

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA.**  
**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES.**



**Département des Sciences Sociales**

**Mémoire de fin d'étude**

**En vue de l'obtention du diplôme Master en psychologie**

**Option : Psychologie Clinique**

**Thème**

**La qualité de vie chez les femmes victimes  
de violence conjugale**

**- *Etude de six cas réalisés au niveau de l'association  
« IKHOULAF » d'Akbou-***

Réalisé par :

**- DJAFARI Fatma**

**- HAMIDOUCHE Tassadit**

Encadrer par :

**Dr BOUCHERMA**

**Année universitaire : 2018/2019**

## *Remerciement*

*Toute notre parfaite gratitude et remerciement à Dieu le plus puissant qui nous a donné la force, le courage et la volonté pour élaborer ce travail.*

*A nos familles : qui nous ont toujours encouragés et soutenus durant toutes nos études.*

*C'est avec une profonde reconnaissance et considération particulière que nous remercions notre promotrice de mémoire Madame BOUCHERMA pour son soutien, ses conseils judicieux et sa grande bienveillance durant l'élaboration de ce mémoire.*

*Nous souhaitons remercier également les différents personnels de l'association « IKHOULAF » particulièrement le président ZAIDI Djerrah et la psychologue BENKARA pour leur disponibilité.*

*Nous aimerons aussi adresser des remerciements particuliers aux participantes de cette étude, ces femmes qui ont fait preuve de réceptivité et générosité tout au cours de notre recherche.*

*Et en dernier lieu nous tenons à remercier ce beau monde : notre frangine Katia, nos amis, et nos proches qui ont tous contribué à leur façon, à la réalisation de ce mémoire.*

## *Dédicace*

*JE dédie le fruit de mes efforts:*

*A la mémoire de ma grande mère qu'elle repose en paix .*

*A ma très chère et douce mère, Mon très cher père à qui m'adresse au ciel les vœux les plus ardents pour la conservation de leur santé et de leur vie.*

*En ce jour, j'espère réaliser l'un de vos rêves*

*A mon âme : Abdelhak,*

*A mes anges : Thoria, Saida, Fatima, Kahina, Djida, Nawal, Amel.*

*A mes chères nièces : Sabrina, Nouara, Louiza, Kenza, Imene, Ania, Zahra, Farah, Zina, ryma et céline.*

*A mes chers neveux : Lounes, Amine, Bourezak, Fayçal, Toutane, Souhaïbe.*

*Aux maris de mes sœurs et nièces.*

*A ma meilleure frangine : Katia qui a toujours été à l'écoute.*

*A mes chers amis : adel, moussa, yacine, zakou, aimad et said .*

*A mon binôme : Tina je la remercie pour sa compréhension.*

*Aux personnes de l'association ikhoulaf : cheikh yazid ,nabila et fadila .*

*A tout la promotion psychologie clinique 2019.*

## *Tassadit*

*Dédicace*

*C'est avec une très grande émotion, que je dédier ce travail :*

*A la mémoire de mon père qui était la source de mes efforts paix a son âme*

*A ma mère qu'est la source de tendresse que dieu te garde pour moi*

*A mes sœurs ZAHOI CHAFIA SAIDA KARIMA CHAHRA, leurs maris et leurs fils et  
filles*

*A mes frères IDIR DJAMEL KARIM*

*A ma belle sœur LYNDIA et mes amies*

*A ma binôme, chère amie sassa et notre chère copine KATIA*

*A toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce Mémoire.*

*Merci*

**FATMA**

## La liste des tableaux :

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Titre du tableau</b>	<b>Numéro de Page</b>
<b>Tableau n°1</b>	<b>les caractéristiques de la population d'étude.</b>	<b>58</b>
<b>Tableau n°2</b>	<b>calcul des scores du questionnaire MOS SF-36.</b>	<b>64</b>
<b>Tableau n°3</b>	<b>Montre la qualité de vie de Nadia .</b>	<b>67</b>
<b>Tableau n°4</b>	<b>Montre la qualité de vie de Karima.</b>	<b>69</b>
<b>Tableau n°5</b>	<b>Montre la qualité de vie de Malika .</b>	<b>71</b>
<b>Tableau n°6</b>	<b>Montre la qualité de vie de Djida .</b>	<b>72</b>
<b>Tableau n°7</b>	<b>Montre la qualité de vie de zouina .</b>	<b>74</b>
<b>Tableau n°8</b>	<b>Montre la qualité de vie de Chahrazed.</b>	<b>76</b>
<b>Tableau n°9</b>	<b>Récapitulatif de la population d'étude d'après l'analyse.</b>	<b>77</b>

**La liste des figures :**

<b>Numéro de la figure</b>	<b>Titre de la figure</b>	<b>Numéro de page</b>
<b>Figure 1</b>	<b>escalade de la violence conjugale.</b>	<b>35</b>
<b>Figure 2</b>	<b>cycle de la violence</b>	<b>36</b>

# **Table des matières**

Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction général .....	12
Problématique .....	15

## **La partie théorique**

### **Chapitre I : la violence conjugale.**

Introduction .....	25
1-historique .....	25
2-les définitions de la violence conjugale .....	25
3-les formes de la violence conjugale .....	27
3.1-les violences physiques .....	27
3.2- les violences psychologiques.....	27
3.3-les violences sexuelles .....	29
4- les causes de la violence conjugale et les périodes à risques .....	30
4.1-les causes. ....	30
4.2-les périodes à risque .....	31
5-les conséquences des violences conjugales .....	32
5.1-sur le plan physique .....	32
5.2-sur le plan psychologique.....	33
6- l'escalade de la violence conjugale .....	34
7-le cycle de la violence .....	35
7.1-les phases du cycle de la violence conjugale .....	35
8-les théories explicatives de la violence conjugale .....	37
8.1-l'approche systémique .....	37
8.2-l'approche féministe.....	38
8.3-l'approche cognitivo-comportemental .....	38

Conclusion .....	39
<b>Chapitre II : la qualité de vie.</b>	
Introduction.....	41
1-historique et évolution.....	41
2-la conception et la définition de la qualité de vie .....	42
2.1-les conceptions objectives .....	42
2.2-la conceptions subjective.....	42
2.3- la conception intégrative .....	43
2.4-définitions de la qualité de vie .....	43
3-les théories de la qualité de vie .....	45
3.1-la qualité de vie du point de vue environnemental .....	45
3.2-la qualité de vie en relation avec la santé .....	45
3.3-la qualité de vie au travail .....	46
3.4-la qualité de vie vue comme un tout .....	46
4-les domaines et les composantes de la qualité de vie .....	47
4.1-le domaine psychologique de la qualité de vie.....	47
4.2-le domaine physique de la qualité de vie .....	48
4.3-le domaine social de la qualité vie .....	49
5-l'évolution de la qualité de vie .....	49
5.1-la méthode direct .....	50
5.2-la méthode indirecte.....	50
6. objectif de l'évolution de la qualité de vie .....	51
Conclusion .....	51

### **Partie pratique**

#### **Chapitre III : la méthodologie de la recherche.**

Introduction .....	54
1-pré-enquête .....	54

2-la méthode de recherche .....	54
3-présentation de lieu de recherche .....	55
4-groupe d'étude et ses caractéristiques .....	56
4.1-les caractéristiques du groupe d'étude.....	56
4.2- les critères d'homogénéité .....	57
4.3- les critères non pertinents .....	57
5-les techniques et l'outil de recherche .....	59
5.1 –les techniques de recherche .....	59
5.2-l'outil de recherche .....	60
Conclusion .....	68

## **Chapitre VI : analyse et discussion des hypothèses.**

1-présentation et analyses de l'entretien et de questionnaire MOS SF 36.....	66
2- Présentation de cas Nadia .....	66
3-présentation de cas Karima .....	67
4-présentation de cas Malika .....	69
5-présentation de cas Djida .....	71
6-présentation de cas Zouina .....	73
7-présentation de cas Chahrazed.....	75
8-discussion des hypothèses .....	76
Conclusion .....	77
Conclusion générale.....	79

## **Bibliographie**

## **Annexes**

# **Introduction générale**

## Introduction générale

---

La violence conjugale est un phénomène plurifactoriel qu'il n'est pas forcément facile d'appréhender dans sa globalité.

On constate en majorité des situations dégradées où la violence s'est installée de façon répétitive comme moyen d'affirmer l'emprise de l'agresseur à l'égard de sa compagne qu'il instrumentalise mais aussi comme moyen pathologique de s'inscrire dans une relation de couple. Une sensibilisation plus forte au caractère inadmissible des violences conjugales qui pourrait permettre un dévoilement plus rapide de ces violences, conduirait à constater des situations moins répétitives de violences, moins chroniques, et donc davantage susceptibles d'être prises en charge efficacement.

La violence conjugale est devenue un sujet d'actualité plein de débat, dans le monde malgré que dans certains pays tels que les pays de sud (tiers monde) il reste jusqu'à nos jours un sujet voilé par les tabous et les traditions ainsi que les religions. Ce phénomène social est devenu comme un sujet de recherche dans plusieurs domaines en sociologie et la psychologie plus particulièrement, plusieurs chercheurs ont traités ce sujet sous divers angles et approches afin de l'élucider, de briser les tabous et le silence qui règne cette violence à l'égard des femmes, demeure un sujet de recherche plein de controverse.

La violence à l'égard des femmes désignent tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans le privé .

La violence dans les relations de couple constitue une forme domestique comprend des agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de dominations sur le plan économique.

Ce qui a stimulé notre curiosité à l'égard de ce phénomène, c'est qu'il s'exerce dans l'intimité protégé des familles qui présente un obstacle majeur à l'intervention extérieure, il apparaît donc difficile de percer le caractère d'intime familiale.

Nous constatons que ce phénomène, qui est la violence conjugale est devenu de plus en plus fréquent dans notre entourage, les femmes sont les victimes les plus touchées dans ces

## Introduction générale

---

situations caractérisées par toutes sortes d'atrocités et de cruautés qui altèrent leurs qualité de vie.

Déterminer si les femmes ayant subi des violences conjugales présentent une mauvaise ou bonne qualité de vie.

La qualité de vie correspond a la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien être physique, social, économique et psychologique.

La qualité de vie est un concept complexe car chaque individu possède sa propre définition de sa qualité de vie en fonction de ses désires, de ses attentes et de sa satisfaction, la qualité de vie à deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie.

