre des hypothèses psychopathologiques sur les symptômes ou pathologies observées. Dans un quatrième temps, nous étudierons l'objectivation et le traitement des questions de violence psychologique et d'emprise en clinique médico-légale et dans le dispositif juridique français actuel. Enfin, dans une dernière partie, nous aborderons une réflexion sur les moyens de repérer, d'appréhender, d'orienter et de prendre en charge les situations de violences psychologiques et d'emprise dans la pratique quotidienne.

## **I. DÉFINITIONS ET RÉFLEXION SUR LES INTRICATIONS ENTRE VIOLENCE, SANTÉ ET JUSTICE.**

Nous allons définir dans cette première partie les notions de violence, de violence psychologique, et d'emprise. Nous allons voir en quoi l'emprise constitue une forme de violence et un bon modèle pour étudier les violences psychologiques.

Les phénomènes de violence sont multiples et font de plus en plus débat. Ces phénomènes mobilisent toutes sortes de champs de savoir et de recherche : sciences humaines, juridiques, politiques, mais aussi médicales et en particulier psychiatriques.

Face à la sollicitation sociale concernant ces questions, le législateur est appelé à légiférer, le magistrat à appliquer les lois, le clinicien à rechercher les causes. Les uns et les autres sont appelés à répertorier les conséquences, qu'elles soient matérielles, physiques, psychiques. Les questions de la prévention et de l'évaluation des facteurs de risque sont aussi soulevées, évoquant les débats psychiatrie-justice découlant de l'étude d'autres types de violence, comme la violence physique ou sexuelle. (1) Il nous semble important dans ce contexte de poursuivre une réflexion concernant la violence psychologique, via l'étude de l'emprise psychologique.

## A. DÉFINITION DE LA VIOLENCE, INTRICATIONS AVEC LA SANTÉ ET LA JUSTICE.

La définition du mot violence sur le Larousse en ligne permet d'en illustrer le caractère **multiple** :

- Violence : nom féminin. Du latin *violens* (« impétueux, emporté, fougueux»), dérivé de *vis* (« vigueur, force ») .
- Caractère de ce qui se manifeste, se produit ou produit ses effets avec une force intense, brutale et souvent destructrice.
- Caractère extrême d'un sentiment.
- Caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est agressif.
- Extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement.
- Abus de la force physique.
- Ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité.
- **Contrainte**, physique **ou morale**, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé. »<sup>1</sup>

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé est la suivante : « La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de **menaces** à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». <sup>2</sup> Dans un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé datant de 2002, le mot « **menace** » était remplacé par le mot « **pouvoir** ». L'utilisation de ce terme, « pouvoir », élargit la nature de l'acte violent et la définition de la violence aux actes qui résultent d'une **relation de pouvoir**. (2)

Bien au delà de la simple force physique, la violence est définie par l'abus de force, de pouvoir, de contrainte, dans le but de dominer. Ainsi, la violence s'exprime préférentiellement dans la **relation**. Nous retenons l'idée pour notre travail que la violence peut se définir comme un **mode de relation** (à soi et aux autres) plutôt qu'une simple modalité d'expression. Ce qui s'exprime dans la relation pose la question de la **subjectivité**. En effet, la perception des différents protagonistes impliqués dans le système relationnel va influencer sur la définition du caractère violent ou non de la relation. Ce qui va faire la violence est aussi la façon dont la personne reçoit cette violence, qui est une dimension subjective, à différencier des intentions de l'auteur. Ce qui permet de qualifier un phénomène violent

---

<sup>1</sup><http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>. (En ligne) Consulté en novembre 2016.

<sup>2</sup> OMS, Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/topics/violence/fr/>. (En ligne) Consulté en novembre 2016.

en tant que tel sont des paramètres subjectifs et variables par exemple intimement, légalement, socialement, historiquement ou médicalement.

Dans nos recherches visant à définir le concept de violence, nous retenons deux auteurs qui traitent de la **fonction organisatrice** de la violence et de sa régulation :

Dans une perspective psychanalytique, J. Bergeret s'intéresse à la fonction régulatrice de la violence sur le plan individuel. Dans La violence fondamentale (3), J. Bergeret fait part d'une violence d'ordre pulsionnelle, innée, « d'étage narcissique », qui touche aux fondations de toute structure de la personnalité, à la structuration du sujet.

La violence a pour rôle la défense de l'intégrité du sujet, de sa **santé psychique**. J. Bergeret la diffère de l'**agressivité**, qu'il définit comme une attaque pour détruire l'autre, repéré comme différencié de soi, sans pour autant avoir une valeur défensive. Il considère que ce que nous appelons aujourd'hui « les violences » correspond à des comportements à proprement parler agressifs, « n'ayant pas pu être intégrées au niveau des mentalisations et mettant en cause tout autant les objets qui subissent les violences que les sujets qui les exercent ». (3)

Il est important de s'intéresser à la distinction entre violence et agressivité. Nous retenons l'idée que la violence est indispensable au processus de structuration psychique et à la défense de l'intégrité psychique du sujet. Il existe une violence ayant une fonction organisatrice et régulatrice intrapsychique, mais cette violence est à différencier de certains comportements agressifs, qui sont plus communément appelés « **les violences** », et qui « mettent en cause tout autant les objets qui subissent les violences que les sujets qui les exercent » (4), et relèvent donc de l'agressivité telle que J. Bergeret la définit.

Dans une perspective anthropologique, R. Girard, s'intéresse à la fonction régulatrice et organisatrice de la violence sur le plan **collectif**. Il décrit dans un ouvrage de 1986 (5) le phénomène du bouc-émissaire, qui désigne une répétition d'actes de violence envers une victime désignée. R. Girard le décrit historiquement comme un moyen d'extérioriser et de cristalliser une violence interne à la société, afin de permettre une stabilité sociale. La violence a alors une fonction de **régulation** du système, via les mécanismes de bouc émissaire ou de ses rituels de substitution.

Nous constatons que la régulation des phénomènes de violence dans nos sociétés actuelles fait avant tout appel à des **fondements juridiques**.

Il est aussi fréquent que le psychiatre soit sollicité pour définir, qualifier, expliquer, voire réguler ces phénomènes. Nous pensons par exemple à des questions telles que la dangerosité, les expertises psychiatriques dans les affaires de violence, ou le développement de la psychiatrie en victimologie. (1) Ce rôle peut parfois glisser vers une demande de régulation sociale à laquelle une attention particulière est donnée. Cette question est déjà connue et étudiée pour les phénomènes de violences et dangerosité « physique », et prend une place de plus en plus importante concernant les violences dites psychologiques.

## **B. DÉFINITION DE LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE. RÉFLEXION SUR LES ENJEUX SOULEVÉS PAR CETTE NOTION EN PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE ET GÉNÉRALE.**

Cette forme particulière de la violence fait désormais l'objet de débats, de lois et jurisprudences, de recherches en médecine et en psychiatrie, comme le souligne R. Coutanceau. (6) Il n'existe cependant pas de définition univoque de ce que sont les violences psychologiques. (7) Leur délimitation est une question complexe. Malgré tout, dans la littérature médicale, nous retrouvons décrits certains termes qui signent, dans leur **répétition**, la violence psychologique, comme par exemple : agression verbale, menace, chantage affectif, dénigrement, mépris, contrôle, humiliation, autorité exagérée.

Plus encore que d'autres phénomènes de violences mieux visibles et étudiés, les violences psychologiques soulèvent certains enjeux :

D'abord, **sur le plan médico-légal**, nous remarquons un élargissement des législations concernant ces « violences invisibles » (7) à des sphères où jusque là elles étaient absentes, illustré par les notions de harcèlement moral (au travail, dans le couple etc.) ou d'abus de faiblesse. (8) La question se pose quant au risque de l'extensivité de ces notions, qui pourrait être le témoignage d'une « psychologisation » des représentations sociales de la souffrance, et entraîner une « psychologisation » de la justice.

D. Zagury, dans un article de 2002 sur la manipulation mentale, précise que : « si un jour le juge se tourne vers l'expert (psychiatre) pour recueillir son avis sur la présence ou l'absence d'une manipulation psychique dans le cas d'espèce, **celui ci devra fonder son avis sur une analyse clinique précise et approfondie** », et pose la question : « comment départager les « influences légitimes sur autrui » des influences illégitimes sans recourir à l'inscription dans le droit de nouveaux objets psychiques ? ». (9)

Ensuite, **sur le plan de la pratique psychiatrique en général** et de la santé mentale :

De plus en plus d'études sont menées sur les violences psychologiques et leurs séquelles psychiques. Il semble important de se poser la question de l'objectivation de ces violences psychologiques en pratique clinique. Cela soulève alors la question de la prise en charge, des soins et de la prévention possible.

### C. AUTRES TERMES LIÉS À LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE.

Étudier les violences psychologiques confronte rapidement aux notions d'**abus**, de **harcèlement** et d'**emprise** selon le registre utilisé, que ce soit dans le langage courant, les textes juridiques, ou les textes de psychopathologie.

L'abus est une expression du langage courant qui, selon le Larousse en ligne, est défini par : « nom masculin (du latin *abusus*, mauvais usage) :

- Mauvais emploi, usage excessif ou injuste de quelque chose : l'abus des médicaments. Abus de confiance.
- Fait d'outrepasser certains droits, de sortir d'une norme, d'une règle et, en particulier, injustice, acte répréhensible établis par l'habitude ou la coutume ». <sup>3</sup>

Selon MF. Hirigoyen, dans l'abus, on passe d'une situation jugée comme normale à une situation « contestable ou préjudiciable à autrui ». (10) L'abus, dans une relation, induit donc une soumission, un non-consentement, une atteinte à l'intégrité physique ou psychique. L'abus ne relève pas uniquement du langage courant et apparaît dans certains textes de lois, comme nous le verrons en partie IV.

Le harcèlement vient du verbe harceler, défini couramment par : « de *herse*, torturer :

- Soumettre quelqu'un, un groupe à d'incessantes petites attaques.
- Soumettre quelqu'un à de continuelles pressions, sollicitations ». <sup>4</sup>

Nous pouvons définir ce terme dans le langage courant par « toute conduite abusive se manifestant par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits, pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne (...) ». (8) Cependant, le harcèlement n'est pas qu'un terme en langage courant. Ce terme, qui désigne une forme de violence psychologique très en lien avec l'emprise, est présent dans le dispositif juridique français. Nous le verrons plus précisément en partie IV.

Intéressons nous maintenant à la notion d'emprise, une des formes les plus insidieuses et destructrices de violence psychologique.

---

<sup>3</sup> LAROUSSE. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/abus/314?q=abus#304+> (En ligne) Consulté en novembre 2016.

<sup>4</sup> LAROUSSE. [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/\\_harceler/39062](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/_harceler/39062) (En ligne) Consulté en novembre 2016.

## **D. L'EMPRISE : UN CONCEPT TRANSNOSOGRAPHIQUE, DE LA JUSTICE À LA PSYCHIATRIE.**

### **1. Étymologie et définition courante.**

Étymologiquement, ce mot vient du latin: im / prehendere (prendre), utilisé comme substantif du verbe emprendre (ancien français), équivalent du verbe entreprendre. Son étymologie a deux sens complémentaires, prendre et entreprendre. « Prise » et « entreprise », à la fois saisie et projet. En ancien français, emprise était un terme à connotation militaire, « entreprise chevaleresque » (jeu d'armes de chevaliers).

Les définitions actuelles sont variables : « domination exercée sur une personne », « ascendant intellectuel ou moral exercé par quelqu'un ou quelque chose sur un individu. Plus rare : domination physique ».<sup>5</sup>

### **2. Champ du droit.**

Dans le champ du droit, l'emprise est aussi un terme ancien. Nous l'avons rajouté aux définitions car nous trouvons qu'il offre une image intéressante de ce qu'est la relation d'emprise et ses jeux de pouvoirs.

En droit, l'emprise de terrain est l'« action de prendre par expropriation, spécialement des terrains indispensables à l'exécution de travaux d'intérêt public ». Nous pouvons le définir par une « surface de terrain acquise par l'administration pour la construction d'un ouvrage ».<sup>6</sup>

### **3. Champ de la sociologie.**

Le terme emprise est beaucoup lié aux phénomènes de pouvoir et de contrôle collectif. R. Pagès (cité en 11) est le premier à promouvoir en France le concept d'emprise dans le champ psycho-social, en 1967, en se basant sur les modèles d'équilibre et de « social control ». (11) Il confère un registre très large à l'emprise, décrite comme une influence émanant d'un être humain aussi bien que d'un collectif, et s'exerçant sur un ou plusieurs agents. Ce champ d'interaction peut englober des conduites répétitives, manipulatoires, parfois conflictuelles. Le concept de contrôle est pour R. Pagès en question dans beaucoup d'interactions sociales, selon différentes combinaisons de

---

<sup>5</sup> LITTRE. [http://www.littre.org/de\\_finition/emprise](http://www.littre.org/de_finition/emprise) (En ligne) Consulté en mai 2015.

<sup>6</sup> CNRTL, Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/emprise> (En ligne) Consulté en mai 2015.

deux notions clés : **pouvoir** (relation dissymétrique où l'un détermine l'autre, avec ou sans coercition) et **régulation** (processus où certaines propriétés d'un ensemble sont maintenues, rétablies, voire transformées conjointement).

Ces jeux de pouvoir et régulation dans les relations sont illustrés par exemple par le roman La ferme des animaux de G. Orwell (1945), dans lequel certains protagonistes (les cochons, qui dirigent le nouveau régime des animaux), instaurent un pouvoir totalitaire en jouant sur certaines règles de régulation. Ils érigent la fameuse règle régulatrice : « Tous les animaux sont égaux, mais certains sont plus égaux que d'autres ». (12)

L'abord sociologique de l'emprise nous permet d'accéder à la dimension contextuelle de cette notion. La notion d'emprise est notamment présente dans l'histoire pour qualifier certains systèmes totalitaires.

#### 4. Champ de la psychologie.

Dans le champ de la psychologie et de la psychiatrie enfin, l'emprise occupe une place importante et transnosographique. Une des définitions les plus célèbres est celle de **R. Dorey**, dans un texte de 1981 :

« Dans la relation d'emprise, il s'agit toujours et très électivement d'une atteinte portée à l'autre en tant que sujet désirant qui, comme tel, est caractérisé par sa singularité, par sa spécificité propre. Ainsi, ce qui est visé, c'est toujours le désir de l'autre dans la mesure même où il est foncièrement étranger, échappant, de par sa nature, à toute saisie possible. L'emprise traduit donc une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la **réduction de toute altérité**, de toute différence, à l'**abolition de toute spécificité** ; la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au **statut d'objet entièrement assimilable** ». (13)

Nous voyons avec ces différentes définitions le mouvement de cette notion d'emprise et son passage successif dans différents domaines, notamment la justice, la psychologie, et enfin la médecine et la psychiatrie, notamment de par son **potentiel psycho-pathogène**.

## RÉSUMÉ

- La violence est un phénomène qui recouvre des formes et registres très différents.
- Nous retiendrons une de ses définitions, qui recouvre un processus commun à toutes les violences : une modalité de relation basée sur la domination et la soumission.
- La question de la fonction organisatrice et régulatrice de la violence est explorée sur le plan individuel par J. Bergeret et sur le plan collectif par R. Girard.
- Face à la sollicitation sociale, les questions concernant la violence sont de nos jours explorées par différents domaines, notamment juridique et médical, en particulier psychiatrique.
- Concernant ce sujet, D. Zagury appelle à la « réflexion et critique permanente concernant les frontières des rôles respectifs de chaque protagoniste ».
- La violence psychologique est une forme de violence qui se situe à une interface entre santé et justice et soulève des questions pour le psychiatre.
- Les enjeux mobilisés sont comparables à ceux suscités par les autres formes de violences, mais ils sont moins abordés ou étudiés : question de la définition, de la délimitation, de l'objectivation et de la prise en charge.
- La violence psychologique peut être désignée par différents termes selon le registre de langage employé, nous pouvons retrouver par exemple les termes d'abus, de harcèlement ou d'emprise.
- La notion d'emprise nous semble la plus pertinente pour aborder la question des violences psychologiques sous l'angle de la psychiatrie et de la psychopathologie.

- La notion d'emprise, définie anciennement par le droit, existe dans différents champs de savoir.
- L'emprise peut être définie comme une forme de violence psychologique.
- Il est donc intéressant de préciser sa définition dans les domaines qui nous concernent : médecine et psychopathologie, sa délimitation, son objectivation en clinique psychiatrique générale et en psychiatrie médico-légale ainsi que sa prise en charge.

## **II. LA RELATION D'EMPRISE EN PSYCHOPATHOLOGIE.**

Voyons maintenant comment la relation d'emprise, en tant que modèle de violence psychologique, est appréhendée en **médecine** et en **psychopathologie**. Si le thème des violences psychologiques intéresse et interpelle dans notre société contemporaine (par exemple via les questions de harcèlement, d'abus de faiblesse ou de manipulation mentale), la notion d'emprise et ce qu'elle recouvre est étudiée depuis un long moment et dans différents référentiels. Nous allons proposer une étude de ces différents référentiels.

Cette étude débouchera sur une réflexion sur le **contexte** dans lequel interviennent ces questions sur les violences psychologiques.

Notre réflexion portera ensuite sur la **limite entre le normal et le pathologique** dans les phénomènes de violences psychologiques et de trouble de la relation que constitue l'emprise.

Enfin, nous proposerons une réflexion sur la question indispensable du **cadre légal** dans l'appréhension des situations de violences, y compris psychologiques.

## A. PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE.

### 1. Réflexion sur la nosographie médicale avec la CIM 10.

La CIM 10 n'est pas un référentiel de psychopathologie mais une **classification**, qu'il est intéressant d'étudier en préalable de cette étude de la psychopathologie.

Dans la classification de la CIM 10 on ne retrouve pas le terme emprise ou relation d'emprise. Cela est dû au fait que l'emprise ne constitue pas un symptôme ou syndrome propre, endogène, mais un processus pathogène se déployant dans la relation. En revanche, la CIM 10 propose de contextualiser les diagnostics posés. Cet intérêt porté au **contexte** nous semble primordial car c'est en s'intéressant à l'inter-relation que nous pouvons diagnostiquer une relation d'emprise pathologique.

Ainsi, nous retrouvons par exemple la notion de : « difficultés liées à certaines situations psychosociales ». Nous retrouvons aussi (Z 63.8), « autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat », « Difficulté(s) liées à une communication inadéquate ou tourmentée dans la famille ». Dans les T (...), nous retrouvons par exemple, « syndromes dus à de mauvais traitements », « sévices psychologiques » : « **Abus psychologiques**, privation affective affectant l'enfant, privation sociale affectant l'enfant, sévices psychologiques ». (14)

### 2. Le Manuel de psychiatrie de H. Ey.

Dans le Manuel de psychiatrie de H. Ey, 5ème édition (1978) (15), nous ne retrouvons pas les termes emprise, ou relation d'emprise, ni même le terme de violence psychologique.

En revanche, H. Ey consacre une partie de son manuel à « l'action pathogène du milieu » et la « **dynamique des relations pathogènes** ». Certains facteurs environnementaux sont décrits comme pouvant faire émerger la pathologie mentale. Il est noté que l'inter-relation peut être une condition de l'éclosion de certaines pathologies mentales.(15)

H. Ey met en garde le clinicien concernant ce qu'il nomme les « relations pathogènes » : « La relation pathogène, prise comme fait clinique, ou comme fait social, apparaît comme **un fait d'observation**. Cette relation échappe à l'observation (à la description en « 3ème personne ») et ne peut être conçue que comme une **interprétation**. (...) C'est une signification, qui ne peut que se dévoiler au sujet à travers la fonction symbolique, donneuse de sens. » (15) H. Ey précise également

que le pathogène ne peut s'inscrire que dans **les rapports de signification que le sujet prête à son expérience**, à son existence personnelle. Ces remarques sont à considérées alors que nous nous intéressons à l'emprise psychologique comme relation violente et pathogène.

### 3. Théories psychanalytiques.

La psychanalyse va nous permettre d'observer les mécanismes intrapsychiques, conscients ou inconscients, concernant les différents protagonistes d'une relation d'emprise. Ce sont les théories qui ont développé les concepts de **perversion** et de **perversité**, absents des autres référentiels.

#### a) *Concepts généraux.*

##### (1) S. Freud.

Le thème de l'emprise est abordé à plusieurs moments dans l'oeuvre de S. Freud, notamment dans Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). (16) En 1905, il utilise les mots allemands « *Bemächtigungstrieb* » et « *Bewältigungstrieb* » pour parler de l'emprise. « *Macht* » peut être défini par : force, puissance, pouvoir, capacité à s'emparer de quelque chose. Le mot « *Bewältigen* » signifie : accomplissement, capacité à surmonter ou venir à bout de quelque chose. L'emprise évoque donc une prouesse, une entreprise, une « main mise ». Ce terme renvoie aux significations courantes de **domination** intellectuelle ou morale et d'influence. (16)

La notion d'emprise dans l'oeuvre de S. Freud a été étudiée par certains auteurs, comme A. Ferrant (dans un article de 2011) (17), R. Dorey (18) ou P. Denis (19) (dans des articles de 1992), qui notent que la question de l'emprise revient à chaque moment organisateur de l'oeuvre de S. Freud.

On peut distinguer globalement trois théories de l'emprise chez S. Freud: (19)

- La première définit l'emprise dans le cadre du lien oral : l'emprise à visée d'ajustement de l'expérience de satisfaction. Il décrit une première ébauche d'un appareil d'emprise (yeux, bouches, mains...) permettant d'y parvenir. L'emprise est à la fois liée à la sexualité (force intégrée à la sexualité), à l'agression, à l'organisation sexuelle pré-génitale orale, et à la satisfaction de la faim. L'emprise est en lien avec l'oralité, la nutrition, dans le cadre d'une activité sexuelle non séparée de l'ingestion d'aliments à ce stade.
- La deuxième définit l'emprise comme une conception centrée sur l'organisation anale de la pulsion. Il intègre ce concept à sa théorie des pulsions (source, poussée, but, objet). La fonction de l'emprise est la maîtrise de soi et du monde.

- La troisième intervient au moment de la troisième théorie des pulsions chez S. Freud, aboutissant au dualisme pulsion de vie / pulsion de mort. Il place l'emprise du côté de la pulsion de mort.

Il y a dans l'oeuvre de S. Freud une difficulté à théoriser le concept d'emprise. Après avoir considéré l'emprise comme finalité d'une pulsion spécifique non sexuelle, il finit par la définir comme une expression de la pulsion de mort. (19)

Selon S. Freud, l'emprise est « à voir comme mode singulier d'interaction entre deux sujets, qui ne se réduit pas à l'activité d'une seule tendance mais à un **agencement complexe de la relation à l'autre**, dont la dynamique reste à préciser ». (cité en 19)

### (2) P. Denis.

P. Denis décrit l'emprise comme « formant de toute pulsion », formant couple d'opposés avec la satisfaction. Il se base sur les écrits de S. Freud pour caractériser cette pulsion d'emprise, notamment sur l'opposition pulsion d'emprise / pulsion sexuelle décrite dans Trois essais sur la théorie sexuelle. « Je ne reprends pas l'idée d'une « pulsion d'emprise » autonome mais je considère un courant libidinal dévolu à l'emprise, lequel constitue l'une des deux composantes de la pulsion. (...) Un courant d'emprise est présent dans la constitution de toute pulsion ». « Le courant d'emprise va à la recherche de l'objet extérieur susceptible d'apporter la satisfaction ». (19)

### (3) A. Ferrant.

A. Ferrant définit l'emprise comme une pulsion spécifique, contrairement à P. Denis.

Il pense l'emprise comme étayage pour les fondements de l'appareil psychique. L'emprise s'y conçoit comme « entreprise mettant en oeuvre l'appareil d'emprise ». L'appareil d'emprise appartient à la construction de l'appareil psychique dans son rapport aux objets. Il souligne son importance dans l'économie psychique. En effet, « l'appropriation psychique de soi-même, l'autonomie, le droit d'agir, suppose une expérience active d'appropriation des choses et de l'informe pour leur donner forme. » Ainsi, l'emprise « peut être une main momifiée, crispée sur l'objet qu'elle veut saisir, ou l'enfant qui se dresse, saisit le sein ou le biberon, le premier regard ou le premier mot et se fait jubilation ». (20)

(4) R. Dorey.

R. Dorey s'attache à décrire la relation d'emprise, sans la définir comme pulsion spécifique. La pulsion d'emprise n'a selon lui aucune identité propre dans l'oeuvre freudienne, le véritable dualisme étant celui pulsion de vie / pulsion de mort.

Il donne une des définitions les plus utilisées de la relation d'emprise, dans un article datant de 1981, La Relation d'emprise, sortie dans la Nouvelle revue de psychanalyse : « Dans la relation d'emprise, il s'agit toujours et très électivement d'une atteinte portée à l'autre en tant que sujet désirant qui, comme tel, est caractérisé par sa singularité, par sa spécificité propre. Ainsi, ce qui est visé, c'est toujours le désir de l'autre dans la mesure même où il est foncièrement étranger, échappant, de par sa nature, à toute saisie possible. L'emprise traduit donc une tendance très fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, c'est-à-dire à la réduction de toute altérité, de toute différence, à l'abolition de toute spécificité; la visée étant de ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable ». (21)

La relation d'emprise est déterminée par **trois étapes essentielles** :

- **L'appropriation par dépossession de l'autre** : la capture, la captation, la saisie, la mainmise sur l'autre, par des stratégies de séduction ou de force, selon les situations.
- **La domination** : l'exercice d'un pouvoir afin d'obtenir une soumission, une dépendance de l'autre.
- **L'empreinte** : résultat de l'appropriation et la domination, dont résulte l'inscription d'une marque. C'est l'étape la plus spécifique de l'emprise. L'autre est réduit au statut d'objet entièrement assimilable. (13)

Cette emprise existe chez chacun d'entre nous à des degrés éminemment variables, et peut se manifester comme une modalité de défense archaïque possible, la recherche d'une hypothétique unité originaires. R. Dorey illustre cette fascination de la retrouvaille de l'unité primordiale, de l'« état primitif de la psyché caractérisé par l'**indistinction** du sujet et de son image », avec le roman de M. Tournier, Les Météores, (22) qui raconte l'histoire de Paul et Jean, éléments constitutifs d'une cellule gémellaire, symbiotique, détruisant toute altérité, appelée frères-pareil.

Pour R. Dorey, la relation d'emprise est particulièrement active dans deux types d'organisations psychopathologiques : la problématique **perverse** et la problématique **obsessionnelle**.

- L'emprise du **perverse** est décrite comme une emprise **séductrice**, « agissant par la ruse du désir ». Le pervers se situe face à autrui en position de savoir (sur ce qu'il en est du désir de l'autre). La problématique perverse est marquée par la séduction, le besoin d'une empreinte, d'une marque.

Elle peut exister dans une plus faible mesure dans toute relation de séduction, toute relation amoureuse par exemple, sans pour autant être « pathologique » ou génératrice de souffrance. (21)

- L'emprise de l'**obsessionnel** est une emprise **destructrice**. L'obsessionnel se situe en position de pouvoir sur l'autre. L'emprise obsessionnelle cherche à détruire l'autre, c'est l'autre comme sujet désirant « qui doit impérieusement être gommé, annulé, néantisé ». (23)

Dans les deux cas, il y a soit **appropriation**, soit **destruction du désir de l'autre**. La finalité de l'emprise est de porter atteinte à l'autre en tant que sujet désirant. Elle se présente donc « comme une production régressive et défensive » fondée sur un double déni : le déni de l'autre dans son altérité même d'une part, et d'autre part « le déni de cette réalité spécifique qu'est le manque d'objet ». (21)

Dans cette formation défensive spécifique, l'objet a pour fonction d'occulter le manque, c'est-à-dire de **réduire toute différence**. La différence est vécue comme originalité de l'autre, autonomie de ses désirs, avec le risque de se détourner du sujet et de le plonger dans une situation de manque. La relation d'emprise est présente dans toute relation à l'autre, « chaque fois que la maîtrise s'avère impossible ou du moins trop coûteuse pour l'économie psychique du sujet ». (21)

R. Dorey oppose l'emprise à la **maîtrise** (« Bewältigung »). La maîtrise ne correspond pas à une action d'appropriation ou de destruction de désir de l'autre. Il s'agit d'une maîtrise de l'excitation à l'intérieur de l'appareil psychique afin d'éviter une situation traumatique ou afin d'y faire face. C'est une action de liaison de l'excitation. Contrairement à l'emprise, la maîtrise n'est pas un déni du manque d'objet, c'est au contraire une reconnaissance et acceptation de ce manque, tout comme elle est reconnaissance et acceptation de l'autre en tant que sujet désirant.

##### (5) PC. Racamier.

Dans son apport théorique concernant l'élaboration du concept d'emprise, PC. Racamier a particulièrement développé deux notions :

- La première est qu'il existerait une emprise parentale nécessaire au développement de l'enfant, notamment dans l'intériorisation des interdits. La première emprise est parentale, et réciproque. Elle permet la rencontre avec l'enfant et doit se travailler en alliance avec la séparation et l'autonomisation. Si le parent s'oppose à ce processus d'autonomisation, le lien devient ce que PC. Racamier appelle une **ligature**.
- La deuxième notion beaucoup développée par PC. Racamier est le fonctionnement de l'emprise déployée dans ce qu'il appelle la « **pensée perverse** ». (24)

*b) Mise au point sur les concepts de perversion et de perversité.*

JC. Maes, dans un article de 2010, (25) souligne l'amalgame fréquent dans la littérature entre emprise et perversion. L'emprise, comme processus relationnel, n'est pas automatiquement pathologique, ou pervers. Le lien d'emprise peut prendre différentes formes, dans un continuum qui va de ce que nous allons qualifier de normal, à pathologique. Alors, dans le référentiel psychanalytique, nous arriverons à une perversion ou une perversité du lien d'emprise.

Les concepts de perversions et de perversité sont inhérents à la littérature psychanalytique et ont fait l'objet de multiples théorisations. Il est important d'en faire la distinction et d'être attentif à ce vocabulaire alors que nous abordons le thème de l'emprise dans ce référentiel.

La perversion fait d'abord référence à la perversion sexuelle, qui désigne historiquement une « déviation par rapport à l'acte sexuel « normal » », « une déviation de la pulsion par rapport à l'objet ou au but » (26), un comportement et/ou un scénario sexuel dominé par une ou plusieurs conduites paraphiliques (selon J. Laplanche et JB. Pontalis, dans leur ouvrage paru en 1967, cité en 26). Ce concept a grandement été théorisé par S. Freud. D. Zagury note que S. Freud a « dé-moralisé » la perversion, repoussant la « malignité et la cruauté », le « mal » sur le terrain de la perversité, notion qu'il différencie de la perversion. (27)

Au delà de la perversion sexuelle, **le concept de perversion s'est par la suite étendu** à d'autres champs que celui de la sexualité. Pour des auteurs comme C. Balier (28), les objets et domaines de la perversion sont multiples. Le **mouvement pervers** fait alors référence à l'assujettissement de la victime, le **déni d'altérité**, la manipulation d'autrui. La relation d'emprise, dans un lien pervers, est à l'oeuvre.

D. Zagury précise que ce mouvement pervers, qui a une dimension plus morale et relationnelle, peut n'être que ponctuel et constituer un mode de défense parfois nécessaire au maintien d'une économie psychique. (27) Cependant, dans des cas exceptionnels, il se peut que ces mouvements pervers régulent **toutes les relations** et occupent **tous** les champs de la personnalité. La perversion constitue alors un fonctionnement psychique durable. L'emprise pathologique, telle que la décrit R. Dorey, sera alors le mode relationnel systématique : captation, appropriation par dépossession, empreinte. Nous sommes alors dans le registre de la **perversité**.

La perversité fait référence à un mode d'organisation de la personnalité, du côté du narcissisme. Dans la perversité la domination s'exercera sur tous types d'objets, l'emprise pathologique sera le mode relationnel de référence. Par exemple, C. Balier différencie la perversion sexuelle de la

perversité sexuelle dans laquelle il y a un **recours** à l'acte violent, à la **destructivité**, avec des mécanismes de clivage du moi, une recherche de toute puissance pour éviter l'entrée dans la désorganisation psychique, la psychose. (28)

S. Baron-Laforêt (29) précise : « Un point fait l'accord des experts de la conférence de consensus sur les auteurs de violences à caractère sexuel : ces troubles du comportement sexuel correspondent moins à des troubles de la sexualité qu'à des solutions défensives vis-à-vis d'angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance ». (29) Dans la perversité, la représentation de soi est fondée sur la destruction physique et psychique de l'autre. Cette notion fait le lien avec le concept « perversions narcissiques », développé par PC. Racamier, et qu'on pourrait aussi définir comme des « perversités » narcissiques. (24)

### *c) Mise au point sur le concept de pervers narcissique.*

Il nous semble important, alors que nous développons le concept d'emprise dans la relation et de violence psychologique, de nous arrêter sur la description clinique que fait PC. Racamier de la perversion narcissique afin d'éviter de tomber dans l'écueil actuel dénoncé par D. Zagury et qui consiste à invoquer ce terme de façon « extraordinairement **extensive et abusive** ». (27)

PC. Racamier introduit ce concept en 1987 dans son livre Les pervers narcissiques. Il décrit la perversion narcissique comme une pathologie parente de la **perversité**, une stratégie de défense répandue qui devient pathologique lorsqu'elle constitue une « organisation **durable** du psychisme », afin de dénier et de procéder à l'éviction de tout conflit intérieur. (24)

Le **mouvement pervers** possède deux visées : la première est l'expulsion hors de soi (ou de sa famille) de douleurs et conflits déniés et rejetés. La seconde est la majoration de la valeur narcissique propre au détriment de l'autre. Le mouvement de perversion-narcissique constitue une agression psychique, une « façon organisée de se défendre de toute douleur et contradictions internes et de les expulser pour les faire couvrir ailleurs, tout en se sur-valorisant, tout cela aux dépens d'autrui et non seulement sans peine, mais avec jouissance. » (24)

PC. Racamier précise que **la défense narcissique seule ne fait pas encore la perversion**. Il faut constater le mouvement de perversion-narcissique dans sa totalité, et s'assurer qu'il constitue une organisation durable du psychisme, pour conclure à une perversion narcissique. Ce fonctionnement

ne pourra se déployer entièrement que dans la relation à l'autre : « Le mouvement pervers ne s'achève que par le concours involontaire, mais actif et nécessaire, de l'entourage ». (24)

La pensée perverse, décrite par PC. Racamier est « entièrement et exclusivement consacrée à l'exercice et à la mise au point des agissements pervers », et « n'opère que dans la déliaison ». (24)

Pour PC. Racamier, psychose et perversion ont en commun de puissants mécanismes d'expulsion des conflits hors de la psyché. Cependant, chez les psychotiques, ces mécanismes sont imparfaits, ils génèrent de la souffrance, des exportations sous forme délirantes. (30)

#### **4. L'emprise et les théories de l'attachement : de l'emprise « normale » et ses déterminants à l'emprise pathologique.**

Nous allons ici évoquer la notion d'emprise « normale », commune, naturelle, décrite par certains auteurs comme une étape du développement de l'enfant permettant l'ajustement et l'accordage mère-bébé. Cette conception est étayée notamment par les **théories de l'attachement**.

L'attachement est un concept d'abord né de l'éthologie, et développé après la découverte du phénomène d' **empreinte**. Ce phénomène a été décrit suite à l'observation de la fixation (ou attachement) systématique du jeune oison à sa mère (ou à tout autre objet mobile qui lui est présenté) dans les premières heures de sa vie, nécessaire pour lui assurer protection et bon développement. Ces théories sont introduites dans le champ de la psychopathologie dans la seconde moitié du XXème siècle (par des auteurs tels que J. Bowlby, D. Winnicott, M. Main, M. Ainsworth), et formulées dans différents référentiels comme par exemple l'éthologie, la psychanalyse, la cybernétique, le cognitivisme, la neurobiologie. Elles développent l'idée que pour s'assurer un développement satisfaisant, un jeune enfant a besoin de développer une relation d'attachement avec un « caregiver ». (31)

La conquête de l'autonomie pour l'enfant passe par un temps de dépendance absolue à l'égard de l'objet. Grandir est au centre de plusieurs points de tension : grandir pour soi et contre l'autre, contre l'emprise qu'il exerce, mais grandir aussi contre sa propre tendance à rester dépendant et pour répondre au désir de l'autre, de la mère et du père qui poussent à l'autonomie.

A. Guedeney (cité en 17) décrit la rencontre mère-bébé comme un **accordage**, selon des procédures **d'ajustement**. Ces ajustements se développent peu à peu et vont susciter la jubilation partagée de la mère et de l'enfant. (17)

Du côté de l'enfant, une emprise exercée sur l'objet va permettre l'expérience de satisfaction. Ces observations confirment les remarques de S. Freud sur **l'appareil d'emprise** et la fonction des yeux, de la bouche et des mains, permettant de garder l'objet à proximité, sous son contrôle.

Le lien d'emprise existe également du côté maternel, permettant la contenance, par ce que D. Winnicott (cité en 32) a décrit comme :

- Le holding : nécessité que l'enfant soit bien porté (étayage psychique : porter la mentalisation par l'apprentissage, et biologique).
  - Le handling : nécessité d'un maniement de son corps, ferme et habile, pour qu'il puisse structurer et intégrer les fonctions somatiques, toniques et motrices.
  - L'object presenting, ainsi que toutes les conduites de contrôles exercées par la mère sur le bébé.
- (32)

Pour A. Eiguer, l'emprise maternelle est nécessaire pour instaurer avec l'enfant son **lien d'identification primaire**. De ce lien indispensable « va émerger, **différenciée**, face à une séduction maternelle nuancée, la propre pulsion de l'enfant ». (33) L'enfant peut s'inscrire dans un lien familial, en résonance avec le désir maternel de l'inscrire dans une lignée transgénérationnelle et filiale. Ces processus d'emprise bilatéraux vont permettre à l'accordage et à l'ajustement de se faire.

Il existe des écarts inévitables dans ces procédures d'ajustement. On assiste alors à un micro-retrait du bébé, à l'origine du processus de subjectivation. L'enfant va pouvoir se déramponner de l'objet dans la réalité et s'attacher à la représentation de l'objet. Les moments de micro-retraits montrent que le bébé forge la représentation en présence de l'objet, lui permettant de s'attacher à une présence autre, représentative.

L'emprise a donc un rôle maturant dès le début de la vie. **Les pathologies de l'emprise (des deux côtés de la relation d'emprise) relèveraient alors, à des degrés divers, d'un échec de ce travail d'emprise premier**. Selon A. Eiguer, (33) l'emprise pathologique surviendrait quand il y a échec des processus de subjectivation. Dans la relation d'emprise, ce serait l'angoisse de fusion/séparation qui serait réactivée. Pour T. Massimo, « lorsque l'emprise fait défaut, la place délaissée est investie par le vide, la maîtrise et la perversion narcissique. »(34)

Il est intéressant de voir que des articles récents s'attachent à décrire, en s'appuyant sur des théories neurobiologiques et neurodéveloppementales, l'importance pour l'enfant dans son développement non seulement d'être stimulé, emmené par ses parents, mais aussi surtout d'explorer, de manipuler, d'influencer et de reconnaître l'influence de son action sur son environnement. Nous pouvons

trouver ces théories citées dans des articles tels que celui de A. Bandura de 2001 (35) ou celui de M. Cameranesi de 2016 (36).

Selon M. Ainsworth, en fonction de la qualité de l'attachement qu'il expérimente de façon répétée, l'enfant internalise un schéma, un modèle-type d'attachement, qui se reproduit au long de la vie. Quatre type d'attachements sont définis : sécure, anxieux, évitant, désorganisé. (37) Les différentes expériences relationnelles vécues vont forger des représentations internes, appelées « **modèles internes opérants** ». Ce sont des prototypes qui seront mis en jeu dans les futures relations interpersonnelles, en dehors de la famille et impliquant les attentes sur le comportement des personnes avec qui le sujet rentre en relation.

Les liens d'attachement continuent d'être expérimentés tout au long de la vie. Selon la qualité des relations interpersonnelles expérimentées et leur répétition, les modèles internes opérants peuvent se ré-ajuster même à l'âge adulte. L'extrapolation des théories de l'attachement chez l'adulte est relativement récente.

## 5. Théories systémiques.

Le « mode singulier d'interaction » dont parlait S. Freud, cet « agencement complexe de relation à l'autre » (19) est appelé « système d'emprise » (38), dans les théories systémiques. JC. Maes, dans un article de 2009 (38), nomme « empriseur », et « emprisé » les acteurs de ce « système d'emprise ». Ce système d'emprise est à l'oeuvre dans beaucoup de relations humaines, pouvant trouver un équilibre, une homéostasie. Parfois, le lien, appelé « bound » ou contrainte, devient destructeur.

Les théories systémiques considèrent que la violence n'est pas un phénomène individuel, mais la manifestation d'un **processus communicationnel et interactionnel**. Les participants d'une interaction sont tous impliqués et possèdent donc tous une potentielle responsabilité dans la modification de l'interaction. Dans ces théories, la violence n'est pas considérée comme un trait de personnalité individuel. Ainsi, l'action violente résulte plutôt d'un déséquilibre situationnel plutôt que de l'expression d'une caractéristique qui serait « innée » chez un individu. C'est une vision dynamique et interactionnelle de la violence qui peut être utilisée pour théoriser la relation d'emprise, bien que cette modalité particulière de relation s'instaure de manière très insidieuse. (39)

### *a) Définition du système d'emprise.*

La relation d'emprise est décrite dans le modèle systémique comme une interaction violente particulière : « **une violence-punition dans une relation complémentaire avec symétrie latente** ». Ce modèle a été développé par R. Perrone et M. Nannini M. dans un ouvrage de 1995 portant sur les violences et abus sexuels dans les familles. (40)

La violence-punition s'oppose à la violence-agression. La violence-punition est **complémentaire** et **non-égalitaire** (inégalitaire). Dans la relation complémentaire, les protagonistes sont en accord sur la définition du rôle et de la place de chacun. A définit une valeur et B accepte la définition, les statuts ne sont pas les mêmes, et le modèle relationnel est construit sur l'utilisation et l'acceptation de ces différences. La relation complémentaire s'oppose à la relation symétrique. Dans une relation symétrique, il y a rivalité entre les protagonistes et ils agissent comme s'ils avaient le même statut.

L'emprise est considérée la plupart du temps comme une violence-punition avec **symétrie latente**. La symétrie latente est présente quand le sujet est en position basse, obligé de subir la punition, mais qu'il résiste malgré le rapport défavorable des forces. La symétrie latente n'est pas toujours évidente dans les relations d'emprise, d'autant plus que la domination est rarement énoncée clairement, mais on retrouve très souvent quelque chose de l'ordre du désaccord. (40)

Dans l'emprise, l'influence est **inégalitaire**, elle se développe **à l'insu** de l'emprisé.

### *b) Les étapes de la création d'un état d'emprise.*

La création d'un état d'emprise se fait à travers trois pratiques relationnelles ou praxis qu'ont décrites R. Perrone et M. Nannini (40) : **effraction**, de **captation**, et de **programmation**.

#### *(1) L'effraction.*

L'effraction constitue une manoeuvre par laquelle l' « empriseur » fait irruption dans le psychisme de l' « emprisé », « perce son enveloppe » psychique et opère une « rupture de la frontière et des limites du territoire » (40). L' « empriseur » s'installe dans le territoire de sa victime.

R. Perrone reprend les théorisations de D. Anzieu (cité en 40) sur les enveloppes, et notamment le fait que l'appareil psychique a besoin de se constituer une enveloppe qui le délimite, le protège, et permet les échanges avec l'extérieur. Le sentiment d'intégrité est en lien avec cette symbolique d'un dedans / dehors. Il y a différentes façons de commettre une effraction dans le territoire de

l' « emprisé ». Il existe une effraction dans tout contact abusif soit à travers l'irruption dans l'imaginaire, la pénétration de l'espace personnel, ou à travers l'effraction physique par exemple.

### (2) La captation :

Ce qui est en jeu dans la captation, c'est l'appropriation de l'autre, le contrôle de sa liberté. Certaines voies sont utilisées à des fins de captations, comme le regard, le toucher, la parole. Ces voies font partie de l'équipement sensoriel et sensitif du sujet, qui permet l'émission et la réception d'informations entre l'individu et son environnement.

L'attaque de ce système rendra le sujet vulnérable, influençable, programmable. Elle peut se faire selon différents canaux de captation :

- **Le regard** : « toute **incongruence** entre le regard et la situation peut être source de perplexité et confusion » (40) et participer à une captation.
- **Le toucher** : des gestes déplacés, ou violents, incohérents avec la situation ou incongruents au discours produit, générant des doutes sur leurs légitimités, peut créer un état de malaise et de confusion. Dans la description de la captation dans les abus sexuels, il est souvent décrit un toucher d'une intensité sensorielle troublante, assortie à des messages de banalisation.
- **La parole** : Peut être **confuse**, mélanger les champs sémantiques, dé-contextualiser, faire perdre les repères habituels, modifier ou maquiller le sens d'une situation, utiliser des doubles-liens ou un langage paradoxal. L' « emprisé » s'épuise à déceler une cohérence sémantique dans le discours. Dans l'emprise, la parole est au service de la captation, du détournement de la signification du sens de la communication. Elle est un outil de capture et non vecteur de communication. (40)

### (3) La programmation.

« *Apprendre à ne pas sortir, même avec la porte ouverte* » (40)

La programmation est un conditionnement de la victime, qui permet de maintenir la mainmise sur elle. Nous sommes déjà ici dans une perspective plutôt du registre cognitivo-comportemental.

La programmation est en lien avec l'**apprentissage**. Il existe trois types d'apprentissages : l'apprentissage « libre », l'apprentissage « en l'état » et la programmation. Chacun ont à voir avec les processus de **mémorisation**. Les processus de mémorisation sont facilités par la répétition de l'information et par un contexte de stimulations sensorielles riches. Les émotions jouent un rôle

important dans la mémoire. Nous nous souvenons mieux d'une information apprise dans un état émotionnel donné si l'évocation ultérieure se fait dans le même état émotionnel.

Il existe une différence qualitative entre les concepts de programmation et d'apprentissage. La programmation permet d'obtenir une obéissance du sujet, un comportement programmé, sans qu'il intègre une information en particulier. L'apprentissage (le fait d'acquérir une connaissance, une habitude) demande une participation et une assimilation de la part du sujet. (40)

- L'apprentissage dans l'état décrit l'acquisition d'une information associée à une forte charge émotionnelle, provoquant une perturbation neurobiologique. Les apprentissages réalisés dans cet état restent liés à cet état. Le contenu, le contexte et l'état émotionnel du sujet à ce moment fusionnent lors de la mémorisation. Le rappel mnésique implique par la suite la restitution de l'information associée à cet état émotionnel. Les apprentissages sont piégés dans une cage neurobiologique et conditionnent les comportements de l'individu dans un répertoire déterminé.
- La programmation se réalise unilatéralement, depuis l'extérieur du sujet. Elle consiste à introduire, dans un **climat émotionnel intense**, des instructions dans le fonctionnement cérébral de l'autre pour induire par la suite des comportements prédéfinis selon un stimulus donné. Par la suite, il est possible d'activer des conduites adaptées à une situation ou un scénario anticipés et pré-établis.

Dans l'apprentissage « libre » l'individu peut se servir volontairement et consciemment des connaissances acquises, alors que dans l'apprentissage dans l'état et dans la programmation il y a **pré-détermination** de l'individu dans ses possibilités de choix et de comportements. La programmation ne peut s'effectuer que sous certaines conditions (temps, disponibilité de la victime, impunité contextuelle). La programmation est une forme de **conditionnement**. Elle est permise par différentes opérations. Elle est en lien par exemple avec la répétition de l'acte, le secret, le pacte qui lie l'abuseur à la victime, le sentiment d'être responsable, la fatalité et la honte qu'éprouve la victime. (40)

L'emprise est le résultat de la confluence de trois faits (effraction, captation, programmation) inhérents à la relation abusive, et explique selon R. Perrone (par une influence importante, une modification de la capacité critique par défaut de perception, une focalisation) l'impossibilité des victimes à parler, faire savoir, dénoncer les situations subies et s'en extraire.

Certains abus ou passages à l'acte violents peuvent survenir sans que ces trois étapes qui signent l'emprise interviennent. En revanche, **quand l'emprise est complète, la fin des abus, ou des passages à l'acte, ne signifie pas que l'emprise s'arrête pour autant.**

c) *Facteur favorisant les praxis d'emprise : la communication dans la relation d'emprise.*

COMMUNICATION	<i>Rupture des registres communicationnels</i>	<i>Le langage d'injonction</i>	<i>Le langage de rétorsion</i>
CARACTÉRISTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rupture et confusion des registres communicationnels.</li> <li>-Messages transmis à travers des registres contradictoires.</li> <li>-Communication cohérente mais non congruente à la situation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication à sens unique.</li> <li>-2 types :</li> <li>-Injonction de conformité : la personne qui reçoit le message doit se conformer au système de croyance de l'abuseur.</li> <li>-Injonction de culpabilité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Différence entre rétorsion et menace : La rétorsion véhicule l'idée que le mal et ses conséquences sont occasionnés par l'action de la victime visant à se défendre.</li> <li>-Sous-entend que toute action visant à modifier le status quo se retournera contre la victime.</li> </ul>
EFFETS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perplexité.</li> <li>-Anticipation impossible.</li> <li>-Compréhension impossible.</li> <li>-Automatisation corporelle, blocage au niveau cognitif, perturbations émotionnelles.</li> <li>-Désorganisation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Abandon de toute velléité de singularité et obligation d'accepter la situation imposée, le nouveau sens donné à la situation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Etat de perplexité, d'épuisement, d'abandon.</li> </ul>
EXEMPLES	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Parent adoptant un discours de protection tout en ayant des gestes déplacés avec son enfant.</li> <li>-Conjoint violent faisant un cadeau à son / sa partenaire tout en proférant des menaces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-« Tout le monde fait ça », « ça ne fait pas mal »</li> <li>-« La famille va se détruire à cause de toi »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-« Si tu me dénonces je te quitte, et tout le monde sera malheureux ».</li> </ul>

Les théories systémiques nous permettent de voir sur quels mécanismes communicationnels se construit une relation d'emprise. (41)

## 6. Données issues des neurosciences et des sciences cognitives.

Dans la partie précédente, nous avons décrit les processus d'apprentissage et de programmation à l'oeuvre dans la relation d'emprise. Nous allons maintenant passer en revue quelques grands concepts issus de l'expérimentation, des sciences cognitives et des neurosciences et pouvant apporter un éclairage sur les mécanismes qui favorisent le conditionnement à l'emprise.

### a) *L'impuissance apprise, « learned helplessness ».*

Ce terme décrit un processus de conditionnement relationnel qui a beaucoup marqué les neurosciences.

#### (1) Impuissance apprise et expérimentation animale :

- H. Laborit, dans les années 70 et 80, a travaillé sur les moyens de défense de l'organisme face à une agression. L'un de ses apports les plus importants aux neurosciences est le concept d'**inhibition de l'action**. Ce concept est élaboré à partir des travaux fondateur de H. Selye sur le **stress**, modèle que H. Laborit a par la suite inscrit dans une perspective évolutive plus large, tel que l'étudie E. Kunz dans un article de 2014. (42)

H. Laborit a étudié (via des modèles expérimentaux sur des rats) les comportements « actif » ou « passif » d'un sujet vis-à-vis d'un agent agresseur, c'est-à-dire un « stress ». En réponse à cet agent « stressant », plusieurs réponses comportementales sont possibles dans le but de le contrôler ou le neutraliser : la **lutte** ou la **fuite** (évitement **actif**). Le résultat de cette action (succès ou échec) est enregistré et assimilé. Par un **apprentissage**, en lien avec les processus de mémorisation, ce résultat déterminera les comportements ultérieurs. Si le contrôle sur l'agent stressant est efficace, il intervient peu de perturbations biologiques ou physiologiques, qu'elles soient centrales ou périphériques. Pour H. Laborit, l'agent stressant et ses conséquences sont alors du registre du **choc**, les perturbations évoluent rapidement, et la réponse nerveuse est limitée surtout à l'hypothalamus et au tronc cérébral. (42, 43) Si le contrôle sur l'agent stressant s'avère être inefficace, l'action motrice de contrôle de l'environnement devient impossible, et des perturbations physiopathologiques apparaissent. Nous nous situons alors dans le registre du **stress**. La **mémoire** joue un rôle prédominant et le système limbique et le cortex associatif sont impliqués dans les perturbations physio-biologiques. (42, 43) Ces perturbations mèneront à l'**apprentissage de l'inefficacité de l'action**.

Quand l'action (fuite ou lutte) est inefficace, un **phénomène d'inhibition de l'action** est observé, secondaire à la mise en place d'un système d'inhibition. Ce phénomène détermine un

comportement de soumission. **Cette réaction est adaptative, elle permet d'éviter la lutte inefficace et la destruction de l'organisme agressé.** H. Laborit développe ce phénomène d'inhibition de l'action dans différentes situations dans son ouvrage de 1976 : L'éloge de la fuite (44). Pour H. Laborit, le danger provient du fait de sa durée, si les conditions environnementales se prolongent.

Le film « Mon oncle d'Amérique » de A. Resnais (1980) est un témoignage intéressant des théories qui guidaient la réflexion neuroscientifique à l'époque de H. Laborit. Il contient des scènes où l'on peut voir certaines de ses expériences sur des rats. Le thème des déterminants de l'action, de l'inhibition de l'action, de la lutte et de la fuite face à une situation y sont abordés dans des perspectives plus larges, notamment celles qui nous intéressent, comme les comportements de domination et d'influence dans les relations humaines.

Depuis les études menées par H. Laborit, la théorie du stress et de l'inhibition de l'action ont influencé de nombreuses recherches en neurosciences. Les théories du stress ont été développées dans de multiples domaines, notamment en psychiatrie en apportant un support neurobiologique aux théories sur le stress post-traumatique (qui nous intéresseront dans la partie III de ce travail), comme on peut le voir par exemple dans l'article de 2006 de G. Vaiva G. et F. Ducrocq traitant de la neurobiologie des états de stress psychotraumatiques. (45)

-M. Seligman, inhibition de l'action et **impuissance apprise.**

M. Seligman décrit, à partir de 1975, à partir d'expériences réalisées sur les chiens, le concept de « **learned helplessness** », l'« impuissance apprise ». L'impuissance apprise peut être définie par l'adoption d'une attitude résignée ou passive d'un individu, résultant d'un apprentissage par **l'expérience de son absence de maîtrise** sur les événements et son environnement. (46) Cette impuissance est caractérisée d'« apprise » car elle se généralise même aux situations dans lesquelles l'action du sujet pourrait potentiellement avoir une influence ou une efficacité.

M. Seligman, à partir de ses expériences, avance l'hypothèse que des **événements traumatiques répétés entraveraient l'apprentissage de nouvelles réponses.** L'état d'impuissance apprise serait un **facteur d'anxiété et de dépression.**

*Expérience de MAIER et SELIGMAN : (47)*

**1ère partie :** *Trois groupes de chiens sont attachés. Le premier groupe est témoin, les chiens sont simplement attachés puis libérés. Dans le deuxième groupe, les chiens subissent des chocs électriques, qu'ils peuvent arrêter en pressant sur un levier. Dans le troisième groupe, les chiens sont attachés aux chiens du deuxième groupe, ils subissent des chocs électriques, qu'ils ne peuvent pas arrêter. Le seul moyen pour un chien du troisième groupe d'échapper au choc est qu'un chien du deuxième groupe actionne son levier.*

*Les chiens du groupe trois font l'apprentissage de l'impuissance, montrent des symptômes extrapolables à de la dépression chronique.*

**2ème partie :** *Les trois groupes de chiens sont placés dans un dispositif avec un petit muret, qu'il faut sauter pour échapper aux chocs électriques.*

*Les chiens du groupe trois restent pour la plupart immobiles. L'impuissance est apprise car dans une situation où l'action du sujet peut être efficace, il ne fait rien.*

*Ce phénomène semble réversible et les chiens peuvent de nouveau faire l'apprentissage de leur efficacité, réapprendre l'initiative d'échapper aux chocs.*

(2) *Extrapolation des concepts d'inhibition de l'action et de l'impuissance apprise à l'humain.*

L. Walker a mis en évidence les facteurs cognitifs et comportementaux observés dans les situations d'influence, de contrôle, de violence psychologique et d'emprise dans les relations inter-personnelles.

L. Walker, en procédant à de larges études sur les femmes victimes de violences conjugales (physiques et psychologiques) a décrit le rôle de processus cognitifs dans la compréhension de l'incapacité à changer leur situation. Elle a extrapolé à l'humain le concept d'impuissance apprise, utile à la compréhension des phénomènes d'emprise, comme nous pouvons le voir dans un article de 1977 intitulé « Battered women and learned helplessness. » (48)

Les agressions imprévisibles, incontrôlables, la perte de la capacité d'anticipation, le sentiment d'incompétence, de vulnérabilité, ont été repérés comme autant de facteurs limitant la capacité d'action et de changement des victimes. Selon L. Walker, l'impuissance apprise diminuerait chez ces femmes la capacité d'agir pour sortir de telles situations. (49)

*b) Le lavage de cerveau, le « brainwashing ».*

R. Jay Lifton a décrit, à partir de récits de prisonniers de guerres, les processus de conditionnement permettant le « brainwashing » (50), qu'on appelle aussi persuasion coercitive, terme plutôt utilisé pour décrire les manipulations de groupe sectaires sur leurs adeptes. Selon V. Sadock, (cité en 47) « toutes les personnes sont vulnérables au lavage de cerveau, si elles y sont exposées durant un temps suffisamment long, si elles sont seules et sans appuis et si elles n'ont aucun espoir de sortir de cette situation. »

Ces procédés, considérés comme des violences psychologiques, se font selon différentes techniques.

R. Jay Lifton a classé ces différentes techniques selon leur registre :

- **Les techniques comportementales** : isoler la personne, contrôler l'information qu'elle reçoit, la mettre dans un état de dépendance économique, la fragiliser physiquement et psychologiquement.
- **Les techniques de type émotionnel** : manipulation verbale et au chantage. Modification de la conscience réactionnelle.
- **Les techniques cognitives** : « brouillage » des facultés cognitives, confusion.

Cela se fait essentiellement par le contrôle et la distorsion du langage et de la communication :

- Messages contradictoires : Les messages paradoxaux entraînent chez les victimes un épuisement physiologique, un renoncement à comprendre, un effondrement de la capacité critique.
- Refus de la communication directe : sous entendus, pas de réponse aux questions etc.
- Déformation du langage : message flou et imprécis. Désorientant, culpabilisant. La tonalité implique des reproches non exprimés, menaces voilées.
- Mensonge : malentendu, réponses à côté etc.
- Sarcasmes, dérision, mépris : atmosphère désagréable.
- Disqualification : retirer à quelqu'un toute qualité, lui dire et répéter qu'il ne vaut rien, jusqu'à l'amener à le penser. (47)

Ces descriptions rappellent ce qui a été décrit dans la relation d'emprise, que ce soit dans le courant psychanalytique, par exemple par PC. Racamier (ce qu'il nomme la communication perverse, **la machine à décerveler**) (24), ou systémique (ce que R. Perrone ou JC. Maes nomment la **communication de l'emprise**). (40)

## 7. L'emprise en psychologie sociale.

Dans le champ de la psychologie sociale, l'emprise a été analysée via l'étude des phénomènes de pouvoir, de contrôle, de l'influence. R. Pagès et S. Milgram sont des auteurs notables dans ce domaine.

### a) *L'expérience de S. Milgram.*

L'apport de S. Milgram a été considérable dans l'étude des phénomènes d'influence et de soumission, en introduisant **la théorie de l'état agentique**, qu'il développe dans son livre La soumission à l'autorité, paru en 1974. (51)

Cette expérience de psychologie sociale, dont le protocole expérimental a été établi dans les années 70 consiste à étudier le comportement d'un individu soumis à une autorité. Alors que H. Arendt publie en 1963 un ouvrage dans lequel elle développe le concept de banalité du mal (52), et que la réflexion autour des totalitarismes de la seconde guerre mondiale est au travail, cette expérience vise la propension de l'être humain à **se soumettre à une autorité extérieure** et à agir contre sa propre volonté, son propre désir, ses propres valeurs. L'objectif de l'expérience est de mesurer **le niveau d'obéissance** à un ordre même contraire à la morale ou aux valeurs de celui qui l'exécute.

Un des apports de cette expérience est de souligner l'importance du contexte, de **l'effet situationnel** dans l'obtention de la soumission d'un individu. Cet effet situationnel propice à la soumission prévaut sur l'idée qu'un « type » de population serait plus déterminé que d'autres à obéir.

*Le protocole expérimental de S. Milgram est le suivant : (décrit par N. Gueguen) (53)*

*Des sujets sont recrutés et pensent participer à une expérience d'apprentissage où il leur sera demandé d'appliquer des décharges électriques à l'élève participant si celui-ci se trompe, dans le but de favoriser l'apprentissage. (Etude présentée comme portant sur l'efficacité de la punition sur la mémorisation).*

*Il y a donc trois protagonistes : l'élève (acteur), l'expérimentateur (aussi un acteur, représente l'autorité, vêtu d'une blouse), et l'enseignant (donne la liste de mots et envoie des décharges électriques).*

*Les chocs sont fictifs, mais on fait croire au sujet / enseignant, en lui faisant tester, qu'ils sont réels. Le protocole est expliqué au sujet / enseignant, qui pense son rôle tiré au sort.*

*L'expérience commence. L'enseignant cherche à faire mémoriser une liste de mots à l'élève, qui se trouve dans une pièce à part. En cas d'erreur, l'enseignant doit déclencher un choc électrique de plus en plus fort.*

*La souffrance de l'élève, simulées, est également de plus en plus forte : gémissement, plainte, cri violent, puis annonce qu'il renonce à répondre.*

*Si l'enseignant doute, l'expérimentateur doit l'inciter à poursuivre, lui demander d'agir, tout en le déresponsabilisant. Ces demandes sont notées à l'avance et protocolisées selon quatre niveaux. Si au bout du quatrième, le sujet souhaite toujours arrêter, l'expérience s'arrête.*

*NB : L'expérience de S. Milgram est très riche et toutes sortes de paramètres du protocole expérimental ont été testés. Nous rapportons simplement ici les bases de son protocole expérimental.*

Les résultats ont été une surprise pour S. Milgram et son équipe, qui ne s'attendaient pas à un tel niveau d'obéissance. Leur réflexion a mené à déterminer la théorie du « changement agentique ».

### *b) L'état agentique selon S. Milgram.*

S. Milgram définit le passage à l'état agentique comme un « passage d'un mode indépendant, autonome, où l'être fonctionne pour l'unique satisfaction de ses besoins internes, au **mode systématique**, où il est intégré à une structure organisationnelle ». (51) L'intégration dans ce système hiérarchique nécessite une **modification interne**. Les directives issues de l'agent coordinateur deviennent alors prioritaires.

La modification de l'équilibre interne du sujet est du registre cybernétique, phénoménologique, ou encore neurobiologique. Un changement opère dans ses schémas de fonctionnement. Le sujet se considère comme l'agent exécutif des volontés d'autrui, par opposition à l'état autonome dans lequel il estime être l'auteur de ses actes. C'est ce que S. Milgram appelle l'état agentique. Cet état induit une profonde modification de son comportement, de son attitude. L'intégration dans la hiérarchie a opéré un changement d'état de l'individu.

S. Milgram analyse l'état agentique selon trois axes : les **conditions préalables** à la survenue d'un état agentique, les **caractéristiques de la mise en état agentique**, et les **facteurs de maintenance**. Nous retiendrons surtout les analyses qui s'appliquent particulièrement dans l'établissement d'une relation d'emprise.

D'abord, S. Milgram définit les **conditions préalables à l'état agentique**, celles qui préparent le terrain de l'obéissance. Elles sont déterminées par l'obéissance dans la famille et l'apprentissage docilité / récompense présent dans de nombreux cadres relationnels. Cela a pour conséquence de déterminer en partie la perception qu'à l'individu de l'autorité.

Ensuite, il décrit les **caractéristiques de l'état agentique**. Une fois que le sujet est à l' « état agentique », ses actions se trouvent entièrement **conditionnées par sa relation** avec l'expérimentateur. L'expérimentateur introduit une **nouvelle définition de la signification**. Selon S. Milgram, « lorsqu'on est à même de déterminer le sens de la vie pour un individu, il n'y a qu'un pas à franchir pour déterminer son comportement. » (51) Ce procédé consiste à introduire une interprétation, une nouvelle contextualisation, un nouveau sens à la situation, qui permet de rendre acceptable le comportement demandé. Cette définition peut être totalement remaniée ou abusive. **La moralité, le caractère licite, ou pathologique de cette nouvelle définition** va dépendre de l'observateur mais **ne sera pas remise en question par un sujet en état agentique** et donc déresponsabilisé. Le sujet accomplit l'action, mais c'est la figure d'autorité qui décide de sa signification. C'est pour S. Milgram cette abdication idéologique qui constitue le fondement cognitif essentiel de l'obéissance .

Clinique :

*Cette idée peut être illustrée par différents exemples simples. Nous pensons par exemple à un jeune patient de 19 ans, venu consulter pour affects dépressifs, et qui était victime de violences psychologiques de la part de son père, qui d'après ses dires passait son temps à l'humilier et le rabaisser. Les quelques moments où ce fonctionnement avait été questionné par le patient ou par d'autres proches, le père donnait le sens suivant à la situation « c'est un truc de famille », et « c'est pour ton bien ». Ce jeune patient ne pouvait alors qu'accepter la situation. Au moment de notre rencontre, il ne semblait plus en désaccord avec cette situation. Ce genre de processus (de « nouvelle définition de la signification ») peut se retrouver aussi dans le monde du travail, lorsque des employés sont par exemple mis en compétition au nom d'une saine productivité, ou dans les phénomènes de bizutage, dans lesquels des maltraitances peuvent être perpétrées sous couvert d' « intégration », ou de « tradition ».*

L'état agentique est caractérisé par **la perte du sens de la responsabilité**, déterminé par l'introduction d'une nouvelle définition de la signification.

Un autre facteur déterminant important de l'obéissance est **l'effet de la situation**, le cadre méthodologique même de l'expérience. La situation telle qu'elle a été construite engendre une obéissance importante via un état de déresponsabilisation de l'acteur aux commandes. Un autre chercheur, Naissani (1990) (53), propose d'introduire un facteur additionnel à cet état agentique, un facteur cognitif, celui d'une analyse de la « moralité » de l'expérience faite par le sujet. L'autorité, un scientifique d'une grande université, est perçu comme légitime et de bonne foi, ce qui explique peut-être les résultats spectaculaires de l'expérience. Enfin, les ordres, très présents dans l'expérience, augmentent également la probabilité d'obéir et d'obtenir un état agentique.

Enfin, **les facteurs de maintenance** déterminés par S. Milgram et son équipe sont la **réurrence** et la **continuité** de l'action, l'**anxiété** du sujet, et l'obligation inhérente à la situation : dans ce cas, l'opérateur va s'appuyer sur le consensus (implicite ou non) défini par la situation d'autorité pré-établie.

Pour terminer cette description de l'état agentique, il est important de préciser les multiples « **réactions des individus face à l'autorité** ». (51) Placés dans un état agentique, il est bien souvent observé chez les sujets, alors qu'ils exécutent les ordres imposés par l'autorité, une tension psychique, physique, de la nervosité, de l'anxiété, une dissociation entre le discours, les actes, et les émotions.

### *c) Après S. Milgram.*

L'expérience de S. Milgram a inspiré beaucoup de chercheurs dans différents domaines (par exemple les sciences cognitives, la cybernétique, la psychologie sociale). Une de ses élèves, N. Kurdika, a établi un protocole expérimental très proche de l'expérience de S. Milgram, sauf qu'au lieu d'infliger la punition à une autre personne, les sujets de N. Kurdika étaient leurs propres victimes. Il leur était ordonné d'accomplir une action extrêmement désagréable (bien que non dangereuse) : manger des biscuits trempés dans de la quinine. Manger ces biscuits provoquait du dégoût, une sensation de nausée, des vomissements. Il s'est avéré que la réaction à l'autorité est demeurée fortement positive, **même lorsque le sujet est sa propre victime**. (51) Bien que cette expérience pose des questions éthiques, et que les biais n'ont pas tous été étudiés, elle nous permet de réfléchir à l'extrapolation possible de l'expérience princeps de S. Milgram et nous éclaire sur certains mécanismes à l'oeuvre dans l'emprise.

Attention cependant aux sur-interprétations et extrapolations exagérées, qui ont été nombreuses avec l'expérience tellement spectaculaire de S. Milgram. Cette expérience porte uniquement sur les facteurs d'obéissance d'un sujet, sa relation à une autorité en situation d'expérience. Le cadre expérimental a pu biaiser les résultats. Certaines critiques vont jusqu'à dire que les résultats de S. Milgram correspondent à une « illusion » expérimentale. (53)

Nous retiendrons cependant de cette expérience ce qu'elle peut nous apporter pour comprendre le phénomène de relation d'emprise que nous étudions.

## RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTS MODÈLES ÉTUDIÉS :

EMPRISE	Théories psychanalytiques	Théories de l'attachement	Théories systémiques
Principaux auteurs	S. Freud, P. Denis, A. Ferrant, R. Dorey, PC. Racamier.	J. Bowlby, D. Winnicott, M. Ainsworth, M. Main, A. Eiguier, A. et N. Guedeney.	R. Perrone, M. Nannini, JC. Maes.
Définition	-Atteinte portée à l'autre en tant que sujet désirant.	-Emprise comme <b>étape du développement</b> de l'enfant.  -A l'oeuvre dans l'ajustement et accordage du <b>lien d'attachement</b> .  -Empreinte et attachement en éthologie.	-La relation d'emprise est une interaction violente particulière : <b>« une violence punition dans une relation complémentaire avec symétrie latente »</b> .
Thèse principale	« Tendance fondamentale à la neutralisation du désir d'autrui, (...) à la <b>réduction de toute altérité</b> (...); la visée étant de <b>ramener l'autre à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable</b> »	-L'emprise a un rôle maturant dans le début de la vie.  -Chez l'enfant, emprise sur son environnement comme une <b>expérience de satisfaction</b> , de pouvoir sur le monde environnant.  -Chez le parent, emprise comme <b>fonction contenante</b> , holding, permettant les processus d'identification primaire.	-Perversion non conceptualisée en systémique.  -La violence est la manifestation d'un <b>processus interactionnel et communicationnel</b> , tous les protagonistes y sont impliqués.

EMPRISE	Théories psychanalytiques	Théories de l'attachement	Théories systémiques
Concepts clefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>-De la <b>pulsion</b> d'emprise à la <b>relation</b> d'emprise, agencement relationnel complexe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Développement de l'enfant.</li> <li>-Attachement.</li> <li>-Empreinte.</li> <li>-Liens d'attachement déterminent une modalité de rapport aux autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Communication, interaction.</li> <li>-<b>Système.</b></li> <li>-Homéostasie.</li> </ul>
Etapes et processus de l'emprise	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Appropriation</b> par dépossession de l'autre.</li> <li>-<b>Domination,</b></li> <li>-<b>Empreinte.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Emprise réciproque</b> parent / enfant.</li> <li>-Ecart dans l'ajustement du lien permet l'expérience de <b>subjectivation et autonomisation.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Effraction.</b></li> <li>-<b>Captation.</b></li> <li>-<b>Programmation.</b></li> </ul>
Qu'est ce-qui est pathologique ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'emprise existe à des degrés variables dans toute relation.</li> <li>-La « <b>perversion</b> » du <b>lien d'emprise</b> est pathologique.</li> <li>-1ère emprise, parentale, réciproque, puis processus d'autonomisation. Emprise « pathologique » si persistante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les pathologies de l'emprise relèveraient d'un <b>échec de ce travail d'emprise premier.</b></li> <li>-<b>Troubles de l'attachement.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La <b>programmation</b> signe le processus d'emprise.</li> <li>-La programmation est vecteur de répétition et de séquelles psychiques.</li> </ul>
Concepts proches	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pulsion de mort. (S. Freud)</li> <li>-Emprise et <b>perversion</b>, perversité, perversion narcissique.</li> <li>-Emprise et <b>obsessionnalité.</b></li> <li>-<b>Maîtrise</b>, à opposer à l'emprise.</li> </ul>		

EMPRISE	Théories issues des sciences cognitives et neurosciences.	Psychologie sociale
Principaux auteurs	H. Laborit, M. Seligman, L. Walker, R. Jay Lifton.	R. Pagès, S. Milgram.
Définition	-Emprise comme apprentissage de l'inefficacité de l'action, <b>impuissance apprise</b> (learned helplessness), <b>lavage de cerveau</b> (brainwashing), <b>manipulation mentale</b> .	- <b>Influence</b> émanant d'un être humain ou d'un collectif, et s'exerçant sur un ou plusieurs agents.
Thèse principale	-Facteurs cognitifs et comportementaux opèrent dans la relation d'emprise. -Processus de <b>conditionnement</b> , notamment relationnel. -Mise en évidence de processus de conditionnement dans les situations d'emprise par l' <b>expérimentation</b> .	-Passage d'un état <b>autonome</b> à un <b>état agentique</b> . -Importance du <b>contexte</b> , des situations qui optimisent la <b>dé-responsabilisation</b> . -Facteurs dispositionnels de faible influence.
Concepts clefs	-Apprentissage. -Persuasion coercitive. -Techniques de conditionnement : émotionnelles, cognitives, comportementales.	- <b>Etat agentique</b> .
Etapas de la mise sous emprise	-Agents stressseurs. -Apprentissage. -Conditionnement.	-Intégration à un système hiérarchique. -Nouvelle définition de la signification de la situation. -Obéissance.
Qu'est ce qui est pathologique ?	-Stress dépassé. -Inhibition de l'action. -Perte de la capacité à réagir efficacement à un agent stressseur.	-Tension entre l'obéissance, la nouvelle définition de la signification, et les valeurs initiales du sujet. -Perte du sentiment de responsabilité.

EMPRISE	Théories issues des sciences cognitives et neurosciences.	Psychologie sociale
Concepts proches		-Emprise modérée, auto-emprise. -Pouvoir (relation dissymétrique où l'un détermine l'autre, avec ou sans coercition). -Régulation.

- L'emprise, en tant que modèle de violence psychologique, est théorisée dans de nombreux référentiels de psychopathologie.
- Cette notion peut être définie en se focalisant sur l'intrapsychique, l'intersubjectivité, ou la dynamique relationnelle jusqu'à s'intéresser à une conception beaucoup plus globale, psychosociale, dans laquelle les déterminants ne sont plus seulement individuels mais aussi contextuels.
- Dans tous les référentiels cités, il est question d'une emprise « naturelle », « ordinaire », « homéostatique », « équilibrée », qui s'oppose à une emprise « destructrice », « déséquilibrée », « pathogène ».
- Il est donc question, par extension, de l'existence d'une relation d'emprise « pathologique ».