Pour réaliser notre recherche portée sur « la qualité de vie chez la femme victime de violence conjugale » on a formulé l'hypothèse suivant : les femmes victimes de violence conjugale ont une mauvaise qualité de vie ? puis on a subdivise le travail en deux partie ,partie théorique qui contient deux chapitre ;le premier intitulé la violence conjugale et le deuxième et celui de la qualité de vie ,et la partie pratique consacrée aux chapitres suivants ; partie pratique consacrée aux chapitres suivants ; le chapitre consiste en la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basée pour effectuer notre recherche qui est la méthode descriptive, et nous allons servir à l'entretien clinique (semi-directif) et le questionnaire généraliste MOS SF-36 pour évaluer et mesurer l'impact sur la qualité de vie. Et un chapitre consacré pour la présentation et l'analyse des résultats puis à la discussion des hypothèses.

Notre travail a été réaliser dans l'association des enfants victimes de séparation conjugale « IKHOULAF » que nous avons choisi comme terrain d'étude.

Enfin on a terminé notre recherche par une conclusion générale.

# **Problématique et hypothèses**

## Problématique et hypothèses

---

La violence pratiquée à l'égard des femmes est un fléau social qui existe depuis la nuit des temps et n'est certes pas propre à l'Algérie, plus particulièrement la violence conjugale est une réalité qui témoigne de l'oppression des femmes dans notre société. Il s'agit aussi d'un phénomène très répandu. De façon générale, il est inscrit dans le cadre plus large de la problématique de la violence faite aux femmes.

La violence conjugale « un processus au cours duquel un partenaire exerce des comportements agressives et violents à l'encontre de l'autre dans le cadre d'une relation privée et privilégiée. ces comportements sont destructeurs quels qu'en soient la forme et le mode ». (Gustave. F, 2003, p110).

En plus d'être difficile d'accès, la violence conjugale est un phénomène très généralisé qui s'étend à toutes les couches sociales, à tous les niveaux économiques, toutes les cultures, tous les âges et toutes les religions (Langney et Levy 1977, Hasting et Hamberger, 1988).

Au niveau international une étude plus récente menée par l'OMS avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Medical Research Council, sur la base de données en provenance de plus de 80 pays, a constaté qu'au niveau mondial 35% des femmes ont été exposées à des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre. La plupart de ces actes de violence sont le fait du partenaire intime. (OMS, 2014)

La violence conjugale en Algérie est un sujet d'actualité qui suscite beaucoup d'intérêt, le nombre de ses victimes ne cesse d'augmenter, selon le ministère de la famille et de la condition féminine, la violence à l'encontre des femmes en Algérie a atteint un seuil critique, en 2006 plus de 80% des femmes mariées ont subi une sorte de violence conjugale (in ligue Algérienne des droits de l'Homme, 2006).

En Algérie la violence conjugale est un problème de santé publique à l'échelle nationale en 2005 les violences conjugales ont atteint le chiffre de 7499 cas, et en 2006 est atteint 1562 cas répartie entre les différentes formes de violences : physique, verbale, psychologique, sexuelle. On note aussi 42,6% des actes de violences à l'égard des femmes durant les huit premiers mois de l'année 2012 par rapport à ceux de la même période de l'année 2011, ces statistiques sont annoncées par le service de police judiciaire. La gendarmerie nationale a fait état de 1354 cas

## Problématique et hypothèses

---

d'actes de violences contre les femmes, dont 297viols 329 atteintes à la pudeur, Il ya lieu de signaler que 5797victimes de coups et blessures ont été enregistrées durant la même période.

Quelques statistiques existe néanmoins, et proviennent des services de sécurité de travaux de recherche de pratique cliniques et également du monde associatif, celles-ci ont fourni des informations montrant qu'ici comme ailleurs , c'est à l'abri au sein de l'espace familial les femmes sont les plus exposées à diverses formes de violence , c'est ce qui apparaît à travers les données fournies par le chercheur Mehdi et son équipe, dans une étude réalisée en 2001, sur les victimes se présentant au service de médecine légale de l'hôpital Mustapha Bacha :81,25% des femmes sont agressées au domicile (séminaire « violence à l'encontre des femmes , prise en charge et intersectorialité -27-29 octobre 2001 »). La même année, une enquête exploratoire du CENEAP, pour le PNUD et SOS femmes en détresse, montre que pour les femmes de 30 à 39 ans, l'agresseur est le mari dans 77 % des cas (L'Enquête National Algérie, 2005, p14).

Les divergences idéologiques ont profondément marqué le débat sur les causes de la violence conjugale. Beaucoup d'auteurs considèrent que la violence conjugale prend racine dans l'inégalité entre les sexes (Dekeseredy, 1988a et 1988b; Mcleod et Cadieux, 1980).

La domination masculine, comme moyen de légitimer ces violences ce concept développé par (Bourdieu, 1998), est une violence symbolique, qui permet à certains individus de maintenir ou de renforcer leur pouvoir. Pour Bourdieu, elle est légitimée par le recours à une idéologie (ici, la domination masculine mais aussi l'idéologie des genres) et est le fondement d'une inégalité sociale (entre les sexes ici) car cette violence permet à certains groupes (ici, les hommes) d'imposer leurs représentations sociales (homme plus fort, homme dominant comme des représentations naturelles) à tous (surtout aux femmes dans notre cas).

La violence conjugale comme le résultat d'une frustration relative. (Lewis A. Coser, 1984) propose d'expliquer la violence en termes de frustration relative, c'est-à-dire découlant d'une inadéquation entre les buts socialement valorisés et les moyens d'y parvenir.

La violence conjugale existe sous différents formes et types, puisque celle-ci n'est pas seulement cette force physique exercée à l'égard de la partenaire afin de la dominer et de la contrôler, l'intelligence et l'ingéniosité ce sont des principes que sollicite l'usage de violence

## Problématique et hypothèses

---

psychologique et verbale sont d'autres moyens très efficaces afin d'instaurer et de maintenir le contrôle des femmes par la peur (Gauthier 1991).

Un des pionniers qui a développé une méthode de classification des violences était (Murray Strauss, 1979) : les tactiques d'agression (Conflicts Tactics Scales) d'où il distingue deux formes de violence; violences mineures telles que les menaces de coups, le fait de basculer d'une façon qui aurait pu blesser ; violences majeures tels que les coups portés, les tentatives d'étranglement, usage d'une arme.

De même que la violence conjugale se distingue ainsi selon Michael Johnson en violence situationnelle liée à des conflits ponctuels et du terrorisme conjugal qui est une relation d'envahissement et d'emprise dans le seul but est de détruire ainsi que de dominer l'autre et cela prend plusieurs formes : restreindre le contact avec la famille et les amis, rabaissement de l'autre et des propos blessants, une jalousie excessive, secret gardé sur le revenu familial ... etc. Les facteurs déterminants qui permettent d'identifier et de définir la violence conjugale, sont : la constance, la répétition et l'intentionnalité des comportements violents. (Lindsay et Clément, 1998 ; OMS, 2002)

Dans le guide "Violences intrafamiliales : violences chez les partenaires" (2003) fait état du cycle de la violence dans ces différentes phases. Il propose également une définition et dégage un ensemble de caractéristiques des violences, points de repère pour la pratique médicale. C'est en 1988, que la notion de cycle de la violence dans les couples a été introduite par la psychologue américaine Leonor Walker ce modèle permet d'appréhender la dimension temporelle des violences conjugales et d'expliquer comment s'instaure l'usure des repères et la victimisation. Dans ce modèle, le cycle de la violence se compose de quatre phases bien distinctes : la tension, la crise, la justification et la rémission ou lune de miel. (Bowlby, 1984) relie les comportements de violence familiale à une enfance misérable remplie d'expériences de pertes, de séparation, de privation de soins maternels ainsi que d'abus physique et psychologique donnant lieu à des attachements anxieux et à des stratégies de contrôle visant à garder l'autre à proximité, de même que les recherches de (Morgan 1982 et Ruotolo, 1975)

la violence conjugale est liée à des besoins de dépendance qui, n'ayant pas été satisfaits dans l'enfance, font naître un état d'immaturité permanente, un état de dépendance, un manque

## Problématique et hypothèses

---

de confiance en soi et des sentiments d'infériorité qui rendent le sujet très vulnérable au rejet, à l'abandon et aux humiliations.

D'après les enquêtes multiples sur le plan international menées durant ces 20 dernières années, qui ont amené à reconnaître les violences faites aux femmes comme une atteinte majeure aux droits de la personne humaine. Ces enquêtes ont été nombreuses, la plus connue et la plus représentative concernant la France reste l'ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, 2000). Nous constatons que ce phénomène, qui est la violence conjugale est devenu de plus en plus fréquent dans notre entourage, les femmes sont les victimes les plus touchées dans ces situations caractérisées par toutes sortes d'atrocités et de cruautés.

Lorsque nous nous rapprochons de ces victimes dans leurs différentes situations surgit en nous la question suivante: Comment certaines femmes, face aux situations adverses, à des traumatismes et menaces graves contre leur santé et leur développement, arrivent à s'en sortir et à se développer harmonieusement et positivement alors que tout prévoyait une évolution négative.

Les femmes qui ont vécu la violence ont une vie non équilibrée cela influence sur leurs vie quotidienne, professionnelle et sociale qui englobe la qualité de vie.

La qualité de vie se réfère plus à un état d'esprit, à un sentiment de bien-être physique, psychique et sociale qu'à un simple état de santé ou une absence de maladie organique.

L'OMS (1993) a donné une définition mondiale de la qualité de vie comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquelles il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, c'est un concept très vaste et large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relations aux éléments essentiels de son environnement ». (TAZAPOULOU E, 2008, P. 50).

Patrick et Erickson (1993) révèlent que la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien-être physique, social, économique et psychologique. (ACHACHERA Asma, 2015, P. 17).

## Problématique et hypothèses

---

Plus généralement, on définit la qualité de vie par « un état général de satisfaction et le bien être, une émotivité équilibrée, une bonne intégration sociale, un état physique satisfaisant ». Le concept de la qualité de vie apparaît ainsi comme multidimensionnel. La majorité des autres s'accorde à reconnaître au moins trois domaines principaux au concept de la qualité de vie : les conditions de vie objectives, l'accès aux ressources et les capacités à les utiliser, le sentiment de bien subjectives. Ces différents domaines peuvent être regroupés en qualité de vie objectives et qualité de vie subjectives. (Michel L Lorca- pierre, 2001, P. 39).

Dans cela nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportemental qui nous semble la plus correspondante et adéquate comme cadre de référence de notre thème de recherche, elle vise à remplacer les idées négative et le comportement inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La théorie cognitivo-comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissages qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants.