Nous allons compléter ce chapitre par deux réflexions :

La première, celle du contexte dans lequel émerge cette question de l'existence et de la caractérisation d'une relation pathologique, d'une violence relationnelle pathogène.

La deuxième, une réflexion autour du normal et du pathologique.

## B. L'EMPRISE, UN SYMPTÔME CONTEMPORAIN ?

Les violences psychologiques, l'emprise et les relations dites pathogènes ou pathologiques ne sont pas récentes, et la littérature témoigne de leur existence. Nous pouvons citer par exemple :

-Dracula, de B. Stoker (54), publié en 1897, dont le célèbre comte utilise de façon exemplaire l'emprise et la violence psychologique comme mode relationnel. Il tient notamment prisonnier J. Harker dans son château d'abord par la séduction, puis la confusion, et enfin la menace.

-Dans Poil de carotte, de J. Renard (55), publié en 1894, nous trouvons une description de maltraitance psychologique au sein de la famille. Le personnage de Poil de carotte est victime de violences de tous registres, et notamment d'une cruelle domination et d'humiliations répétées de la part de sa mère. Ces violences modifieront profondément sa façon d'être aux autres et au monde. Une relation d'emprise est finement décrite, notamment par l'exposition de nombreux doubles liens établis par sa mère à Poil de carotte.

-Enfin, dernier exemple, 1984, de G. Orwell (56), publié en 1949, décrit une emprise idéologique dans un système totalitaire. Le novlangue, la langue imposée par le parti, induit une confusion du langage et un blocage de la pensée nuancée ou spéculative. Ce néo-langage permet ainsi la manipulation des foules, et mérite d'être analysé comme étant un langage d'emprise.

L'idée de traiter ces troubles de la relation par les outils que sont la justice ou la médecine est plus contemporaine. Selon certains auteurs, l'émergence de cette préoccupation autour du potentiel pathologique ou anormal d'une relation serait favorisée par le contexte social contemporain.

### 1. L'inquiétude du « trop d'emprise ».

Concernant l'inquiétude d'être potentiellement « emprisé » dans une relation, de souffrir de « trop » d'emprise, D. Zagury rapporte une multiplication des textes de lois, une extension de notions comme l'abus de faiblesse, qui serait l'expression d'une inquiétude contemporaine, de préoccupation autour des libertés individuelles, d'une angoisse de la relation aliénante, et de la perte du libre arbitre. (9) Paradoxalement, les neurosciences tendent à remettre en question l'existence d'un libre arbitre auquel nous aimerions croire. Elles ne pourront en tout cas pas répondre seules à cette question.

## 2. L'inquiétude du « pas assez d'emprise ».

À l'opposé de l'inquiétude du « trop d'emprise », certains auteurs se questionnent sur l'émergence de liens d'emprise qui seraient favorisés par le contexte social actuel. En quelque sorte, le « pas assez d'emprise » d'un côté favoriserait le « trop d'emprise » de l'autre. Cette idée est déjà évoquée par les différentes théories de l'attachement.

A. Ehrenberg s'intéresse aux problèmes intriquant le psychique et le social, dont le phénomène de l'emprise relationnelle est un exemple. (57) L'emprise pathologique, au même titre que la toxicomanie ou la dépression étudiée par A. Ehrenberg, serait-elle une conséquence de **l'érosion du lien social** ? Autrement dit, les situations favorisant dépendance et lien d'emprise ne seraient-elles pas les conséquences en termes de désordres identitaires et narcissiques de ce que E. Diet nomme l'« anomie anthropologique contemporaine » ? (58) Ce type de situations toucherait plus fréquemment alors les personnalités limites, « hypermodernes », telles que les décrit A. Ehrenberg. (57)

Peut-on alors imaginer que certains **facteurs de risques** de relation d'emprise seraient ceux allant dans le sens d'une **désorganisation** ou d'une **perte des repères sociaux habituels** et tout ce qui peut mener à la marginalisation ? (par exemple : migration, chômage, misère sociale, économique, périodes de transition). Ces réflexions nous évoquent la problématique que développait déjà H. Ey dans son manuel (5ème édition, 1978) alors qu'il abordait l'« organisation de la personnalité dans son contexte social ». En effet, citant : E. Durkheim, il évoquait déjà l'anomie (absence ou perte des rapports sociaux) comme facteur social de la psychopathologie ... (15)

## C. RÉFLEXION SUR LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE DANS LA RELATION D'EMPRISE. INTRODUCTION DU CADRE LÉGAL INDISPENSABLE AU TRAITEMENT DES QUESTIONS DE VIOLENCES.

La question du normal et du pathologique est inhérente à la médecine. Comme nous l'avons vu par l'étude de la psychopathologie, l'emprise n'est pas un processus endogène. C'est un processus qui fait partie du lien et relève de phénomènes d'influence présents dans toutes relations et tous groupes. Une relation d'emprise, quand elle dérive, peut cependant devenir pathologique. Nous nous posons la question de la limite entre le normal et le pathologique dans ces situations.

### 1. Les approches extrinsèques de la limite normal / pathologique, basées sur l'idée d'un continuum.

Avec l'approche extrinsèque, nous étudions l'éventuelle possibilité de définir des critères diagnostiques d'une relation d'emprise normale ou pathologique par l'observation « de l'extérieur ». Nous considérons alors l'idée d'un continuum qui existerait entre emprise normale et pathologique.

#### *a) C. Bernard.*

Pour C. Bernard, médecin et physiologiste français du XIX<sup>ème</sup> siècle (cité par J. Dufresne en 59), la santé et la maladie ne sont pas deux modes qui diffèrent essentiellement. Il n'y aurait entre ces deux manières d'être que des différences de **degré** : l'exagération, la disproportion, la dysharmonie des phénomènes normaux constituent l'état maladif. Il y aurait donc une **continuité** entre normal et pathologique.

Cette théorie peut s'appliquer à la pathologie de la relation qu'est l'emprise. Il y aurait un état normal d'emprise, qui, « exagéré », « disproportionné » constituerait un état « maladif ». L'approche extrinsèque est basée sur l'idée d'un continuum.

#### *b) S. Demazeux.*

S. Demazeux (Chercheur en philosophie des sciences) souligne une tendance actuelle de la psychiatrie à s'intéresser à l'approche dimensionnelle. (60) L'intérêt de l'approche **dimensionnelle** (mesure des différences quantitatives d'un même type de substrat, en essayant de nuancer des symptômes par différents degrés d'intensité) est souligné, en opposition à l'approche **catégorielle** (catégories précises aux propriétés clairement définies, visant à établir la présence ou l'absence d'une catégorie). L'approche dimensionnelle retient l'idée d'un continuum entre normal et pathologique pour de nombreux symptômes ou pathologies.

*c) Les limites : risque éthique de psychiatisation des comportements.*

Ce « tout dimensionnel », « tout continuum » pourrait poser des difficultés d'ordre **éthique** : en effet, reconnaître la continuité fondamentale du normal et du pathologique serait reconnaître que le point de coupure que l'on pose entre normal et pathologique est arbitraire. Selon S. Demazeux, se passer entièrement d'une démarcation catégorielle (qui est à la base de l'intervention médicale) serait accepter la perspective de « psychiatriser » la plupart des comportements qui simplement posent problème. (60)

Cette approche semble ouvrir des réflexions sur la relation d'emprise. Ce processus, lorsqu'il est pathologique, ne peut être décrit que dans une approche dimensionnelle. Attention donc à la psychiatisation systématique des comportements qui pourrait en découler.

## **2. Une approche intrinsèque, non basée sur un continuum : G. Canguilhem.**

Nous allons nous intéresser à une approche intrinsèque, dans laquelle nous ne cherchons pas à établir des critères extérieurs ou nécessairement objectivables pour se concentrer sur l'expérience individuelle du patient. Cette conception est étayée par les thèses de G. Canguilhem (médecin et philosophe des sciences français, 1904-1995).

G. Canguilhem (étudié par C. Helpert, et JD Guelfi en 61 et 62) a beaucoup réfléchi aux rapports entre les concepts de santé et de norme. Il oppose deux couples de concepts, présents dans la pratique du médecin :

- **sain** et **pathologique** (ou santé et maladie) d'un côté,
- **normal** et **anormal** de l'autre.

Pour G. Canguilhem, **la santé** n'est pas la normalité, et la pathologie n'est pas l'anormalité. On ne peut pas réduire la santé à la normalité, en tant que conformité à des normes préalablement définies, statistiques. (62) On ne peut pas non plus réduire la maladie à la non-conformité à ces normes.

Selon G. Canguilhem, être normal, ce n'est pas être conforme à des normes biologiques ou médicales préalablement définies, et qui seraient valables pour tous, mais c'est être **adapté à son milieu**, capable de mener une vie réussie dans son environnement. La thèse fondamentale de G. Canguilhem, concernant la santé, est donc la suivante : la santé n'est pas la conformité à des normes mais la **normativité** : c'est-à-dire **pouvoir d'instituer des normes de vie**. Être **sain**, c'est être **normatif**, c'est à dire capable de s'adapter à des variations de son milieu, quel que soit son hostilité.

Ainsi, la maladie n'est pas l'anormalité, mais l'instauration de **normes de vie perçues comme inférieures**. Le sujet se déclare malade lorsqu'il arrive tant bien que mal à s'adapter à son milieu, mais que cette vie ne satisfait pas ses aspirations, que sa maladie l'empêche de faire ce qu'il aimerait faire. Selon cette théorie, la pathologie ne serait pas l'absence de norme, mais la présence d'*autres* normes considérées comme inférieures.

Pour G. Canguilhem, **la définition de la santé ne peut être établie que par l'individu lui-même**, et ce pour deux raisons :

- La première est que l'on constate que d'un organisme à l'autre, d'un milieu à l'autre, les concepts de normal et de pathologique sont **relatifs**. Il n'existe pas de norme de la santé qui serait valable pour tous, en tous lieux et à toutes les époques.
- La seconde est que la santé est quelque chose qui concerne le patient sur le plan existentiel : il s'agit là de ses capacités d'existence. Pour l'individu, la différence entre sain et pathologique est absolue : il s'opère un changement d'état, un basculement net.

Cette conception peut nous aider dans notre réflexion sur l'emprise pathologique. En effet, une relation inter-individuelle est difficilement descriptible par une norme statistique, quantifiable ou catégorisable. Il est très difficile, voire impossible de quantifier en quoi ce processus est pathologique. Dans une relation d'emprise, les protagonistes ne sont pas dans une relation « anormale » en soi, ils parviennent à mener une vie adaptée dans leur environnement, à être normatif, du moins jusqu'à un certain point. Quand la relation dérive à l'emprise qu'on pourrait qualifier de pathologique, l'« emprisé » vit un rétrécissement de son champ de perception, d'action, de possibilité, il y a une instauration de normes de vie inférieure, d'abord perçue par les observateurs du système (amis, famille, proches, travailleurs sociaux, médecins, juristes, témoins). Cette perception ne sera pas forcément perçue par l'« emprisé », du moins dans un premier temps, l'essence de l'emprise étant de brouiller le sens critique du sujet. Mais bien souvent, par la suite, cette perception d'une norme de vie inférieure pourra être un levier pour prendre conscience de la situation.

Pour aider un individu « emprisé », il faudrait donc s'attacher non pas à fixer une frontière immuable, quantitative, statistique entre normal et pathologique dans cette pathologie de la relation (qui serait discutable sur un plan éthique) mais plutôt s'attacher tant que possible à la perception individuelle, à la souffrance du sujet, définissable avant tout par lui-même. (63)

### 3. Cas clinique. Difficultés de délimitation normal / pathologique. Place du cadre légal dans la question des violences psychologiques.

*De garde aux UMP, nous recevons, Mme T., 60 ans, accompagnée de son fils, 30 ans. C'est lui qui prend la parole : il vient aux urgences psychiatriques car il ne sait plus quoi faire pour sa mère. En effet, il semblerait que cette dame, qui vit seule depuis son divorce il y a 6 ans, soit devenue la cible d'un véritable gourou.*

*Mme T. est retraitée, et mène une vie plutôt solitaire. Malgré tout, elle est entourée par ses enfants et quelques amis, qu'elle voit régulièrement. Elle entretient de bons rapports avec ses enfants, et a des petits enfants.*

*Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques ou médicaux notables, en dehors d'une hypertension artérielle traitée. Il n'y a pas de mesure de protection sur le plan social, cette dame a toujours travaillé et géré ses finances.*

*Alors que son fils parle, Mme T. reste discrète, le contact est distant, elle paraît presque obnubilée. Sur sollicitation, elle prend la parole pour raconter son histoire : elle rencontre Samuel il y a quelques mois, à une conférence. Une amitié naît entre eux, et ils décident de se revoir régulièrement. Elle décrit cette rencontre comme quelque chose de positif pour elle, et se félicite d'avoir pu nouer ce lien.*

*Son fils l'interrompt à ce moment du récit. Il rapporte alors plusieurs faits marquants qui semblent documenter un véritable envahissement physique et psychique de Mme T. par son ami Samuel, un véritable lien d'emprise :*

- *Depuis qu'elle le connaît, Mme T. ne répond plus aux appels téléphoniques de ses enfants et accepte de moins en moins leurs visites.*
- *Elle semble également se couper de son entourage amical. Son champ relationnel semble s'être réduit considérablement. Elle sort de moins en moins de chez elle.*
- *Elle a vendu sa voiture afin de prêter de l'argent à son ami, pour un projet dont nous n'aurons pas connaissance. Il se serait même introduit chez elle de nuit afin de la voler.*
- *Samuel se présentant comme médecin pratiquant la médecine alternative, il a convaincu Mme T. d'arrêter son traitement anti-hypertenseur afin de progressivement passer à de l'homéopathie.*
- *Il pratiquerait également des piqûres d'insuline afin de l'aider à faire un régime. Le fils de Mme T., paniqué, nous montre des photos, elle aurait perdu 30 kilos. Mme T., qui dit être d'accord avec cette méthode, nous montre les piqûres, que nous constatons.*

*Nous donnons la parole à Mme T. Elle est calme, orientée. Il n'y a pas de signe évident de décompensation psychiatrique. Il n'y a pas d'éléments francs en faveur d'un trouble du discernement. En revanche, elle parle d'une voie lointaine, peu assurée. Elle apparaît très fragile, maigre, et cette présentation tranche avec les photos que nous a montrés son fils, dans lesquelles elle apparaît plus solide, confiante. Souvent elle s'interrompt, se corrige. Son discours est d'abord semble-t-il destiné à préserver cette relation qu'elle décrit comme « amicale », en tentant de rationaliser les éléments apportés par son fils. Elle se dévalorise, voit cette relation amicale comme une chance pour elle, sans cela elle n'aurait « plus grand monde » nous dit-elle.*

*Une hospitalisation pour mise à l'abri lui est proposée, il nous semble important de prendre un recul suffisant pour analyser cette situation floue qui n'est pas définie pour l'instant : maltraitance ? abus de faiblesse ? emprise mentale ? conflits familiaux, autres enjeux qui nous échappent ?  
Mme T. refuse dans un premier temps.*

Comment déterminer le normal et le pathologique dans cette relation qui nous est exposée en consultation ? Nous voyons ici la question de la dimension subjective dans la violence.

Mme T. est majeure et responsable. La souffrance psychique est perçue par l'entourage mais déniée par la patiente. Mme T. nous semble aussi en souffrance psychique. Cependant, nous n'avons pas mis en évidence de pathologie psychiatrique caractérisée. Les notions de normal et pathologique sont mises en question sur ce cas de probable lien d'emprise relationnelle pathologique et nous questionnent.

Ces questions sur la légitimité ou la normalité d'une relation d'influence et de la limite avec ce que nous considérons comme pathologique interroge dans différentes situations. (64) Ce sont ces types de questions qui poussent D. Zagury à mener une réflexion sur les violences psychologiques et la relation d'emprise, qui correspondent à des processus véritablement pathologiques, mais dont l'extensivité entraîne un débat sur le **rôle du psychiatre** dans de telles situations. Confier un caractère normal ou pathologique à la relation d'emprise semble d'un côté pertinent (comme nous l'avons vu par l'étude de la psychopathologie), mais d'un autre côté **définir et sanctionner ces situations est aussi et avant tout du domaine du droit**. D. Zagury précise : « c'est toute la difficulté: si l'on admet que nous sommes tous, du fait même du caractère social de notre existence, objets d'influences multiples, la question n'est plus de savoir si ces influences sont en elles mêmes mauvaises, mais plutôt de départager celles qui le sont de celles qui ne le sont pas et **de confier au droit, s'il le peut, le soin de codifier cette distinction** ». (9)

Dans ce type de cas de violences psychologiques et de trouble de la relation, **au delà de la délimitation entre le normal et le pathologique** (« est-ce normal ou pathologique » ?), c'est surtout **la notion de danger pour le sujet qui va interpeller le médecin** (« est ce qu'il y a un danger pour la personne ? ») et de légalité (« cette situation est-elle autorisée par la loi ou non ? ») et que nous allons étudier dans la suite de notre propos.

Dans ce cas clinique par exemple, nous pouvons nous poser la question du régime d'hospitalisation sous contrainte pour « protéger » Mme T. Cependant, les conditions à remplir sont très précises et ne s'appliquent pas aux situations de relations pathologiques et de violences subies, ou peut-être dans de très rares cas dans lesquels les points d'appel sont des symptômes criants (troubles du comportement grave, tentative de suicide par exemple.). Ce sont alors ces symptômes et leurs dégâts sur la personne qui motivent la démarche, la pathologie du lien n'apparaît alors qu'au second plan.

**Sur le plan légal**, on ne peut pas réunir les conditions demandées par la loi, notamment l'article L. 3212-1 du code de la Santé Publique modifié par l'article 1 de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 « *modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* ». La notion de « *troubles mentaux rendant impossible le consentement* » (I-1°) et la condition d'un « *état mental imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant soit d'une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière* » (I-2°) <sup>7</sup> n'est pas remplie ou objectivable dans ce cas.

**Sur le plan éthique** ensuite, nous nous demandons dans quelle mesure une contrainte dans ce cas tendrait à psychiatriser ces troubles de la relation. Nous nous posons également la question de la pertinence psychothérapeutique de passer par une ingérence et une privation de liberté pour traiter un processus pathogène lui-même lié à une ingérence et une effraction psychique. (63)

Dans ce type de cas, le médecin évolue dans un cadre légal dont certains points sont à considérer, comme le souligne G. Lopez dans une publication de 2001 : (65)

D'un côté, il y a la nécessité de porter assistance, pour toute personne :

- L'article 223-6 du code pénal modifié par l'article 3 de l'ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 paru au Journal Officiel de la République Française du 22 septembre 2000 :  
« *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un*

---

<sup>7</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687918&dateTexte=&categorieLien=cid> (En ligne). Consulté en janvier 2017.

*crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.*

*Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».*<sup>8</sup> Nous sommes ici dans le registre de « l'intégrité **corporelle** » et du « **péril** », qui ne s'appliquent pas nécessairement en cas de relation d'emprise.

Et, plus spécifiquement dans le cadre de l'exercice médical :

- L'article R4127-44 du code de la Santé Publique modifié par l'article 2 du décret n°2012-694 du 7 mai 2012 « portant modification du code de déontologie médicale » : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.* »<sup>9</sup>

D'un autre côté, il ne faut pas méconnaître les textes portant sur le **secret professionnel** et certains points de déontologie comme :

- L'article 226-14 du code pénal modifié par l'article 1 de la loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015 « tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé ». La loi impose ou autorise la révélation du secret professionnel : « *1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, (...), dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ; 2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République (...) les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord*

---

<sup>8</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417779&cidTexte=LEGITEXT000006070719> (En ligne). Consulté en février 2017

<sup>9</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912910&dateTexte=&categorieLien=cid> (En ligne). Consulté en février 2017

*n'est pas nécessaire.* »<sup>10</sup> **L'accord** d'une victime présumée majeure est indispensable.

- L'article R4127-51 du code de la Santé Publique modifié par l'article 2 du décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 « *portant modification du code de déontologie médicale* » : « *Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* »<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> LEGIFRANCE. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=39229BC92465A1DFEFC9CD592077F58.tpdila15v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000031428820&dateTexte=20170217&categorieLien=id#LEGIARTI000031428820](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=39229BC92465A1DFEFC9CD592077F58.tpdila15v_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000031428820&dateTexte=20170217&categorieLien=id#LEGIARTI000031428820) (En ligne). Consulté en février 2017

<sup>11</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912917&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20061221> (En ligne). Consulté en février 2017

## RÉSUMÉ

- L'étude de la définition de l'emprise en psychopathologie amène à se questionner sur la délimitation du normal et du pathologique dans la relation.
- Nous retenons d'abord un contexte particulier : bien que les violences psychologiques ne soient pas quelque chose de nouveau, l'attention qui leur est portée est grandissante.
- La tendance actuelle est de les « traiter » dans le registre de la santé et de la justice.
  
- Dans nos recherches portant sur la limite entre normal et pathologique dans la relation d'emprise, nous retenons :
- L'hypothèse d'un continuum entre normal et pathologique, et ses limites, notamment le risque de psychiatrisation systématique de la plupart des comportements qui posent problème.
- L'hypothèse de G. Canguilhem : La santé définie comme capacité à être normatif, et l'importance de la perception individuelle de la santé.
- Aucun des critères « classiques » de normalité ne nous semble satisfaisant dans la qualification d'une relation d'emprise. Il nous semble plus pertinent de s'attacher à une combinaison variable de critères, d'où l'intérêt de l'étude de la psychopathologie, et de la démarche en tant que clinicien de s'attacher à la souffrance, au symptôme et à l'histoire et l'expérience individuelle du patient.
- Cette réflexion sur le normal et le pathologique est à poursuivre.
  
- D. Zagury insiste sur l'attention à porter au rôle de chacun, entre droit et psychiatrie. La question de qualifier une violence, même psychologique, une relation d'influence et d'emprise est avant tout du domaine du droit.
- De plus, nous relevons qu'au delà du normal et du pathologique, le clinicien doit prêter attention au **cadre légal** dans les situations de violence auxquelles il peut être confronté, **y compris lorsqu'elles sont psychologiques.**

### III. LA RELATION D'EMPRISE DANS LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE GÉNÉRALE : OBJECTIVATION DES SÉQUELLES PSYCHIQUES CHEZ LA VICTIME DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE.

Nous pouvons objectiver le potentiel pathogène d'une relation d'emprise pathologique en étudiant ses conséquences sur le psychisme, lorsque la souffrance se manifeste sous la forme d'un symptôme ou d'une pathologie psychiatrique. La façon dont est reçue la violence, son impact, l'objectivation des dégâts causés sera l'objet de cette troisième partie.

Afin d'étayer notre propos sur les symptômes ou pathologies psychiatriques favorisées par un lien d'emprise, nous nous sommes appuyés sur la littérature scientifique. Il est à noter que le terme d'emprise n'est pas employé dans les articles anglophones. Il est question d'« **emotional maltreatment** », « emotional abuse », ou de « **psychological maltreatment** ». Bien qu'il n'y ait pas de définition univoque de ces entités, elles sont décrites comme une « répétition d'interactions et de relations créant des dommages sans qu'il n'y ait nécessairement de contact physique », « la création d'un environnement pathogène », ou encore des « actes d'abus verbal, d'isolement, d'humiliation, de terreur », (termes traduits de l'article de 2011 de A. Slep, R. Heyman et J. Snarr, cité en 66) et nous les avons jugées tout à fait comparables dans leur description à ce que nous avons défini comme une relation d'emprise. Nous avons aussi pris en compte certains articles traitant de harcèlement, « harassment », « bullying » (67), des termes en lien avec les notions de violence psychologique et d'emprise.

Les articles étudiés rapportent des études épidémiologiques analytiques, des enquêtes observationnelles, rétrospectives, qui recherchent des associations entre facteurs de risque et survenue de symptômes. Ces études recherchent soit une association **entre l'exposition à des violences psychologiques et l'apparition de symptômes psychiatriques au long cours**, soit elles étudient le **rôle d'un médiateur (facteur protecteur ou aggravant)** intervenant entre l'exposition à des violences psychologiques et l'apparition de symptômes psychiatriques au long cours.

Elles comportent un certain nombre de biais potentiels inhérents à ce type d'étude :

- Des biais de sélection.
- Des biais de classement, liés au **recueil d'informations** anciennes dans ces études rétrospectives. Malgré les outils de recueils standardisés rapportés dans beaucoup d'études, il persiste les possibles biais de mémorisation ou de rappel (sur-estimation ou sous-estimation des violences), la difficulté d'appréhender une chronologie d'évènements distillés dans le temps (parfois rejoués ou répétés), et la difficulté à prendre en compte la variabilité des « quantités » ou « qualités » d'exposition à la violence.

- Des biais de confusion, possibles erreurs dues à la présence d'un tiers facteur lié à l'exposition et aux symptômes étudiés.

Ces études ne permettent pas de conclure à une relation causale, mais de décrire une association, qui reste à étudier avec un faisceau d'autres arguments. Elles ont le mérite de chercher à expliciter un phénomène difficilement objectivable, et d'aider à la meilleure compréhension des situations de violences psychologiques.

Les articles étudiés portent sur différents thèmes dans lesquels des situations de violence psychologique peuvent être à l'oeuvre, comme la maltraitance infantile ou les violences intra-familiales, les violences conjugales (C. Lamy en a fait une revue de la littérature dans son travail de thèse de 2007, en 68) le harcèlement au travail ou à l'école, l'emprise sectaire, la maltraitance des personnes âgées, mais aussi les abus sexuels dans un lien d'emprise.

Il ressort de cette étude de la littérature que les violences psychologiques seraient associées à des symptômes ou des pathologies psychiatriques tout autant que les autres formes de violences, en particulier chez les enfants et adolescents. (66) Pourtant, elles restent pour l'instant moins rapportées et étudiées, que ce soit sur un plan épidémiologique ou psychopathologique.

Afin d'étayer cette partie sur l'objectivation d'une relation d'emprise en clinique psychiatrique, nous nous sommes aussi appuyés sur des cas cliniques de patients, que nous allons développer dans le reste de ce travail. Par mesure de confidentialité les noms et prénoms, âges, dates, lieux et professions ont été modifiés pour les cas présentés dans ce travail.

## A. CAS CLINIQUES.

### 1. Cas clinique numéro 1.

*Nous rencontrons Marion, 30 ans, dans le cadre d'une expertise civile de réparation de dommage corporel, à deux ans de la fin d'une procédure à l'encontre d'un gourou d'une secte, et contre lequel plusieurs adeptes, dont Marion, avaient porté plainte pour différents motifs (dont agression sexuelle, viol, abus frauduleux de l'état de faiblesse d'une personne placée en situation de sujétion psychologique et escroquerie).*

*Marion est une jeune femme de 30 ans, grande, habillée sobrement mais avec allure. Elle parle sans difficulté majeure de son parcours, qui est l'occasion de voir le déploiement d'une relation d'emprise à plusieurs moments de sa vie. Marion possède un certain recul et une analyse de ses expériences passées, travaillées notamment nous dit-elle durant un suivi qu'elle a initié à sa demande avec un psychiatre libéral et qui a duré plusieurs années.*

*Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques ou médicaux notables en dehors de ce suivi. Dans sa famille, une tante éloignée souffrirait de « dépression chronique » mais elle ne peut pas préciser plus. Nous ne notons pas d'antécédents addictologiques personnel ou familiaux.*

*Marion est la plus jeune d'une fratrie de deux enfants. Elle a une soeur aînée. Son père décède d'une maladie cardio-vasculaire alors qu'elle a 10 ans. Il était ouvrier. Marion en garde le souvenir de « quelqu'un de valeur ». Sa mère est toujours en vie. Elle se nomme Marion également, et a donc donné à sa fille son propre prénom. Marion (la fille) nous dit avoir toujours eu des rapports « électriques » avec sa mère. Malgré leur prénom commun, « on ne parlait pas le même langage ».*

*À l'âge de 10 ans, peu de temps après le décès de son père, la mère de Marion se re-marie. Son nouveau mari, Daniel, est le patron de son défunt mari. La mère de Marion et ses deux filles partent vivre chez Daniel et ses trois enfants, issus d'un premier mariage.*

*À l'âge de 11 ans, Marion est victime d'agressions sexuelles répétées de la part du fils aîné de Daniel, alors âgé de 17 ans. Elle décrit des épisodes d'agressions sexuelles survenant lorsque les autres frères et soeurs, qui partagent les mêmes chambres au premier étage de la maison, sont absents. Marion ne sait pas dire combien de temps ces actes ont duré, ni comment ils se sont arrêtés. « Je n'ai rien dit », nous explique-t-elle, « je pensais être coupable ». « Je pensais que c'était un*

*secret », « je ne voulais pas faire plus de mal ». Cette période reste confuse pour Marion. Elle ne nous dit pas grand chose de sa vie entre ses 11 et 16 ans. Peu de souvenirs semblent accessibles.*

*À 16 ans, elle rencontre Julien, son premier petit-ami, « quelqu'un de confiance ». Elle nous explique avoir avec lui pour la première fois des rapports intimes consentis. Leur relation sentimentale dure plusieurs mois. « Grâce à lui, j'ai pu dénoncer les abus ». Marion parle alors de ce qui lui est arrivé à sa mère, qui accueille la révélation mais semble t-il ne lui propose pas d'intervenir ou de porter cette affaire en justice. Le reste de la famille n'est pas mis au courant. Aucun autre tiers n'intervient.*

*Au lycée, Marion décrit un parcours compliqué, un sentiment de décalage, « je ne comprenais pas ce qu'on me demandait ». Elle passe son baccalauréat et s'inscrit ensuite en faculté d'histoire. C'est à ce moment qu'elle quitte le domicile familial.*

*À l'âge de 20 ans, elle arrête les cours. Elle s'intéresse au domaine du massage, du « bien-être », de la relaxation. « C'est un truc de famille, une transmission culturelle » (son grand père maternel était masseur-kinésithérapeute). Cependant, elle ne parvient pas à investir une formation ou un emploi de façon stable. Sur le plan de ses relations interpersonnelles, elle ne rapporte pas d'investissement stable dans une relation amicale ou amoureuse depuis ses 16 ans.*

*À l'âge de 21 ans, Marion fait une **tentative de suicide** par intoxication médicamenteuse volontaire et est **hospitalisée en psychiatrie**. « Je me sentais vide à cette époque, nulle, je ne réussissais rien, j'avais l'impression d'être un cas social, prise dans un marasme. Je ne savais pas comment m'en sortir ». « J'ai accepté d'être hospitalisée. J'ai demandé à aller en clinique mais je n'avais pas de mutuelle. Je me suis dis que quelque chose devait changer ». « J'ai rencontré des psychiatres mais je ne savais pas quoi leur dire. J'avais l'impression qu'on m'enfermait, qu'on ne comprenait rien. Je suis partie comme ça, sans médicament ni rien ». Marion nous raconte cet épisode, sans pouvoir y mettre un sens particulier. Elle nous dit avoir du mal à se rappeler. Elle nous fait part à cette époque d'un sentiment chronique de vide intérieur. Elle nous rapporte aussi un sentiment d'être incomprise, « à la marge », « seule ». L'image de soi est perturbée, Marion se considère comme « un cas social ». Nous notons dans ce qu'elle nous rapporte de sa personnalité de l'époque une instabilité affective, une instabilité des relations interpersonnelles. De plus, elle semble vivre régulièrement des effondrements dépressifs intenses et épisodiques.*

*C'est peu après cet épisode, toujours à l'âge de 21 ans, qu'elle se met en colocation avec Justine. « Justine partait à des conférences, des stages, avec un groupe, au Portugal, elle me disait qu'elle ne pouvait rien me dire, mais que je pouvais venir aux conférences ». « Une fois, elle est partie en*

initiation au Mexique. Elle est revenue magnifique, elle avait une prestance, elle avait du chien. Elle m'a dit que c'était grâce au groupe et à Mr P, leur chef ». Marion commence alors à fréquenter quelques membres du « groupe ». Elle rencontre Mr P, le « chef du groupe ». « Mr P. me mettait mal à l'aise, mais il avait beaucoup de charisme et était fascinant. Je suis allée à ses conférences, et j'y ai trouvé toutes les réponses à toutes les questions que je me posais depuis mon adolescence. **Je retrouvais du sens à tout.** » « Ensuite, on nous a appris à faire du prosélytisme, on nous disait : il faut donner faim aux gens. Il fallait le faire ». « C'est ce qui s'est passé en conférence, il vendait ses stages. On allait à un stage et on nous faisait la pub pour un autre stage ».

À l'âge de 22 ans, elle rencontre Martin, alors qu'elle alterne « stages » et travaux saisonniers, qu'elle effectue « pour l'argent, car je ne pouvais pas me payer tous les stages du groupe ». « Notre relation n'était pas positive, je voulais me sauver en le sauvant lui, il avait de problèmes d'alcool et avait vécu une enfance difficile ». Marion décrit des **violences conjugales** pendant plusieurs mois.

Toujours à l'âge de 22 ans, les proches de Marion s'inquiètent : « ma mère a voulu me ramener dans notre région et m'a dit : « tu te fais suivre par un psy ». « Elle me voyait perdue, déstructurée, entre ma relation avec Martin et mon avidité pour les conférences et stages de Mr P. » « Ne supportant pas les ultimatum, je n'y suis pas allée ». Cet événement marque une rupture avec son entourage familial, Marion explique : « Je me suis alors encore plus rapprochée du groupe, et ça a été le début de la fin ».

À 23 ans, Marion part en « stage » au Portugal. « On ne savait pas ce qui nous attendait, Mr P nous disait qu'il fallait vivre l'instant présent, se laisser porter. On ne savait rien. Si on n'était pas d'accord avec ça, il faisait des sous-entendus, nous disait qu'on était pas encore assez prêt, qu'on était énergétiquement faible ». Marion apprend les différents rituels du groupe. « En rentrant, j'étais contente. Je me suis dit qu'il fallait absolument que j'aille en stage au Mexique. J'ai demandé de l'argent partout, je me suis même prostituée pour de l'argent ».

À 24 ans, Marion part en « stage » au Mexique. « Ça a dérapé. A une fête, Mr P. me regarde de façon lubrique, me touche les seins. Je ne comprends pas. Je ne sais pas bien quoi faire mais je me défends. Il me dit de me détendre, qu'on est en famille. Après ça, personne ne dit rien. C'est comme si j'étais punie ».

« Malgré tout, au retour du Mexique, je me sentais belle et forte. C'était nous contre le reste du monde, on se sentait fort ». Au retour du Mexique, « Mr P. nous a mis dans la confiance, avec quelques autres du groupe. Il nous a expliqué que nous sommes énergiquement des enfants et que

*pour passer à l'âge adulte il faut une initiation personnelle de sa part. Cette initiation est tenue secrète, elle coûte 1000 euros en principe ».*

*À 24 ans, « j'ai eu un semblant d'initiation. Ca s'est déroulé chez Karine, la compagne de Mr P., chez qui on se réunissait souvent. Un soir, elle m'appelle sur le lit, alors que j'avais proposé de dormir par terre, et Mr P. arrive de la salle de bain en érection. Je subi des attouchements. Il m'explique des choses techniques, je ne sais pas si c'est bien ou pas car je pense à l'initiation. J'ai un sentiment bizarre, l'impression de subir des choses et en même temps d'accéder à l'initiation. Ca s'est arrêté quand d'autres personnes sont arrivées à l'appartement ».*

*« À la suite de cet épisode, il arrive souvent que je subisse des violences verbales. Je ne sais pas pourquoi. C'est confus. Mr P. et certains autres membres me parlent froidement, insistent sur mes défauts, ce que je fais de mal. Parfois ils tiennent des propos humiliants à mon égard. Ca fait mal au coeur. Je ne peux pas partir, j'ai trouvé une famille, des gens avec qui je n'ai pas besoin de décodeur ».*

*À 25 ans, quelqu'un dénonce à la police la violence physique au sein du groupe. «Moi je ne disais rien. Je cherchais des justifications, j'avais peur de trahir le groupe, qu'on s'abatte sur moi ».*

*À 26 ans, Marion porte plainte. « La CAIMADES (Cellule d'Assistance et d'Intervention en Matière de Dérives Sectaires / CCMM : Centre Contre les Manipulation Mentales) m'aide. Ils parlent de relation d'emprise et de différents chefs d'inculpations ». « C'est une révélation, on me révèle ce que je savais déjà au fond mais dont je ne me rendais pas vraiment compte »*

## 2. Cas clinique numéro 2.

*Nous rencontrons Fred, 28 ans, alors qu'il entame une prise en charge dans un hôpital de jour du secteur de psychiatrie. Fred a des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie que nous préciserons plus tard. Il ne rapporte pas d'antécédents familiaux psychiatriques ni addictologiques connus. Son père aurait « peut-être quelques problèmes avec l'alcool », mais Fred ne sait pas en dire plus. « Et puis, en ce moment, il est malade, je ne veux pas l'embêter avec ce genre de question ».*

*Fred est adressé par le service d'addictologie, avec lequel il a débuté un parcours de soin semble-t-il bien investi autour d'une demande concernant une consommation de cannabis ancienne.*

*Les objectifs thérapeutiques qu'il se fixe à son arrivée à l'hôpital de jour sont de parvenir à « rompre l'isolement, à se re-sociabiliser, à mieux gérer ses consommations de cannabis, et peut-être à terme reprendre un travail ».*

*En effet, Fred est en complète désinsertion sociale et professionnelle depuis plusieurs mois. Il a récemment déménagé de Marseille, sa ville d'origine, pour emménager chez sa mère, partie vivre en Bretagne il y a quelques années.*

*Fred a un contact et une présentation qui interpellent d'emblée. Toujours vêtu d'un sur-vêtement de marque et de baskets, il est grand, massif, avec un Indice de Masse Corporelle au stade d'obésité. Il nous expliquera plus tard souffrir de crises de boulimie répétées depuis son adolescence. Son allure imposante contraste avec une attitude extrêmement fuyante, un regard toujours évitant. Quand il s'adresse à nous, Fred regarde soit ses pieds, soit dans le vide.*

*Il est le plus jeune d'une fratrie de quatre enfants. Ses parents divorcent alors qu'il est encore petit. L'enfance de Fred est marquée par des agressions sexuelles répétées subies de la part d'un de ses cousins, alors que les enfants, vivant dans le même quartier, se retrouvent souvent ensemble. Il a alors 6 ans et son cousin 15 ans. Un de ses grands-frères aurait subi le même type d'agression du même cousin. D'après les souvenirs de Fred, qui sont flous nous dit-il, son grand-frère aurait même répété ces agressions sexuelles subies vis à vis de lui, à une certaine période. La confusion est de mise. Fred ne sait pas dire quand ni comment tout cela a pris fin. Ces agressions durent plusieurs mois, peut être même plusieurs années.*

*Ces actes ne sont pas révélés. Pourtant, Fred nous raconte : « Je suis sûr que mon père a vu, un des jours où c'est arrivé, mais il n'a rien dit. Je ne sais pas pourquoi, il devait être choqué par nous ».*

« A l'école, c'est pareil, ils auraient dû voir que ça n'allait pas, j'avais des comportements bizarres, je baissais mon pantalon au milieu de la cour, parfois je tapais les autres enfants ou parfois j'étais leur victime ».