Ensuite, nous avons utilisé dans notre recherche le questionnaire MOS SF-36 pour évaluer la qualité de vie chez les femmes victime de violence conjugale, Afin d'assister directement le phénomène étudié nous avons mené une pré-enquête qui s'est effectué au sein d'association des enfants victimes de séparation conjugale « **IKHOULAF** » qui nous a permis d'élaborer certaines questions de départ : Comment la violence conjugale altère-t-elle la qualité de vie des femmes victimes ?

### **I-Hypothèse :**

La violence conjugale nuit à la qualité de vie des femmes victimes.

### **II-Les hypothèses partielles :**

- Les femmes victimes de violence conjugale ont une mauvaise qualité de vie.
- Les femmes exposées à la violence conjugale réussissent à faire face à cette épreuve difficile.

### **III-Opérationnalisation des consentes :**

#### **1-La violence :**

- **La violence psychologique c'est:**

## Problématique et hypothèses

---

- Critiquer, Rabaisser.
  - Accuser l'autre de tout et de rien.
  - Isoler quelqu'un.
  - Faire circuler des rumeurs au sujet d'une personne;
  - Insulter les autre Dire à l'autre qu'il/elle n'est pas un(e) bon(ne) ami(e), blonde
  - Humilier, Intimider.
  - Traiter de noms, Rire d'une personne.
- **La violence verbale c'est:**
- Crier, hausser le ton.
  - Sacrer.
  - Couper la parole à l'autre.
  - Menacer de... (frapper, bousculer, tuer, de faire du mal à une personne que l'autre aime, de lui prendre quelque chose auquel il/elle tient, d'appeler la police, etc.).
  - De dire à la personne victime qu'elle va perdre ses enfants.
- **La violence économique c'est:**
- Voler.
  - Briser du matériel dispendieux.
  - Faire des graffitis ou du grabuge.
  - Frauder.
  - Taxer une personne.
  - Prendre la carte de crédit d'une autre personne sans son accord.
- **La violence physique c'est:**
- Frapper.
  - Pousser.
  - Tirer les cheveux.
  - Donner un coup de pied.
  - Donner un coup de poing sur la table.
  - Donner un coup de poing/une claque.
  - Mettre sa main sur la bouche d'une personne.

## Problématique et hypothèses

---

- Serrer les épaules ou les bras.
- Frapper un animal.
- Retenir quelqu'un.

### ➤ **La violence sexuelle c'est :**

- Embrasser
- Attouchements (seins, cuisses, fesses, pénis, vulve, anus)
- Masturbation d'une autre personne
- Masturbation en public
- Contact oral génital (fellation, cunnilingus, anilingus)
- Pénétration (pénétration vaginale par le pénis, sodomie, pénétration de l'anus ou du vagin avec les doigts ou avec des objets)
- Traiter de salope, fils de pute, etc.
- Envoyer des photos intimes à une personne qui n'en veut pas
- Forcer l'autre à des actes sexuels lorsqu'il n'en a pas envie
- Transférer les photos intimes d'une personne à d'autres
- Se faire insistant pour obtenir des faveurs sexuelles
- Forcer une personne à des actes sexuels avec d'autres gens

### ➤ **La violence conjugale :**

- Dévalorisation
- Dénigrement
- Humiliation
- Crier, hausser le ton
- Couper la parole à l'autre
- Inceste
- Agression physique : de gifler, de coup de poings, de la brûler et d'utilisation
- d'armes telles qu'un couteau etc....
- Agression sexuelles (activité sexuelle forcé)
- La pression psychologique : contrôler les sorties et les relations, dévalorisé.

### 2-Qualité de vie :

La qualité de vie à deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie.

➤ **Bonne qualité de vie (+)**

- Bien-être physique et psychique.
- Evaluation des capacités fonctionnelles.
- Sensation du bonheur.
- Bonne relations familial, social et amical.
- Ardeur.
- joie.

➤ **Mauvaise qualité de vie (-)**

- Souffrance physique et psychique.
- Manque de capacités fonctionnelles.
- Sensation de malaise.
- Peu de relations avec les autres.
- Fatigue.
- Stress.

### IV-Le choix de thème:

- la violence conjugale, a attiré notre attention à cause de sa fréquence et des conséquences qui génèrent au sein de toutes les sociétés au niveau international et plus particulièrement dans notre société algérienne.
- La honte et la pense enferme dans notre société envers la femme victime de violence conjugale.
- reconnaître les causes et les conséquences de la violence conjugale sur la femme.
- Comprendre plus profondément et interpréter le phénomène de la violence conjugale.
- Promouvoir au maximum leur qualité de vie.
- évaluer la qualité de vie chez la femme victime de violence conjugale.
- Mettre une fin a leurs souffrances.
- L'objectif pratique confirmer ou infirmer l'hypothèse.

# **Partie théorique**

**Chapitre I :**  
**La violence conjugale**

## **Introduction :**

Longtemps occultée, marginalisée et appréhendée comme un fait ne concernant qu'un nombre assez limité de femmes, la violence à l'encontre des femmes, appelée aussi violence basée sur le genre, est désormais reconnue comme une grave atteinte aux droits humains et un problème de santé publique majeur, impliquant plusieurs secteurs. Elle est à la fois une cause et une conséquence de la discrimination basée sur le genre.

Dans le présent chapitre, nous présentons d'abord ce que nous entendons par la violence conjugale, les formes, puis les types de la violence conjugale suivis par les conséquences et l'escalades de cette violence.

## **1- historique :**

C'est à partir de la fin des années 1960, que ce mouvement a soulevé le problème de la violence intrafamiliale exercée contre les femmes et les enfants. Les féministes et les maisons des femmes – les premières venaient de se créer – condamnaient alors l'inégalité entre les sexes qui, en l'occurrence, s'exprimait sous une forme violente. Selon elles, la violence contre les femmes était le symptôme de l'inégalité (Lamnek et al. 2004).

Les sciences sociales, dans l'espace germanophone en particulier, ne se préoccupaient guère de ce problème de société. Quant à la criminologie, la violence intrafamiliale en était la tache aveugle jusqu'à un passé récent (Wetzset al.1995, p.120).

Il aura fallu attendre les années 1990 pour que des recherches statistiques soient menées dans les pays germanophones et pour que le voile soit levé sur le tabou de la violence intrafamiliale. Les recherches et les entretiens menés dans ce cadre avec les victimes de violences révélèrent alors une réalité effrayante: la famille est le lieu de tous les dangers (ibid. P.120).

## **2- Les définitions de la violence conjugale :**

**2-1** - Au premier lieu nous avons choisir de se référer à la définition donnée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) aux violences conjugales, définit comme suite :

# Chapitre I : La violence conjugale

---

« la violence conjugale est tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation » (OMS 2002, p.99) .

Ce pendant nous constatons que cette définition relève clairement le caractère multidimensionnel du phénomène de violence conjugale et met en valeur le cadre relationnel dans lequel s'exerce cette dernière.

La constance, la répétition et l'intentionnalité des comportements violents, sont des facteurs déterminants pour identifier et définir la violence conjugale. (Lindsay et Clément, 1998 ; OMS, 2002).

**2-2-** Le Dr I. Francois-Purssell, spécialiste en victimologie à Paris V, donne quant à lui une définition plus détaillée de la violence conjugale. Il la différencie tout d'abord de la dispute, du désaccord quotidien, ainsi que de la simple mésentente au sein du couple ; puis il la décrit comme « un système de relation dans lequel l'un des deux conjoints utilise la peur, l'intimidation, l'humiliation, les coups, le contrôle du temps ou de l'argent ou tout autre moyen de contrôler l'autre ».

**2-3-** La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes économiques .elle ne résultent pas d'une perte de contrôle, mais constitue au contraire un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extra maritale ou amoureuse à tous les âges de la vie. (Gouvernement de Québec, 1995, p 22).

On peut dire donc que la violence conjugale s'articule autour de trois éléments essentiels :

- La violence conjugale est une conséquence de l'inégalité des hommes et femmes dans une société é ou dans un couple.
- La violence conjugale est un moyen choisi par des hommes pour contrôler leur conjointe.
- La violence conjugale comprend les agressions physiques, verbales, sexuelles et psychologiques ainsi les actes de domination économiques exercés par un conjoint ou ex conjoint.(MOISON et BONFATI ,1994,p9).

## **3- Formes des violences conjugales :**

La conceptualisation des différentes formes de violence conjugale s'est considérablement développée dans ces vingt dernières années en incluant en plus des dimensions physiques clairement identifiables, les formes psychologiques et sexuelles de ce phénomène (Laughrea, Bélanger et Wright, 1996).

### **3-1-Les violences physiques :**

Les violences physiques représentent la forme la plus manifeste et la plus facile à objectiver socialement et judiciairement (Coutanceau, 2006). Ce sont des agressions physiques à main nue ou avec objets, qui attaquent l'intégrité et le sentiment de sécurité physique de la femme (Chamberland, 2003).

De gravité variable, les violences physiques englobent un éventail de comportements: gifler, secouer, bousculer, frapper à coups de poing ou de pied immobiliser avec ou sans liens, séquestrer, étrangler, brûler, mordre, blesser ou tuer avec ou sans armes,...etc.(Chamberland, 2003 ; Fischer, 2003 ; Jordan *et al.*, 2004)

### **3-2-Les violences psychologiques :**

La violence psychologique peut se manifester séparément ou n'être qu'un précurseur de violence physique en contexte conjugal (Henrion, 2001), elle est définie par Lindsay et Clément (1998, p152) comme tout « comportement intentionnel et répétitif qui s'exprime à travers différents canaux de communication (verbal, gestuel, regard, posture, etc.) de façon active ou passive, directe ou indirecte dans le but explicite d'atteindre (ou de risquer d'atteindre) l'autre personne et de la blesser sur le plan émotionnel».

Les deux auteures insistent sur le fait que la violence psychologique en contexte conjugal est intentionnelle, dans le sens où le conjoint est bien conscient de l'effet négatif qu'entraîne son comportement sur sa femme ; et répétitive dans le sens où l'homme maintient et reproduit les mêmes comportements lui permettant d'atteindre psychologiquement sa conjointe.

Ces comportements sont *actifs*: de l'ordre de l'agir (p.ex. menacer), ou *passifs* par omission (p.ex. ignorer l'autre). *Directs* : touchant directement la femme sans intermédiaire, ou

## Chapitre I : La violence conjugale

---

*indirects* : en passant par un intermédiaire : individu (p.ex. insulter un parent de la femme) ou objet (p.ex. : donner des coups sur les murs ou détruire les biens de la femme).

Lindsay et Clément (1998), soulignent également les éléments constitutifs de la dynamique des violences psychologiques : « la subjectivité » ; « l'intentionnalité » et « la répétition ».

- **La subjectivité** : pour qu'une femme soit considérée comme victime de violence psychologique de la part de son conjoint, il faudrait qu'elle ait exprimé ou manifesté auparavant, à celui-ci, le fait qu'elle a été heurtée par son comportement. L'effet négatif ou indésirable du comportement jugé violent, doit donc être connu par l'auteur pour qu'on puisse parler du deuxième élément.
- **L'intentionnalité** : pour que le conjoint soit jugé violent sur le plan psychologique, il faudrait qu'il soit conscient de la souffrance que son comportement provoque chez sa femme et qu'en dépit de cette conscience il refuse d'y mettre fin. Ceci nous amène en fin vers le troisième élément.
- **c : La répétition** : c'est la répétition et la continuité des comportements jugés violents par la femme et connus comme tels par le conjoint, qui donnent à la relation entre la subjectivité de la victime et l'intentionnalité de l'abuseur sa dynamique de violence psychologique.

Bref, la violence psychologique en contexte conjugal relève d'un processus conscient, répété et constant, qui se manifeste à travers un ensemble de comportements touchant directement ou indirectement l'intégrité psychologique de la femme. Certains auteurs ont tenté de regrouper l'ensemble des comportements impliqués dans la violence psychologique en contexte conjugal :

De leur part Lindsay et Clément (1998), ajoutent le blâme et les accusations ; le harcèlement ; le chantage ; la su responsabilisation ou la déresponsabilisation ; la simulation de l'indifférence et la négation de l'état ou de la condition de l'autre. Ces comportements se manifestent sur différents niveaux :

**Sur le plan verbal** : sous forme d'insultes ; injures ; critiques continuelles ; cris et hurlements ; menaces de tout genre ; mensonges manipulateurs ; etc. (L'Huillier, 2004 ; Nicarthy, 2004)

# Chapitre I : La violence conjugale

---

**Sur le plan économique**: sous forme de privation ou d'exploitation intentionnelle ; contrôle systématique et absolu de toutes les activités financières de la femme ; interdiction ou obligation de travailler ; etc. (L'Huillier, 2004 ; Bernier, Bérubé, Hauteceur et Page, 2005)

**Sur le plan spirituel** : dans le fait de contraindre la femme à des pratiques religieuses contraires à ses croyances ; l'accuser dans sa foi ; se moquer de ses dogmes religieux ; etc.(Santé Canada, 2000 ; Laughrea *et al.*, 1996),**Sur le plan social** : dans le fait d'isoler la femme de sa famille, ses amies et de tout autre système de soutien (Follingstad *et al.*1990 dans Jordan *et al.*, 2004)

**Sur le plan affectif** : sous forme de rejet ; absence d'attention et de soin ; indifférence et manque de considération ; etc. (Chamberland, 2003) En somme, la violence psychologique en contexte conjugal s'articule autour d'un ensemble de comportements intentionnels et récurrents : menace, humiliation, coercition ; manipulation ; privation ; rejet ; ... qui attaquent l'intégrité personnelle de la femme et menacent différents aspects de sa vie quotidienne.

### **3-3- La violence sexuelle :**

La violence sexuelle est un acte de domination sur le plan de la sexualité. Il englobe toutes les formes d'activités sexuelles forcées sur une victime. Généralement, ces violences sexuelles représentent tous les comportements qui attaquent ou visent à attaquer l'intégrité sexuelle de la femme (Chamberland,2003) Bref, c'est toute forme d'activité sexuelle non consensuelle imposée à la femme par son conjoint (Laughrea, Bélanger et Wright, 1996).L'agresseur l'impose de différentes façons :

- Par le viol de façon orale, vaginale ou anale, sans ou avec objets, Le viol conjugal est défini comme toute activité sexuelle accomplie ou entreprise par l'homme sans le consentement de sa conjointe (Wiehe, 1998). Le viol conjugal inclut toutes les relations sexuelles (vaginales, anales ou orales)non désirées et/ou forcées par l'utilisation réelle ou la menace de force physique, dans un contexte conjugal (Mahoney et Williams, 1998) ;
- Par des insultes ou des brutalités lors de rapport sexuels en étant ligotée,pénétrée avec des objets ...etc. ;
- En forçant la victime à prendre des positions dégradantes.

# Chapitre I : La violence conjugale

---

- En la forçant à visionner du matériel pornographique.
- En l'obligeant à se soumettre à la prostitution.
- Le fait de refuser ou d'obliger la femme à recourir à des moyens de contraception.
- **Autres formes de violence sexuelle en contexte conjugal :**

La violence sexuelle en contexte conjugal peut se traduire autrement que par le viol conjugal (Nicarthy, 2004 ; santé Canada, 2000 ; Bernier *et al.*, 2005 ; OMS, 2002). On y inclut aussi :

- a. Le fait que l'homme refuse toute relation sexuelle avec sa conjointe, de manière permanente et sans aucune raison valable, pour la punir, la soumettre au chantage, ou pour d'autres fins.
- b. le fait que l'homme critique constamment et illégitimement la sexualité de sa femme, lui tiennent des propos insultants et humiliants concernant son physique, sa réputation, sa fidélité,... en public ou en privé.
- c. le fait que l'homme s'engage avec d'autres femmes, après s'être convenu à une relation monogame (Nicarthy, 2004) .
- d. le fait de transmettre volontairement des infections sexuellement transmissibles, notamment à VIH, par le refus de prendre toutes les précautions nécessaires ou par la non révélation de la possibilité d'une infection (santé Canada, 2000) .
- e. le fait de refuser ou d'obliger la femme à recourir à des moyens de contraception (Bernier *et al.*, 2005).
- f. l'avortement forcé (OMS, 2002)... etc.

## **4- les causes de la violence conjugale et les périodes de risques :**

### **4-1- Les causes :**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002) (5), la violence conjugale est favorisée par la présence de nombreux facteurs. Ce modèle met en avant le fait que tant des facteurs sociaux, communautaires, relationnels et familiaux, que des facteurs individuels jouent un rôle dans la présence de violence au sein d'un couple:

## **4-1 -1- Au niveau individuel :**

les facteurs biologiques, les troubles psychologiques ou de personnalité, la toxicomanie, les antécédents de comportements agressifs ou de maltraitance subis comme des caractéristiques personnelles qui augmentent le risque de vivre de la violence, que l'on soit victime ou auteure.

## **4-1-2 - Au niveau relationnel :**

La présence de facteurs comme le type de relations familiales, avec les pairs ou dans le couple, la présence d'une faible capacité de communication et de négociation dans le couple, la dépendance affective, une relation de pouvoir inégalitaire vont exposer davantage au risque de violence.

## **4-1-3- Au niveau communautaire :**

Les contextes socio-économiques des personnes comme une faible insertion sociale, la pauvreté, l'exclusion ou l'isolement contribuent également à augmenter le risque de violence conjugale.

## **4-1-4 - au niveau sociétal :**

Le rôle de la société face à l'existence de la violence conjugale est pris en compte, puisque les normes sociales et culturelles ont un impact sur l'acceptation de la violence. Il est tenu compte notamment des rapports d'inégalité entre femme et homme, de la rigidité des rôles impartis à chacun.

Ce modèle offre non seulement la possibilité de comprendre les causes de la violence mais suggère également des pistes d'action, en renforçant des facteurs de protection. Chaque niveau étant relié aux autres, en agissant sur un niveau cela se répercutera sur les autres. Par exemple, en agissant au niveau sociétal à travers la promotion de lois qui protègent les personnes victimes, les risques de violence conjugale sont aussi réduits à d'autres niveaux

## **4-2 –Les périodes à risques :**

Le modèle écologique de l'OMS décrit les nombreux facteurs qui augmentent le risque de violence conjugale. Certaines périodes dans la vie d'un couple favorisent le risque d'apparition ou d'augmentation de la violence conjugale. Ce sont celles pendant lesquelles le

stress est particulièrement présent au sein du couple (le chômage, le décès d'un proche, la maladie, les fins de semaine ou de week-end, etc.). Deux moments requièrent une vigilance particulière:

- La grossesse et les premières années des enfants. En effet, 40% des violences conjugales débutent au cours de ces périodes.
- La séparation du couple. Le risque de passage à l'acte est maximal au moment de la prise de conscience que la séparation est imminente ou qu'elle est entrée dans les faits. En effet, 81,5% des violences domestiques sont de type conjugal et 28,4% de ces infractions sont commises au moment de la séparation ou après.

### **5- Les conséquences des violences conjugales :**

Les conséquences de cette violence peuvent être nombreuses et toucher la femme à plusieurs niveaux. Afin de mieux comprendre l'impact de cette violence sur le développement et fonctionnement chez l'individu voici les répercussions de celle-ci au plan physique, psychologique.

#### **5-1- Sur le plan physique :**

Les femmes victimes de violence conjugale présentent divers problèmes de santé relatifs à la victimisation subie à court et à long terme (OMS, 2002). Nous pouvons constater chez elles :

**Diverses lésions traumatiques** : de nature et de localisation variables: ecchymoses ; hématomes ; contusions ; plaies superficielles ou profondes; brûlures ; fractures ; ... et autre type de blessures touchant différentes zones du corps : visage ; crâne ; cou ; abdomen ;

extrémités ; ...etc.(Henrion, 2001)

**Diverses maladies organiques** : développer des troubles fonctionnels : syndrome du côlon irritable ; troubles gastro-intestinaux ; syndrome de douleur chronique ; syndrome de fatigue chronique ; ... etc. Et pour celles qui souffrent déjà de maladies chroniques (affections pulmonaires, troubles métaboliques ; maladies cardiovasculaires ;...) elles risquent en outre de présenter des complications suite aux violences subies (OMS,2002).

## **Bref, nous les résumons en des points essentiels :**

- Problèmes de santé dus aux blessures infligées (fractures, ecchymoses, coupures, incapacité fonctionnelles pour le reste de leurs vie, etc.) ;
- Cauchemars, insomnies, mauvaise digestion, maux de têtes persistants, etc. ;
- Besoins de soins médicaux ou hospitalisation.