Fred dit peu de choses sur son enfance, en dehors du fait qu'il ne se sentait pas à l'aise en groupe, et qu'il n'avait pas beaucoup d'amis. Il commence à fumer du cannabis à l'adolescence, avec son frère notamment.

Il poursuit une scolarité compliquée, mais parvient tout de même à obtenir un CAP de menuiserie à l'âge de 22 ans. Il n'exercera pourtant pas cette profession, ne s'estimant « pas à la hauteur » et déclarant « on nous a donné le diplôme ». Après l'obtention de son diplôme, Fred ne travaille donc pas. Il rapporte peu de souvenirs de cette période. Les consommations de cannabis se poursuivent.

A l'âge de 23 ans, son cousin (celui qui a abusé de lui), que Fred continue de fréquenter occasionnellement, lui propose de travailler avec lui dans le service d'entretien d'une grande entreprise. Fred accepte. Il prend un appartement seul. C'est à cette période que sa mère déménage en Bretagne.

Entre ses 23 et ses 27 ans, Fred vit alors une période durant laquelle il se dit complètement « perdu, embrumé. Le temps s'est étiré, distordu ». Il nous raconte : « je ne dormais pas, je marchais et j'étais toute la nuit, je buvais beaucoup de café et j'allais au travail. Je ne rentrais jamais chez moi ». « Je fumais du cannabis avec mon cousin. Il me proposait toujours de fumer avec lui pendant ou après le travail. Il se moquait de moi, disait que j'étais un soumis, une victime, un boloss. J'avais la haine, mais je retournais fumer avec lui. Je ne me reconnaissais pas ».

D'après son récit, **tous les jours**, son cousin le violente, cette fois-ci par les mots, qu'il répète encore et encore. « Si tu travailles c'est grâce à moi, sinon tu ne sais rien faire », « tu n'es capable de rien, tu es une victime », « tu es gros ». L'hémorragie narcissique est à l'œuvre. Fred s'isole de plus en plus. « Je m'isolais petit à petit, je ne voulais pas voir du monde, on m'aurait pris pour un nul, je ne ressemblais à rien ». « Parfois je voyais les gens à la terrasse d'un café, et je me disais non, c'est pas pour moi, alors je m'achetais des bières que j'allais boire dans un parc jusqu'à être ivre-mort ».

Cette relation d'emprise avec son cousin, ex-agresseur et désormais dans une véritable dynamique de harcèlement psychologique, est notamment le terrain de résurgences traumatiques. A cette période, Fred relate par exemple des pensées intrusives en lien avec les actes sexuels subis. Il rapporte aussi une détresse psychologique intense lorsqu'il est confronté aux comportements ou paroles d'humiliation de la part de son cousin, ou lorsqu'il y pense. Fred décrit ces résurgences traumatiques comme parfois à l'origine d'envie de consommer du cannabis ou de l'alcool, « pour me calmer ».

Cette période (entre ses 23 et 27 ans) est marquée par **plusieurs hospitalisations en psychiatrie**, parfois en soins libre, parfois sous contrainte (dans ces cas le tiers est sa mère, qui vit à distance mais vient voir Fred à Marseille régulièrement). **Les motifs d'hospitalisations sont multiples** : tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, trouble du comportement sur fond d'impulsivité, auto ou hétéro-agressivité, et même une bouffée délirante aiguë sous toxiques. Fred explique qu'à cette période, « je ne veux pas être aidé, je pense que je n'ai pas besoin d'aide, je veux gérer mes problèmes avec mon passé et mon cousin tout seul ».

Un jour pourtant, il évoque les agressions, au cours d'une hospitalisation. On lui conseille de les révéler, et de porter plainte. Fred refuse de judiciariser ces actes. « Je n'aime pas la justice, je n'aime pas le système, ils ne feront rien de toute façon ».

A l'âge de 27 ans, Fred révèle les violences qu'il a subi à sa mère. « Au début je ne voulais pas, je pensais que ça allait la tuer, je me sentais coupable, j'avais honte ». Victime ayant introjecté la culpabilité de faire « exploser » sa famille (selon ses termes) s'il révèle les agressions, Fred nous explique : « je cherchais parfois des excuses, je me disais que ça aurait pu m'arriver aussi, comme mon frère, ça lui est arrivé, de faire ça. Et lui, je lui ai bien pardonné ». Fred, peut être encore sous l'emprise du secret, de la culpabilité ou de la honte, ne veut pas révéler ces violences aux autres membres de sa famille.

Toujours à l'âge de 27 ans, après les révélations, sa mère lui propose de déménager et de venir vivre chez elle et son conjoint. C'est à cette période, après le déménagement, que Fred décide d'entreprendre des démarches de soins, d'abord centrée sur le sevrage au cannabis, qu'il continue de consommer, même loin de son cousin. « C'est la première fois que les soins ça venait de moi ».

### 3. Cas clinique numéro 3.

*Madame S. est une femme de 31 ans. Nous la rencontrons en consultation post-urgence (proposée aux patients ayant consulté aux urgences médico-psychologiques) dans les suites d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.*

*Mme S. a passé son enfance en Italie où sa famille, originaire du Moyen-Orient, avait déménagé. Elle a toujours connu son père « triste et violent ». Elle décrit des violences physiques et psychologiques de son père envers sa mère. La famille déménage beaucoup, « presque tous les ans ». Mme S. ne peut pas nous dire pourquoi, et n'a jamais questionné sa mère à ce sujet. Son père est aujourd'hui décédé.*

*A l'âge de 18 ans, Mme S. décide de partir vivre en France, à Montpellier. Elle a quelques connaissances dans cette ville. Elle quitte alors sa famille, restée en Italie.*

*A l'âge de 19 ans, elle rencontre son futur mari. Ils se marient et ont un enfant, Adam. (Mme S. entame alors des procédures administratives pour pouvoir rester sur le territoire français). Très rapidement, la relation amoureuse devient violente. L'ambiance relationnelle est fortement teintée d'emprise. Mme S. ne travaille pas. Elle nous explique qu'elle ne peut sortir de la maison qu'avec l'accord de son mari. Il l'appelle 20 à 30 fois par jour, et si elle ne répond pas, elle est menacée de représailles. Les violences sont d'abord psychologiques. Par la suite, elles peuvent être parfois physiques.*

*A l'âge de 23 ans, Mme S. décide de quitter son mari. Elle et son fils sont alors hébergés chez une amie. Mme S. rapporte une période d'incertitude et d'anxiété. Elle nous explique « je culpabilisais pour mon fils ». Elle rapporte également un vécu douloureux d'échecs. Elle décide alors de donner « une seconde chance » à son couple. Le fonctionnement antérieur reprend à l'identique. Mme S. rapporte peu de souvenirs entre ses 23 et ses 27 ans. On note un isolement et un repli social important, peu d'initiatives.*

*A l'âge de 27 ans, son mari la séquestre. Mme S. nous explique que c'est « une punition ». Il l'emmène dans un appartement qu'elle ne connaît pas, dont elle ne sait pas les coordonnées, et lui ordonne de ne pas sortir. Mme S. remarque bien que des connaissances de son mari, venant lui apporter de la nourriture régulièrement, entrent et sortent par une porte dont ils ferment seulement le verrou. Mme S. pourrait sortir, mais elle nous explique ne pas savoir où aller, alors elle reste. Cet épisode durera plusieurs jours. Pendant ce temps, elle ne saura pas où se trouve son fils Adam.*

*Un jour, alors que Mme S. a 29 ans et qu'elle voyage en train avec son mari et son fils, un témoin appelle la police devant les cris et les insultes dont Mme S. est victime. Le mari de Mme S est interpellé à l'arrivée en gare. (Cet épisode nous est rapporté par Mme S.). Elle nous explique alors réaliser le danger qu'elle encourt et entrevoit une possibilité de changement. Devant l'interpellation de son mari, elle ne sait pas où aller. Elle est orientée vers une association qui l'aide à déménager, à trouver un logement pour elle et son fils, et à trouver un emploi. Elle investit cet emploi et ce logement depuis 2 ans maintenant. Son fils est scolarisé. Il est suivi en CMP de pédopsychiatrie pour des « troubles du comportement ». Un signalement a été fait concernant sa situation.*

*Selon Mme S., des démarches auprès de la justice seraient en cours concernant les situations de violences subies, mais elle n'en prend pas connaissance. Elle nous explique préférer de pas savoir, et éviter de traiter ce sujet. Son mari serait « introuvable » par la justice. Cependant, Mme S. a encore des liens par téléphone avec lui. Elle nous explique avoir peur et lui cacher sa nouvelle vie. Cependant, elle n'a pas coupé tout contact. « Et puis je sais que ma mère l'a parfois au téléphone ».*

*Plusieurs fois dans son parcours, un suivi psychiatrique ou psychologique lui est proposé, mais Mme S. ne parvient pas à les investir. De la même façon, on note un nomadisme médical important. En effet, elle consulte de nombreux médecins pour des symptômes de douleurs somatiques multiples, de troubles anxieux, d'attaques de panique, de tristesse de l'humeur.*

*Nous reviendrons plus tard sur l'intoxication médicamenteuse volontaire qui nous a amené à rencontrer Mme S.*

## **B. EMPRISE ET SYMPTÔMES À COURT ET MOYEN TERMES.**

### **1. Le stress aigu.**

#### *a) Données de la littérature, nosographie et clinique.*

Une relation d'emprise est un vecteur de stress potentiellement intense. A Hansen, dans un article de 2006, (69) décrit les situations de « harcèlement » comme faisant partie des « agents stressseurs » les plus graves. D. Whittsett, dans un article de 2002, (70) avance que les situations de violence dans une relation d'emprise, imprévisibles, arbitraires, et l'état de soumission qui en résulte génèrent une tension intérieure et un stress importants. Nous pouvons retrouver différentes entités révélatrices de stress aigu, désignées par les codes de la CIM 10 (14) comme : état de stress aigu / réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0), trouble panique / attaque de panique (F41.0), trouble de l'adaptation avec anxiété (F43.2).

#### *Cas cliniques :*

*Cela nous évoque la situation de Mme S. Rapidement dans leur relation, son mari l'appelle 20 à 30 fois par jour. Si elle ne répond pas, elle est menacée de représailles. « Quand je ne répondais pas, le coup d'après, il me criait dessus, et parfois il me menaçait. Dès que mon téléphone sonnait, j'avais une montée de peur, j'avais les mains moites, il fallait que je réponde mais je ne savais jamais à quoi m'attendre ». Les appels, associés à des réactions de violences arbitraires et imprévisibles, génèrent un stress important chez Mme S. Ce stress se manifeste par des symptômes neuro-végétatifs, et parfois par des symptômes type attaque de panique.*

#### *b) Hypothèses psychopathologiques.*

Le stress, selon la définition de L. Crocq (72), est une réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, qui permet à l'individu de faire face à une agression, une menace ou une situation inopinée.

Ce phénomène a notamment été étudié par H. Selye dans les années 50 pour désigner ce qu'il appelait depuis 1936 le « syndrome général d'adaptation », (72) une réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression, quelle que soit la nature de cette agression.

Des recherches neurobiologiques postérieures aux travaux de H. Selye ont permis d'approfondir les mécanismes du stress, qui oeuvrent selon quatre axes : (72)

- *L'axe cathécholaminergique : reliant hippocampe, système sympathique et surrénales.*
- *Activé : libération immédiate de noradrénaline dans le sang -> augmente le rythme cardiaque, la pression artérielle, le taux de sucre sanguin, suscite la vigilance. Effets d'environ 15 minutes.*
- *L'axe corticotrope : reliant hypothalamus, hypophyse, surrénales.*
- *Activé : libération de glucocorticoïde, qui favorise la néoglycogénèse à partir des protéides et des lipides, prenant ainsi le relais de l'adrénaline qui a rapidement épuisé les réserves en glycogène. Action : deux heures.*
- *L'axe des peptides opiacés : utilise la libération de certains peptides : mélanotrophine, béatendorphine, pour atténuer l'intensité de la réponse émotionnelle, en particulier de la réponse de peur.*
- *L'axe immunitaire : pourrait représenter le niveau le plus profond de l'activité défensive du stress. Le cortisol détruit les tissus lymphoïdes et effondre ainsi les défenses immunitaires.*
- *Les glucocorticoïdes détiendraient donc un rôle ambivalent : assurer une défense dans l'urgence, mais affaiblissant d'autant la capacité défensive résiduelle de l'organisme.*

De nombreuses théories neurobiologiques ou intégratives sur l'**anxiété**, la **dépression** et les **syndromes post-traumatiques** découlent de ces études sur le stress. Elles étudient notamment les effets d'un stress chronique, répété, continu ou imprévisible, comme dans la relation d'emprise. (45, 70)

Dans un premier temps, le stress permet à la victime de s'adapter et d'échapper au danger. C'est un mécanisme adapté, un processus de coping (stratégie d'adaptation mise en place par un individu pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation aversive). Si les situations de stress sont trop intenses, le stress est dit **dépassé**, et des réactions inadaptatives peuvent apparaître. Celles-ci peuvent se manifester par des symptômes du registre confusionnel ou dissociatif.

Si les situations de stress trop intenses sont répétées ou permanentes, les réactions inadaptatives peuvent devenir systématiques, et des troubles s'installer de façon chronique. (72)

## 2. La dissociation.

### a) *Données de la littérature, nosographie et clinique.*

La dissociation est retrouvée dans de nombreux témoignages de victimes. Les troubles dissociatifs sont caractérisés, selon le DSM, par la survenue d'une perturbation touchant des fonctions normalement intégrées, comme la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement. Ils peuvent être soudains ou progressifs, transitoires ou chroniques. Dans la CIM 10 nous pouvons trouver par exemple répertoriés l'amnésie dissociative (F 44.0), la fugue dissociative (F44.1), le trouble dissociatif de l'identité (F44.8), le trouble de dépersonnalisation (et déréalisation) (F48.1), les troubles dissociatifs non spécifiés. Dans les troubles dissociatifs non spécifiés du **DSM** sont répertoriés les **états de dissociation chez les sujets qui ont été soumis à des manoeuvres prolongées de persuasion coercitive** (lavage de cerveau, redressement idéologique, endoctrinement en captivité). (72)

#### Cas Cliniques :

*-La dissociation aigue dans un contexte d'emprise peut être illustrée par le cas de Marion. Elle rapporte en effet un épisode de dissociation le jour où Mr P. tente de l'agresser sexuellement. La situation est confuse. Il y a un paradoxe entre la communication verbale de Mr P., faite d'un langage « technique » et froid, et le comportement sexuel mis en oeuvre. Marion pense passer le rituel d'initiation, son état de conscience et la perception de son environnement sont diminués. Un état de dissociation est induit. « Il m'explique des choses techniques, je ne sais pas si c'est bien ou pas car je pense à l'initiation. J'ai un sentiment bizarre, l'impression de subir des choses et en même temps d'accéder à l'initiation » .*

*-Fred semble aussi vivre des moments de dissociations répétés. Lors de la période durant laquelle il subi les violences psychologiques de la part de son cousin, il se dit « perdu, embrumé. Le temps s'est étiré, distordu ». Ces mots évoquent un sentiment de déréalisation et dépersonnalisation fréquent dans les états dissociatifs. (Les consommations de toxiques interviennent aussi probablement dans cet état de déréalisation).*

### *b) Hypothèses psychopathologiques.*

La dissociation est ici aigüe, du registre **traumatique**. Elle survient en situation de stress dépassé. C'est une stratégie de défense extrême qui intervient lorsque les autres capacités de défense sont dépassées, afin de lutter contre la peur et l'impuissance de la situation instaurée. Certaines pensées sont séparées du reste de la personnalité et fonctionnent indépendamment, pour filtrer l'expérience vécue. Dans ces phénomènes de dissociation aigüe sont retrouvés un détachement, une réduction de la conscience, une déréalisation, une dépersonnalisation, parfois une amnésie dissociative. (68) Cet état de dissociation aigüe est à rapprocher d'un état confusionnel. La confusion est un symptôme très fréquemment rapporté par les victimes d'une relation d'emprise. (8)

C'est un phénomène à court terme. S'il se reproduit ou s'installe trop longtemps, il peut provoquer des troubles propres, comme la dissociation structurelle.

Dans l'emprise, nous relierons la survenue de ces états dissociatifs à deux mécanismes :

- Le premier est en lien avec les mécanismes propres à l'emprise : l'effraction psychique ou physique, la captation par les différents canaux sensoriels, le langage propre à l'emprise sont générateurs de confusion. (40)
- Le second est en lien avec le stress et la perception par la victime d'une agression : son champ de perception se réduit sur le danger, les cognitions sont mobilisées sur l'agent stressant. Le stress peut être dépassé et brouiller les capacités cognitives d'évaluation et de raisonnement.

Si la relation d'emprise persiste, les capacités de résistance peuvent s'épuiser, et les mécanismes de défense ou processus de coping peuvent être dépassés. Le travail d'adaptation ne peut plus se faire et on observe alors des décompensations de troubles psychiatriques, comme l'a décrit S. Hunter dans un article de 2004. (73) **Des troubles durables peuvent se mettre en place, et c'est généralement à ce stade que nous rencontrons les victimes.**

## **C. EMPRISE ET SYMPTÔMES À MOYEN ET LONG TERMES.**

La manipulation mentale et l'emprise peuvent alors générer ou révéler des pathologies psychiatriques multiples. JM. Abgrall (74) note que ces symptômes ou pathologies recouvrent la quasi-totalité de la nosographie psychiatrique. Les symptomatologies observées sont de gravité variable.

### **1. Les troubles anxieux.**

#### *a) Données de la littérature, nosographie et clinique.*

Des symptômes du registre anxieux au long cours sont rapportés par de nombreuses études sur les violences psychologiques. Certains articles, comme celui de E. Zsoldos et al. de 2014 (75) ou celui de E. Hernandez, ZM. Trout, R. Liu. de 2016 (76), établissent un lien entre stress dépassé, coping dépassé, et symptômes d'anxiété chronique tel que : des symptômes de Trouble Anxieux Généralisé (F41.1), de troubles paniques (F41.0), des symptômes anxieux d'état de stress post-traumatique (F43.1) par exemple. Ces symptômes anxieux sont rapportés par de nombreux patients qui évoluent dans une ambiance d'emprise relationnelle.

#### *b) Hypothèses psychopathologiques.*

L'emprise entraîne un rétrécissement du champ de perception à la seule relation entre « empriseur » et « emprisé ». L'« emprisé » vit dans une hyper-vigilance permanente, une inquiétude perpétuelle d'une agression explicite ou implicite. Le sujet est convaincu de son impuissance à faire face à la situation, ce qui peut générer de la panique. On observe peu à peu une réduction d'intérêt pour le monde extérieur, pour autrui, et une restriction des affects. Plus le champ de perception et d'expression se réduit, plus le sujet éprouve des difficultés à mobiliser ses ressources pour faire face à l'anxiété. (74)

### **2. Les troubles dépressifs.**

#### *a) Données de la littérature, nosographie et clinique.*

Dans les études, des liens entre violences conjugales (physiques et psychologiques associées) et dépression sont avancés. (68) Les effets des violences à long terme sur les affects dépressifs des victimes sont mis en évidence, comme par exemple dans l'article de L. Howard, K. Trevillion, R. Agnew-Davies de 2010. (77)

Des études portant sur la maltraitance infantile (enfant et adolescent), mettent en évidence une association entre maltraitance psychologique dans l'enfance et dépression à l'âge adulte. Certaines émettent l'hypothèse que la **maltraitance psychologique** serait un plus fort facteur prédicteur de **dépression** à l'âge adulte que d'autres types de maltraitance. (66) Les symptômes dépressifs décrits correspondent à un panel très large de pathologies : épisode dépressif majeur (F32), trouble dépressif récurrent (F33) , trouble dysthymique (F34.1), trouble dépressif non spécifié, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) par exemple. (77)

### Cas cliniques et troubles dépressifs :

*-Chez Marion, c'est surtout après la relation d'emprise, à la sortie du groupe sectaire, que nous identifions un effondrement dépressif. Elle rapporte au moment de porter plainte une « révélation, on me révèle ce que je savais déjà au fond mais dont je ne me rendais pas vraiment compte ». Par la suite, il est d'abord noté cliniquement des symptômes type état de stress post-traumatique pendant plusieurs mois. Ces symptômes sont notamment notés au moment du début de la procédure (d'après les expertises). Puis, c'est un épisode dépressif caractérisé que diagnostique son psychiatre traitant. Nous ne savons pas si cet épisode dépressif caractérisé constitue une co-morbidité de l'état de stress post-traumatique ou un épisode isolé. Elle est traitée par antidépresseur (ISRS, escitalopram 20mg) pendant plusieurs mois.*

*Marion, qui malgré les violences psychologiques a longtemps protégé sa relation au groupe (« Je ne peux pas partir, j'ai trouvé une famille, des gens avec qui je n'ai pas besoin de décoder »), nous expliquera ressentir au moment de porter plainte des sentiments de colère, d'avoir été dupée, mais aussi de perte, de deuil. Elle nous dira avoir eu le sentiment de devoir « tout reconstruire», mais « sans voir aucune énergie ». Une tristesse de l'humeur en lien avec un fort sentiment d'échec et de perte, une asthénie psychique, des ruminations anxieuses motiveront notamment sa demande de suivi par un psychiatre libéral peu de temps après avoir porté plainte.*

*-Chez Fred, il n'est pas diagnostiqué d'épisode dépressif caractérisé. Cependant, nous notons quelques effondrements thymiques, généralement rapides (de quelques heures à quelques jours) évoquant plutôt une réactivité thymique, une « dysphorie » par épisode. Ces épisodes semblent parfois en lien avec des contacts ou nouvelles directs ou indirects qu'il peut avoir avec son ancien agresseur. Parfois, Fred ne peut simplement pas en élaborer la cause.*

-Mme S. nous explique avoir consulté plusieurs fois pour des symptômes d'anxiété et de tristesse, et avoir déjà eu plusieurs fois des prescriptions d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques (benzodiazépines), dont elle ne se rappelle plus les noms. Lorsque nous la rencontrons en consultation, nous relevons une douleur morale importante, des idées suicidaires, une asthénie psychique et motrice, une pensée envahie par des ruminations anxieuses, des troubles du sommeil importants. Mme S. pleure beaucoup. Son discours est marqué par l'auto-dévalorisation. Elle nous rapporte un vécu d'échec, une culpabilité importante vis à vis de sa situation actuelle. Nous identifions un **épisode dépressif caractérisé probablement co-morbide de symptômes type état de stress post-traumatique** (que nous décrirons plus tard). Devant un épuisement physique et psychique durant depuis plusieurs semaines, elle a été mise en arrêt de travail par son médecin traitant.

Concernant la situation actuelle de Mme S., nous observons qu'un lien d'emprise est encore actif. Elle nous dit effectivement avoir toujours avoir peur de son mari, lui « cacher sa nouvelle vie », ce qui détermine un certain nombre de ses comportements. Elle nous explique avoir aussi en permanence peur que son mari revienne. « C'est comme s'il était toujours là derrière moi ou dans ma tête ». Les appels téléphoniques sont ponctuels mais toujours présents. Ils le sont parfois du fait de Mme S.

### **b) Hypothèses psychopathologiques.**

Les affects dépressifs nous semblent pouvoir survenir à deux temps différents dans les situations d'emprise pathologique.

**Pendant la relation d'emprise**, nous faisons l'hypothèse de mettre en lien la survenue d'un effondrement thymique avec différents processus induits par l'emprise :

- La **perte de l'estime de soi** : secondaire aux expériences répétées de défaite, d'humiliation, de négation identitaire, de « délabrement narcissique » (ce que G. Lopez nomme l'« hémorragie narcissique ») et des troubles émotionnels qui en résultent. (65, 68).
- Le sentiment de **perte de contrôle** : secondaire aux expériences répétées d'impuissance face à son environnement, de sentiment d'être pris au piège, d'incapacité de répondre aux doubles liens. (40)
- Le sentiment de **vide** existentiel, parfois accompagné d'un sentiment de perte ou vacillement identitaire, et qui pourrait être le résultat de la carence affective induite par l'appauvrissement des liens sociaux et des champs d'investissement autres. (74)

-Dans une perspective neurobiologique, certains auteurs, comme M. Webb, D. Heisler, S. Call et al., dans un article de 2007 (78), avancent l'hypothèse que les **épisodes dépressifs** majeurs à l'âge adulte seraient modérés par les phénomènes de **stress répété**, dépassé et d'anxiété résultant des « abus émotionnels ».

-Dans une perspective éthologique du phénomène, la dépression peut être comprise comme une **réponse adaptative** à un contexte relationnel violent. P. Gilbert (79) fait l'hypothèse que l'inhibition comportementale associée à l'état dépressif signifierait un état de soumission qui pourrait contribuer à mettre fin à une situation potentiellement dangereuses pour l'intégrité physique et psychique de l'individu.

**À la sortie d'une relation d'emprise**, nous pouvons mettre l'effondrement thymique en lien avec :

- La **perte** d'un idéal ou d'une idée surévaluée, la désillusion d'un lien idéalisé. (47)
- La (re-)découverte des dégâts causés (psychique, physique, relationnels, matériels), et la difficulté d'y faire face induite par un **effondrement des systèmes de référence** antérieurs. (74)
- Dans une perspective plus cognitiviste, certains auteurs font l'hypothèse de l'établissement pendant la relation d'emprise de « **schémas inadapés** » chez l' « emprisé », qui marquent son fonctionnement psychique par la suite.

M. O'Dougherty, E. Crawford, D. Del Castile, reprennent ces théories dans un article de 2009 (80), citant les théories initiales de J. Young : Un schéma est un mode de pensée, établi précocement à partir des expériences de vie du sujet et qui lui donnent une lecture rapide de lui même, des autres et de la vie. Ces schémas ne sont pas figés et s'expérimentent tout au long de la vie. Dans la relation d'emprise, le mode de pensée de la victime est profondément atteint. Il peut se forger chez la victime un « modèle de soi », « **schéma** » « **mal-adaptatif** », une vision de soi comme étant indigne, incompetent, impuissant, ou mauvais. Cela peut entraîner ce que les auteurs nomment un « **style cognitif négatif** » (« negative cognitive style »), qui entraîne anxiété ou dépression. En effet, la relation d'emprise peut opérer des **changements dit « cognitifs »** dans la **capacité de percevoir la situation** et les différents moyens pour modifier celle-ci.

### 3. Les tentatives de suicide.

#### *a) Données de la littérature, nosographie et clinique.*

Dans les études, par exemple l'article de M. Lee en 2015, (81) des associations sont exposées entre les « abus émotionnels » dans l'enfance et de forts taux de tentatives de suicide à l'adolescence ou l'âge adulte. Le fait que les situations se répètent dans le temps (processus de re-victimisation) serait un facteur aggravant dans ce processus, comme l'évoque R. De Araujo, D. Lara. dans un article de 2016. (82)

#### **Cas cliniques et tentatives de suicide :**

*-Dans le parcours de Marion, nous relevons une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire à l'âge de 21 ans, peu de temps avant son entrée et adhésion au groupe sectaire, et plusieurs années après la révélation à sa mère des agressions sexuelles subies par son demi-frère. Nous ne relevons pas à cette période un lien d'emprise actif. En revanche, Marion fait part d'un sentiment de vide intérieur, d'une dévalorisation importante (Marion se considère comme « un cas social »), d'une impression d'avenir bouché, d'un sentiment d'être « incomprise, à la marge ». Nous notons dans ce qu'elle nous rapporte de sa personnalité de l'époque une instabilité affective, une instabilité des relations interpersonnelles. Avec les propos rapportés par Marion, il est difficile d'aller plus loin dans les explications permettant de comprendre ce passage à l'acte et nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses.*

*-Concernant Fred, il fait des tentatives de suicide lors de la période durant laquelle il travaille avec son cousin. Le lien d'emprise est actif. Fred subit des humiliations mais ne semble pas parvenir à s'en défendre. Nous avons pu évoquer ces tentatives de suicide avec lui. Fred parle alors de « colère », de « haine », nous identifions un mouvement de revendication. Il parle aussi de sentiment d'être « embrouillé », et de vouloir à cette époque « gérer mes problèmes avec mon passé et mon cousin tout seul ». Les tentatives de suicide semblent intervenir paradoxalement à des moments où Fred veut « gérer » ses « problèmes ».*

*-Chez Mme S., nous relevons une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV). Cette IMV intervient après que Mme S. ait assisté à une scène violente dans la rue (la maltraitance d'un chien par son maître), qui a ravivé des reviviscences de scènes traumatiques. Mme S. précisera son passage à l'acte en expliquant : « je ne voulais pas forcément mourir mais que tout s'arrête ». Quand on lui demande de préciser ce qu'elle entend par « tout », elle nous dit : « toute cette violence, les images violentes, la peur ».*

## *b) Hypothèses psychopathologiques.*

Nous faisons l'hypothèse de mettre en lien la survenue de tentative de suicide avec différents processus induits par la relation d'emprise :

- **Passage à l'acte suicidaire et dépression.**

R. Perrone précise que « la dépression n'est pas la cause principale de tentative de suicide dans le cas de violence-agression ou de violence-punition avec symétrie latente, tandis que c'est la raison fréquente dans le cas de violence-punition. » (40) Autrement dit plus l'expérience d'impuissance est intense, moins la perspective d'une symétrie est présente, plus le risque de tentative de suicide **soutendue par un épisode dépressif** caractérisé serait élevé.

- Le suicide comme **moyen d'échappement.**

La relation d'emprise coupe la victime de ses ressources antérieures. Les victimes ont le sentiment de ne pas pouvoir fuir la situation ou d'empêcher l'emprise. Le suicide peut alors être un moyen ultime de se dé-priser. J. Briere et D. Elliott relèvent que les victimes peuvent rapporter un geste suicidaire pour échapper à la relation en elle même, ou pour échapper à la souffrance psychique induite par des processus dépressifs ou anxieux. (83)

Cette hypothèse trouve un exemple dans la littérature, dans le livre Stupeur et tremblements (A. Nothomb, paru en 1999) (84) que l'on peut lire comme une relation d'emprise. La narratrice, qui travaille dans un haut building, lieu dans lequel naît et s'entretient la relation d'emprise, raconte : « *La fenêtre était la frontière entre la lumière horrible et l'admirable obscurité (...) Aussi longtemps qu'il existerait des fenêtres, le moindre humain de la terre aurait sa part de liberté. Une ultime fois, je me jetai dans le vide. Je regardai mon corps tomber* ». (84)

- L'emprise est marquée par un **déni d'altérité**, une négation identitaire répétée et destructrice. Par le processus de programmation, cette atteinte peut être tellement ancrée que le suicide apparaît comme **l'aboutissement logique d'une profonde négation d'altérité.**

- Le suicide comme **vengeance** : tentative de suicide d'ordre **revendicatif**. La cible est l'auteur des violences, et le passage à l'acte est alors un « moyen d'atteindre l'autre, le responsabiliser, le culpabiliser et le punir à travers le remords émergent, conséquence de son inéluctable prise de conscience » (40) Paradoxalement, la démarche est de re-prendre contrôle sur son existence.

Les hypothèses permettant de concevoir le passage à l'acte suicidaire sont nombreuses, et dans notre expérience clinique, un certain nombre de victimes rencontrées n'ont pas pu élaborer autour de leur passage à l'acte suicidaire. Ce passage à l'acte apparaît dans ce cas impulsif, peut-être au cours d'un raptus anxieux, ou d'une reviviscence traumatique.

#### **4. Autres symptômes et pathologies.**

##### ***a) Les troubles du comportement alimentaire.***

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquemment observés chez des patients aux antécédents d'« abus émotionnel », comme le rapporte A. Vajda, et A. Lang dans un article de 2014. (85). Différentes hypothèses sont évoquées, la plupart vont dans le sens d'une association entre les « abus émotionnels » et des difficultés de la régulation émotionnelle ultérieures. (85)

##### ***b) Les abus de substances et addictions.***

Concernant les abus de substances, de multiples hypothèses sont possibles. Certains auteurs avancent l'hypothèse que les comportements addictifs (substances ou comportementaux) seraient une tentative de colmater les émergences anxieuses. (68) Nous nous posons la question des liens possibles à explorer entre l'expérience d'une relation d'emprise, l'influence de cette expérience sur le mode de relation d'objet en général, et la relation au produit. Nous nous posons aussi la question de la dépendance (de multiples registres) induite par une relation d'emprise et la dépendance au produit ou au comportement dans les théories addictologiques.

La question des abus de substances, des addictions et des possibles hypothèses à faire avec l'expérience d'une relation d'emprise ou de violences psychologiques mériterait un travail plus poussé, et une réflexion à la lumière des théories plus spécifiquement issues des référentiels d'addictologie.

##### *Cas cliniques et abus de substances :*

*Pour Fred, il est constaté en addictologie que « les traumatismes incestueux, la présence d'idées noires récurrentes, se situent comme princeps dans le développement de la pathologie addictive ». (Extrait du courrier d'addictologie).*

***c) Les troubles somatoformes.***

Les troubles somatoformes sont parfois considérés comme une dépression masquée, parfois comme des phénomènes de conversion (dans des contextes de stress par exemple). (68) Les troubles somatoformes pourraient être un moyen d'exprimer une souffrance psychique non élaborable. Les symptômes physiques pourraient être un moyen de recourir à des consultations médicales, montrer une souffrance.

*Cas cliniques :*

*Nous pensons par exemple à Mme S., qui, sur des points d'appel somatiques divers, passe bien souvent par les box médecine des urgences.*

***d) Les troubles psychotiques et troubles dissociatifs.***

Dans la clinique « aigüe », les états de dissociations traumatiques que nous avons évoqués sont parfois fréquents et peuvent se rapprocher des symptômes de dissociation « classiques » du registre psychotique. Il est alors important d'analyser le contexte dans lequel survient cet état dissociatif. L'analyse de la clinique, du contexte, (et parfois certaines échelles diagnostiques) doivent permettre de discriminer les deux tableaux.

Dans la clinique « chronique », nous verrons que la répétition de dissociation traumatique peut parfois mener à une structuration de la personnalité dont certains symptômes peuvent être « confondus » avec des symptômes du registre psychotique.

## D. LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE ET LES THÉORIES DU TRAUMATISME PSYCHIQUE. UN MODÈLE INTÉGRATIF DES DIFFÉRENTS SYMPTÔMES OBSERVÉS?

Les théories traitant du traumatisme psychique et de ses conséquences sont de plus en plus mises en avant pour lire les situations de violences psychologiques. Elles présentent des modèles intégratifs des multiples symptômes observés.

### 1. Des violences psychologiques ou une relation d'emprise peuvent-elles constituer un traumatisme psychique ?

#### a) Définitions.

Les violences psychologiques, perpétrées dans une ambiance d'emprise relationnelle, peuvent constituer un véritable traumatisme psychique, qu'elles s'accompagnent ou non d'un passage à l'acte physique ou sexuel.

Le traumatisme psychique ou **psycho-traumatisme** et ses conséquences sont depuis longtemps des objets de recherche, que ce soit dans les référentiels psychanalytiques, ou plus récemment dans les recherches en sciences cognitives et en neurobiologie par exemple. (72)

L. Crocq définit le traumatisme psychique comme un phénomène d'**effraction du psychisme**. Les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) de l'individu qui y est exposé (comme victime, témoin ou acteur) débordent les défenses du psychisme. Le registre du traumatisme est celui de l'effroi, l'horreur, du sentiment d'impuissance. Dans le traumatisme, le vécu subjectif est négatif. Un événement agressant est « **potentiellement traumatisant** » (72) : il peut susciter un stress adapté ou un débordement des défenses et être vécu sur un mode traumatique. La réponse n'est pas prévisible.

Le traumatisme psychique et ses conséquences sont en lien avec le phénomène de **dissociation** que l'évènement stressant provoque sur le psychisme. Cette dissociation est du registre **traumatique**. P. Janet (cité en 68) décrit la dissociation de la conscience comme un mécanisme psychologique protecteur des événements traumatiques qui font effraction dans le psychisme. C'est un moyen économique de survie, une stratégie de défense pour faire face au traumatisme que la conscience ne peut intégrer. L'expérience ou une partie de celle-ci est dissociée. La dissociation peut être observée sur le plan idéo-verbal, affectif, comportemental. (68) Les troubles dissociatifs sont dits péri-traumatiques lorsqu'ils surviennent lors de l'impact traumatique, mais ils peuvent devenir un mode de défense habituel. Dans ce cas surviendront des troubles au long cours et décrits par la clinique des troubles traumatiques complexes. (86)

Dans les années 50, des chercheurs décrivent **deux types de traumatismes**, comme le rappelle D. Drake dans un article de 2005 : (86)

Le **shock trauma**, lié à un choc puissant et imprévu, et le **strain trauma**, né de l'accumulation de **tensions ou pressions éprouvantes dans lequel la personne finit par douter de ses capacités à penser et à agir adéquatement**. Il est alors décrit un dépassement des capacités à maintenir ses défenses contre l'anxiété, créant ainsi un état d'impuissance. Ces recherches ouvrent la voie à la théorisation autour des troubles psycho-traumatiques dits **complexes**. (88)

Les événements traumatiques sont désormais classés en traumatismes de type I, qui correspondent à un événement traumatique unique présentant un commencement et une fin bien définis (agent traumatique aigu, non abusif) et traumatismes de **type II**, qui correspondent à un événement traumatique **répété**, présent constamment ou menaçant de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps. Le traumatisme de type II est induit par un agent traumatique chronique ou abusif. Les traumatismes peuvent aussi être décrits comme simples ou **complexes**. Ces derniers ne constituent pas un événement ponctuel ou inattendu, mais plutôt une situation répétée ou prolongée. Les troubles qui en résultent sont distincts, et font l'objet de multiples études. Les chercheurs les dénomment : **état de stress post-traumatique complexe** (89), **DESNOS (Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified)**, comme cité dans un article de T. Luxenberg, J. Spinazzola et B. Van Der Kolk en 2001 (90), ou **trouble de développement traumatique** (comme cité dans un article de B. Van Der Kolk, S. Roth, D. Pelcovitz et al., de 2005) (91)

L'état de stress post-traumatique et les troubles psycho-traumatiques co-morbides ne peuvent donc pas résumer à eux seuls la pathologie psycho-traumatique et ne concernent que très partiellement les sujets qui ont subi des **événements traumatiques répétés**, dont G. Lopez donne des exemples dans un article de 2013 : « maltraitances infantiles, violences conjugales, harcèlement durable, emprise sectaire ». (92) Les troubles psycho-traumatiques complexes nous intéressent particulièrement car ce sont eux qui sont en jeu dans la clinique des victimes de relation d'emprise.

B. Van Der Kolk (70, 91) étudie notamment les **environnements stressants** générant un « **stress chronique** ». (91) Il met en avant leur implication sur le développement ou les stratégies d'adaptation, et sur la création d'un état de stress post-traumatique complexe. Une relation d'emprise peut constituer un agent stresseur grave, et entraîner le développement d'un état de stress post-traumatique complexe.

Il peut paraître inhabituel de parler de stress post-traumatique à propos d'individus pris dans un lien d'emprise, puisque initialement cette dénomination était réservée aux personnes ayant été confrontées à un événement dans lequel leur sécurité physique ou celle d'autrui avait été menacée. Les théories sur les traumatismes de type II ou complexes et leurs conséquences ont apportés une nouvelle lecture du psycho-traumatisme. L. Crocq avait déjà émis l'idée que les « menacés, harcelés, et les diffamés » (8, 68) sont des victimes psychiques dans la mesure où des violences psychologiques peuvent constituer un traumatisme.

Nous pouvons rajouter que la relation d'emprise favorise un **climat traumatique**, car les mécanismes d'emprise provoquent des **situations de confusion et de dissociation**. La relation d'emprise en tant que violence psychologique peut donc constituer un traumatisme en soi, mais aussi favoriser particulièrement le traumatisme dans le cadre d'un passage à l'acte ou d'autres violences.

#### *b) Données de la littérature.*

Les études appuient l'hypothèse selon laquelle la violence psychologique favoriserait l'émergence de symptômes type état de stress post-traumatique. M. Pico-Alfonso, dans une étude de 2005 portant sur les violences conjugales (93), a étudié la contribution de chaque type de violence dans le développement du syndrome de stress post-traumatique. D'après les résultats, il existe une association forte entre **le syndrome de stress post-traumatique** et chaque type de violences conjugales pris individuellement, mais **particulièrement à la composante psychologique**. La violence psychologique serait le prédicteur le plus fort de syndrome de stress post-traumatique chez une personne victime, selon une autre étude de M. Pico-Alfonso et ses collaborateurs, datant de 2006. (94)

## 2. Nosographie et clinique.

### a) *L'état de stress post-traumatique (ESPT).*

L'état de stress post-traumatique, ESPT « classique », généralement associés aux traumatismes de type I (F43.1) est un diagnostic retrouvé dans le CIM 10, le DSM IV et le DSMV. Il comprend selon la CIM 10 les critères principaux suivants : (14)

- *Une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique (...)*
- *La reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars.*
- *Des symptômes possibles d'asthénie, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie.*
- *Un évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme.*
- *Un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive et insomnie*

Le DSM IV comprenait également ces critères principaux de **reviviscence** (répétition), **évitement**, et association d'émoussement émotionnel avec **hyper-réactivité neuro-végétative**.

Le DSM V donne une description plus extensive de l'état de stress post-traumatique, avec les critères principaux suivants, traduits d'un extrait (disponible en ligne) du DSM V : <sup>12</sup>

*A - Exposition à la mort / menaces de mort, blessures graves / menaces, violence sexuelle / menaces. Cette exposition est vécue de façon directe, ou la personne en est témoin, ou a appris qu'un proche avait été exposé à de tels traumatismes.*

*B - Présence d'un ou plusieurs symptômes intrusifs. (Ré-expériences du traumatisme) : pensées intrusives, cauchemars, flashbacks, détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect traumatique de l'évènement.*

<sup>12</sup> [http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5\\_criteria\\_ptsd.asp](http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp) (En ligne) Consulté en février 2017.

*C - **Évitement** persistant des stimuli associés à l'évènement traumatique, ayant débuté après ce dernier : évitements ou efforts pour éviter les souvenirs ou pensées en lien avec l'évènement traumatique, évitements ou efforts pour éviter les rappels externes associés au traumatisme.*

*D - **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique**, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier :*

*Incapacité de se rappeler un aspect de l'évènement traumatique, croyances ou pensées négatives persistantes à propos de soi même, des autres ou du monde, tendance à se blâmer ou à blâmer autrui de façon exagérée à propos du traumatisme, état émotionnel négatif persistant, diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités, sentiment de détachement ou d'éloignement des autres, incapacité persistante de ressentir des émotions positives.*

*E - **Altérations marquées dans l'activation neuro-végétative et la réactivité associées à l'évènement traumatique**, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier :*

*irritabilité, comportements risqués ou destructifs, hypervigilance, réaction de sursaut exagérés, problèmes de concentration, problèmes de sommeil.*

*F - **Durée de la perturbation de plus de 1 mois.***

*G - **La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.***

*H - **La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.***

En plus de ces symptômes, il est possible de retrouver fréquemment des modifications des croyances fondamentales antérieures concernant le sentiment de sécurité personnelle, la confiance en soi. L'état de stress post-traumatique s'accompagne fréquemment de troubles **co-morbides: états dépressifs, troubles anxieux, conduites addictives, somatisations, troubles dissociatifs.** (71, 88)

#### Cas cliniques et clinique psycho-traumatique :

*-Un état de stress post-traumatique a été diagnostiqué chez Marion par le psychiatre expert qu'elle a rencontré au début de la procédure. Cette symptomatologie semblera moins apparente par la suite et quand nous rencontrons Marion, elle n'est pas présente cliniquement.*

*-Chez Mme S., alors qu'au premier entretien nous relevions cliniquement un épisode dépressif caractérisé, ce diagnostic semble par la suite constituer une co-morbidité d'une symptomatologie d'un état de stress post-traumatique qui nous apparaît de plus en plus évident au fur et à mesure des entretiens. Mme S. nous rapporte des intrusions de pensées, des images intrusives. Elle nous explique : « c'est comme s'il (son ex-mari) était toujours là derrière moi ou dans ma tête ». Nous*

*comprenons que parfois, Mme S. a l'impression d'entendre sa voix. Des cauchemars de répétition littérale sont présents, avec des reviviscences de violences subies. Mme S. évite tout conflit, toute situation de violence, tout ce qui pourrait rappeler la coercition, toutes situations qui selon elle réactivent ces intrusions. Les troubles d'hyperactivation neurovégétative sont présents dans ce type de situation.*

*L'intoxication médicamenteuse volontaire qui a précédé nos consultations survient dans un contexte particulier. Mme S. nous explique avoir assisté à une scène dans la rue, la maltraitance d'un chien par son maître : un homme a crié après son chien, très fort, de façon très violente, « j'ai eu peur pour le chien, je me suis mise à sa place, comme si c'était à moi que ça arrivait. Je suis rentrée et j'ai pris tous les médicaments que j'avais ». (Elle possède des traitements divers prescrit au cours des consultations médicales passées : antidépresseurs, benzodiazépines, myorelaxants, antalgiques). Nous notons alors des reviviscence de scènes traumatiques. Mme S. dira : « je ne voulais pas forcément mourir mais que tout s'arrête » « toute cette violence, les images violentes, la peur ».*

Nous pouvons retrouver cet ESPT « classique » chez certaines victimes de violences psychologiques.

L. Crocq décrit une **chronicisation** possible de ce syndrome d'ESPT « classique ». Le syndrome de stress post-traumatique **chronique** peut entraîner une modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme (de type I ou II). Outre les symptômes classiques, il décrit une **altération de la personnalité**, qu'il nomme « personnalité traumatonevrotique », ou « personnalité traumatique » (95) marquée par la perte de la capacité à filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux de ce qui est anodin, la perte de volonté de présence dans le monde (démotivation, repli social, perte d'initiative, amertume), la perte de la capacité de relation objectale avec autrui (perte de la capacité de considérer autrui comme un être libre, un autre soi même), et enfin des symptômes non spécifiques type asthénie, anxiété, manifestations psycho-nevrotiques, plaintes somatiques, troubles psychosomatiques, troubles des conduites, troubles caractériels. (95)

Au delà de ces symptômes « classiques », aigus ou chronicisés, les sujets qui ont subi des événements traumatiques répétés, **très en lien avec la clinique de l'emprise** (88), peuvent présenter des troubles psycho-traumatiques complexes. (92)

*b) L'exemple du DESNOS : « Disorder of extreme stress not otherwise specified »  
comme trouble psycho-traumatique complexe.*

Nous développons ici les caractéristiques cliniques du DESNOS : « Disorder Of Extreme Stress Not Otherwise Specified », qui **ne figure pas** dans les classifications du DSM IV, V ou de la CIM 10. Ces critères diagnostics sont listés dans un article de 2013 de G. Lopez sur l'expertise des troubles psycho-traumatiques complexes. (92) (Disponible en Annexe 1)

Le DESNOS est associé aux traumatismes de type II / complexes, répétés (par exemple maltraitances infantiles, violences conjugales, harcèlement durable, emprise sectaire).

1. *Altération de la **régulation des affects et des pulsions** (régulation des affects, modulation de la colère, autodestruction, préoccupation suicidaire, difficultés à moduler l'engagement sexuel, prises de risques excessives)*
2. *Altérations de l'**attention ou de la conscience** (amnésie, épisodes dissociation transitoire et dépersonnalisation)*
3. ***Somatisations** (système digestif, douleur chronique, symptômes cardio-pulmonaires, symptômes de conversion, symptômes sexuels)*
4. *Altérations dans la **perception de soi** (**inefficacité / impuissance**, dégâts permanents, **culpabilité** et responsabilité, **honte**, personne ne peut comprendre, minimiser)*
5. *Altérations dans la **perception de l'agresseur** (adoption de croyances déformées, idéalisation de l'agresseur, préoccupations concernant le fait de faire mal à l'agresseur)*
6. *Altérations dans **les relations avec les autres** (incapacité à faire confiance, re-victimisation, victimiser les autres)*
7. *Altérations des **systèmes de croyances** (désespoir, perte de croyances autrefois soutenantes)*

Il est à noter que les troubles psycho-traumatiques complexes (dont le DESNOS est un bon exemple) ressemblent au **trouble limite** ou **borderline** des nomenclatures internationales, la différence étant qu'une étiologie psycho-traumatique les caractérise. (92) Nous retrouvons notamment les caractéristiques cliniques de **difficulté à gérer les émotions** et les répétitions **littérales** des situations traumatiques initiales.

Nous pouvons trouver en Annexe 2 une comparaison entre l'entité « trouble du développement traumatique » (un trouble psycho-traumatique complexe) et le trouble de la personnalité limite tel que décrit dans le DSM.

### 3. Réflexion sur l'extension de la notion de traumatisme psychique et de la victimologie.

#### a) *Clinique du psycho-traumatisme : intégrative ou « fourre-tout » ?*

Le développement de la clinique du traumatisme psychique (aux travers des notions de traumatisme complexe ou de type II et leurs conséquences) a permis une certaine objectivation de la destructivité que peuvent générer des troubles relationnels répétés ou des violences psychologiques répétées comme celles qui existent dans un lien d'emprise pathologique. Cette clinique s'est développée face à la sollicitation sociale, tout comme celles menées sur le syndrome de stress post-traumatique initialement. Les troubles et symptômes observés sont regroupés et organisés selon l'étiologie **traumatique** mise en évidence.

Dans le DSM V, il existe désormais un chapitre distinct pour les troubles consécutifs aux traumatismes et au stress (« Trauma and Stress-Related Disorders »).<sup>13</sup> Les « troubles liés aux traumatismes et au stress » constitue une catégorie distincte qui inclut : l'état de stress aigu, l'état de stress post-traumatique, le trouble de l'adaptation, le trouble réactionnel de l'attachement (définissant un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, ayant débuté avant l'âge de cinq ans), le trouble d'engagement social désinhibé, et autres troubles liés au traumatisme et au stress non spécifiés. La clinique rapportée dans la catégorie du syndrome de stress post-traumatique s'est **élargie**, et inclut désormais des critères proches de ce qui est décrit pour l'état de stress post-traumatique complexe ou du DESNOS. Nous pensons par exemple à l'**item D** : « **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier ».

Cependant aucune entité propre type DESNOS n'y figure, malgré les arguments des chercheurs qui cherchent à y inclure le DESNOS ou un état de stress post-traumatique **complexe** en tant qu'**entité distincte**. Certaines critiques craignent de voir s'étendre un diagnostic « fourre-tout » et en conséquence une perte du sens de ces termes, comme le note C. Alford dans son article « Whatever happened to DESNOS ? ». (96)

Il y a plusieurs façons d'être victime de traumatismes. Les traumatismes de type II sont une réalité qu'il semble pertinent de définir à part entière. Ils traitent des troubles de l'attachement graves, des carences et violences de tout registre qui peuvent entraîner différents symptômes d'allure psychiatrique, pathologies psychiatriques ou altérations et troubles de la personnalité. D'un côté, englober les traumatismes de type I et de type II dans une seule appellation générique (« état de

---

<sup>13</sup> [http://www.isst-d.org/downloads/MEMODocs/DSM-5website\(c\).pdf](http://www.isst-d.org/downloads/MEMODocs/DSM-5website(c).pdf) (En ligne). Consulté en janvier 2017.

stress post-traumatique ») de plus en plus extensible risque de faire perdre sens à ces notions. (96) D'un autre côté, le développement de cette clinique et sa prise en considération permet d'étudier et d'ouvrir des perspectives de prises en charges pour ces situations.

***b) Clinique du psycho-traumatisme et victimologie.***

La victimologie est la branche de la criminologie qui s'intéresse aux victimes de crimes ou de délit.<sup>14</sup> La psycho-traumatologie constitue une partie médico-psychologique de la victimologie. Elle se consacre comme nous venons de le voir à l'étude des conséquences et au traitement des traumatismes psychiques. Le domaine de la victimologie s'est progressivement étendu aux victimes de violences psychologiques ou de relation abusive. D'un côté les critiques quant à l'extensivité de ce domaine nous invitent à la prudence dans l'utilisation de ces diagnostics « post-traumatiques ». D'un autre côté, les recherches autour du traumatisme de type II s'intéressent à objectiver et prendre en charge la violence psychologique et l'emprise, un facteur de gravité important dans tout type de violence.

---

<sup>14</sup> LAROUSSE. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/victimologie/81857> (En ligne) Consulté en janvier 2017.

## E. UNE RELATION D'EMPRISE PEUT-ELLE INDUIRE UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ ?

### 1. Le contexte relationnel et la construction de la personnalité.

La définition classique de la personnalité est : un « mode durable d'organisation des conduites et de l'expérience vécue apparaissant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et stable dans le temps » (97), comme le note J.L. Senon dans un article de 2013.

La construction de la personnalité se fait en fonction des expériences vécues, et est liée avec le contexte relationnel expérimenté (familial, social) et le sens donné à ces expériences relationnelles. L'émergence de troubles de la personnalité a donc à voir avec des troubles dans la **relation** et l'**attachement**. Les théories de l'attachement nous montrent bien à quel point les attachements précoces et les relation dans l'enfance, l'adolescence, et la période de jeune adulte sont primordiales.

Les schémas d'attachement continuent malgré tout à se construire **tout au long de la vie**. (31)

Une personnalité est considérée comme pathologique quand certains traits (présents durablement et invariablement) sont en liens avec un déficit d'adaptation, une altération du fonctionnement social, familial ou professionnel et causent une souffrance au sujet ou à son entourage.

### 2. Emprise pathologique et trouble de la personnalité.

La littérature étudiée et les cas cliniques rencontrés en pratique courante permettent d'étayer l'hypothèse de possibles liens entre l'expérience d'une relation d'emprise psychologique et la constitution de troubles de la personnalité. Nous pensons en effet qu'une relation d'emprise pathologique, par les expériences relationnelles négatives répétées qu'elle instaure et les troubles psychologiques et psychiatriques potentiellement induits, peut altérer profondément le fonctionnement psychique d'un individu. Cela peut induire au long cours de véritables troubles de la personnalité.

Certains articles comme celui de T. Taillieu, D. Brownridge, T. O'Affi, et al., de 2016 (98), rapportent que la maltraitance émotionnelle, par la destruction du sentiment de sécurité intérieur, peut se manifester par des troubles de l'**axe II du DSM**, probablement sous-évalués. Certains troubles de la personnalité trouveraient leurs racines dans un trouble du lien au moment de l'organisation de la personnalité.

Dans la pathologie de la relation qu'est l'emprise pathologique, la phase de programmation décrite par R. Perrone (40) semble être le vecteur le plus fort de risque de répétition ultérieure. Plus elle est

longue, répétée, et survient tôt dans la vie d'un individu, plus elle peut altérer sa façon d'être et de se comporter à soi même, aux autres et au monde.

Chez les victimes de violence, R. Perrone observe des troubles ou altérations de la personnalité au long cours qui prennent des formes différentes selon le type de violence subit.

- **Dans la violence-punition**, la personnalité peut être marquée par la **mauvaise estime de soi**, un sentiment d'indignité, un sentiment d'avoir été détruit intérieurement. Les **blessures narcissiques** peuvent être profondes et générer une tendance à la culpabilité, à l'autocritique et l'**autodisqualification**. On peut observer une vulnérabilité, une propension à être victime de violences par d'autres agresseurs, un risque de re-victimisation.
- **Dans la violence-punition avec symétrie latente** les troubles psychopathologiques observés au long cours peuvent être l'organisation **paranoïaque** de la personnalité, le trouble de la personnalité **anti-sociale**, ou les troubles **narcissiques** graves. Pour R. Perrone, ces troubles, notamment paranoïaque, sont la manifestation d'une **quête impossible de réparation**. Il est observé des difficultés dans le lien à l'autre. L'autre peut rapidement constituer une menace, ou être dénié dans son altérité. (40)

J. Smith, dans un article de 2012, repère chez les sujets ayant expérimentés de façon durable une relation d'emprise une clinique marquée par la **fragilité narcissique** sous ses différentes formes, et notamment des **troubles de la personnalité borderline**. (99)

M. Pico-Alfonso, dans une étude de 2008, rapporte, chez les femmes victimes de **violences psychologiques**, une association entre les violences et des troubles de personnalité de différents registres (en se référant au DSM) : **schizoïde, schizotypique, évitant, borderline, paranoïde / paranoïaque**. L'apparition de ces troubles semble influencées par certains facteurs favorisant qui sont : la présence de violences (psychologique, physique ou sexuelle) dans l'enfance, et l'importance de la re-victimisation dans l'enfance et à l'âge adulte. (100)

Nous retenons des diagnostics de trouble de la personnalité schizoïde ou schizotypique surtout des difficultés ou **déficits dans les relations inter-personnelles et sociales**, un émoussement de l'affectivité, et de possibles distorsions de comportements cognitifs ou perceptuels. (100) Nous retenons du diagnostic de trouble de la personnalité borderline (F60.3) des symptômes tel qu'un comportement général marqué par l'**instabilité des relations interpersonnelles, l'instabilité de l'image de soi**, des affects ainsi qu'une **impulsivité** marquée dans différents domaines. La **perturbation de l'identité** et de l'image de soi, l'instabilité affective, la **sensation chronique de vide** intérieur, et les **symptômes dissociatifs** liés au stress peuvent être retrouvés chez certains individus ayant eu des expériences répétées d'emprise relationnelle. (100)

Cas cliniques et troubles de la personnalité :

Ces constats sur les troubles ou altérations de la personnalité nous permettent de mieux appréhender les cliniques présentées par les patients dont nous exposons les cas cliniques. Nous avons essayé de repérer chez nos patients les traits de personnalités marqués par les expériences répétées d'emprise.

*-Pour Marion, il est difficile d'évaluer les possibles altérations de personnalité en lien avec les violences subies lorsqu'elle était enfant. (Nous avons néanmoins une idée de quelques traits de personnalité qu'elle présentait au moment de sa première hospitalisation en psychiatrie, peu de temps avant son entrée dans le groupe sectaire).*

*Lorsque nous évoquons l'expérience d'**emprise sectaire** vécue, Marion nous dit : « J'ai été changée par cette expérience ». Elle nous décrit avoir gardé des difficultés dans les rapports aux autres, une tendance à résister à l'évidence des interactions pour garder une maîtrise, une analyse des situations, résultant d'une méfiance restée durablement. « Je me sens brouillée dans les rapports sociaux, je trouve ça très fatigant ». « Je ne suis plus dans les groupes, les associations, je ne peux plus y aller, je vois les enjeux de pouvoir, ça me rend malade ». « J'ai l'impression que ma personnalité s'est modifiée. J'ai envie de communiquer mais c'est comme si je n'avais pas les bons codes, comme si j'étais un petit animal sauvage ».*

*Les principaux traits repérés sont une altération dans le rapport aux autres, une difficulté à faire confiance, une méfiance. Cela a pour effet dans une certaine mesure de limiter sa sociabilisation, donc son fonctionnement social habituel. Ces traits sont repérés comme persistant au long cours, même après la fin de la relation d'emprise.*

*-Pour Fred, nous observons une personnalité complexe alors qu'il est en soin quotidiennement à l'hôpital de jour. Nous repérons des **difficultés bien ancrées dans la relation aux autres**, qui peuvent se manifester parfois dans la répétition d'un lien d'emprise (un recours à l'emprise), ou parfois dans un évitement de la relation. En groupe de parole, dans lequel les termes abordés sont relativement engageants, nous notons par moment une grande **rigidité de la pensée**, une incapacité à appréhender la pensée de l'autre et un recours au déni de l'altérité. Les mécanismes de recours à l'emprise sont encore actifs dans son fonctionnement. Nous sommes parfois sidérés, comme pris en otage par des récits détaillés de violence qu'il peut faire au groupe ou lors de temps d'entretiens individuels.*

Parfois, il peut avoir recours à l'évitement de la relation. Cet évitement survient dans deux types de situations. A certains moments, cela vient d'une mésestime et d'une **dévalorisation de soi importante** (altération de la perception de soi) : Fred s'estime incapable, inintéressant. A d'autres moments, dans un mouvement plus projectif, l'évitement de la relation viendra d'une **méfiance importante** à l'égard de l'autre, et notamment d'une incapacité à faire confiance.

Nous notons également une fragilité sur le plan identitaire. En effet, Fred ne semble à l'aise que dans la revendication d'être un « anti-système », ne pouvant préciser son identité que par des comparaisons clivantes du type : « c'est eux contre nous ». (Altération du système de croyance). Il nous explique que ses consommations de cannabis, en plus de lui permettre de « se calmer », font aussi partie de cette identité d'« anti-système ».

Nous notons qu'il est difficile pour Fred de réguler ses émotions et ses affects. Le cannabis semble entre autre lui servir à se « calmer », à réguler des symptômes d'impulsivité ou de dysrégulation émotionnelle. Outre les Troubles du comportement alimentaire (**crises de boulimie** dont il nous fait part) et les consommations de **cannabis**, Fred rapporte également une **difficulté à moduler l'engagement sexuel**. Exemple notable, il nous expliquera un jour souffrir de ne pouvoir avoir des relations sexuelles qu'avec des prostituées. Nous voyons cette difficulté comme un nouveau recours à l'emprise dans la relation, une remise en acte du déni d'altérité.

Nous faisons l'hypothèse de mettre en lien certains traits de personnalité de Fred avec les années pendant lesquelles il a été piégé dans une relation d'emprise. Ces traits de personnalité sont à l'origine de difficultés dans plusieurs situations personnelles ou sociales. Ce tableau clinique porte à une discussion diagnostique. En effet, selon le référentiel utilisé, il sera abordé de différentes façons. Ainsi, nous pouvons analyser ce tableau clinique au travers de :

-La clinique des troubles de la personnalité : traits de personnalités pathologiques (traits de personnalités paranoïaque ? antisociale / dys-sociale / émotionnellement labile ? évitante ? borderline ou limite ?)

ou :

-La clinique du psycho-traumatisme complexe : personnalité marquée par un Disorder Of Extrême Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) ? ou par un trouble du développement traumatique ? (autrement dit par des séquelles de traumatismes complexes).

-Concernant Mme S., un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif caractérisé encore actif rendent difficiles l'appréciation de traits de personnalité.

### 3. Un traumatisme psychique peut-il induire une altération de la personnalité ?

Il semble surprenant d'imputer à un traumatisme quel qu'il soit, la découverte d'une personnalité pathologique.

Pourtant, de nombreuses études sur les conséquences psychologiques du traumatisme ont mis en évidence, à côté de symptômes de reviviscence ou d'hyperactivation neurovégétative, une série de caractéristiques générales du fonctionnement de l'individu qui sont considérées par certains comme un véritable réaménagement traumato-névrotique de la personnalité. Ils sont globalement inscrits dans les critères C de la définition de l'état de stress post-traumatique du DSM IV, et de façon plus extensive dans les critères D du DSM V. « On retrouve notamment un détachement vis à vis d'autrui, une restriction des affects, un sentiment d'avenir bouché, une réduction nette de l'intérêt et de nombreux phénomènes d'évitement qui sont proches de mécanismes phobiques. » (97)

Dans le cas du traumatisme répété (type II), l'entité clinique décrite par le DESNOS constitue une altération importante de la personnalité. Ces troubles sont proches des symptômes décrits dans la catégorie diagnostic « **borderline** » des classifications athéroriques internationales. (92)

*Cliniquement, nous pouvons voir que les tableaux cliniques décrits en 2) et 3) se recourent. La différence de lecture est la conséquence de la prise en considération d'une étiologie « psycho-traumatique » ou non.*

## **F. VARIATIONS INTER-INDIVIDUELLES.**

Les symptômes retrouvés dans un contexte de relation d'emprise (accompagné ou non d'autres violences) sont non seulement très variés, mais aussi d'intensités très différentes et nous font poser la question des variations inter-individuelles.

### **1. L'âge de la survenue d'une relation d'emprise.**

L'influence de l'âge sur la clinique traumatique comme sur la capacité de résilience est essentiel à prendre en compte. (101) Plus le lien d'emprise pathologique arrive précocement dans la vie de l'individu, plus graves en sont les conséquences. Plus la victimisation est précoce et intervient à un moment clef de l'attachement (et donc de la construction psychique), plus elle peut laisser d'importantes séquelles sur le fonctionnement psychique.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes durant lesquelles les individus sont dans des situations de dépendance plus importante vis à vis de leur entourage. Le « caregiver » (décrit dans les théories de l'attachement) est automatiquement désigné, l'obéissance est sous-tendue par des principes d'éducation. Une relation d'emprise pathologique pourra donc s'installer plus facilement et intensément, et avoir de plus graves conséquences.

Par ailleurs, en fonction du développement cognitif de l'enfant, les agressions psychologiques ne seront pas traitées de la même façon. Cela dépendra de l'organisation de la pensée et de la capacité d'établir une causalité dans les faits. Avant un certain âge, l'établissement de cette causalité n'est pas possible. Par la suite, un lien causal conscient apparaît. Les faits sont repérés dans leur signification. Enfin, dans son développement, l'enfant acquiert un raisonnement hypothético-déductif. Il peut attribuer des notions ou concepts aux situations, comme l'incompatibilité, la faute. Il peut élaborer une critique. Mais dans des circonstances d'emprise, cette élaboration peut être biaisée. Par leurs intrusions et agressions répétées, les violences psychologiques peuvent désorganiser l'équilibre nécessaire à l'établissement d'un développement cognitif harmonieux. (40)

### **2. La résilience.**

Le « concept » de résilience est souvent cité pour expliquer les variations inter-individuelles dans les séquelles de traumatismes.

### *a) Définition.*

La résilience désigne initialement la résistance au choc d'un métal. En anglais, « resilience » signifie « rebondir ». A. Guedeney (cité par E. Vermeiren en 102), définit la résilience comme « le maintien d'un processus normal de développement malgré des conditions difficiles. Il s'agit donc de quelque chose de dynamique et non point de la simple résistance au choc. » (102) C'est une faculté qui ne peut être appréciée qu'après coup, devant le constat de l'absence de troubles psychiques ou d'un développement optimal malgré des conditions difficiles ou la survenue d'un traumatisme psychologique. Ces capacités peuvent être débordées à tout moment.

### *b) De quoi est faite la résilience ?*

M. Rutter (cité par C. Roos en 43) avance des éléments comme l'estime de soi, la confiance en soi, la croyance en son efficacité personnelle et la disposition d'un répertoire de solutions comme facteurs de résilience. « La résilience serait influencée par deux facteurs de protection : des relations affectives sécurisantes et stables et des expériences de succès et de réussite. Elle reposerait ainsi sur un lien d'attachement de bonne qualité dans l'enfance » (43)

La résilience est un phénomène **dynamique** qui s'appuierait sur la **qualité des liens** entretenus avec **l'environnement**. « D'une façon générale, l'appartenance à un groupe humain pourrait favoriser un développement de la résilience pour certaines caractéristiques propres du groupe : un système de croyances qui permette de trouver un sens à l'adversité, de pouvoir établir une vision positive des événements de vie, un recours possible à la transcendance et à la spiritualité, un sentiment de solidarité et des valeurs partagées. » (43)

Nous retenons que la résilience est un terme qui permet de désigner les ressources d'un individu à un moment donné. Ces ressources sont intrapsychiques mais aussi et avant tout relationnelles. **Elles ne constituent pas une réserve stable ou innée chez un individu.** Chercher à mobiliser des facteurs de résilience, des ressources psychiques et relationnelles potentiellement mobilisables nous semble être un abord pertinent dans les prises en charge de victime.

### *c) La résilience dans les situations de relation d'emprise.*

Le rôle protecteur de la résilience dans la survenue et la gravité de séquelles psychologiques et psychiatriques a été étudié chez les victimes de violences psychologiques, par exemple dans les articles de M. Sapouna et D. Wolke en 2013 ou M. Kljakovic et C. Hunt en 2016. (103, 104)

Certains facteurs ont été mis en évidence comme protecteurs : l'estime de soi, le soutien de l'entourage des pairs, la cohésion et le soutien de l'entourage familial.

La relation d'emprise a la particularité d'attaquer les facteurs de résilience principaux identifiés chez les individus. L'estime de soi, la confiance en soi, la croyance en son efficacité personnelle, les expériences de succès et de réussite sont altérées par les expériences d'impuissances répétées. Les relations affectives sécurisantes et stables, le lien d'attachement sécure est mis à mal par une relation faite d'arbitraire, de déni d'altérité, et d'isolement progressif. Cet isolement peut aussi entraîner la remise en cause du sentiment d'appartenance à un groupe humain.

## G. EMPRISE ET RÉPÉTITION : RÉPÉTITION INDIVIDUELLE ET TRANSGÉNÉRATIONNELLE.

### 1. Généralités, clinique et données de la littérature.

La répétition est un enjeu majeur des violences quel que soient leurs registres. L'étude de l'emprise nous permet d'expliquer certains des mécanismes à l'oeuvre dans ces répétitions, que ce soit dans le registre de la re-victimisation, ou de la re-mise en action de la violence.

#### Cas cliniques et répétition :

*-Pour Marion, on ne peut s'empêcher de faire un lien entre les abus sexuels répétés subis dans son enfance, et la répétition d'un lien d'emprise, dans un groupe sectaire, alors qu'elle est en quête de sens dans une période de vulnérabilité sociale et psychologique.*

*-Pour Fred, nous assistons à une répétition de la violence : d'abord sexuelle, puis psychologique, avec son même agresseur. Plusieurs années dans un huis-clos avec son agresseur dans une ambiance relationnelle d'emprise ont ancré ce mode relationnel dans son fonctionnement psychique. Alors que les abus sexuels ont cessé, lorsque son cousin lui propose de travailler avec lui, Fred accepte. Le lien d'emprise se ré-active. Par la suite, des années durant, les violences psychologiques sont à l'oeuvre. Aujourd'hui, alors que Fred est en soin, nous notons une tendance à rejouer ce lien d'emprise.*

*Nous nous demandons si la répétition n'est pas aussi à l'oeuvre sur le plan trans-générationnel. En effet, les secrets de famille se poursuivent, et son cousin aurait « des trucs à (lui) dire », dont Fred ne saura rien. De plus, que penser des phénomènes de répétition pour son cousin, « agresseur » mineur au moment où les faits se déroulent ?*

*-Le cas clinique de Mme S. est aussi marqué par la répétition. La maltraitance était physique de son père envers sa mère, et psychologique envers les enfants, témoins de ces scènes de violence. Par la suite, elle est victime de violence conjugale. Les violences conjugales ont pris fin, mais un lien d'emprise persiste. Mme S. est ambivalente, elle a fui mais reste en contact avec son ancien conjoint. La situation de son fils de 11 ans, Adam, semble aussi préoccupante.*

Les études confirment cette impression clinique de répétition. Les phénomènes de répétition, de re-victimisation sont décrits, que ce soit par exemple pour les violences conjugales (physiques) (68), les maltraitances sexuelles (notamment dans l'article de N. Dantchev pour la conférence de consensus sur les conséquences des maltraitances sexuelles, paru en 2004) (105), les cas de harcèlement scolaire ou au travail (104), ou les cas d'appartenance à des groupes sectaires. (25)

Nous pensons que la présence d'une emprise pathologique dans les antécédents est une hypothèse permettant d'expliquer les mécanismes sous jacents à cette répétition. En effet nous constatons à quel point nos patients qui ont été dans une relation d'emprise pathologique peuvent répéter encore et encore ce mode de relation marquée par la violence et l'échec de l'altérité. Lorsque l'emprise a été le contexte relationnel dans lequel il y a eu un passage à l'acte physique ou sexuel, la répétition de tels passages à l'acte est d'autant plus fréquente que la relation d'emprise a été ancrée durablement.

Certains auteurs décrivent **l'emprise comme facteur de risque de re-victimisation, ou, à l'inverse, de reproduire ce mode relationnel violent.** (40, 99) En effet, quand le mode de relation aux autres est profondément imprégné par l'emprise, la négation d'altérité, il est amené à être répété.

Nous allons proposer des hypothèses permettant d'expliquer en quoi l'emprise est un vecteur de répétition.

## **2. Répétition et programmation.**

La programmation telle que l'a décrite R. Perrone, notamment lorsqu'elle est longue et répétée, peut distordre « de façon majeure la lecture que la victime a des faits mais aussi sa vision d'elle même et du monde. » (40)

Une fois un mode relationnel « appris », il semble plus « économique » pour l'esprit humain de retourner vers des schèmes relationnels connus plutôt que vers la nouveauté et l'inconnu, qui peuvent paraître plus aléatoires que la répétition. (99)

Un attachement perturbé par des modalités relationnelles violentes semble entraîner la répétition de relations insécurisantes ou maltraitantes. Cette idée est aussi illustrée par la théorie des schémas que nous avons déjà évoquée, et la constitution de schémas précoces inadaptés, qui semblent amener les victimes à se percevoir de façon distordue en entretenant des relations dysfonctionnelles. (80)

Cela évoque aussi les théories sur l'impuissance apprise de M. Seligman, qui décrit également un processus de victimisation, conséquence de l'impuissance apprise (learned helplessness). (106)

### 3. Répétition et traumatisme. Place des comportements ordaliques.

Nous faisons un lien entre traumatismes psychiques subis de façon répétée et une tendance à répéter des situations d'emprise, déterminée par des altérations de la personnalité induites par ces traumatismes. De façon plus spécifique, nous observons chez les patients traumatisés des comportements ordaliques, des comportements à risque, pour lesquels nous pouvons faire plusieurs hypothèses.