## **5-2- Sur le plan psychologique :**

Les différentes formes de violence que subit la femme en contexte conjugal et l'état de tension et de terreur qu'entraînent celles-ci, altèrent sa santé mentale et son bien-être psychique. Divers troubles psychiques aigus et chroniques peuvent ainsi apparaître chez les victimes de violence conjugale :

**Anxiété et émotions négatives** : irritabilité ; perte du sentiment de sécurité et de confiance en soi, en les autres et en l'avenir ; sentiment permanent de culpabilité, de honte et d'impuissance ; faible estime de soi ; etc. (Jordan et al., 2004 ; Fernet, 2005 ; Henrion, 2001 ; OMS, 2002 ; Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007).

**Réactions phobiques et troubles paniques** : les réactions phobiques de différente nature ainsi que les troubles paniques sont également des réponses à la situation de terreur et de peur dans laquelle vit la femme victime de violence conjugale (Henrion, 2001 ; OMS, 2002).

**Troubles dépressifs** : la grande majorité des femmes victimes de violence conjugale, présentent des symptômes dépressifs (Campbell, Sullivan et Davidson, 1995 dans Jordan et al., 2004) dont la sévérité ; la forme et les facteurs déclenchant relèvent de la fréquence et de la gravité des expériences de victimisation subies ; des facteurs individuels propres à chaque victime et du contexte socioculturel dans lequel la violence conjugale prend place (Jordan et al., 2004).

**Idéation suicidaire, tentative de suicide et suicide** : les femmes victimes de violence conjugale présentent des idées suicidaires qui peuvent se concrétiser en des tentatives et aboutir à la mort dans certains cas (Fernet, 2005 ; Chamberland et al., 2007 ; Jordan et al., 2004).

# Chapitre I : La violence conjugale

---

**Troubles cognitifs** : difficultés de concentration et d'attention ; pertes de mémoire et problèmes mnésiques ;... (Henrion, 2001 ; Jordan et al., 2004)

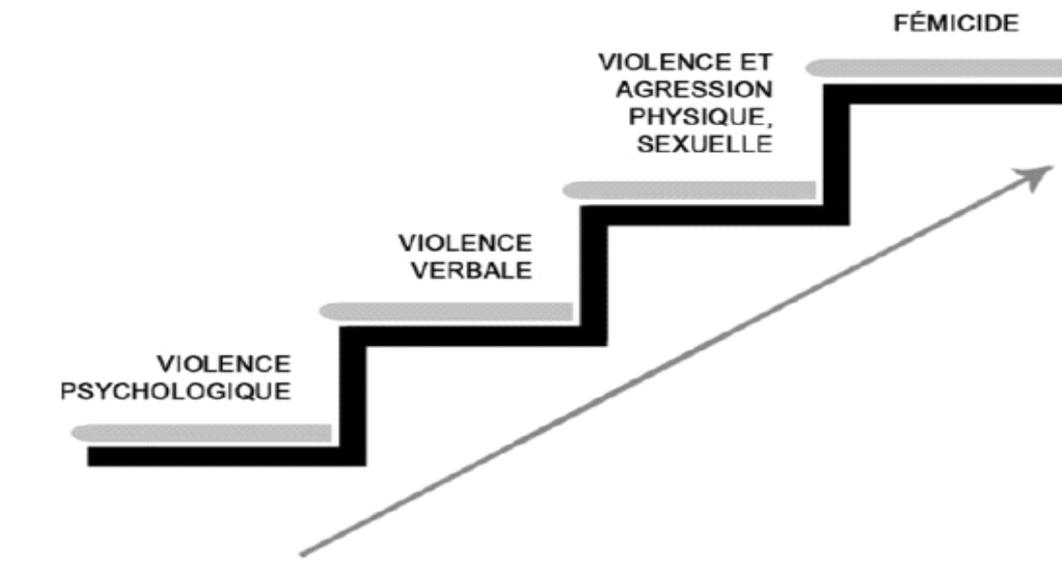
## **Bref, nous les résumons comme suite :**

- Dépression, Repli sur soi,
- Manque d'estime de soi ou de confiance en soi, Colère,
- Sentiment de honte et de culpabilité, Pleurs fréquents, Crainte pour les enfants, -Isolement sociale, Tentative de suicide.

## **6- L'escalade de la violence conjugale :**

Cette violence au sein du couple s'apparaitre d'une manière si lente et progressive, d'où la victime n'aperçois cette violence que après l'installation quasi-totale de cette violence, tout commence par des comportements anodin de l'agresseur d'une manière à faire installer la dominance de celui-ci et d'imposer son pouvoir, ces comportements vont prendre de l'escalade du simple propos de colère et monte de tension d'une période à une autre jusqu'au moment où ils deviennent fréquents.

Larouche (1987) indique que la première étape de la violence est subtile, selon lui c'est l'agression psychologique qui est au premier lieu par la suite la violence verbale s'installe. Elle vient renforcer l'agression psychologique et sert à dénigrer directement la victime. Finalement, la violence physique commence avec ses assauts tant physiques que sexuels, cette escalade peut se terminer par le femicide



**Figure 1 : Escalade de la violence conjugale**

## **7-le cycle de la violence :**

Nous parlons du cycle de la violence conjugale pour décrire et démontrer la manière dont ces violences se répètent et se procèdent d'une phase à une autre dans un processus cyclique et dynamique, si la violence conjugale était présente d'une manière constante, il serait probablement plus facile pour les femmes violentées de l'identifier clairement et de s'en protéger.

Ce cycle de violence conjugale a été identifié d'abord par Walker (1979,1984) puis repris par plusieurs auteurs (Swanson, 1984; Trimpey, 1989).

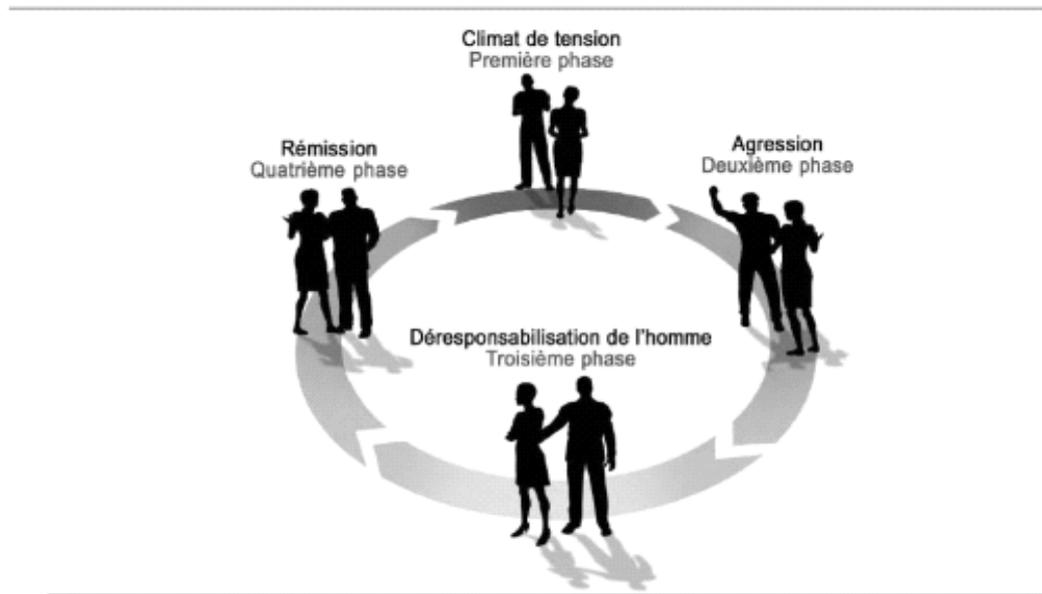
### **7-1 -Les phases du cycle de la violence conjugale :**

Le cycle de la violence conjugale procède selon quatre phases qui recommencent à chaque épisode de violence exercée contre la victime. Le cycle de la violence débute par une montée d'incidents dégradants pour la victime.

Des événements déclencheurs font exploser la violence et l'agresseur pose alors des gestes d'agression, c'est la phase de l'agression. Par la suite, s'installe la phase de déresponsabilisation de l'agresseur à l'égard de la violence qu'il exerce. La dernière phase est celle de la rémission. Finalement, le cycle ne s'arrête jamais, il prend de nouveau. Nous le présentons à la figure suivante :

# Chapitre I : La violence conjugale

---



**Figure 2 : Cycle de la violence conjugale**

Nous résumons les phases dans les passages suivants :

**Phase 1 – Tension** : L'agresseur se met en colère, jette des regards menaçants et fait peser de lourds silences. La victime inquiète, tente de faire baisser la tension en faisant attention à ses gestes et paroles.

**Phase 2 – Explosion / Crise** : L'agresseur violence sa victime, physiquement, psychologiquement, verbalement, économiquement ou sexuellement. La victime se sent triste, humiliée, elle a le sentiment que la situation est injuste, elle est anéantie ou alors parfois il arrive qu'elle se défende.

**Phase 3 – Déresponsabilisation de l'homme** : L'agresseur justifie son débordement en trouvant des excuses qui sont hors de son contrôle (une enfance difficile, l'alcool, le stress, les enfants turbulents, une maladie mentale, etc.). La victime essaie de comprendre et d'aider son partenaire. La situation s'inverse et elle se sent en partie responsable de la situation, elle culpabilise.

**Phase 4 – rémission** : L'agresseur demande pardon, il regrette, jure de ne jamais recommencer, propose de se faire soigner ou menace de se suicider. Comme il a peur que la

victime s'en aille, il lui fait des cadeaux, redevient très amoureux, participe aux tâches ménagères et à l'éducation des enfants. La victime veut y croire, elle retrouve la personne qu'elle aime et lui donne une nouvelle chance.

### **8- Les théories explicatives des violences conjugales :**

#### **8-1 -L'approche systémique :**

Ce modèle d'intervention repose sur une analyse systémique de la famille. La famille est vue, dans cette approche, comme un système constitué de membres en interaction, où chacun influence les interactions et partage par conséquent la responsabilité de ce qui peut se produire à ce niveau (Dankwort, 1993). Tout problème dans les interactions, incluant la violence, ne peut pas relever d'un seul individu. Il constitue le symptôme d'un mauvais fonctionnement de l'ensemble du système (Dankwort, 1993; Moisan 1993).

Dans cette perspective, l'analyse de la violence conjugale porte sur le modèle de relation entre les conjoints. La violence est vue comme le symptôme d'une dysfonction à l'intérieur du couple (Welzer-Lang, 1991). Elle est perçue comme un problème transactionnel ou de communication (Dankwort, 1993). On croit notamment qu'homme et femme se trouvent coincés dans des modèles de rôle rigides nuisant à la communication et que c'est précisément le manque de communication qui détermine la violence (Rondeau, 1989). Dans ces programmes, où l'accent est mis sur la relation existant au sein du couple, l'intervention a pour but d'améliorer la relation conjugale, de développer au sein du couple une meilleure communication, de résoudre les conflits, d'apprendre aux hommes d'autres modes d'affirmation de soi non générateurs de violence. Et la violence conjugale étant définie comme un problème au niveau des interactions entre les conjoints, on considère que la thérapie de couple est indiquée et efficace (Dankwort, 1988). Les principales composantes des stratégies d'intervention sont l'enseignement de l'expression des sentiments et de méthodes de gestion des conflits (Dankwort, 1993).

Ce modèle d'intervention repose sur une analyse systémique de la famille. La famille est vue, dans cette approche, comme un système constitué de membres en interaction, où chacun influence les interactions et partage par conséquent la responsabilité de ce qui peut se produire à ce niveau (Dankwort, 1993). Tout problème dans les interactions, incluant la violence, ne

# Chapitre I : La violence conjugale

---

peut pas relever d'un seul individu. Il constitue le symptôme d'un mauvais fonctionnement de l'ensemble du système (Dankwort, 1993; Moisan, 1993).

## **8-2 -L'approche féministe :**

Dans l'approche féministe, la violence des hommes envers les femmes est considérée comme un problème sociopolitique en ce sens qu'elle se situe dans un contexte social où les femmes vivent des inégalités sociales, politiques et économiques {Adams, 1988 ; Myers, 1995}. Elle est en outre perçue comme un abus de pouvoir, une tentative de domination (Adams, 1988). Elle considère la violence conjugale comme une manifestation des inégalités de genre dans une relation de couple (Mercer, 1988; Fernet, 2005). C'est un exercice de pouvoir, un moyen de domination masculine et de contrôle sur la femme.

En somme, l'approche féministe permet de mettre en lumière un ensemble de facteurs explicatifs des violences conjugales mais ne permet pas à elle seule de comprendre le pourquoi et le comment du problème ni d'explicitier le processus en cause. L'analyse féministe permet à notre avis de cerner pourquoi l'homme "se permet" de violenter sa conjointe (par divers moyens et dans le but de la contrôler) en toute impunité, sans qu'il soit blâmé par la société, mais elle n'explique pas pourquoi certains hommes exercent un pouvoir coercitif, répressif et violent sur leurs conjointes alors que d'autres ne le font pas bien qu'ils vivent tous au sein d'une même société patriarcale.

Dans cette approche, on a recours de préférence à la thérapie de groupe car la sensibilisation par les pairs apparaît comme le meilleur moyen de faire passer efficacement le message, à savoir que la violence conjugale est un comportement appris, enraciné dans les normes sociales patriarcales, plutôt qu'une pathologie propre à l'individu ou à ses relations avec autrui (Adams,1988).

## **8-3 -L'approche cognitivo-comportementale :**

La majorité des services de traitement auprès des conjoints violents utilisent une approche cognitivo-comportementale (Dankwort, 1993). Ce type de programme est influencé par la psychologie, la psychiatrie et la théorie de l'apprentissage social de Bandura (Lemire et al , 1996 ; Adams, 1988).

Résultant de l'apprentissage social masculin, la violence est définie dans cette approche comme un mécanisme appris et inadéquat de contrôle de la colère (Holmes et Lundy, 1990;

## Chapitre I : La violence conjugale

---

Lemire et al., 1996). Elle est associée au manque d'aptitudes de l'homme violent (Holmes et Lundy, 1990 ; Adams, 1988), inaptitudes relevant de ses apprentissages (Béliveau, 1991) ou à des difficultés de maîtrise du stress (Adams, 1988).

Dans cette approche, où l'accent est mis sur le manque d'aptitudes des agresseurs, on stipule qu'il est possible de modifier le comportement violent, qu'il a été appris, en soumettant le sujet à un apprentissage nouveau et différent (Rondeau, 1989). Le traitement est dirigé vers le problème de violence lui-même.

Dans cette perspective, le développement d'aptitudes relationnelles constitue un élément important de la rééducation des hommes violents. Les interventions sont destinées à les aider à mieux faire face aux conflits, à s'affirmer, à adopter des comportements plus acceptables et à améliorer leurs capacités de communiquer et de gérer le stress (Adams, 1988; Dankwort, 1988 ;Rondeau, 1989; Lindsay et al., 1991). L'intervention de groupe constitue le format privilégié dans cette approche. On y a recours précisément parce que le groupe permet de briser l'isolement des hommes, l'image négative qu'ils ont d'eux-mêmes, leurs peurs, leurs difficultés à exprimer leurs sentiments et qu'il constitue un lieu privilégié pour développer des habiletés de communication (Dankwort, 1993).

Les méthodes les plus fréquemment utilisées par les intervenants dans ce modèle sont l'enseignement de techniques de relaxation, de réduction du stress, de gestion de la colère, d'expression des sentiments, de résolution de conflits. En outre, par la sensibilisation aux signes précurseurs de la violence et le recours au temps d'arrêt, on veut amener les hommes à déceler certains indices physiologiques, à faire des pauses lorsqu'ils sont en colère (Holmes et Lundy 1990). La confrontation est également utilisée pour cesser la négation et la minimisation de la violence (Dankwort, 1993).

### **Conclusion :**

Pour conclure, il est important de traiter ce phénomène de violence conjugale à l'égard des femmes, parce que la violence conjugale fait encore partie aujourd'hui de la vie privée du couple, peut longtemps rester méconnue ou non dévoilée, qui laissent des séquelles psychiques et physiques importantes dans la vie de celles-ci, d'où nous constatons que ces violences se manifestent sous divers aspects. Dans le prochain chapitre, nous allons aborder la qualité de vie et ses évolutions.

# **Chapitre II :**

## **La qualité de vie**

### **Introduction :**

La notion de la qualité de vie, apparue dans les années 60, sur les travaux de BARDBURR. S'est peu à peu imposée par son caractère intégratif, puisqu'elle réunit un ensemble de notions composites telles que la santé (physique et mentale), le bien-être (matériel et subjectif), le bonheur ou encore la satisfaction de la vie.

Tout au long de ce chapitre, nous allons préciser le concept de qualité de vie. Et pour cela il est essentiel de définir et d'expliquer cette notion.

### **1-Historique et évolution :**

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis dans les années 50 comme slogan politique, puis étendu à un niveau social et individuel dans les années 70. La notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les Annales de médecine interne en 1966. En effet, la qualité de vie a pris une importance croissante dans l'évaluation des soins de santé. Il s'agit de l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société sur l'impact global des soins dispensés et sur le bien-être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie.

Elle concerne les états physiques et socio-psychologiques tels qu'ils sont perçus par le patient. Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique qui vont assurer la notion de la qualité de vie qui finira par intégrer les notions voisines (Bien-être, Santé satisfaction). Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la longévité des populations et donc par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il était alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social subjectif de ces pathologies et de leurs conséquences, ainsi que celui des soins et des traitements qui leur sont associés. (Eva TAZAPOULOU, 2008, P. 15).

### **2-La conception et la définition de la qualité de vie :**

La notion de qualité de vie est le plus souvent confondue avec celle de la qualité de vie associée à la santé et de bien être subjectif. En réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et plus intégrative, et dont les définitions sont nombreuses et variées. De façon simple, la qualité de vie définit l'état général d'un individu à un moment donné. Certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.) sont parfois mises en avant, au contraire délaissées. (FISCHER G-, 2001, pp10-11).

#### **2-1-Les conceptions objectives :**

Les conceptions de la qualité de vie sont limitées tout d'abord aux seules conditions de vie matérielles (point de vue politique et économique) et d'absence de maladie physique. On peut considérer qu'il s'agit de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie plus agréable et plus facile. Ces conditions comprennent pour un individu donné, la qualité de l'environnement naturel, du logement, des ressources matérielles, de l'environnement familial, des relations sociales, du niveau d'étude, d'adaptation au monde environnant, ainsi que d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé. Cette conception objective et fonctionnelle est accessible par (hétéro – évaluation). (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002, p49).

#### **2-2- Les conceptions subjectives :**

La conception de la qualité de vie subjective (QVS) opposée à celle de la qualité de vie objective, s'est développée et a donné lieu à diverses tentatives de quantification par le biais d'auto-questionnaires. De nombreuses définitions ont été proposées pour ce concept difficile à saisir, car éminemment subjectif, soumis aux normes culturelles et comprenant de très nombreux paramètres : conditions de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie, satisfaction des besoins perçus et des désirs... Il est de plus, dans ce domaine, difficile d'échapper à un point de vue normatif (valorisation de l'autonomie) et de choisir des critères qui puissent être universellement appropriés. (Nicolas L, 2001, pp48-50).

### 2-3- La conception intégrative :

On trouve dans la littérature deux sortes de conception intégratives, les unes simplement additives, d'autres plus dynamique impliquant à la fois certaines conditions de vie objectives et la façon dont chaque individu perçoit et utilise ses ressources pour se réaliser.

Parmi les définitions intégratives on trouve celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1994 « La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement ».

L'avantage de la définition de la qualité de vie en terme à la fois intégratif et dynamique est de :

- Prendre en compte à la fois les composantes « externes » (par exemple l'état de santé, les conditions de vie, etc.) et les composantes « internes » (par exemple la satisfaction, le bien être subjectif, etc.) de cet ensemble complexe ;
- Évaluer la qualité de vie selon plusieurs point de vue (hétéro-évaluation et auto-évaluation) ;
- Considérer les interactions dynamiques ente les composantes de la qualité de vie. (BRUCHON –SCHWEITZER, 2002, p51)

### 2-4- Définitions de la qualité de vie :

Selon Dupuis, Taillefer, Etienne, Fontaine, Boivin, et Vonturk (2002), il y a plus de trente définitions de la notion de qualité de vie, nous n'allons évidemment pas les énumérer ni les citer, mais il est intéressant de souligner que malgré le nombre de définitions existant il n'y a pas encore eu de véritables consensus (BRUNCHON-Schweitzer, 2002).

Pour Findley(1999), la qualité de vie est concept global incorporant tous les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la vie d'un individu, effectivement l'être humain se voit considéré dans un ensemble de dimensions. La structure de la qualité de vie s'étendant à tous les domaines de la vie de l'individu. (Etienne et Fontaine, 1997).