Les comportements ordaliques peuvent être vus comme moyen de valider une existence déniée par l'auteur de la relation d'emprise. Ces conduites ordaliques peuvent aussi être interprétées comme des **répétitions et remises en actes littérales** des événements traumatiques subis. Les répétitions littérales interviennent quand le psychisme n'a pu intégrer les traumatismes répétés qui sont demeurés présents, et fixés à la psyché. Parfois, la tendance à se re-traumatiser peut être vue comme une tentative de se « représenter » des scènes traumatiques « non-élaborables » ou comme une tentative de maîtriser ou changer le cours des choses. Enfin, ces comportements paradoxaux peuvent avoir pour effet de remettre en état de dissociation, d'anesthésie émotionnelle, chez des sujets cherchant parfois à éviter de façon paradoxale les reviviscences traumatiques. (86, 99)

### 4. Répétition et culpabilité.

Chez les victimes d'attaques identitaires et narcissiques répétées, la culpabilité peut donner l'illusion d'avoir été en position active dans la relation, et donc de dénier la part de passivité et d'impuissance liée aux situations vécues.

Dans une perspective psychanalytique, S. Ferenczi (cité en 107) décrit chez la victime de traumatisme un possible mécanisme d'identification à l'agresseur. Dans ces situations, la victime peut **introjecter le sentiment de culpabilité** de l'agresseur, c'est à dire intérioriser cette culpabilité sans considération de frontière dedans / dehors. (107) Dans les situations d'emprise, le mécanisme d'**inversion de la culpabilité** généré par le discours de l'agresseur peut faciliter cette introjection de la culpabilité chez la victime.

Dans certaines de ces situations, la culpabilité peut générer des comportements de re-victimisation, auxquels les victimes donnent une fonction auto-punitive, ou justificative. « Vous voyez, mon agresseur a raison, c'est bien moi qui ai un problème ». Cette part de culpabilité peut être une tentative de donner du sens aux attaques subies. (99)

## 5. Répétition et identification à l'agresseur.

Nous allons développer l'hypothèse de l'identification à l'agresseur, selon la description qu'en a fait S. Ferenczi (cité en 107), dans une perspective psychanalytique. Le mécanisme d'identification à l'agresseur est souvent décrit dans les relations violentes complémentaires et inégalitaires. S. Ferenczi le rapporte dans des expériences de peur ou de détresse extrême. Le sujet s'oublie, se met à la volonté de son agresseur et s'identifie totalement à lui. C'est un moyen de se préserver, de survivre psychiquement.

Dans les cas d'emprise relationnelle, la violence est généralement déniée par celui qui la perpétue. Cela favorise l'invalidation de l'existence d'une instance tierce permettant de différencier ce qui est juste de ce qui ne l'est pas. Le sujet perd ses repères et est plongé dans la confusion.

Face à ces agressions et à la confusion instaurée par l'agresseur, il s'opère différents mécanismes :

- Le clivage du moi, permettant au sujet de s'absenter de l'expérience. (Mécanismes de dissociation traumatique).
- L'introjection du sentiment de culpabilité.
- L'identification à l'agresseur : ce mécanisme fait disparaître l'agresseur en tant que réalité extérieure. Il est introjecté, devient intra-psychique (une partie du Moi). Il n'y a plus de différenciation entre sujet et objet, il n'y a donc pas de conflit psychique. Le sentiment de culpabilité est alors selon S. Ferenczi marqué par l'omnipotence de la victime qui incorpore l'agresseur : « je suis à l'origine de tout ce qui m'arrive ».

Ce mécanisme ne va pas jusqu'au bout. Le sujet garde une partie propre à lui, non détruite par cette identification à l'agresseur. Il se reconstruit une personnalité qui selon S. Ferenczi portera les traces de la lutte.

Pour S. Ferenczi, la répétition chez les sujets opérant un mécanisme d'identification peut être expliqué de deux façons. Le sujet peut s'enfermer dans des conduites de répétitions pour éviter l'angoisse de l'attente d'un évènement irreprésentable, ou aller au devant de la violence pour se rendre maître d'une situation dans laquelle aucun échappatoire n'est possible.

L'identification à l'agresseur peut aussi permettre à la victime de se préserver en **préservant la relation** (ou plutôt l'illusion de relation) qu'elle a pu avoir avec son agresseur et qui s'est avérée impossible. Cette hypothèse se retrouve dans les cas d'emprise pathologique. Ce mécanisme est favorisé lorsque les violences sont dispensées par une personne pour qui la victime a eu **un sentiment d'identification fort** (par exemple un « care-giver », ou une personne avec qui il y a eu

une collusion, un sentiment d'admiration, une séduction). Le mécanisme d'identification à l'agresseur permet le déni des violences subies, et ainsi permet de préserver l'image idéalisée de l'agresseur. Cela permet par extension à la victime de préserver une partie de son identité, de son fonctionnement psychique, de ses constructions cognitives. (99, 107) Ce constat traite des liens entre identification et empathie, à l'oeuvre par exemple dans le syndrome de Stockholm. En comprenant ou en justifiant l'agresseur, la victime recrée avec lui une situation de communauté.

Ce mécanisme nous semble être en lien avec la répétition inhérente à la clinique de l'emprise. Dans ces situations, l'individu ayant subi les violences peut avoir un risque de re-victimisation, ou bien lui-même devenir auteur d'agression de même type.

Ces comportements d'identification à l'agresseur et de répétition peuvent être analysés au travers de la théorie de l'esprit : l'emprise entraînerait une empathie « forcée » et illusoire de la victime pour son agresseur, jusqu'à ce que survienne une confusion entre les intentions de l'agresseur et celles de la victime. Ce mécanisme pourrait favoriser les répétitions. Ces théories sur l'empathie trouvent désormais un substrat neuro-psychologique dans le concept de résonance motrice étudié en neurosciences. Il a été observé en neuro-imagerie que lorsque nous voyons une personne réaliser une action, une partie de notre cerveau se comporte de façon non consciente exactement comme si nous faisons cette action. (99)

## **6. Violence transgénérationnelle et emprise.**

Les mêmes mécanismes à l'oeuvre dans la répétition sur le plan individuel peuvent se rejouer sur le plan transgénérationnel.

Ces hypothèses portant sur les motifs de répétition ne sont pas exhaustives et ont été sélectionnées en fonction de la clinique observée pendant l'élaboration de ce travail. Les motifs de répétitions sont nombreux, et cela peut expliquer leur tenacité. Il s'agit de symptômes aux déterminismes multiples. Il nous semble indispensable de s'intéresser à ces différents déterminismes sous-jacents à la répétition dans la prise en charge de nos patients et dans la prévention des situations de violences psychologiques et d'emprise.

## RÉSUMÉ

- Nous pouvons objectiver le caractère pathologique d'une relation d'emprise par l'étude de ses séquelles sur le psychisme et son potentiel pathogène.
- Nous retrouvons dans littérature des études épidémiologiques analytiques portant sur l'« émotionnel maltreatment », ou le « psychological maltreatment », dont les descriptions sont comparables à celle de l'emprise.
- Des associations sont décrites entre l'exposition à des violences psychologiques et la présence à court, moyen et long terme de symptômes ou pathologies psychiatriques.
- Par l'étude de l'emprise, nous pouvons émettre des hypothèses psychopathologiques (selon différents référentiels) permettant de mieux comprendre ces associations. Ces hypothèses peuvent éclairer le clinicien sur certaines situations de pratique courante complexes et aux points d'appel variés.
- De plus en plus, le modèle du psycho-traumatisme est avancé pour décrire dans une perspective intégrative les séquelles des victimes de violences psychologiques ou d'emprise. C'est un modèle pertinent mais dont l'extensivité récente questionne.
- Certains tableaux cliniques similaires peuvent être nommés ou classés différemment selon la considération ou non d'une étiologie « psycho-traumatique ».
- L'étude des séquelles des violences psychologiques pose la question de leur possible incidence sur la construction d'une altération ou d'un trouble de la personnalité.
- L'importante variabilité inter-indivuelle des symptômes observables nous fait considérer la question essentielle de l'âge auquel surviennent ces violences (impact sur le développement), et la question plus subtile de la résilience.
- L'emprise nous permet d'émettre des hypothèses psychopathologiques quant à l'importante répétition de la violence observée en clinique ou rapportée dans les études. Certaines notions comme la programmation, la culpabilité et l'identification à l'agresseur sont des pistes de compréhension.
- L'emprise apparaît comme un facteur favorisant la gravité, l'intensité, le destructivité potentielle et la répétition de la violence dans une relation, quel que soit le registre de cette violence.

#### **IV. LA RELATION D'EMPRISE DANS LA CLINIQUE MÉDICO-LÉGALE : OBJECTIVATION DE LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE DANS LE DISPOSITIF JURIDIQUE FRANÇAIS ACTUEL, ET PLACE DU PSYCHIATRE DANS CE DISPOSITIF.**

Nous nous intéressons dans cette partie au traitement médico-légal de la notion d'emprise. Nous allons étudier la façon dont la loi prend en considération et objective ces violences psychologiques, et dans quelle mesure la psychiatrie peut être sollicitée dans ces démarches.

Face à la sollicitation sociale et au développement de la victimologie, la question d'objectiver la violence psychologique en clinique et dans le droit est de plus en plus importante. L'enjeu est de mieux prendre en compte ces violences et de mieux les prévenir. Alors que la question des violences psychologiques et de l'emprise est soulevée dans la législation, nous nous demandons comment l'objectivation de ces violences est traitée dans le dispositif juridique français actuel. La difficulté de leur délimitation et de leur objectivation se pose de nouveau.

Le psychiatre peut être sollicité sur ces questions qui touchent à la clinique médico-légale. Ces questions touchent une zone d'intrication entre droit et psychiatrie, et mobilisent la « recherche d'un nouvel équilibre entre répression et liberté, protection de l'individu et défense sociale, justice et psychiatrie ». (1)

## A. POTENTIEL CRIMINOLOGIQUE DE L'EMPRISE.

### 1. Le recours à l'emprise dans la relation.

L'intérêt d'objectiver l'emprise en droit est en lien avec son potentiel criminogène. R. Coutanceau évoque la « tentation de l'emprise » (108) dans les rapports humains, l'opposant à la maîtrise, plus coûteuse en énergie. (Nous avons déjà souligné la différence entre emprise et maîtrise dans les théories psychanalytiques de l'emprise). Ce mode relationnel serait une défense archaïque vecteur de destruction, de violence, et de criminologie. Nous pouvons faire l'hypothèse chez certains auteurs de violence d'un **recours à l'emprise dans la relation**, à rapprocher du recours à l'acte décrit par C. Balier (28). Ce recours à la destructivité comme tentative de solution défensive s'observe chez des sujets dont les défenses vont être marquées par le clivage et le déni des affects de détresse. L'exercice de l'altérité est raté par ces auteurs de violence, qui tentent l'indifférenciation afin de maintenir une homéostasie narcissique vacillante. L'interaction violente apparaît comme une forme extrême de survie relationnelle. Toute différence est menaçante, on ne peut vivre avec l'autre qu'à condition de le détruire. (109)

Ce mode relationnel mène « naturellement » vers tous les autres types de violences et d'abus. Nous avançons l'hypothèse d'une sorte de **continuum entre l'instauration d'une emprise relationnelle** (caractérisée dans certains textes de lois par les termes de « harcèlement moral ») **et le glissement possible vers des violences de tout ordre**. En effet, toute domination instaurée par l'emprise psychologique est un pouvoir à risque de passages à l'acte multiples. L'importance de l'emprise dans les passages à l'acte physiques ou sexuels et leur répétition est probablement sous-évaluée. Le concept d'emprise peut notamment éclairer beaucoup de violences type abus sexuels, qui selon R. Perrone ont étroitement à voir avec la violence-punition et avec la violence-punition avec symétrie latente. (40)

Ce mode d'interaction, une fois instauré et programmé, peut également devenir celui de l'« emprisé », qui peut alors adopter cette modalité défensive. (47)

### 2. La relation d'emprise et la notion de consentement. Exemple de la loi sur le harcèlement sexuel.

Considérer l'emprise dans la clinique médico-légale est essentiel au vu de son **incidence sur la notion de consentement**. Le consentement d'un individu sous emprise est une question complexe. Cette question peut être illustrée par les lois sur le harcèlement. Comme nous l'avons déjà vu, le harcèlement vient du verbe harceler, défini couramment par : « de *harser*, torturer :

- Soumettre quelqu'un, un groupe à d'incessantes petites attaques.

- Soumettre quelqu'un à des demandes, des critiques, des réclamations continuelles.
- Soumettre quelqu'un à de continuelles pressions, sollicitations. »<sup>15</sup>

MF. Hirigoyen relie la notion de harcèlement à la notion d'abus et d'emprise : « cela débute par un abus de pouvoir, se poursuit par un abus narcissique au sens où l'autre perd toute estime de soi, et peut aboutir parfois à un abus sexuel ». (8)

Les lois pénalisant le harcèlement sexuel puis le harcèlement moral posent la **question centrale du consentement dans des contextes favorisant l'emprise**. Prenons l'exemple du harcèlement sexuel. L'article 1 de la loi n° 2012-954 du 6 août 2012 du code pénal « *relative au harcèlement sexuel* » (article 222-33 du code pénal), paru dans le Journal Officiel de la République Française n°0182 du 7 août 2012 (p.12921), définit deux formes de harcèlement sexuel :

« I. *Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante* ». C'est une forme de harcèlement sexuel ambiant. Le terme « imposer » signe l'absence de consentement.

« II. *Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers* ». <sup>16</sup> « Toute forme de pression grave » : C'est un harcèlement sous forme de chantage.

Le terme « imposer » définit une **absence de consentement**. Le non-consentement est un des éléments constitutifs du délit.

Alors comment traiter l'emprise, une relation dans laquelle il existe chez l'emprisé « **une coexistence paradoxale d'un non-consentement et d'une acceptation** » ? (40) Comment traiter la question du consentement dans des contextes d'emprise relationnelle ?

La circulaire CRIM 2012 -15 du 7 août 2012 : « *Présentation des dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n° 2012- 954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel* » précise que « *La loi n'exige toutefois nullement que la victime ait fait connaître de façon expresse et explicite à l'auteur des faits qu'elle n'était pas consentante* » (...) « *Cette absence de consentement, dès lors qu'elle n'est pas équivoque, pourra résulter du contexte dans lesquels les faits ont été commis, un faisceau d'indices pouvant ainsi conduire le juge à retenir une situation objective d'absence de consentement (par exemple un silence*

<sup>15</sup> LAROUSSE. [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/\\_harceler/39062](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/_harceler/39062) (En ligne). Consulté en novembre 2016.

<sup>16</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026263463&xcategorieLien=id> (En ligne). Consulté en janvier 2017.

*permanent face aux agissements, ou une demande d'intervention adressée à des collègues ou à un supérieur hiérarchique).* »<sup>17</sup>

**Le refus silencieux** peut constituer une absence de consentement. Le non-consentement peut résulter du **contexte** dans lesquels les faits ont été commis.

Nous pensons par exemple aux situations de hiérarchie ou de dépendance. Par l'étude de la relation d'emprise, nous savons qu'une situation d'autorité ou de dépendance peut favoriser, par la domination qui en résulte des situations dans lesquelles l'acceptation ne signe pas nécessairement un consentement. (110)

---

<sup>17</sup> [http://www.textes.justice.gouv.fr/art\\_pix/1\\_1\\_circulaire\\_07082012.pdf](http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/1_1_circulaire_07082012.pdf) (En ligne). Consulté en janvier 2017.

## B. CAS CLINIQUES.

Voyons pour nos cas cliniques dans quelle mesure la clinique de l'emprise et la clinique médico-légale se sont confrontées.

*Concernant Marion :*

*-Les abus sexuels dont elle a été victime dans son enfance ont été révélés à sa mère mais pas au reste de la famille, ni judiciairisés. Les faits ne sont pas reconnus devant la justice.*

*-Des années plus tard, alors que Marion se trouve adepte d'un groupe sectaire : des violences au sein du groupe sectaire sont révélées par d'autres membres. A la suite de cela, Marion parvient à prendre l'initiative de porter plainte. Les services de police lui proposent de se mettre en lien avec des associations de victimes.*

*-La procédure dure entre ses 26 et 30 ans. C'est durant cette période qu'elle initiera de son fait un suivi psychiatrique en ambulatoire.*

*Durant la procédure, elle rencontre un psychologue (**expertise psychologique**). Il est noté :*

*« Une confiance totale existait envers les mis en examen. C'est dans ce climat de confiance dans un premier temps, puis de doute, que M., selon ses dires, s'est retrouvée dans des positions contradictoires et conflictuelles mais impossibles à résoudre, la pulsion d'emprise enveloppant tout les mécanismes psychique du sujet ».*

*« La réalité psychique de M. est actuellement, au jour de notre examen dans une demande de reconstruction narcissique. M. est encore dans une grande culpabilité vis à vis de son manque de lucidité et cela l'entraîne dans une grande dépréciation d'elle même ».*

*« M. est dans une position dépressive, suivie par un psychiatre en ville ».*

*« M. est en souffrance depuis de nombreuses années, ses errances nous indiquent, nous semble t-il, un malaise ancien, qui a comme conséquence, une recherche d'identité, des difficultés émotionnelles et affectives. Nous souhaitons que son engagement psychothérapique lui permette de symboliser l'ensemble des évènements traumatiques qui ont parcouru son existence. »*

*-Concernant le procès, Marion dira : « **Le procès m'a aidée à connaître les limites** ». La période du procès est une période de changement pour Marion. C'est à ce moment qu'elle met fin à sa relation avec Martin. « Je n'ai plus accepté les violences » « **Je connaissais mieux mes limites** ».*

*C'est aussi une période durant laquelle son psychiatre constate une amélioration et une stabilisation clinique, puisque les traitements par antidépresseurs et anxiolytiques sont progressivement arrêtés.*

*-Quelques temps après le procès, elle rencontre de nouveau des **experts psychiatres** cette fois-ci pour une **expertise civile de réparation de dommage corporel**.*

*Concernant Fred, aucune affaire n'a été portée en justice.*

*-Fred est en colère envers les institutions, « qui n'ont jamais rien fait pour moi ». Nous pensons d'abord à l'institution familiale, son père qui aurait vu « ce qui se passait » dans son enfance mais n'aurait rien dit. Nous pensons ensuite à l'école, « ils auraient dû voir que ça n'allait pas, j'avais des comportements bizarres ». « Maintenant c'est trop tard pour tout ce qui s'est passé quand j'étais petit ».*

*-Fred dit ne pas faire confiance à la justice. Au sujet du comportement de son cousin au travail ces dernières années, qui relève du harcèlement, Fred rapporte : « je ne veux plus y penser, on n'aurait rien fait pour moi de toute façon ».*

*-Fred refuse de judiciariser ces actes. « Je n'aime pas la justice, je n'aime pas le système, ils ne feront rien de toute façon ». Il se dit « anti-système ».*

*-Il existe chez Fred un sentiment de honte et de culpabilité tenace. Les violences ont été révélés à sa mère, mais il ne souhaite pas que le reste de sa famille l'apprenne. C'est aussi une des raisons pour laquelle il refuse de porter cette affaire en justice.*

*-Nous constatons chez Fred une tendance à recourir à son tour à l'emprise dans certaines situations. Le recours à des prostituées pour avoir des relations sexuelles en est selon nous un exemple. Il se trouve alors lui-même dans des conduites de transgression de la loi.*

*Concernant Mme S., son rapport à la loi semble être confus.*

*-Après l'interpellation de son mari par la police et sa rencontre avec différentes associations, elle nous explique avoir été encouragée à porter plainte. Cependant, elle ne peut rien nous dire sur cette procédure. Mme S. nous explique ne pas savoir si la procédure est encore en cours ou si aucune suite n'a été donnée. Son mari demeure introuvable. Mme S. l'a parfois au téléphone mais ne cherche pas à obtenir cette information.*

*-Concernant la procédure, Mme S. ne souhaite pas savoir où elle en est. Elle est difficilement joignable et nous dit ne pas lire ses courriers administratifs.*

## C. LA LOI ABOUT-PICARD : LOI N° 2001-504 DU 12 JUIN 2001.

### 1. Le texte de loi.

C'est dans ce texte de loi appelée Loi n° 2001-504 « *tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales* » que la notion d'emprise nous semble le plus précisément abordée.

La loi About-Picard est née le 12 juin 2001 initialement dans le but de renforcer la prévention et la répression des **mouvements sectaires** portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales. Le dispositif juridique antérieur pour lutter contre les groupes sectaires était jugé insuffisant, en effet beaucoup de plaintes pour abus de faiblesse restaient classées sans suite. La vocation de ce texte est large et **ne se limite pas aux seules dérives sectaires**, de nombreux articles sont inscrits dans différents codes « sans spécificité sectaire ».

L'article phare de cette loi est l'article 20 (article 223-15-2 du code pénal), paru dans le Journal Officiel de la République Française n°135 du 13 juin 2001 (p. 9337). Il constitue une extension de l'ancienne infraction d'abus frauduleux d'un état de faiblesse aux personnes en état de sujétion psychologique, résultant de « *l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer le jugement* ». <sup>18</sup>

Ce texte n'incrimine pas en tant que telle la dérive sectaire ou l'emprise mentale, mais seulement **l'abus frauduleux de l'état de faiblesse d'une personne placée en situation de sujétion psychologique ou physique**, là où auparavant était réprimé simplement l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse d'un mineur ou d'une personne particulièrement vulnérable en raison de son âge, maladie ou infirmité. Cet article institue l'abus de faiblesse dû à une emprise mentale comme nouvel outil juridique.

« *Est puni de trois ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de la situation de faiblesse (...) d'une personne en état de sujétion psychologique ou physique résultant de l'exercice de pressions graves ou répétées ou de techniques propres à altérer son jugement, pour conduire (...) cette personne à un acte ou à une abstention qui lui sont gravement préjudiciables* ».

Cet article de **droit commun** est un tournant qui permet de s'intéresser à l'emprise mentale, inhérente au problème sectaire. La nouveauté est que cet article permet de faire de l'emprise mentale

---

<sup>18</sup> LEGIFRANCE <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000589924&categorieLien=id> (En ligne). Consulté en novembre 2016.

un **élément constitutif** de l'infraction. (Auparavant cela pouvait être retenu en tant que contrainte comme élément **contextuel**, souvent en se basant sur des expertises).

Il y a deux alinéas à cet article, le premier décrit tous les **abus frauduleux d'état de faiblesse non spécifiquement lié aux sectes**, et le deuxième s'intéresse au cas des gourous. Il y a quatre éléments constitutifs de l'infraction, comme le décrit J. Guivarc'h en 2012 (111) dans son article portant sur les expertises psychiatriques de victimes de dérives sectaires :

- « *Abus frauduleux* » (d'un état) contenant à la fois la notion d'abus, mais contenant aussi un élément moral en parlant de « fraude » (acte de mauvaise foi). Il s'agit donc d'un acte volontaire.
- « *Etat de sujétion psychologique ou physique* » (état de faiblesse) : la personne perd son libre arbitre, elle est sous domination. Selon la MIVILUDES (citée en 111) « l'appréciation de l'état de faiblesse relèvera du pouvoir souverain du juge qui pour l'établir aura le plus souvent recours à une **expertise psychiatrique** ». (111)
- « *Résultat de l'exercice de pressions graves et répétées et des techniques propres à altérer le jugement* » : recherche de techniques de manipulation mentale, persuasion coercitive, techniques de conditionnement: à l'aide de l'expertise psychiatrique / psychologique.
- « *Dans le but de conduire les personnes à des actes ou abstention d'actes gravement préjudiciables* » : La **finalité** du comportement frauduleux est un élément matériel, le préjudice doit être grave.

La mise en application de cet article nécessite une expertise psychologique et psychiatrique, et donc une **définition et objectivation** de la mise en état de sujétion psychologique en psychopathologie.

Plusieurs questions découlent de ce texte. Concernant l'article 20 de la loi (article 223-15-2 du code pénal), établir une responsabilité (partiellement) atténuée de ses actes chez un adepte à la fois victime d'un état de sujétion et accusé d'actes délictueux dans ce contexte peut avoir des conséquences controversées. En effet, cela ouvre la voie à d'autres mesures possibles comme la protection par tutelle ou curatelle, ou la contrainte aux soins éventuellement en vue de traiter cet état de sujétion dans les cas de danger pour soi-même ou autrui. De plus la partie plus générale de ce texte ne s'appliquant pas qu'aux dérives sectaires, nous nous interrogeons sur les conséquences de ce texte sur des situations de familles pathologiques, des relations amoureuses passionnelles, ou toute relation d'emprise.

## 2. Place du psychiatre expert.

Le psychiatre expert sera sollicité sur cette question de la sujétion psychologique au travers de l'expertise. Les missions expertales sont souvent générales, la question de l'emprise n'est pas abordée spécifiquement. Les experts qui sont non sensibilisés aux mécanismes d'emprise mentale ne peuvent pas repérer les signes évocateurs et passer à côté de certaines situations.

La nouveauté est que cet article permet de faire de l'emprise mentale un **élément constitutif** de l'infraction. L'article 223-15-2 du code pénal, en permettant la création de l'abus frauduleux de faiblesse d'une personne en état de sujétion psychologique, a accordé une place très importante à l'expertise psychologique ou psychiatrique car elle seule peut démontrer les liens d'emprise.

L'expertise doit mettre en évidence l'état de sujétion psychologique, rechercher et expliquer les techniques de manipulation mentale, mettre en évidence un dommage, en l'occurrence psychologique, et faire un lien de **causalité** avec l'état de sujétion psychologique qui a induit un acte ou une abstention d'acte à l'origine du dommage. Le dommage psychologique ou les symptômes psychiatriques sont donc à dater, afin de discuter leur **imputabilité**.

## D. LA LOI<sup>o</sup> 2010-769 DU 9 JUILLET 2010 ET LA LOI<sup>o</sup> 2014-873 DU 4 AOÛT 2014.

### 1. Exemples de textes de loi traitant du harcèlement.

#### a) *La loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010.*

La loi du 9 juillet 2010 relative aux « *violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants* » est parue dans le Journal Officiel de la République Française n°0158 du 10 juillet 2010 (p. 12762). Elle vise à améliorer la prise en charge et prévention des violences faites aux femmes, et à adapter la loi pénale à la spécificité des violences conjugales au moyen, notamment, de la création d'un délit dans le code pénal de **harcèlement au sein du couple** : article 31- II de la loi (article 222-33-2-1 du code pénal). (112)

Cette loi vise la répression des violences, quelle que soit leur nature, « *y compris s'il s'agit de violences psychologiques* » : article 31-I de la loi (article 222-14-3 du code pénal).

La définition des violences psychologiques s'inspire de la définition du **harcèlement moral**, initialement défini pour le monde du travail.

L'article 31- II de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 (article 222-33-2-1 du code pénal) est le suivant : « *Le fait de **harceler** son conjoint, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou son concubin par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique **ou mentale** est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail et de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende lorsqu'ils ont causé une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.* »<sup>19</sup>

Nous notons que cet article a été modifié par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014, le terme antérieur d' « *agissements* » a été remplacé par ceux de « *propos ou comportements* ». (112)

#### b) *La loi n° 2014-873 du 4 août 2014.*

La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 « *pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes* » est parue au Journal Officiel de la République Française n°0179 du 5 août 2014 (p.12949). Elle modifie un certain nombre de dispositions du code pénal relatives au délit de harcèlement. Cette loi « généralise » l'incrimination de harcèlement moral, qui était limitée aux actes affectant les

---

<sup>19</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022454032&categorieLien=id> (En ligne). Consulté en janvier 2017.

conditions de travail d'abord, puis à ceux ayant une incidence sur la vie de couple (articles 222-33-2 et 222-33-2-1 du code pénal).

L'article 41 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 (article **222-33-2-2** du code pénal, créée par cette loi) est le suivant : « *Le fait de harceler **une personne** par des **propos ou comportements répétés** ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une **altération de sa santé physique ou mentale** est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende lorsque ces faits ont causé une incapacité totale de travail inférieure ou égale à huit jours ou n'ont entraîné aucune incapacité de travail.* »<sup>20</sup>

L'article 34 de la loi du 4 août 2014 modifie les articles 222-33-2 et 222-33-2-1 du code pénal afin de remplacer le terme d'« *agissements* » (susceptibles de constituer des actes de harcèlement moral) par ceux de « *propos ou comportements* ».

### *c) Application de ces lois.*

Les lois sur le harcèlement, notamment lorsqu'il s'agit du harcèlement moral, rencontrent des difficultés d'application. La difficulté de caractériser le harcèlement, qui tient en partie à la question du consentement, rend la procédure complexe. Certains magistrats dénoncent des lois aux définitions trop floues, aux éléments constitutifs trop arbitraires. (113) Il reste **difficile d'apporter une preuve**, une **objectivation** des violences psychologiques en matière de harcèlement moral.

L'objectivation des violences psychologiques ou de harcèlement moral peut être apportée par un faisceau d'arguments, comportant les témoignages apportés par des témoins, la confrontation entre plaignant et personne faisant l'objet de la plainte, la récolte d'autres plaintes par d'autres victimes (la difficulté étant que les personnes sous emprise portent peu plainte), les attestations (portant sur des faits éloignés et datés, répétés), et parfois les certificats médicaux ou les expertises.

Les bureaux d'aide aux victimes ou les associations d'aide aux victimes (par exemple l'ADAVI : Association Départementale d'Aide aux Victimes) peuvent aider les plaignants dans ce genre de démarches.

---

<sup>20</sup> LEGIFRANCE. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000029334247&cidTexte=LEGITEXT000006070719> (En ligne). Consulté en janvier 2017.

## 2. Place du psychiatre: expertises et certificats médicaux.

### a) *Les expertises psychiatriques ou psychologiques.*

Les expertises ne sont pas exigées pour les dossiers de harcèlement. Cependant, dans les affaires de harcèlement moral, sur réquisition du magistrat, un recours peut être fait aux expertises. L'élément **constitutif** défini par « *la dégradation de ses conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale* » motivera souvent une sollicitation de l'expert psychiatre. L'expertise aura alors un rôle dans l'objectivation des violences psychologiques subies.

Il peut y avoir deux sortes d'expertise pour les plaignants (le terme de victime ne peut pas être utilisé dans les procédures pénales avant la fin de la procédure judiciaire) : (114)

-**L'expertise des plaignants au pénal**, qui comprend généralement un **examen psycho-légal initial** avec évaluation de l'Incapacité Totale de Travail (ITT, durée durant laquelle un sujet est empêché dans les actes de la vie courante), et une **mission d'expertise** plus spécifique qui demande généralement un examen de la personnalité du plaignant, des précisions quant aux conséquences des actes pour lesquels une plainte a été portée, des indications sur la possibilité d'une prise en charge thérapeutique, et des constatations ou observations « utiles à la manifestation de la vérité ». (114)

- **L'expertise de victimes au civil**, dont la mission est d'évaluer les **séquelles** psycho-corporelles des victimes d'infractions.

L'expert peut aussi être sollicité face à l'auteur présumé des faits (notamment au pénal : expertise pré-sententielle d'évaluation et de responsabilité). Les questions seront alors autour de la présence ou l'absence d'**anomalies mentales ou psychiques** et de l'éventuelle **relation avec l'infraction reprochée**, de la **dangerosité psychiatrique et criminologique**, de la **curabilité / réadaptabilité** du sujet, de l'opportunité d'une **injonction de soin**. (115)

Chaque situation d'emprise relationnelle est différente, mais l'étude de l'emprise nous permet d'avoir des éléments de réponses à apporter à ce genre d'expertises. En effet, l'instigateur d'une relation d'emprise est souvent dans le registre d'un trouble de la relation (recours à l'emprise dans le lien), souffre de carences, d'un possible trouble de la personnalité, ce qui ne permet généralement pas de conclure à une anomalie mentale ou psychique caractérisée ou à une altération du discernement. La dangerosité n'en est pas moins absente, car comme nous l'avons vu, le recours à une relation d'emprise peut constituer un mode de fonctionnement électif, bien qu'il ne signe pas nécessairement une structure fixée. Dans ce sens, l'opportunité d'une injonction de soin peut être justifiée.

## *b) Les certificats médicaux.*

Dans la recherche d'objectivation des violences psychologiques, le certificat médical peut constituer un élément du dossier. La jurisprudence concernant la place des certificats médicaux dans les procédures n'est pas stabilisée.

Selon C. Jonas, « le psychiatre doit faire preuve de discernement, savoir refuser, **connaître ses limites** et appliquer les règles de rédactions » (116), précises dans le cas de certificats médicaux. Les principes à retenir sont l'intérêt du patient, mais aussi la légitimité du document, son utilité, le respect du secret professionnel et la capacité à soutenir les informations que l'ont fait figurer sur le document.

Certains points doivent être rappelés :

- Le certificat doit être justifié.
- Il ne peut être rédigé qu'après examen du patient.
- Il ne peut être remis qu'au patient lui-même, sauf exception.
- Cas particulier des réquisitions : autorité judiciaire ou administrative fait appel à un citoyen dont elle a besoin des compétences. La personne devient alors auxiliaire de justice dans le cadre d'une mission précise. (Dans ce cadre, le médecin est relevé de son obligation au secret professionnel, mais en dehors de cette mission, le secret réapparaît).
- Il comporte quatre parties : informations formelles, les allégations ou doléances du sujet (guillemet ou conditionnel), les constatations du médecin (sans interprétation), les conséquences des constatations (engage la responsabilité du rédacteur, l'Incapacité Totale de Travail par exemple). Le certificat médical peut décrire l'état de santé constaté du patient, indiquer que parallèlement, son patient lui rapporte des difficultés en le citant, mais **sans établir un lien de causalité** entre l'état de santé avec un harcèlement ou autre. **La déontologie interdit d'établir un lien de causalité** entre des difficultés familiales ou professionnelles et l'état de santé d'un patient et de citer des dires accusant un tiers conjoint ou employeur. Le médecin ne peut pas qualifier une situation de harcèlement dans un certificat : cela relève du travail et de la responsabilité du juge.
- L'ITT, Incapacité Totale de Travail personnel, au sens pénal, est défini par la jurisprudence. Cette notion permet la qualification des faits. Elle est proposée par le médecin mais fixée par le magistrat. Elle correspond à la durée pendant laquelle la victime éprouve une gêne notable dans les actes de la vie courante. Elle peut être en lien avec des troubles psychiques comme ceux résultant des violences psychologiques et doit être justifiée en réalisant une analyse fonctionnelle précise.

## E. L'EXPERTISE CIVILE DE RÉPARATION DE DOMMAGE CORPOREL DANS LES CAS DE RELATION D'EMPRISE.

L'expert psychiatre peut être missionné par le tribunal civil ou la commission d'indemnisation des victimes, pour évaluer les séquelles que présente un individu qui a subi des violences, après condamnation de l'auteur.

Il est important de s'arrêter à la difficulté que peuvent constituer les expertises civiles de réparation de dommage corporel chez une personne ayant été dans une relation d'emprise pathologique. Les symptômes séquellaires sont variés et variables, et la question de l'altération possible de la personnalité rend la clinique complexe à évaluer. Plusieurs questions se posent, notamment le problème d'établir **l'imputabilité** dans le cas de **séquelles d'évènements traumatiques anciens et répétés**. L'évaluation des préjudices et notamment le Déficit Fonctionnel Permanent après consolidation est également complexe.

Cela demande à l'expert une bonne connaissance de la clinique en lien avec la relation d'emprise et les violences psychologiques, notamment la clinique du psycho-traumatisme complexe. L'utilisation d'échelles peut être utile pour discriminer des éléments dissociatifs « classiques » du registre psychotique d'un trouble dissociatif durable du registre traumatique. (92) Les altérations ou troubles de la personnalité résultant de violences psychologiques sont à prendre en compte, ainsi que les nombreuses co-morbidités qui affectent potentiellement ces personnalités.

La répétition, inhérente à la clinique de l'emprise, et dont nous avons parlé plus tôt, rajoute une difficulté à ces expertises. Par exemple, l'évaluation de séquelles d'un évènement traumatique survenu sur un sujet présentant une personnalité traumatique complexe antérieure pose question. Un des enjeux est le risque de diminution du droit à la réparation de la victime. Parfois, des troubles pré-existent, et la répétition de traumatismes ou de victimisation accentue des troubles de la personnalité pré-existants. Parfois, l'état antérieur favorise les conditions de l'accident, par exemple en cas de re-victimisation ou de conduites ordaliques.

L'expert doit alors avoir une « connaissance très précise relative aux troubles de la personnalité, leur origine, leur signification psychopathologique, leur évolution et leur sensibilité aux évènements extérieurs » (97) comme le souligne J.L. Senon dans un article de 2013 portant sur les « aspects médico-légaux des troubles de la personnalité ».