L'organisation mondiale de santé a défini ,en 1994 la qualité de vie comme suit « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence , dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit ,en relation avec ses objectifs, ses attentes , ses normes et

## Chapitre II : La qualité de vie

---

ses inquiétudes ». Notons la présence de notion « de vision subjective », de « culture », de « valeur ».

Leplège et Hunt (citer par Dupuis et Al, 2000) rappellent que les préférences des uns ne sont pas forcément les même que celle des autres. Elles évoluent suivant les expériences du sujet, au fur et à mesure que le temps passe.

Dupuis et ses collaborateurs (2000) pense que la qualité de vie est, à un moment donné, dans le temps « un état qui correspond au niveau atteint par une personne dans la poursuite de ses buts organisés hiérarchiquement ».

Brunchon-Schweitzer (2002) intègre le rôle de l'environnement dans la notion de qualité de vie, ainsi il parle de conception intégrative additive prenant en compte l'interaction de personne avec son environnement, et considère donc la qualité de vie comme un véritable système.

En 1976 Campbell et Al (cités par Oudry et Hermand, 2002) écrivaient que la qualité de vie dénotait du jugement subjectif d'un individu à partir du degré selon lequel ses besoins, dans les domaines de la vie sont satisfaits, plus l'individu pourra satisfaire ses besoins et ses exigences plus les relation avec son milieu de vie seront bonne et plus son jugement de la qualité de vie sera grand

En définitive deux critiques peuvent émerger de la diversité des définitions du concept de qualité de vie. La première critique est le manque de rigueur scientifique de cette notion considérée comme trop vague et trop généralisé. La deuxième critique relève du manque de consensus sur une seule définition (J. DEVILLE, 2008, pp .10-12).

Launois et Reboul-Marty définissent la qualité de vie liée à la santé comme « les retentissements physiques, psychologiques, et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un patient ». Notant toutefois qu'elle « dépend de multiple facteurs », parfois « indépendants de la santé ». Ils introduisant aussi le terme de la qualité de vie liée à la santé, qui considère uniquement les facteurs « qui ont trait à l'état de santé du malade et à son évolution sous traitement ». Cette définition est basée sur le fait qu'un traitement est censé faire disparaître la morbidité et la mortalité d'une maladie de telle sorte qu'il laisserait le malade comme non atteint. Les

## Chapitre II : La qualité de vie

---

chercheurs s'accordent tout de même à considérer la qualité de vie comme un concept multidimensionnel qui se structure le plus souvent autour de quatre dimension essentielles

- \_ La dimension physique : capacité physique, autonome, gestes de la vie quotidienne...etc.
- \_ La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...etc.
- \_ La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...etc.
- \_ La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à des activités de loisirs, vie sexuelle. ..Etc. (BRIANCON S, KESSLER M, 2007, P. 19-20).

### **3-Théories de la qualité de vie :**

#### **3-1 La qualité de vie du point de vue environnemental :**

Dans ce courant de pensée les recherches étaient consacrées à l'approche dite objectives de la qualité de vie. Cette démarche était en rapport étroit avec les projets politiques et les dispositions prises pour leurs mises en œuvre. Elle rapportait au plus haut niveau politique, les études concernant l'environnement dans lequel vie la société telle que : le niveau de vie, la pollution, la scolarité, les crimes et la délinquance ...etc. Nous retrouvons dans la littérature différente exemples d'enquête dans de grandes villes du monde qui ont été menées pour mesurer le niveau de satisfaction des personnes de leurs conditions de vie. (BOUDOUDA N.E, 2013, P. 58).

#### **3-2 La qualité de la vie en relation avec la santé :**

Dans ce courant de recherches l'approche était au départ objectiviste, elle souscrivait l'étude de troubles de santé spécifiques telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, le sida, etc. Impliquant des difficultés motrices et la dépendance des patients à cause de leurs états de santé. Ces études ont permis la construction d'un nombre important d'échelles qui accordent au patient le choix d'estimer son propre état de santé.

Cette approche considère la qualité de vie comme multidimensionnelle, qui peut être étudiée soit par l'observation ou par le biais l'auto-évaluation ou l'hétéro évaluation, à l'aide des outils psychométriques. Par la suite d'autres indicateurs de la qualité de vie santé ont émergé à travers les études qui portaient sur l'analyse des symptômes qu'ils soient somatiques ou

psychiques. Ces études ont ouvert la réflexion sur l'impact interne et la souffrance en lien à la maladie, sur le patient et son entourage (anxiété, angoisse, dépression...etc.). (BOUDOUDA N.E, 2013, P. 58).

### **3-3 La qualité de vie au travail (théorie des organisations) :**

L'étude de la qualité de vie au travail est présentée depuis quelques années comme fondamentale, à cause des changements observés dans le monde économique et l'évolution accrue du taux d'employer qui sont dans l'incapacité de travailler à cause de leurs problèmes de santé psychologique.

La définition de la qualité de vie au travail est très complexe, car elle peut être confondue avec d'autres indicateurs tels que le stress au travail ce qui a laissé paraître trois points importants qui décrivent la qualité de vie au travail comme étant :

- a. Un construit subjectif.
- b. Devant intégrer des aspects organisationnels, individuels et sociaux.
- c. Le travail ayant une influence certaine sur les autres domaines de la vie et il fait partie intégrante de la qualité de vie générale.

Les instruments de mesures systémiques mis en place pour étudier la qualité de vie au travail ont un double objectif. Ils prennent en compte en premier lieu les différents problèmes individuels et ou organisationnels, en second lieu l'objectif est d'organiser une méthode de prévention. (BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59).

### **3-4 La qualité de vie vue comme un tout (globale) :**

Ce domaine de recherche a émergé à travers des approches psychosociologiques, ce qui a donné sens à des notions, telles que le bonheur et le bien-être qui sont associées aux travaux de Bradburn et Caplovitz, 1965 ; Bradburn, 1969 sur la qualité de vie dans différents pays du monde et différentes villes aux états unis. Campbell 1976 a organisé ainsi un modèle de la qualité de vie à partir de l'étude de deux concepts qu'il considère importants, à savoir les concepts de satisfaction et domaines de la vie.

Ces différents auteurs estiment qu'à travers la mesure de la notion de bonheur et de bien-être il est important de signaler l'impact observé sur le déroulement de la vie d'un individu.

## Chapitre II : La qualité de vie

---

Mais il est également essentiel d'indiquer que cette analyse visait la mesure du bien-être ressenti à travers la satisfaction d'un sujet à un moment donné de sa vie. Les résultats obtenus sont très intéressants car ils montrent qu'il y a une grande variation dans les réponses d'un âge à un autre et d'une personne à une autre.

Selon ces expérimentations le sujet est présenté comme seul juge de la place et du rôle qu'il occupe socialement. Cette démarche a entrouvert l'idée de la conceptualisation d'une approche cognitive qui prend en compte la perception de soi (satisfaction de vie, condition physique et santé), l'environnement et lien aux autres, comme étant des processus importants dans l'analyse psychosociale et générationnelle. Selon Dupuis ce modèle aide à comprendre le sujet comme un tout, il considère aussi que le statut médical, psychologique et social ne peuvent pas être introduits dans la définition de la qualité de vie car ce sont des dimensions pour lesquelles il existe plusieurs instruments de mesure et qui aident à décrire l'état du patient mais qui ne mesurent pas pour autant sa qualité de vie (BOUDOUDA N.E, 2013, PP. 59.61).

### **4 - Les domaines et les composantes de la qualité de vie :**

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : physique, psychologique et social.

#### **4-1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :**

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend des émotions et des états affectifs. Pour d'autres, elle inclut en outre, une absence d'affect négatif (par exemple, dans la SF-36 de Ware, 1987) On est ici proche des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi (créativité, sens donné à la vie, moral, vie spirituelle, compréhension du monde).

### **4-2 Le domaine physique de la qualité de vie :**

A l'intérieur de ce domaine les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique (ou états physiques, ou états fonctionnels) et les capacités fonctionnelles. Ainsi, la santé physique comprend elle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes, et divers indicateurs biologique. Les capacités fonctionnelles incluent : le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et sa relative autonomie (ou sa dépendance) .On peut évaluer ces deux aspects de la qualité de vie (santé physique, capacité fonctionnelle) selon deux points de vue : un point de vue « externe » (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles, et un point de vue « interne » seulement accessible par autoévaluation pour atteindre les représentations, les perceptions et le vécu subjectif de santé, par le patient lui même .

### **4-3-Le domaine social de la qualité de vie:**

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. On oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en terme de disponibilité et de satisfaction). Pour certains auteurs (Griffin, 1988), il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus. Pour des auteurs comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales (estime de soi « social », sentiment de réalisation de soi, sociale est évaluée, en général, par des outils génériques. (EVA TAZOPOULOU.2008, PP.18. 19).

### **5- L'évaluation de la qualité de vie :**

Depuis une vingtaine d'années, la recherche en matière de QdV a pris un essor important. En effet, connaître le retentissement de la maladie et de ses traitements sur la qualité de vie du patient est une donnée fondamentale du processus d'aide à la décision. Mais comment est – elle évaluée ?

Il existe deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : la méthode directe (entretiens psychologiques), et méthodes indirecte (les outils psychométriques).

### **5.1- La méthode directe :**

L'entretien psychologique permet une évaluation de tous les aspects multidisciplinaires de la qualité de vie. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficilement quantifiable, peu reproductible, difficile à standardiser et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossible à mettre en place sur une grande population et coût élevé. (DELPHINE KLEIN. 2011, P. 30).

Différentes méthodes d'entretiens (non directif, directifs, et semi-directifs) permettent d'interroger les sujets individuellement ou en groupe.

#### **5.1.1- Les entretiens individuels :**

Il y a trois types d'entretiens individuels : l'entretien non directif, l'entretien semi-directif et l'entretien directif.

##### **L'entretien non directif :**

Cet entretien, non structuré, non standardisé est plus souple que l'entretien semi-directif ou directif. L'enquêteur intervient très peu. L'entretien repose sur la libre expression du sujet.

##### **L'entretien semi-directif :**

L'enquêteur construit au préalable une grille de thèmes à aborder avec la personne interrogée et il invite le sujet à parler de chacun des thèmes préétablis. Il intervient peu et de la manière la plus neutre possible.

##### **L'entretien directif :**

Il s'agit d'entretien structuré, standardisé. C'est le type d'entretien qui est le plus proche du questionnaire administré par enquêteur. Les questions, leur ordre et les termes utilisés sont fixés à l'avance.