## RÉSUMÉ

- L'emprise est une notion à considérer en clinique médico-légale car elle a un fort potentiel criminogène. Nous faisons chez certains individus l'hypothèse d'un « recours à l'emprise », à comparer avec le « recours à l'acte » décrit par C. Balier.
- Nous avançons l'hypothèse d'une sorte de continuum entre l'instauration d'une emprise psychologique et le glissement possible vers des violences de tout ordre.
- Le potentiel criminogène de l'emprise est aussi en lien avec la notion de consentement. Le consentement est altéré en cas d'emprise. Cet aspect peut être pris en compte dans la loi, comme l'illustrent les textes sur le harcèlement sexuel qui s'intéressent au contexte dans lesquels les faits ont été commis.
- L'emprise rend les procédures difficiles. L'aboutissement des procédures est incertain, les preuves difficilement objectivables.
- L'objectivation du phénomène d'emprise dans le dispositif juridique français peut être illustré par la loi About-Picard qui traite de l' « *abus frauduleux de l'état de faiblesse d'une personne placée en situation de sujétion psychologique ou physique* » et donne une place centrale à l'expertise psychiatrique et psychologique.
- L'inscription des violences psychologiques dans la loi peut aussi être illustrée par différents textes de loi sur le harcèlement.
- Le médecin peut être interpellé sur la question des certificats médicaux. L'expert psychiatre ou psychologue peut être interpellé sur la question des expertises.
- La place du médecin dans ces procédures mérite une attention particulière. Un certificat ne peut constituer une unique « preuve », et l'expertise répond à une demande précise du magistrat.
- Malgré la complexité de la délimitation et d'objectivation des notions de harcèlement, ces lois qui vont au delà de pénaliser des attaques physiques ou sexuelles pour s'en prendre aux comportements de domination qui les accompagnent semblent intéressantes.
- Reconnaître l'emprise dans le passage à l'acte, comme facteur de gravité des séquelles ou comme facteur de répétition est pertinent et donne des pistes de soins pour les victimes et les auteurs.

## **V. COMMENT MIEUX APPRÉHENDER LES PHÉNOMÈNES D'EMPRISE ET LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE DANS NOTRE EXERCICE QUOTIDIEN ?**

Nous venons de voir l'objectivation des violences psychologiques dans le droit français, suite à l'étude de leur objectivation en clinique psychiatrique par l'étude des séquelles.

Comment repérer, orienter, prendre en charge et prévenir au mieux ces phénomènes ? Nous allons mener dans ce chapitre une réflexion sur les moyens de mieux repérer et appréhender les situations d'emprise en pratique clinique. Nous explorerons les possibilités mais aussi les limites pour le soignant dans ce type de situations. Les questions d'orientation et de prise en charge seront abordées principalement chez le patient majeur (clinique de l'adulte). Enfin, nous verrons en quoi les violences psychologiques constituent un enjeu en santé mentale et en santé publique.

## A. CAS CLINIQUES.

Reprenons nos cas clinique afin d'étudier la place qu'a pu avoir la rencontre avec la psychiatrie et les soins chez ces patients.

*-Pour Marion :*

*La première rencontre avec les soins se fait plusieurs années après les abus sexuels. Le point d'appel est une tentative de suicide avec intoxication médicamenteuse volontaire. Cette rencontre n'aboutit pas. « J'ai rencontré des psychiatres mais je ne savais pas quoi leur dire. J'avais l'impression qu'on m'enfermait, qu'on ne comprenait rien. Je suis partie comme ça, sans médicament ni rien ».*

*Le deuxième rencontre se fait peu de temps après la plainte. Contrairement à la première fois, un cadre légal existe, une plainte a été portée. Il est possible pour Marion de s'investir de **son initiative** dans un suivi avec un psychiatre libéral. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique a été évoqué dans les expertises au début de la procédure. Lorsque Marion débute quelques temps plus tard un suivi avec un psychiatre libéral, c'est un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé qui est posé. Elle est traitée par antidépresseur (ISRS, escitalopram 20mg). Elle investit un suivi pendant presque 4 ans. Le suivi prend fin quelques mois après la fin du procès. Son traitement par antidépresseur est arrêté. C'est une période (au cours de ces 4 années) durant laquelle elle met fin à sa relation avec Martin. « Je n'ai plus accepté les violences » « **Je connaissais mieux mes limites** ».*

*-Pour Fred :*

*De multiples rencontres avec le soin ne se font pas, alors qu'il est jeune adulte et reste pris dans une relation d'emprise. Un jour pourtant, c'est **au cours d'une hospitalisation** qu'il révèle les violences anciennes subies, d'abord à une équipe de soin, puis à sa mère, qui lui propose de quitter Marseille et d'emménager chez elle, ce que Fred accepte de faire. Il entame les soins avec une demande d'abord centrée autour des consommations. Il est ensuite adressé en hôpital de jour. Fred parvient jusqu'à aujourd'hui à s'investir dans ce suivi. Il est suivi par un psychiatre. Il est traité par neuroleptique anxiolytique (cyamémazine). Il a eu dans son parcours de soin différents traitements dont un régulateur de l'humeur (divalproate de sodium), aujourd'hui arrêté. Nous n'avons pas pu retrouver l'indication pour laquelle ce traitement avait été introduit.*

*-Pour Mme S. :*

*Plusieurs fois dans son parcours, un suivi psychiatrique ou psychologique lui est proposé, mais Mme S. ne parvient pas à les investir. Il existe un nomadisme médical important. Elle consulte de nombreux médecins pour des symptômes de douleurs somatiques, troubles anxieux, tristesse de l'humeur.*

*Lorsque nous la rencontrons, devant un épuisement psychique persistant et des arguments en faveur d'un épisode dépressif caractérisé, nous organisons, avec son accord, une hospitalisation en soins psychiatriques libres. Une des conditions était la garde d'Adam. La mère de Mme S. s'est proposée de venir d'Italie pour garder son petit-fils. Lors de l'hospitalisation, nous repérons cliniquement des symptômes en faveur d'un état de stress post-traumatique, ainsi qu'une co-morbidité d'épisode dépressif caractérisé (en lien avec une mésestime de soi, un vécu d'échec, une culpabilisation importante). Un traitement antidépresseur (ISRS) est mis en place. Mme S. supporte mal les murs de l'hôpital, ne parvient pas à respecter le règlement intérieur. Elle ne parvient pas non plus à se couper des stimulations extérieures. Elle est en permanence sortie de l'unité, ou au téléphone. Elle se montre rapidement très ambivalente à l'hospitalisation, bien que son état psychique reste préoccupant. Elle reste deux jours dans le service et demande sa sortie. Nous lui proposons un rendez-vous de consultation auquel elle ne viendra pas.*

## B. REPÉRER UNE SITUATION D'EMPRISE ET DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE.

### 1. Les situations à risque d'emprise.

L'emprise pathologique est possible dans tout type de relations humaines et sous de multiples formes. A partir des données psychopathologiques étudiées et de la pratique clinique quotidienne, nous repérons certains facteurs contextuels favorisant l'instauration et le maintien d'un lien d'emprise pathologique.

- Tout système **clos**. (6)

Un système clos entretient l'absence de remise en cause de la complémentarité en cas de relation d'emprise abusive. Plus le système est **fermé** et plus le nombre de participants est faible, plus les processus d'emprise peuvent être à l'oeuvre, favorisés par le **secret** ou des situations de chantage implicite.

- Les situations de **dépendance**. (117)

Elles favorisent l'éclosion d'une relation d'emprise, que la dépendance soit affective, hiérarchique, financière, ou narcissique. Cette situation de dépendance peut être évidente, « naturelle », ou induite, notamment sur le plan narcissique. L'« emprisé » vient alors à croire que sa survie dépend de l'« empriseur ». On peut aussi relever les situations de **dette**, dans lesquelles l'agresseur se rend utile à la victime, favorisant une situation de dépendance.

- Les situations de **hiérarchie**.

Elles induisent une autorité dite légitime, favorisant ainsi l'état agentique d'un ou plusieurs protagonistes. Les systèmes hiérarchiques, par leurs enjeux de pouvoir et d'influence, peuvent favoriser la violence et donc l'emprise.

- La **confusion** au sein d'un système.

Bien qu'il puisse être en apparence structuré, un système dont les règles régulatrices sont confuses, mouvantes, ou parfois niées, présente le risque de générer des situations d'emprise. (25) La confusion dans les **places et rôles** de chacun, dans la **reconnaissance de l'altérité**, dans la **reconnaissance des espaces propres à chacun**, dans la **reconnaissance des limites** est à risque d'emprise. Ces caractéristiques font écho à ce que PC. Racamier décrit dans les familles à « climat incestuel » (118) dont certaines caractéristiques interactionnelles évoquent les situations à risque d'emprise que nous décrivons.

- Les relations **ritualisées** induisant un état de **transe**.

Le rituel peut être défini comme étant une cérémonie, répétée, intégrée, et déterminée par des croyances diverses. Les rituels existent dans de nombreux systèmes relationnels (travail, thérapie, famille, relation amoureuse etc.) et « proposent soit un cadre à la relation, soit une économie de temps et d'énergie pour les partenaires, soit l'accompagnement de changements de registres relationnels » (40) Ils peuvent être consensuels ou non consensuels lorsqu'un protagoniste n'adhère pas, malgré sa participation, au sens du rituel et à sa finalité.

La ritualisation peut induire l'état de **transe**, une modification de l'état de conscience. La transe est un phénomène psychique « qui désigne un **état de conscience modifié** caractérisé par une **diminution du seuil critique** et une focalisation de l'attention ». (40) La transe est un phénomène ordinaire de transition de l'état de conscience, que chacun expérimente naturellement et quotidiennement. Les rituels, par la transe induite, comportent le risque de favoriser des situations d'emprise relationnelle.

Nous pouvons dégager différents systèmes à risque d'emprise, comme le milieu familial, le couple, le milieu scolaire, le milieu professionnel, les groupes sectaires, et toute structure institutionnelle (tout système de relations sociales).

Chaque situation citée a des spécificités qui seront à prendre en compte pour ne pas céder à la facilité et aux définitions abusives. Dans ce travail en général, nous avons volontairement confronté les données et théories sur le déploiement de l'emprise dans différents registres (la famille, le couple, les groupes et institutions comme le travail, les groupes sectaires). L'emprise dans la maltraitance intra-familiale et l'emprise conjugale, et leurs liens avec l'attachement et la construction de troubles de la personnalité sont de registres proches. Dans la relation parents / enfants, il y a la spécificité des enjeux d'éducation. Dans l'emprise du harcèlement au travail ou au sein d'un groupe ou d'une institution, il y a les enjeux de la sociabilisation ordinaire, de l'identification à un groupe de pairs, ainsi que les enjeux en lien avec la dépendance économique. Enfin, dans l'emprise sectaire, nous retrouvons des enjeux idéologiques forts.

Enfin, bien que les facteurs individuels, dispositionnels, jouent un rôle mineur, il existe certains facteurs temporaires ou durables pouvant favoriser la survenue d'une relation d'emprise. Ils sont constitués par :

- Les situations de vulnérabilité psychologique ou situations de stress. Ces situations sont à risque lorsqu'elles provoquent une diminution du champ de conscience, un **isolement**, une baisse des capacités d'adaptation à l'environnement. Ces situations peuvent entraîner une vulnérabilité

narcissique, ou des difficultés affectives. Nous pensons par exemple aux situations de deuil, de dépression.

- Les situations de **vulnérabilité sociale**, des évènements de vie défavorables, qui provoquent également un isolement. Nous pensons par exemple aux fragilités liées au vieillissement, à la précarité socio-économique etc. (25, 117)
- L'expérience d'une relation d'emprise antérieure, qui constitue un risque relatif important. (100)

## 2. L'emprise dans le soin.

La relation de soin rassemble un certain nombre de facteurs de risque d'emprise. La mission de soigner implique une relation complémentaire à plusieurs dimensions. Selon le point de vue d'où on se place, les protagonistes d'une relation de soin, le soigné et le soignant, peuvent chacun se retrouver dans une situation d'infériorité ou de supériorité relative, qui peut s'imprégner d'emprise. (43) Ces questions se posent d'autant plus dans une relation dans laquelle il peut exister un régime de contrainte aux soins.

Nous allons évoquer deux situations : d'abord la relation d'emprise en institution de soin, et enfin la relation d'emprise dans la cadre plus spécifique de la thérapie bi-personnelle.

### a) *Emprise et institution de soin.*

#### **Côté soignant :**

La relation de soin apparaît d'abord comme une relation de complémentarité. L'individu qui demande des soins prend le statut de patient. Lorsqu'il est hospitalisé, le cadre de soin constitue ses nouveaux repères de vie, non sans une certaine influence sur sa liberté et son autonomie. Il doit s'adapter à l'institution, faite de règles et de hiérarchie. Les règles de fonctionnement de l'institution de soin, pensées dans l'intérêt du patient, restent néanmoins propres à une équipe ou à une institution donnée, et se basent sur différents référentiels qu'ils soient théoriques ou historiques par exemple. Le risque est que le cadre de soin devienne l'unique référentiel pour le patient, menant alors à une soumission et une dépendance au soignant, allant à l'extrême jusqu'à modifier sa personnalité au sein de l'institution.

E. Goffman, (cité par C. Roos en 43) nomme « **déculturation** » (43) la perte de la capacité d'acquérir des repères et aptitudes pour retourner vivre en société, tant la personnalité peut être façonnée par l'institution. Ce phénomène a été décrit par E. Goffman dans les années 60 dans une perspective sociologique. Bien que les pratiques institutionnelles aient changé, cette question de

l'emprise de l'institution est à prendre en considération dans des services amenés à accueillir les patients sur de longues périodes . (43)

### **Côté patient :**

Dans certains cas, la relation thérapeutique peut être imposée par le patient, qui, en tant qu'ayant-droit, peut exercer une certaine domination sur le soignant, dont le rôle donné est de prodiguer des soins. La modalité relationnelle instaurée peut alors être du registre de l'emprise.

Nous pouvons considérer qu'une relation d'emprise en début de soin peut constituer une première étape de rencontre, nécessaire à l'accordage relationnel, d'autant plus si le mode relationnel du patient est marqué par ce processus. Le cadre de soin doit pouvoir « recevoir, contenir, transformer » ce qui est amené par des patients instaurant une relation d'emprise. (119) Une attention particulière doit être cependant donnée quant au travail sur la question de la subjectivation de chacun, tant que cela est possible.

H. Ey met en garde le thérapeute au sujet des relations dites pathogènes : « le rôle du thérapeute est avant tout de ne pas prendre la place d'une relation pathogène » via un « jeu d'automatisme et de répétition ». (15)

### ***b) Emprise et psychothérapie.***

#### **L'emprise et le transfert :**

S. Freud n'a cessé de souligner à quel point la survenue du transfert est un phénomène étrange et puissant, dans la cure comme dans d'autres situations. Il y a historiquement observé la répétition, dans son ambivalence, de la relation du sujet aux figures parentales.

Cette dynamique relationnelle intense et exclusive instaure une complémentarité qui peut être marquée par l'emprise. Il ne nous paraît donc pas surprenant que dans certains de ces textes, S. Freud insiste sur les différences entre « psychanalyste et gourou », précisant, au sujet de l'exercice d'une relation d'influence : « (...) le premier le fait au service du sujet et le second au service de son assujettissement. » (cité par D. Zagury en 9) L'intention en psychothérapie est bien de sauvegarder l'indépendance finale du patient, de permettre un accès à l'autonomie, à la subjectivation.

Cette différence fondamentale dans l'intention est aussi protégée en psychothérapie par l'existence d'un cadre thérapeutique, de règles explicites, impersonnelles et « disponibles aux personnes engagées dans une relation d'influence », qui s'oppose aux relations d'emprise marquées par une communication floue et paradoxale.

### 3. Repérer une relation d'emprise en pratique courante.

#### a) *Quelles difficultés pour le médecin ?*

Dépister une situation d'emprise relationnelle ou de violence psychologique lorsque celle-ci n'est pas nommée par la victime ou les différents protagonistes qui y sont engagés est un exercice difficile. (*Nous pensons aux multiples hospitalisations en psychiatrie de Fred par exemple*)

Les points d'appel sont flous et très variés. La demande de la victime, souvent reçue seule, peut aussi être floue, les mécanismes d'emprise ne lui permettant pas de démasquer le processus à l'oeuvre. La confusion est généralement de mise : confusion dans la demande, confusion entre la clinique observée et les propos rapportés. L'ambivalence, les phénomènes d'aller-retour sont présents, que ce soit dans le discours, les attitudes, jusque dans les prises de rendez-vous ou les demandes d'hospitalisation. (*Nous pensons à la situation de Mme S.*)

Les théories systémiques nous apprennent qu'un individu, dès lors qu'il observe un système, en fait partie. Le médecin qui assiste à une relation d'emprise fera partie malgré lui d'un tel système relationnel. Etre témoin, de façon directe ou indirecte, d'une relation d'emprise peut provoquer des sentiments de doute, d'incertitude ou de malaise. Dans un autre registre, la question du transfert se pose. La confusion et le doute peuvent contaminer le médecin qui observe le système. L'emprise et sa contamination cognitive peuvent être rejoués en consultation par la victime (messages paradoxaux, confusion, disqualification, manipulation par exemple). Des mécanismes d'identification, à la victime ou à l'agresseur, peuvent être mis en jeu. (120)

L'implication à son insu dans un système relationnel marqué par une ambiance d'emprise fait mettre M. Hurni en garde contre ce qu'il nomme « la perversion du tiers ». (121)

S'autoriser à deviner la « violence impensable », la repérer, la questionner, et nommer les mécanismes à l'oeuvre est un travail difficile. (65)

#### b) *Quatre points à étudier pour se repérer.*

À partir des articles et livres étudiés, nous avons élaboré et organisé par thèmes un certain nombre de points à traiter dans des situations complexes qui semblent marquées par la violence psychologique. L'objectif est de repérer et nommer la violence afin de permettre une meilleure **orientation** du patient et de trouver, lorsque c'est possible, un **levier thérapeutique**.

### (1) Vulnérabilité.

En premier lieu, si l'on en vient à se questionner sur une éventuelle situation de violence, il faut se questionner sur l'existence d'une vulnérabilité. La prise en charge sera différente, car en cas de constatation de violences ou de blessures sur un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, le médecin doit agir dans l'intérêt de la victime et peut faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. C'est une dérogation légale au secret professionnel (article 226-14 du code pénal) et une obligation déontologique (article R 4127-44 du code de la Santé Publique) que nous avons déjà citée en partie II. La vulnérabilité peut être constituée par un déficit intellectuel, des détériorations liées à l'âge, une maladie mentale, ou une maladie organique par exemple. (6) Nous retrouvons la notion de vulnérabilité décrite aussi dans l'article 434-3 du code pénal, modifié par l'article 46 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 « relative à la protection de l'enfant » : « (...) un mineur ou (...) une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse ». <sup>21</sup> Cependant, la vulnérabilité n'est pas souvent présente ou objectivable dans la majorité des cas d'emprise relationnelle.

Ensuite, il nous semble que trois points peuvent être étudiés afin de repérer des signaux d'alarme qui doivent évoquer un cas d'emprise relationnelle :

- **L'inter-relationnel** : le patient et ses relations : Y a-t-il un contexte d'emprise ?
- **L'intra-psychique** : Y a-t-il des mécanismes d'emprise à l'oeuvre ?
- **Les faits rapportés** : l'expression d'une relation violente. Les faits sont relatés par une personne et sont donc **subjectifs**, mais ils peuvent permettre d'identifier une violence et d'en préciser certaines caractéristiques. **Nous ne nous intéresserons pas au fait à visée d'accusation ou d'enquête (rôle de la justice), mais, pris dans leur subjectivité, comme levier d'orientation et thérapeutique.**

Il n'y a pas nécessairement d'ordre dans lequel analyser la situation, mais devant des situations cliniques compliquées à décoder, l'analyse de ces trois aspects peut être éclairante. La rédaction des différentes questions s'inspirent des données de la littérature étudiée et notamment de certains articles, tel que celui de A. Slep traitant de l'abus émotionnel chez l'enfant, (66) celui de T. Boulette et S. Andersen portant sur les violences conjugales (122) celui de JP Parquet portant sur l'emprise mentale dans les groupes sectaires (123), ou encore celui de S. Delvaux, D. Faulx, P. Italiano portant sur les violences psychologiques au travail. (124)

---

<sup>21</sup> LEGIFRANCE. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=09A075E27FABB950EC809D7138641A7F.tpdila21v\\_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000032207682&dateTexte=20170317&categorieLien=id#LEGIARTI000032207682](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=09A075E27FABB950EC809D7138641A7F.tpdila21v_2?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000032207682&dateTexte=20170317&categorieLien=id#LEGIARTI000032207682) (En ligne) Consulté en mars 2017.

(2) L'inter-relationnel : Analyse du contexte relationnel.

Analyse des relations les plus importantes qu'expérimente l'individu.

-Y a-t-il une situation de dépendance ou de hiérarchie ? Cette relation est-elle perçue comme exclusive ?

-Y a-t-il la présence d'un entourage social et amical ? L'individu est-il isolé ?

-Concernant les configurations relationnelles les plus importantes apportées par la personne : Y a-t-il symétrie ou complémentarité ?

Les indices de symétrie sont par exemple : des ressources égales, des comportements similaires dans les deux parties (par exemple pour des menaces, sont-elles unilatérales ou émanant des deux parties ?), des réactions aux comportements comparables (par exemple : violence et contre-attaque). Les indices de complémentarité sont par exemple : des comportements violents qui sont le fait exclusif de l'une des deux parties, des ressources inégales, que l'une des deux parties utilise dans le cadre d'agissements violents (par exemple le soutien social) (40)

(3) L'intra-psychique : repère-t-on des caractéristiques d'un processus d'emprise ?

Concernant l'**appréciation des relations** les plus importantes apportées en consultation :

-Y a-t-il eu un sentiment de séduction ou de fascination vis à vis de l'autre à un moment, ou une intensité émotionnelle forte dans la relation à un moment ?

-L'autre est-il considéré comme supérieur ?

-Y a-t-il un désir d'être important aux yeux de l'autre ?

-Y a-t-il une impression d'être dévoué de façon inconditionnelle à l'autre ? Y a-t-il un sentiment de mise à disposition complète, progressive, extensive de sa vie à l'autre ou à un groupe ?

-Y a-t-il le sentiment d'accepter ou d'avoir accepté des choses de l'autre non acceptées habituellement ?

Concernant l'**appréciation de soi-même** (dans le contexte relationnel) :

-Y a-t-il un sentiment de dépendance à la relation ?

-Y a-t-il un sentiment d'impuissance, d'inefficacité dans la vie de tous les jours ?

-Y a-t-il un sentiment de peur ou de vulnérabilité ?

-Y a-t-il un sentiment de perte de compétence, de perte de repère ?

-Y a-t-il un sentiment d'altération de la liberté de choix ?

-Y a-t-il le sentiment d'être étranger à soi-même ou le sentiment d'être confus ?

-Y a-t-il un sentiment de culpabilité vis à vis de la situation ?

-Y a-t-il une rupture avec un état antérieur depuis la relation, concernant par exemple le comportement, la capacité de jugement, les valeurs, la sociabilité, les repères.

(4) Les faits rapportés.

Voici quelques exemples / **typologie des comportements violents** :

- Agression : agression physique, sexuelle, atteinte aux biens, menaces physiques et/ou verbales.
- Isolement : confiner, restriction de la liberté de se déplacer.
- Déstabilisation : alternance de comportements contradictoires. Par exemple alternance agression / excuses, insultes / compliments, hostilité / affection.
- Attaque de la personne : critiques, disqualification, humiliations, rumeurs par exemple.
- Déni de l'état émotionnel de la victime.
- Déni des droits.

Le caractère **répété** des situations de violences est indispensable et à rechercher. La violence peut être isolée, répétée, chronique.

Si à partir de ces questions une ambiance relationnelle d'emprise est perçue, il peut être intéressant de rechercher d'éventuels facteurs de maintenance ou de sortie.

Les facteurs de sortie potentiels peuvent être par exemple :

- Des comportements ou situations rapportées jugées violentes par la personne.
- L'existence d'un désaccord marqué à un moment.
- L'existence d'un tiers introduit dans la relation à un moment.
- L'existence ou la possibilité de changement de contexte familial, social, professionnel.

## C. CONDUITE À TENIR : POSSIBILITÉS ET LIMITES.

### 1. Rencontre avec la victime et possibilité de soin.

#### *a) Des situations multiples.*

Les situations dans lesquelles nous pouvons repérer des violences psychologiques et un lien d'emprise sont nombreuses : une victime seule, venue de son fait ou sur conseil de proches, un couple, une famille ou certains de ses membres, un auteur de violence (en consultation libre ou soin pénalement ordonné) chez qui le recours à l'emprise est une répétition d'un trouble de la relation subi antérieurement. Ces situations multiples sont à penser au cas par cas, et demande une réflexion autour de différentes possibilités de soin.

#### *b) Rencontrer le patient et composer avec la demande.*

La rencontre peut se produire à différents moments du parcours du patient.

**Lorsque l'emprise est encore active**, l'ambivalence et le doute marquent le discours et les attitudes du patient. La question du danger traversé par l'individu et des limites des possibilités de soin se posent pour le médecin. La question de l'information et de l'orientation du patient, notamment sur le plan légal, est au premier plan (par exemple par la présentation du réseau d'aide aux personnes s'estimant victimes d'infractions). Le travail thérapeutique peut se faire autour de la demande de soin, de l'accompagnement de la prise de conscience de la situation d'assujettissement dans laquelle le patient venu consulter se trouve.

Parfois, le fait de demander de réaliser une ligne de temps et d'y noter ce qu'a vécu le patient permet de se rendre compte que sa dépendance actuelle n'est pas un état mais un **processus**. Cet apport extérieur permet de travailler sur la confusion née de l'emprise. **Le travail de « repérage » des situations d'emprise que nous avons proposé plus tôt pourrait servir à chercher un levier thérapeutique et constituer éventuellement un outil pour le clinicien.**

Ce travail autour de la demande de soin peut être long, et incertain. Nous nous situons dans le temps de l'avant demande. Ce travail d'information est à répéter jusqu'à ce qu'une demande puisse émerger. Lorsqu'elle émerge, elle doit pouvoir être repérée et soutenue. « Une offre de psychothérapie, un travail pour penser et penser par soi-même, émettre des jugements, se sentir responsable de soi, semble alors pertinent. Le travail reste centré sur l'individu et semble ainsi possible », comme le souligne E. Lecourt dans un article de 2011. (125) Le « sortir de l'emprise » (126) semble ne pouvoir venir que du sujet lui-même. La mise en évidence du système

relationnel d'emprise peut être un élément facilitateur. Lorsque le mode de fonctionnement du sujet est marqué par l'emprise, la difficulté en psychothérapie sera de l'aider à instaurer un nouveau mode de relation d'objet. (126)

**Après l'emprise**, l'ambivalence peut persister. Les étapes de la prise en charge sont marquées par :

- Repérage de la violence (repérer, nommer)
- Identifier les séquelles psychiatriques ou psychologiques.
- **Orienter** la victime : Cette étape doit être aussi proposée pendant la phase d'emprise. L'orientation est d'abord sur le plan légal. Ce **temps légal** est essentiel. La loi dans ces situations a une fonction pratique (protection de la victime) et symbolique (protection du cadre thérapeutique). L'orientation est aussi sur le plan de la prise en charge psychiatrique ou psychologique (discussion autour de la pertinence d'un suivi). La victime peut être orientée vers les réseaux d'aide aux personnes s'estimant victimes d'infractions.

Chez les patients venus consulter que nous identifions comme « empriseur », auteur d'emprise, le travail de la demande est aussi essentiel. Selon A. Ciavaldini, qui a travaillé sur la prise en charge des délinquants sexuels, il ne s'agit pas d'attendre une demande mais de permettre au sujet d'en constituer une. Ainsi, « placés dans un cadre éprouvé comme fiable, c'est-à-dire non intrusif et respectant leurs tonalités affectives potentielles, les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont capables de devenir demandeurs d'aide. » (127)

### *c) Le cadre thérapeutique et la loi.*

La cadre thérapeutique pour les victimes d'emprise relationnelle pathologique comporte certaines particularités.

La première particularité est la **place de la loi**. Il est essentiel de faire exister la loi dans le travail thérapeutique, que ce soit avec les victimes ou les auteurs d'emprise relationnelle.

La loi, dans sa fonction symbolique et pratique, opère un tiers, **signifie les interdits**. La loi protège la victime, et protège le cadre thérapeutique. L'action à visée thérapeutique ne peut se faire dans un registre « hors la loi » (40) Placer le système sous le regard de la justice permet de mettre fin à l'isolement de la victime. Ce regard externe permet d'initier une prise en charge dans un cadre protégé.

Chez les victimes, pouvoir faire appel à la justice permet de ré-expérimenter le fait d'avoir des droits. L'appel à la justice permet de se ré-inscrire dans la société, de faire entendre sa parole. Cela peut

aussi sortir du mécanisme d'inversion de la culpabilité ou d'identification à l'agresseur, chacun trouvant au regard de la loi des places différentes.

La deuxième particularité porte sur la construction du cadre thérapeutique. Le cadre thérapeutique d'une victime d'emprise relationnelle doit être pensé afin de ne pas rejouer la violence subie par cette relation abusive. Il y a de fait une certaine influence du médecin chez qui le patient vient demander de l'aide. Cette influence doit être considérée et mise en jeu de façon éthique, tant que possible au service de l'égalité dans les relations et de la liberté des individus.

Il est décrit chez le sujet ayant vécu la violence-punition avec symétrie latente des possibles difficultés à de nouveau expérimenter une position basse, une soumission à une autorité quel que soit le contexte. Tout interlocuteur en position haute de par sa fonction (travailleur social, juge, police, ou même médecin) peut être objet de méfiance et d'évitement.

Les individus victimes d'emprise pathologique peuvent développer des aménagements de la personnalité pathologique réactionnels induits par les troubles relationnels répétés. Le cadre thérapeutique doit pouvoir résister aux nombreuses ruptures mises en jeux, par exemple par des consultations courtes, ou l'acceptation d'un suivi long mais discontinu. (65)

#### *d) Possibilités de prises en charge spécifiques.*

La plupart des prises en charge sont proposées à la victime (l'« emprisé ») seule, mais selon la situation des soins peuvent être proposées à différents membres du système générateur d'emprise (couple, famille, groupe en entreprise par exemple). Nous rappelons qu'aucune prise en charge ne peut se faire « hors la loi ».

Nous allons nous intéresser aux possibilités de prise en charge spécifique pour une victime d'emprise.

Le premier abord est celui des **séquelles symptomatiques psychologiques ou psychiatriques** (comme par exemple les troubles anxieux), leur diagnostic et leur traitement propre (médicamenteux ou non).

Ensuite, le travail psychothérapeutique comprend différents aspects, qui peuvent être abordés selon différents référentiels psychothérapeutiques :

- Travail autour de la **re-construction identitaire** : comme nous la savons, l'emprise est marquée par exemple par des attaques identitaires répétées, une négation d'altérité, des possibles mécanismes d'identification à l'agresseur, une perte des repères identitaires antérieurs.

- Travail autour de la **restauration narcissique** : nous pouvons citer par exemple les processus de dé-subjectivation, les expériences répétées d'impuissance, la perte d'autonomie, la perte d'estime de soi qui génèrent ou entretiennent des fragilités narcissiques.

Le travail autour de ces points clefs peut se faire selon une **approche psychanalytique**, qui permettra d'aider la personne victime à élaborer un **vécu subjectif**, à aborder une élaboration autour des sources du sentiment de culpabilité et de la répétition. Ce travail peut aussi se faire selon une **approche en thérapie cognitivo-comportementale** qui permettra d'aborder la dimension de **restructuration cognitive** face à la contamination par la logique de l'agresseur. Il permettra d'aborder les distorsions cognitives induites par le langage de l'emprise par exemple. L'objectif sera de permettre un dé-conditionnement relationnel. D'autres types de thérapies s'intéressent à la violence psychologique et l'emprise induite, comme la thérapie des schémas, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) par exemple. (120)

Plus spécifiquement, le travail psychothérapique porte sur la **dé-prise**. C'est un travail de « contre dévoilement » de l'emprise. R. Perrone (40) propose un travail d'élaboration autour des trois phases du processus d'emprise, qui peuvent rester fixées comme mode d'interaction même après la fin de la relation. Le travail autour de l'**effraction** consiste en la restauration du territoire, de l'enveloppe et de l'espace personnel, **des limites** du sujet. Le travail autour de la **captation** a pour objectif de permettre au patient de se soustraire de l'emprise à travers la mise à jour des techniques utilisées. Le travail autour de la **programmation** est une tentative de désactiver les comportements liés à l'abus relationnel et d'accéder à des niveaux de méta-apprentissages. L'idée est de passer en revue les instructions qui ont conditionné et conditionnent le comportement de la victime. La clé de l'intervention est de parvenir à faire apparaître pour la victime, le caractère étranger de certains vécus qu'elle croyait jusqu'ici être les siens.

### *e) Réflexions.*

Deux points sont fréquemment soulevés à l'évocation des prises en charge de victimes.

Le premier concerne le statut donné aux victimes. Certains évoquent le risque d'une « victimisation » ou « sur-victimisation » ou bien encore « maltraitance sociale » des personnes victimes. La reconnaissance d'un statut de victime, notamment au regard de la loi, nous semble important dans la mise en place du travail thérapeutique. Nous remarquons qu'une défaillance à ce niveau là peut rendre difficile le travail thérapeutique. Le sujet peut s'enfermer dans des manifestations d'une **quête impossible de réparation**. (40) Des conduites paradoxales de re-victimisation ou de remise en acte de la violence signent que les limites ne sont pas introjectées et

rendent compliqué le travail thérapeutique. (*Nous faisons le lien avec l'échec de la première rencontre de Marion avec les soins*)

Le second point concerne la « psychiatisation » ou « psychologisation » de troubles de la relation ou du comportement. Ces questions sont proches de celles suscitées par la clinique des troubles de la personnalité. La clinique de l'emprise trouve sa pertinence à une époque où une attention particulière est portée à la violence sous toutes ses formes, notamment psychologique. Les questions de violence sont bornées par un cadre légal, et sollicitent la psychiatrie sur un certain nombre de points que nous avons évoqués. Des propositions de soin sont possibles pour les victimes et parfois pour les auteurs, malgré certaines limites. **La question de la prévention de telles violences est essentielle et mobilise le registre de la santé mentale et de la santé publique.**

## **D. L'EMPRISE COMME MODÈLE DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE : QUELS ENJEUX EN SANTÉ MENTALE ?**

### **1. De la psychiatrie à la santé mentale.**

La santé mentale est une composante essentielle de la santé, que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>22</sup>. La santé mentale est un enjeu de santé publique, que nous pouvons définir par « l'ensemble des actions destinées à préserver et à protéger la santé des citoyens, à l'échelon d'un groupe donné de population ou à celui du pays ». <sup>23</sup>

Les questions de violences mobilisent le secteur de la santé publique et de la santé mentale. Selon le rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé de 2002, le secteur de la santé est « un allié actif et précieux » (de l'appareil judiciaire, à qui il incombe de remédier à la violence dans nos sociétés) dans la lutte mondiale contre la violence, du fait de sa proximité et de sa connaissance des victimes de la violence (et parfois des auteurs dans le cas des psychiatres). Les informations dont dispose le secteur de la santé concernant ces questions sont un atout pour faciliter la **recherche** et le travail d'**orientation** et de **prévention**. (2) L'objectif, toujours selon le même rapport, est de découvrir des connaissances sur tous les aspects de la violence, afin de déterminer les causes de la violence, les facteurs favorisant ou diminuant le risque de violence, ainsi que les facteurs sur lesquels une action est possible. Le travail effectué peut permettre de trouver des pistes pour répondre à toutes ces questions concernant le thème des violences psychologiques.

### **2. L'emprise en santé mentale : un phénomène qui dépasse la clinique individuelle.**

Les processus d'emprise ne sont pas seulement à l'oeuvre dans des situations de violences psychologiques, physiques ou sexuelles, mais il nous semble aussi dans des phénomènes de violences sociales, que nous pourrions décrire par le prisme des processus d'emprise (par exemple, les processus de conditionnement et de programmation dans les mouvements sectaires, l'impact des images et des médias, les politiques totalitaires par exemple).

La violence psychologique que constitue l'emprise relationnelle est en lien avec les phénomènes de domination, d'influence, et les rapports de force en général. La régulation de tels rapports de force

---

<sup>22</sup> OMS, Organisation Mondiale de la Santé. La santé mentale. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (En ligne). Consulté en février 2017.

<sup>23</sup> LAROUSSE. [http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/santé\\_publicque/90008](http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/santé_publicque/90008) (En ligne). Consulté en février 2017.

constitue un enjeu de santé mentale et de santé publique. La lutte contre toutes les formes de domination n'est pas qu'individuelle mais collective, politique.

Il y a dans nos sociétés une plus grande conscience de l'importance de combattre les violences sous toutes leurs formes. Les lois que nous avons évoquées en partie IV en sont le témoignage, malgré leurs difficultés d'application.

Il y a selon nous un enjeu à s'intéresser à l'emprise en santé publique en tant que **mouvement préalable d'un continuum menant à de nombreuses violences**, et en tant que facteur de gravité de la violence, notamment avec les **phénomènes de répétition induits**.

Concernant la recherche, notamment épidémiologique, certains auteurs regrettent le peu de recherches statistiques sur les conséquences du harcèlement psychologique et de la violence morale. (128) Elles sont souvent prises en compte dans le cadre des maladies mentales et non pas dans celui de la violence psychologique. L. Hincker (128) propose par exemple le développement d'un observatoire sur les violences psychologiques. Plusieurs articles demandent le développement d'outils permettant de mieux repérer les violences psychologiques subies chez les enfants afin de pouvoir intervenir plus efficacement. Certains avancent l'intérêt d'une réflexion sur une éducation à la communication, avec par exemple les techniques de Communication Non Violente (CNV). (128) Cette préoccupation autour de la prévention des violences psychologiques peut aussi être illustrée par exemple par le développement du concept de bien-être (notamment psychologique) dans les institutions de soins.

La prévention des violences psychologiques sur le plan collectif reste un sujet difficile à appréhender. Elle impose une réflexion du registre éducatif, social, juridique, et politique. En pratique courante, pour le clinicien, l'enjeu sera plutôt celui de la prévention individuelle.

### **3. Réflexions sur la pratique courante.**

Concernant notre pratique courante, apprendre à repérer la violence, la nommer, savoir orienter et proposer un cadre de soin demande une bonne connaissance des mécanismes inhérents à l'emprise.

Compte tenu de la difficulté à décoder ces situations complexes nécessitant à la fois une approche juridique et psychologique, l'article 21 de la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010, modifié par l'article 2 de la loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 « *tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé* » a prévu que soient formés l'ensemble des

professionnels (notamment les travailleurs sociaux, les assistantes sociales, les policiers, les enseignants, les procureurs, les avocats, les juges etc.) et précise notamment que : « **La formation initiale et continue des médecins (...) comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes, sur les mécanismes d'emprise psychologique, ainsi que sur les modalités de leurs signalements aux autorités administratives et judiciaires.** »<sup>24</sup>

La question de l'orientation demande un travail d'articulation avec les différents **réseaux d'aide aux personnes s'estimant victimes d'infractions**, comme par exemple l' ADAVI (Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infraction), le BAV : Bureau d'Aide aux Victimes (généralisation des BAV notamment dans les Tribunaux de Grande Instance) ou encore l'UNADFI (Union Nationale des Associations de Défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes).

La question de la prise en charge passe par l'indispensable **prévention de la répétition**. Cette prévention se fait sur le plan individuel, mais il y a aussi une nécessité de réflexion sur la prévention possible au sein du « système » (par exemple la famille, le groupe). L'exemple le plus fréquent de possibilité de prévention trans-générationnelle est de se préoccuper du devenir d'un enfant témoin de violences au sein de la famille. (129) Un des enjeux est de penser aux autres membres du système qui peut abriter et maintenir des violences psychologiques. (130)

La prévention de la répétition passe aussi par la question de la récidive des auteurs de violence. C'est notamment la question des soins pénalement ordonnés. Les soins dans ce contexte nécessitent un « maillage santé-justice » afin de créer un « environnement favorable » aux soins. (127) Il y a là aussi une nécessité de poursuivre la formation de l'ensemble des acteurs sociaux et institutionnels.

---

<sup>24</sup> LEGIFRANCE. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=CC101DEB639A270C7FB7605C8446861C.tpdila15v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000022454032&idArticle=LEGIARTI000031428830&dateTexte=20151106&categorieLien=id#LEGIARTI000031428830](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=CC101DEB639A270C7FB7605C8446861C.tpdila15v_2?cidTexte=JORFTEXT000022454032&idArticle=LEGIARTI000031428830&dateTexte=20151106&categorieLien=id#LEGIARTI000031428830) (En ligne). Consulté en février 2017.

## RÉSUMÉ

- Les situations de violences psychologiques sont à prendre en considération par le clinicien. Leur dépistage est difficile du fait de mécanismes inhérents à l'emprise.
- La connaissance des mécanismes d'emprise peut permettre au clinicien de mieux appréhender certaines situations cliniques complexes, aux points d'appels variés.
- Certaines situations à risque d'emprise peuvent être repérées : les systèmes clos, les situations de dépendance, les situations de hiérarchie, les systèmes aux règles et limites confuses, les relations ritualisées. Certains facteurs dispositionnels sont aussi repérés.
- Les situations de soins sont à risque d'emprise et méritent une attention particulière.
  
- Certaines questions portant sur des points spécifiques (l'inter-relationnel, l'intra-psychique, les faits rapportés) pourraient permettre de mieux décoder certaines situations complexes et servir de levier d'orientation et de levier thérapeutique dans les situations d'emprise.
  
- La prise en charge des situations d'emprise passe d'abord par l'orientation et la question du cadre légal. Une orientation vers le réseau d'aide aux personnes s'estimant victimes d'infractions doit être possible. L'enjeu est d'éviter toute confusion des places entre justice et médecine sur ces situations de violences psychologiques. Le médecin ne doit pas interpréter des faits rapportés, porter des accusations ou des jugements. Son analyse de la situation rapportée est à visée d'orientation et thérapeutique.
- Chez les sujets victimes d'emprise, il existe des possibilités de soins différentes selon les situations et les tableaux cliniques. Cependant, il existe aussi des limites inhérentes aux mécanismes d'emprise ou à la profondeur des séquelles.
  
- La prévention des violences psychologiques est un enjeu de santé mentale et de santé publique. La connaissance des mécanismes d'emprise psychologique est un moyen d'aborder ces questions.

## CONCLUSION

Ce travail rassemble des éléments permettant de définir et de contextualiser la notion de violence et ses intrications avec l'exercice de la psychiatrie. Ces éléments peuvent être étendus à la question des violences psychologiques, qui suscite un intérêt grandissant et mobilise différentes sphères dont la santé et la justice.

Le psychiatre peut apporter des éléments de réponse aux questions de définition, d'objectivation et de prise en charge des violences psychologiques. Ainsi, pour traiter ces questions dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, il est pertinent de s'intéresser aux violences psychologiques par l'étude de l'emprise, une notion transnosographique.

L'étude de la psychopathologie selon différents référentiels (théories psychanalytiques, de l'attachement, systémiques, issues des sciences cognitives et neurosciences, psychologie sociale) nous permet de définir la relation d'emprise. Cette notion peut être définie en se focalisant sur l'intrapsychique, l'intersubjectivité, ou la dynamique relationnelle jusqu'à s'intéresser à une conception beaucoup plus globale, psycho-sociale, dans laquelle les déterminants ne sont plus seulement individuels, mais aussi contextuels. Tous ces facteurs font du phénomène des violences psychologiques et de l'emprise une donnée subjective, difficilement qualifiable et quantifiable.

Ces considérations interrogent notamment sur le caractère normal ou pathologique que l'on peut confier à une relation d'emprise. Le risque éthique est celui de psychiatriser excessivement des troubles de la relation. Au delà de cette difficulté de délimitation (« est ce normal ou pathologique » ?), nous faisons intervenir le cadre légal dans lequel évolue le médecin dans ces situations (« est ce qu'il y a un danger pour la personne ? », « cette situation est-elle autorisée par la loi ou non ? »), et qui est indispensable et prioritaire pour traiter toute question de violence. Le clinicien doit porter une attention particulière à cet aspect médico-légal de la question, afin de ne pas outrepasser son rôle.

Malgré les difficultés de définition et de délimitation, l'étude de l'emprise et des violences psychologiques comporte un intérêt en pratique psychiatrique clinique.

De plus en plus d'études mettent en évidence des associations entre ces violences spécifiques et la constitution de symptômes ou de pathologies psychiatriques. La connaissance des mécanismes d'emprise nous permet de faire des hypothèses psychopathologiques quant à ces associations (selon différents référentiels) et d'ouvrir de nouvelles perspectives de compréhension de certaines situations cliniques complexes.

Par ailleurs, l'intérêt grandissant porté à la « maltraitance psychologique » répétée semble se répercuter sur la nosographie psychiatrique. En effet, les théories du psycho-traumatisme englobent de plus en plus ces notions de violences psychologiques (traumatisme complexe, ou de type II) et leurs séquelles, ce qui tend à modifier certaines notions nosographiques, comme le diagnostic d'état de stress post-traumatique.

La connaissance de la violence psychologique et des mécanismes d'emprise permet de proposer des hypothèses psychopathologiques quant à la clinique des troubles psycho-traumatiques complexes, mais aussi à la clinique des troubles de la personnalité.

L'étude de l'emprise comme part psychologique de la violence subie (qu'elle soit psychologique, sexuelle, physique) permet de comprendre les phénomènes de répétition individuels et inter-individuels des violences subies de toutes sortes. Cette répétition est un vecteur avéré de psychopathologie et un facteur de gravité des séquelles psychiques. Ces situations sont fréquentes en pratique courante et complexes à appréhender pour le clinicien. Les perspectives de compréhension ouvertes par l'étude de l'emprise peuvent être utiles à notre exercice.

L'intérêt grandissant pour les violences psychologiques se répercute aussi sur le droit et la clinique médico-légale. Le législateur s'est emparé de ces questions de domination et d'influence, qui représente selon nous une partie difficilement palpable d'un continuum menant à tout type de violence. Différents textes de loi traitent de ces notions. La reconnaissance par la loi des violences subies est une étape importante mais comporte certains obstacles, inhérents à l'emprise : la difficulté pour la victime de porter plainte et la difficulté d'objectiver de telles violences. Le psychiatre doit prêter attention à ces questions car il peut être interpellé sur différents points dans ces procédures, notamment celui de l'objectivation de ces violences. C'est la délicate question des certificats médicaux (qui ne doivent à aucun moment traiter la question de la causalité entre violence et symptômes) et pour l'expert-psychiatre, la question de l'expertise.

Ce travail pose la question du repérage et de la prise en compte dans notre pratique quotidienne de ces violences psychologiques, vecteurs de psychopathologie et facteur de répétition tenace. Pour mieux appréhender ces questions, une connaissance des situations à risques peut être intéressante et constituer des signaux d'alarme. Lorsqu'une situation de violence est repérée, l'orientation vers un réseau d'associations d'aide aux personnes s'estimant victimes d'infraction doit pouvoir être proposée. Nous pensons qu'un intérêt porté au cadre légal entourant les questions de violences psychologiques est indispensable afin de permettre une meilleure orientation du patient et de ne pas entretenir une confusion des rôles entre santé et justice. La loi est une étape d'orientation indispensable et représente un tiers qui protège la victime, permet un traitement juridique des violences mais aussi protège le cadre thérapeutique dans lequel le clinicien peut éventuellement intervenir.

L'étude des violences psychologiques pose la question du risque d'une extensivité de ces notions et en conséquence du risque de « victimisation » des individus ou de « psychiatisation » de la justice. Nous pensons qu'une façon de répondre à ces inquiétudes est d'ouvrir ce travail sur l'indispensable prise en compte des violences psychologiques dans le domaine de la santé mentale et de la santé publique. Différents acteurs peuvent être mobilisés (dont ceux issus de l'éducation, de la politique, de la justice, de la santé) afin de prévenir au mieux ce type de violence. **La prise en compte de ces questions est un enjeu pour plusieurs raisons : le potentiel pathogène des violences psychologiques, le potentiel criminogène des violences psychologiques** (hypothèse d'un continuum dans la violence), **et le potentiel de répétition des violences** (individuelle, inter-individuelle, transgénérationnelle) **inhérent au mécanisme d'emprise psychologique**. Une réflexion doit donc être poursuivie quand aux moyens possibles pour mieux repérer et prévenir la violence psychologique.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. SENON JL. La psychiatrie à l'épreuve de l'insécurité sociale : la dangerosité ou plutôt la prédiction du risque de violence en toile de fond du débat psychiatrie-justice. *L'information psychiatrique*. 2012 ; 88 : 407-14.
2. OMS, Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS ; 2002. 375p. (En ligne)  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf)  
Consulté en novembre 2016.
3. BERGERET J. La violence fondamentale. 1ère édition en 1984. Paris : Dunod ; 2014. 320p.
4. HOUSSIER F. Métapsychologie de la violence. *Enfances et Psy*. 2009 ; 45 : 14-23.
5. GIRARD R. Le Bouc émissaire. 1ère édition en 1986. Paris : Le livre de poche ; 2016. 314p.
6. COUNTANCEAU R. Violences psychologiques et repérages cliniques. In : COUNTANCEAU R., SMITH J. Violences psychologiques : Comprendre pour agir. Paris : Dunod; 2014, 45-50.
7. COUNTANCEAU R. Violences conjugales et société. In : COUNTANCEAU R., SMITH J. Violence et famille. Comprendre pour prévenir. Paris : Dunod ; 2014, 74-86.
8. HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral. Paris : Syros ; 1998. 210p.
9. ZAGURY D., PECH T. Des hommes sous influence : à propos du délit de manipulation mentale. *Evolution psychiatrique*. 2002 ; 67 : 279-89.
10. HIRIGOYEN MF. Abus de faiblesse et autres manipulations. Paris : Le livre de poche ; 2013. 258p.
11. MAISONNEUVE J. Aux sources d'une notion (l'apport de Robert Pagès). Eres, Connexions. 2011 ; 95 : 11-14.
12. ORWELL G. La ferme des animaux. 1ère édition en 1945. Paris : Gallimard Folio ; 1984. 160p.

13. DOREY R. La relation d'emprise. Nouvelle revue de psychanalyse. 1981. (en ligne)  
<https://zorhalee.files.wordpress.com/2014/05/roger-dorey-la-relation-demprise.pdf>  
Consulté en juin 2015.
14. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10e révision. (CIM-10, chapitre V). 2008. (En ligne).  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>  
Consulté en novembre 2016.
15. EY H., BERNARD P., BRISSET C. Manuel de psychiatrie. 5ème Edition. Paris : Masson ; 1978. 1252p.
16. FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard Folio ; 1991. 211p.
17. FERRANT A. Emprise et lien tyrannique. Eres, Connexions. 2011 ; 95 : 15-27.
18. DOREY R. Le désir d'emprise. In : Revue française de psychanalyse. Cinquante deuxième congrès des psychanalystes de langue française : « De l'emprise à la perversion ». 1992 ; Tome LVI spécial congrès : 1423-1433.
19. DENIS P. Emprise et théorie des pulsions. In: Revue française de psychanalyse. Cinquante deuxième congrès des psychanalystes de langue française : « De l'emprise à la perversion ». 1992 ; Tome LVI spécial congrès : 1297- 1423.
20. FERRANT A. L'invention de l'emprise et le dispositif psychanalytique. In : Revue française de psychanalyse. Cinquante deuxième congrès des psychanalystes de langue française : « De l'emprise à la perversion ». 1992 ; Tome LVI spécial congrès : 1507-1513.
21. DOREY R. La relation d'emprise. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Troubles de la personnalité: Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux. Paris : Dunod ; 2013 : 89-112.
22. TOURNIER M. Les météores. Paris : Gallimard Folio ; 2016. 628p.
23. MYQUEL M., COZZARI S. De la dépendance à l'indépendance. L'angoisse de séparation. Neuropsychiatrie de l'enfance. 1990 ; 38 : 249-251.

24. RACAMIER P-C. Les perversions narcissiques. Paris : Payot ; 1992.125p.
25. MAES J-C. Emprise et manipulation, peut-on guérir des sectes ? Bruxelles : Editions De Boeck ; 2010. 284p.
26. LAPLANCHE J., PONTALIS J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5ème édition. Paris : PUF ; 2007. 523p.
27. ZAGURY D. Perversion-Perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Troubles de la personnalité: Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux. Paris : Dunod ; 2013 : 50-61.
28. BALIER C. La violence en Abyme. Paris : PUF ; 2005. 389p.
29. BARON-LAFORET S. Les auteurs d'agressions sexuelles : éléments de compréhension. (En ligne)  
<http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/DIU%20psy%20crim/sophie%20BL.pdf>  
Consulté en décembre 2016.
30. HURNI M. Psychose et perversion dans l'oeuvre de PC. Racamier. In : HURNI M., STOLL G. Saccages psychiques au quotidien. Perversion narcissique dans les familles. Paris : L'Harmattan ; 2002. 11-24.
31. LAMBERT N., LOTSTRA F. L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young : de l'éthologie à la neurobiologie. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2005 ; 35 : 83-97.
32. HAJBI M., WEYERGANS E., GUINNET A. Violences conjugales : clinique d'une relation d'emprise. Annales médico-psychologiques. 2007 ; 165 : 389-395.
33. EIGUER A. Attachement ou emprise : voilà la question. Neuropsychiatrie de l'enfance. 1990 ; 38 : 263-266.
34. MASSIMO T. Désidentification primaire, angoisse de séparation et formation de la structure perverse. In : Revue française de psychanalyse. Cinquante deuxième congrès des psychanalystes de langue française : « De l'emprise à la perversion ». 1992 ; Tome LVI spécial congrès : 1541-1615.

35. BANDURA A. Social cognitive theory : an agentic perspective. *Annual review of psychology*. 2001. 52 : 1-26.
36. CAMERANESI M. Battering typologies attachment insecurity and personality disorders. A comprehensive literature review. *Agression and violent behavior*. 2016 ; 28 : 29-46.
37. MORISSEAU L. Attachement, violence et famille. In : COUTANCEAU R., SMITH J. *Violence et famille. Comprendre pour prévenir*. Paris : Dunod ; 2014, 270-279.
38. MAES JC. Le système d'emprise. In : Espace d'échange du site IDRES sur la systémique. (En ligne).  
<http://www.systemique.be/spip/spip.php?article519>  
Consulté en mai 2015.
39. MAES JC. La quête sectaire, de soumission en dépendance. In : VENISSE JL, BRONNEC M. *Les addictions sans drogue : prévenir et traiter. Un défi sociétal*. Paris : Elsevier Masson ; 2012, 301-306.
40. PERRONE R., NANNINI M. Violence et abus sexuels dans les familles : Une vision systémique de conduites sociales violentes. 5ème édition. Paris : ESF Editeur ; 2012. 192p.
41. MAES JC. Liens qui lient, liens qui tuent, l'emprise et ses dérives. Québec : Liber ; 2014. 225p.
42. KUNZ E. Henri Laborit and the inhibition of action. *Dialogues in clinical neurosciences*. 16 (1) ; 2014 : 113-117.
43. ROOS C. La relation d'emprise dans le soin. Thèse de médecine. Université de Besançon : 2006 ; 126p.
44. LABORIT H. *Eloge de la fuite*. 1ère édition 1976. Paris : Gallimard Folio essais ; 2016. 186p.
45. VAIVA G., DUCROCQ F. Neurobiologie des états de stress psycho-traumatiques. In : JEHEL L., LOPEZ G. *Psycho-traumatologie*. Paris: Dunod ; 2006 : 13-25. 312p.
46. SELIGMAN ME., WEISS J. Coping behaviour : learned helplessness, physiological change and learned inactivity. Part I : Introduction. *Behaviour Research and Therapy*. 1980 ; 18(5) : 459-461.

47. HIRIGOYEN MF. Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple. Paris : Pocket ; 2006. 312p.
48. WALKER L. Battered women and learned helplessness. *Victimology*. 1977 ; 2 : 525-534.
49. RHODES N. Why do battered women stay : three decades of research. *Agression and Violent behavior*. 1998 ; 3 (4) : 391-406.
50. JAY LIFTON R. Thought Reform and the psychology of totalism. Chapter 22 : Ideological totalism. (En ligne)  
<https://culteducation.com/group/798-abusive-controlling-relationships/3205-thought-reform-and-the-psychology-of-totalisms.html>  
Consulté en septembre 2016.
51. MILGRAM S. Soumission à l'autorité. 1ère édition en 1974. Paris : Calmann-Lévy ; 2016. 261p.
52. ARENDT H. Eichmann à Jérusalem. Rapport sur la banalité du mal. 1ère édition en 1966. Paris : Gallimard Folio Histoire ; 1991. 512p.
53. GUEGUEN N. Psychologie de la manipulation et de la soumission. Paris : Dunod ; 2014. 288p.
54. STOCKER B. Dracula. In : Oeuvres. 1ère édition en 1897. Paris : Omnibus. 2004, 421-814.
55. RENARD J. Poil de carotte. 1ère édition en 1894. Paris : Le livre de poche. 1999. 125p.
56. ORWELL G. 1984. 1ère édition en 1949. Paris : Gallimard Folio ; 1972. 438p.
57. EHRENBERG A. La fatigue d'être soi. Paris : Odile Jacob ; 1998. 414p.
58. DIET E. Le lien d'aliénation entre gourou et adepte : d'une emprise, l'autre. In : VENISSE J-L, BRONNEC M. Les addictions sans drogue : prévenir et traiter. Un défi sociétal. Paris : Elsevier Masson ; 2012, 297-300.

59. DUFRESNE J. Le normal et le pathologique selon Claude Bernard. (En ligne)  
[http://agora.qc.ca/documents/claude\\_bernard\\_-\\_le\\_normal\\_et\\_le\\_pathologique\\_selon\\_claude\\_bernard\\_par\\_jacques\\_dufresne](http://agora.qc.ca/documents/claude_bernard_-_le_normal_et_le_pathologique_selon_claude_bernard_par_jacques_dufresne)  
Consulté en décembre 2016.
60. DEMAZEUX S. Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? Philonsorbonne. 2007. 2 : 67-88. (En ligne)  
<http://www.univ-paris1.fr/fileadmin/ED-philosophie/Philonsorbonne/numero2/demazeux.pdf>  
Consulté en novembre 2016.
61. HELPERN C. Georges Canguilhem (1904-1995). Le normal et le pathologique. Sciences humaines. 2004. 154.
62. GUELFY JD. Le concept de personnalité, du normal au pathologique. In : GUELFY JD. et al. Les personnalités pathologiques. Paris : Lavoisier « psychiatrie »; 2013 : 1-12.
63. TREGOUET S. La relation, impensable dans le soin ? Eres, Vie sociale et traitements. 2006. 89 : 144-147.
64. COATES D. Life inside a deviant “religious” group: Conformity and commitment as ensured through ‘brainwashing’ or as the result of normal processes of socialisation. International journal of law, crime and justice. 2016 ; 44 : 103-121.
65. LOPEZ G. Comment ne plus être une victime. 1ère édition 2001. Paris : L’esprit du temps ; 2009. 154p.
66. SLEP A., HEYMAN R., SNARR J. Child Emotional aggression and abuse : definitions and prevalence. Child abuse and neglect. 2011 ; 35 : 783-796.
67. EINARSEN S. Harassment and bullying at work : a review of the scandinavian approach. Aggression and violent behavior. 2000 ; (5) 4 : 379-401.
68. LAMY C. Profil clinique des femmes victimes de violences psychologiques. Thèse de médecine. Université de Tours : 2007 ; 182p.

69. HANSEN A. et al. Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006 ; 60 : 63-72.
70. WHITSETT D. Le syndrome de stress post-traumatique et autres conséquences de l'engagement dans une secte. *BulleS*. 2002 ; 113 : 16-24.
71. ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PSYCHIATRIE. DSM IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson ; 2004. 1065 p. (En ligne)  
<https://psychiatrieweb.files.wordpress.com/2011/12/manuel-diagnostique-troubles-mentaux.pdf>  
Consulté septembre 2016.
72. CROCCO L. Stress et trauma. In : CROCCO L. Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. 2ème édition. p7-16. Paris : Elsevier Masson ; 2014.
73. HUNTER S. et al. The long-term effects of coping strategies use in victims of bullying. *Journal of psychology*. 2004 ; 7 : 3-12.
74. ABGRALL JM. La mécanique des sectes. Paris : Pocket Edition Payot et Rivage ; 1996. 339p.
75. ZSOLDOS E. et al. Occupational stress, bullying and resilience in old age. *Maturitas*. 2014 ; 78 : 86-90.
76. HERNANDEZ E., M.TROUT Z., LIU R. Vulnerability to specific stress generation : childhood emotional abuse and the moderating role of depresogenic interpersonal processes. *Child abuse and neglect*. 2016 ; 62 : 132-141.
77. HOWARD L. TREVILLION K., AGNEW-DAVIES R. Domestic violence and mental health. *International review of Psychiatry*. 2010 ; 22 : 525-534.
78. WEBB M., HEISLER D., CALL S. et al. Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2007 ; 31 : 1143-1153.
79. GILBERT P. Varieties of submissive behavior as forms of social defense: their evolution and role in depression. In : GILBERT L. SLOMAN L. Subordination and Defeat : An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy. 2000 ; 3-45.

80. O'DOUGHERTY M., CRAWFORD E., DEL CASTILE D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students : the mediating rôle of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*. 2009 ; 33 : 59-68.
81. LEE M. Emotional abuse in childhood and suicidality : the mediating roles of re-victimization and depressive symptoms in adulthood. *Child abuse and neglect*. 2015 ; 44 : 130-139.
82. DE ARAUJO R., LARA D. More than words : the association of childhood emotional abuse and suicidal behavior. *European psychiatry*. 2016 ; 37 : 14-21.
83. BRIERE J., ELLIOTT D. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The future of children. *Sexual abuse of children*. Vol.4. Num 2. 1994.
84. NOTHOMB A. Stupeur et tremblements. 1ère édition 1999. Paris : Le livre de poche. 2016. 187p.
85. VAJDA A., LANG A. Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014 ; 131 : 386-390.
86. LOPEZ G. Troubles psychotraumatiques complexes. (En ligne)  
[http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/troubles-psychotraumatiques-complexes\\_22.html](http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/troubles-psychotraumatiques-complexes_22.html)  
Consulté en janvier 2017.
87. DRAKE. D. Strain Trauma: Effects on Symptom and Character Development in an Eight Year Old Girl. *Child And Adolescent Social Work Journal*. 2005 ; 22 : 213-227.
88. LOPEZ G. Les troubles psychotraumatiques chez l'enfant. In : COUTANCEAU R., SMITH J. *Violence et famille. Comprendre pour prévenir*. Paris : Dunod ; 2014, 204-211.
89. ROBERGE P. Exploration du concept de traumatisme complexe. *International Journal Of Victimology*. 2011. 9 (2) : 354-363.
90. LUXENBERG T., SPINAZZOLA J., VAN DER KOLK B. Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis. *Direction In Psychiatry*. 2001. 21 : 373-415.

91. VAN DER KOLK BA., ROTH S., PELCOVITZ D. et al. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Trauma Stress*. 2005 ; 18 (5) : 389-99.
92. LOPEZ G. Expertise des troubles psychotraumatiques complexes. In : CEDILE G., LOPEZ G., LABADIE D. *L'aide mémoire de l'expertise civile psychiatrique et psychologique*. Paris : Dunod ; 2013 : 115-124.
93. PICO-ALFONSO M. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2005 ; 29 : 181-193.
94. PICO-ALFONSO M., GARCIA-LINARES I. CELDA-NAVARRO N. et al. The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Post-traumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal Of Women's Health*. 2006 ; 15 (5) : 599-611.
95. CROCQ L. Clinique du syndrome post-traumatique chronique. In : CROCQ L. *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. 2ème édition. Paris : Elsevier Masson ; 2014. p37-47.
96. ALFORD C. Whatever happened to DESNOS ? About trauma. (En ligne)  
<http://www.traumatheory.com/whatever-happened-to-desnos/>  
Consulté en janvier 2017.
97. SENON JL. Aspects médico-légaux des troubles de la personnalité. In : GUELFY JD. et al. *Les personnalités pathologiques*. Paris : Lavoisier « psychiatrie »; 2013 : 300-310.
98. TAILLIEU T., BROWNRIDGE D., O'AFIFI T. et al. Childhood emotional maltreatment and mental disorders : results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child abuse and neglect*. 2016 ; 59 : 1-12.
99. SMITH J., GOURLAN J. Répétition ou résilience chez les victimes de violence. In : COUTANCEAU R., SMITH J., LEMITRE S. *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Paris : Dunod; 2012, 49-58.

100. PICO-ALFONSO M., ECHEBURUA E., MARTINEZ M. Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *Journal Of Familial Violence*. 2008 ; 23 : 577-588.
101. SENON JL. Préface. In : COUTANCEAU R., SMITH J., LEMITRE S. Trauma et résilience. Victimes et auteurs. Paris : Dunod; 2012, XXI-XXII.
102. VERMEIREN E. Analyse critique du concept de résilience. In : COUTANCEAU R., SMITH J., LEMITRE S. Trauma et résilience. Victimes et auteurs. Paris : Dunod; 2012, 15-22.
103. SAPOUNA M., WOLKE D. Resilience to bullying victimization : the role of individual, family and peer characteristics. *Child abuse and neglect*. 2013 ; 37 : 997-1006.
104. KLJAKOVIC M., HUNT C. A meta analysis of predictors of bullying and victimisation in adolescence. *Journal of adolescence*. 2016 ; 49 : 134-145.
105. DANTCHEV N. Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'adulte et la personne âgée ? Conséquences des maltraitance sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir ; Conférence de consensus 6 et 7 novembre 2003. Paris : Fédération Française de Psychiatrie; 2003. (En ligne) <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/experthtml/dantchev.html>  
Consulté en décembre 2016.
106. PETERSON C., SELIGMAN M. Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*. 1983 ; 39 : 103-116.
107. BERTRAND M. L'identification à l'agresseur chez Ferenczi : masochisme, narcissisme. *Revue française de psychanalyse*. 2009 ; 73 : 11-20.
108. COUTANCEAU R. Psychanalyse et criminologie. In : COUTANCEAU R., SMITH J., LEMITRE S. Trauma et résilience. Victimes et auteurs. Paris : Dunod; 2012, 407-414.
109. COUTANCEAU R. Agir sexuels pervers : emprise et déni d'altérité. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Violence et famille. Comprendre pour prévenir. Paris : Dunod ; 2014, 257-269.
110. SAAS-CADIC C. La répression des comportements de harcèlement sexuel. Journée d'étude du CRIAVS - Pays de la Loire. Nantes. 03/02/2017.

111. GUIVARC'H J., GLEZER D. Victimes de dérives sectaires : place des expertises psychologiques et psychiatriques. *L'information psychiatrique*. 2012 ; 88 : 467-475.
112. QUEMENER M. Législation et victimologie. In : COUTANCEAU R., SMITH J., LEMITRE S. Trauma et résilience. Victimes et auteurs. Paris : Dunod; 2012, 49-58.
113. BOURGUES-HABIF C. Difficultés de la preuve en matière de harcèlement moral. Compte-rendu de la réunion du 23 avril 2013 de la Commission Famille du barreau de Paris. Paris : Edition privée ; 2013. (En ligne)  
[http://www.lagbd.org/index.php/Harcèlement\\_moral\\_dans\\_les\\_procédures\\_familiales\\_\(fr\)](http://www.lagbd.org/index.php/Harcèlement_moral_dans_les_procédures_familiales_(fr))  
Consulté en février 2017.
114. LOPEZ G. Expertise des victimes d'infractions. In : SENON J-L., JONAS C., VOYER M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Paris : Elsevier Masson ; 2013, 157-162.
115. SENON JL, VOYER M., DAVIGNON G., DELBREIL A. L'expertise psychiatrique pénale. In : SENON J-L., JONAS C., VOYER M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Paris : Elsevier Masson ; 2013, 123-130.
116. JONAS C. La rédaction des certificats. In : SENON J-L., JONAS C., VOYER M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Paris : Elsevier Masson ; 2013, 107-109.
117. SMITH J. Facteurs de vulnérabilité à l'emprise. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Violence et famille. Comprendre pour prévenir. Paris : Dunod ; 2014, 229-238.
118. RACAMIER PC. L'inceste et l'incestuel. **1ère édition 1995**. Paris : Dunod ; 2010. **174p**.
119. HUGON C., NETILLARD C. La relation d'emprise, un mode relationnel complexe. *Le journal des psychologues*. 2013 ; 305 : 71-75.
120. SMITH J. Derrière la violence psychologique : la responsabilité du groupe. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Violences psychologiques : Comprendre pour agir. Paris : Dunod; 2014, 52-63.
121. HURNI M. La perversion du tiers. In : HURNI M., STOLL G. Saccages psychiques au quotidien. Perversion narcissique dans les familles. Paris : L'Harmattan ; 2002, 296-309.

122. BOULETTE T., ANDERSEN S. Mind control and the battering of women. *Community Mental Health Journal*. 1985 ; 21 (2) : 109-118.
123. PARQUET JP. Les 9 critères de l'emprise. (En ligne)  
<http://www.unadfi.org/cles-pour-comprendre/philippe-jean-parquet%C2%A0-les-9-crit%C3%A8res-pour-caract%C3%A9riser-l'emprise>  
Consulté en septembre 2016.
124. DELVAUX S., FAULX D., ITALIANO P. et al. Vademecum de diagnostic des cas de souffrance relationnelle au travail. Bruxelles : SPF Emploi, travail et concertation sociale ; 2007. 76p.
125. LECOURT E. De l'emprise au « quant à soi ». Eres, Connexions. 2011 ; 95 : 55- 63.
126. DESBLANCS L. La relation d'emprise. Mémoire pour le D.I.U. de psychiatrie criminelle. Université de Poitiers : 2006 ; 53p.
127. CIAVALDINI A. Prise en charge des délinquants sexuels. Bruxelles : Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique. 2012. 60p. (En ligne)  
<http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/61-delinquant-sexuels-ciavaldini-web-2.pdf>  
Consulté en janvier 2017.
128. HINCKER L. Violence psychologique dans la famille. Aspect juridique et législatif de la violence psychologique au sein de la famille. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Violences psychologiques : Comprendre pour agir. Paris : Dunod; 2014, 2-22.
129. LEMITRE S. Effets subjectifs des violences conjugales chez l'enfant. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Violence et famille. Comprendre pour prévenir. Paris : Dunod ; 2014, 204-211.
130. CHAGNARD E., FALL S., LABARRIÈRE M. et al. Victimes, violences et contextes : l'approche systémique. In : COUTANCEAU R., SMITH J. Violences psychologiques : Comprendre pour agir. Paris : Dunod; 2014, 238-251.

## ANNEXES

**ANNEXE 1 :** Caractéristiques clinique du DESNOS : Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (cité par G. Lopez, 92 p.116, tableau 14.1).

**Tableau 14.1. Caractéristique clinique du DESNOS (Kédia, 2012)**

**1. Altération de la régulation des affects et des pulsions**

- A. Régulation des affects
- B. Modulation de la colère
- C. Autodestruction
- D. Préoccupations suicidaire
- E. Difficultés à moduler l'engagement sexuel
- F. Prises de risques excessives

**2. Altérations de l'attention ou de la conscience**

- A. Amnésie
- B. Episodes dissociatifs transitoires et dépersonnalisation

**3. Somatisations**

- A. Système digestif
- B. Douleur chronique
- C. Symptômes cardio-pulmonaires
- D. Symptômes de conversion
- E. Symptômes sexuels

**4. Altérations dans la perception de soi**

- A. Inefficacité / impuissance
- B. Dégâts permanents
- C. Culpabilité et Responsabilité
- D. Honte
- E. Personne ne peut comprendre
- F. Minimiser

**5. Altérations dans la perception de l'agresseur**

- A. Adoption de croyances déformées
- B. Idéalisation de l'agresseur
- C. Préoccupations concernant le fait de faire du mal à l'agresseur

**6. Altérations dans les relations avec les autres**

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

**7. Altérations du système de croyances**

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

Source : Kédia, 2012

**ANNEXE 2** : Comparaison entre le Trouble de développement traumatique et la personnalité limite (cité par G. Lopez, 92 p.116, tableau 14.2).

Trouble de développement traumatique.	Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite.
<p><b>A. Exposition :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maltraitements divers : abandon, trahison, agressions physiques, agressions sexuelles, menaces à l'intégrité corporelle, pratiques coercitives, violence psychologique, être témoin de violence ou de mort.</li> <li>2. Expériences subjectives négatives : rage, trahison, peur, démission, défaite, honte.</li> </ol> <p><b>B. Dysrégulation des réponses aux signaux traumatiques</b> (durables, répétées, non modifiées par la conscience) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tr émotionnels</li> <li>-Tr somatiques</li> <li>-Tr du comportement (p. ex, répétition, automutilation)</li> <li>-Tr cognitifs (attente d'une répétition des événements traumatiques, confusion, dissociation)</li> <li>-Tr relationnels (violence, opposition, méfiance, hyperconformisme)</li> <li>-Honte, culpabilité</li> </ul> <p><b>C. Attentes et croyance erronées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Manque de confiance en soi</li> <li>-Méfiance envers les éducateurs</li> <li>-Méfiance envers les autres</li> <li>-Manque de confiance dans les organismes sociaux</li> <li>-Manque de confiance dans la justice</li> <li>-Attente d'autres événements traumatiques</li> </ul> <p><b>D. Perturbations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Scolaires</li> <li>-Familiales</li> <li>-Relationnelles</li> <li>-Judiciaires</li> <li>-Professionnelles</li> </ul>	<p>Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Efforts éffrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. NB. Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.</li> <li>2) Mode de relation interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.</li> <li>3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.</li> <li>4) Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)</li> <li>5) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphonie épisodique intense, irritabilité, anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)</li> <li>6) Sentiments chroniques de vide</li> <li>7) Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)</li> <li>8) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.</li> </ol>

## **SERMENT MÉDICAL**

Au moment d'être admis(e) 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 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.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

**NOM : PÉCAUD**  
**PRENOM : Lucie**

## **TITRE DE THÈSE :**

### **ETUDE DE LA RELATION D'EMPRISE COMME MODÈLE DE VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE :**

**Définition, objectivation, réflexion sur la prise en charge clinique et médico-  
légale.**

—

## **RESUMÉ**

La question de la violence psychologique suscite un intérêt général grandissant. Elle se situe à une interface santé/justice qui sollicite notamment le psychiatre. L'étude de l'emprise psychologique comme modèle de violence psychologique permet de mieux définir et délimiter cette question et d'étudier les enjeux soulevés en psychiatrie générale et médico-légale par son objectivation et sa prise en charge. Une étude de la psychopathologie et une réflexion sur le normal et le pathologique sont proposées. Une étude du cadre légal apparaît également indispensable au traitement de ce sujet. L'objectivation de ce type de violence est possible en clinique psychiatrique générale par l'étude de ses séquelles sur le psychisme, et en clinique médico-légale par l'étude de textes de lois récents. Une réflexion est menée sur les moyens de mieux repérer et appréhender les situations d'emprise en pratique clinique. L'étude des violences psychologiques est à poursuivre et constitue un enjeu de santé mentale et de santé publique.

—

## **MOTS-CLÉS**

Emprise - Relation d'emprise - Violence psychologique - Séquelle psychique - Trouble de la personnalité - Psycho-traumatisme complexe - Répétition individuelle - Répétition transgénérationnelle - Lois sur le harcèlement - Sujétion psychologique - Expertise psychiatrique - Prévention - Santé mentale