### **5.2.1-Les entretiens de groupe :**

Dans ce genre d'entretiens les séances sont conduites selon un plan prédéfini et par une personne qui facilite la discussion et encourage les sujets à prendre la parole. Les sujets sont sélectionnés selon une caractéristique commune. (CHRISINE ROTONDA, 2011, P. 16-17).

### **5.2-La méthode indirecte :**

Selon les objectifs de recherche, il est intéressant de disposer d'outils permettant soit d'évaluer la qualité de vie de façon globale et comparer les populations entre elles sans tenir compte de leurs spécificités, soit permettant d'évaluer la qualité de vie de façon ciblée et de prendre en considération toutes les subtilités qu'engendre tel ou tel type de maladie, tel état de santé, ....etc. (SEPTANS A-L, 2014, P. 16).

### **5.2.1-Instruments génériques :**

Sont élaborés à partir de questionnaires mis au point en population générale, malade et non malade. Ils ne peuvent jamais rendre compte en détail de la spécificité de chaque pathologie abordée. De ce fait, les instruments génériques sont en général peu sensibles aux variations d'état de santé. Cependant, ils permettent de comparer les résultats de la qualité de vie dans des groupes de patients différents, sur des pathologies différents ou dans des pays différents. Le Short-Forma 36 (SF-36) est l'instrument générique le plus fréquemment utilisé dans les essais cliniques. (BOUVENOT-G, VRAY-M, 2006, P. 184).

Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

-SF-36(MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique(2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/rerelations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4).

-NHP (Nottingham Health Profile), avec 45items regroupés en 6 échelles

-WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items

-WHOQOL BREF, avec 26 items regroupés en 4 échelles. (MERCIER. M, SCHAUB. S, 2005, P. 420).

### **5.2.2- Instruments spécifiques :**

Sont adaptés à un problème particulier : spécifique d'une pathologie donnée (cancérologie, diabète, maladie de parkinson, etc) ou d'une population donnée (enfants, populations âgées...etc). Les instruments spécifiques sont, par nature, plus sensibles au changement que les instruments génériques et sont très utilisés dans les essais évaluatifs. On peut choisir, seul ou en association, l'un ou l'autre de ces types d'instruments selon l'objectif poursuivi. (BOUVENOT-G, VRAY-M, 2006, P. 184).

### **6- Objectif de l'évaluation de la qualité de vie :**

L'objectif de l'évaluation de la qualité de vie peut être de décrire des personnes ou des groupes de personnes, notamment pour évaluer si elles sont à risque. Un autre but est de détecter des changements dans le temps, en particulier dans le cadre d'essais thérapeutiques. En le troisième intérêt est de prédire une évolution future de santé, dans un cadre de prévention. (Gras D, 2009, P 19)

### **Conclusion :**

À la fin de ce chapitre on peut conclure que le concept de la qualité de vie est utilisé de divers façons et à des fins variées. Même s'il est ambigu de par sa multi dimensionnalité, son utilisation qui est de plus en plus banalisée dans différents domaines que se soit médicales, sociales ou psychologiques, elle restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

# **Partie pratique**

**Chapitre III :**  
**Méthodologie de la recherche**

### **Introduction**

Ce chapitre concerne la méthodologie de recherche. Il s'agit à ce niveau d'aborder l'ensemble des techniques utilisées pour mener l'étude, Dans ce chapitre, seront également développés la démarche de recherche, et le choix de populations étudié, le pré enquête, la présentation du questionnaire. Et la présentation des différents techniques utilisées comme ; l'entretien clinique, questionnaire.

### **1 -La pré -enquête :**

Elle nous a permis d'avoir un premier contact avec notre terrain d'enquête. Nous avons eu aussi des entretiens avec la psychologue dans l'association « IKHOULAF » « bourgeon » des enfants victimes de séparation conjugale concernant notre sujet d'étude afin de recueillir des informations et ainsi que leur avis par rapport aux femmes victimes de violence conjugale.

Nous avons également eu des entretiens avec les psychologues de cet, qui nous ont parlé de ce phénomène ainsi que de la rareté des cas. Ils nous ont informé que la majorité de ces cas viennent juste pour demande d'aide seulement et refuse une prise en charge psychologique. À travers ces entretiens, on a pu avoir des informations qui nous ont aidées à entamer notre recherche.

### **2-La méthode de recherche :**

Toute démarche de recherche scientifique est guidée et planifié à l'aide d'une méthodologie, pour réaliser une recherche scientifique nous devons suivre une méthode spécifique qui convient à la nature de notre sujet de recherche et qui permet de garantir sa scientificité ainsi que sa validité, afin qu'il soit reconnu par la communauté scientifique.

Dans notre domaine de recherche qui est la psychologie clinique, nous avons fait appel à une méthode largement utilisée, qui est la méthode descriptive qui se compose à son tour d'autres méthodes tel que l'étude de cas qui permet d'étudier et d'observer la population d'étude, afin de décrire et d'analyser les résultats obtenus auprès de cette dernière.

La méthode descriptive consiste d'abord à décrire, c'est-à-dire dépeindre dans le but de transmettre une information précise, complète et exacte. L'information mène à la connaissance mais peut, pour cela, passer par différentes étapes : de la simple familiarisation au savoir à acquérir pour pouvoir construire de futures recherches en passant par la

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

---

vérification de l'existence de relations causales entre des phénomènes, par la formulation d'hypothèses ou encore par l'inventaire de problèmes ou même par la clarification de certains concepts.

Cette méthode permet de décrire et de prédire le comportement, mais pas nécessairement de faire un choix entre plusieurs explications plausibles. Elles comprennent les études de cas, l'observation systémique, les enquêtes et les tests psychologiques.

L'étude de cas « comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs » (Thomas, 2011 ; Woodside et Wilson, 2003)

La première des grandes forces de l'étude de cas comme méthode de recherche est de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La deuxième, elle offre la possibilité de développer des paramètres historiques. La troisième est d'assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Ce sont ces forces qui en font une méthode convenant à toutes sortes de contextes et quelles que soient les caractéristiques du chercheur. (Alexandre, 2005).

### **3-Présentation de lieu de recherche :**

Notre stage a été effectué au sein de l'association «IKHOULAF» des enfants victimes de séparation conjugale est une organisation non gouvernementale humanitaire à but non lucratif.

Elle est créée le 14 août 2006 conformément à l'ancienne loi 90-31 du 31 décembre 1990 sous le numéro 0206/2006 par un groupe de jeunes constitué de 16 membres en majorité issus des parents séparés. En date de 17/09/2012, l'association a adopté son statut conformément à la nouvelle loi 06/12 du 12 janvier 2012 relative aux associations.

L'association est due d'une personnalité morale et d'une capacité juridique, elle active au niveau de la commune et daïra d'AKBOU, ainsi qu'à travers le territoire de la wilaya de Bejaïa. Egalement, elle développe des échanges d'expériences et de coopération à l'échelle nationale et internationale.

### ➤ Les objectifs de l'association :

- Promouvoir de nouveau texte de lois garantissant d'avantage les droits de l'enfant victime de séparation.
- Protéger l'enfant contre toutes formes de violence, d'exploitation et de maltraitances.
- Renforcer la sensibilité d'un large public sur les causes et les conséquences de la violence au sein de la famille.
- Amélioration de la qualité de prise en charge des enfants en difficultés pour une meilleure réinsertion sociale, familiale et professionnelle.
- Informer sur les programmes destinés à l'amélioration de la prise en charge sociale des couches défavorisées notamment en zone rurale.

### ➤ La mission de l'association :

La réalisation des activités d'information et de sensibilisation pour la protection de l'enfant de manière générale et plus particulièrement la promotion des droits de l'enfant victime de séparation conjugale. L'orientation des couples en difficultés socioéconomiques et/ou en conflit conjugal et ce, sur le plan juridique et psychologique dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Pour conclure les différentes activités de cette association en regroupement des personnes reconnaissant à l'enfant le droit inaliénable de bénéficier des rapports affectifs, psychologiques, éducatifs, de ses deux parent.

## **4-Le groupe d'étude et ses caractéristiques :**

### **4-1- Les caractéristiques du groupe d'études :**

Vu la délicatesse de notre sujet portant sur la qualité de vie chez les femmes victimes de violence conjugale, qui est un sujet tabou dans notre société, on a pu regrouper que 06 cas, qui ont accepté de collaborer avec nous au sein de l'association **IKHOULAF** qui se situe a **Akbou** .

Le choix de ces cas s'est effectué à partir des observations et des informations recueillies à l'aide de la psychologue dans notre recherche, on a gardé l'anonymat afin de sauvegarder la

confidentialité en changeant leurs prénoms selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique, en tenant compte des critères suivants :

### **4-2- Les critères d'homogénéité :**

- La variable sexe (féminin) est pris en considération.
- Tous les cas sont à l'âge adulte entre 30 à 70 ans.
- Des femmes qui ont subie de violence conjugale.

### **4-3- Les critères non pertinents :**

- L'âge de début des manifestations des actes de violences n'est pas été pris en charge.
- Leur niveau socioculturel est dissemblable entre tous les cas ; car ce problème peut toucher toutes les classes sociales.
- La forme, le type et le moyen utilisé contre notre cas n'est pas été pris en charge.

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Pseudonyme Des cas	Age	Niveau d'instruction	NBR Des enfants	Age du Conjoint	Profession de victime	Début des Violences	État matrimoniale actuel
Nadia	38	BAC	6	53	Femme au foyer	Deux ans après le mariage	Divorcée
Karima	56	Analphabète	7	60	Boulangère	La première année de mariage	Divorcée
Malika	38	5 années primaires	1	50	Couturière	Un an après le mariage	Mariée
Chahrazade	39	9année	2	52	Boulangère	La première année de mariage	Divorcée
Djida	36	Licencié	0	37	Directrice	Deux ans après le mariage	Mariée
Zouina	67	Analphabète	9	69	Femme au foyer	Les premiers mois	Mariée

**Tableau n° 1 : les caractéristiques de la population d'étude.**

### **5-Les techniques et l'outil de recherche :**

Tout travail scientifique suit une méthodologie précise afin de montrer comment le chercheur a pu atteindre les objectifs assignés.

C'est pour cette raison que dans le but de vérifier nos hypothèses et atteindre nos objectifs, nous nous sommes servie une méthode de recherche et des outils d'investigations qui nous semble les plus adéquates a notre champs d'études.

#### **5.1- Les techniques de recherche :**

Selon CHEVALIER, les techniques de recherches sont « les outils de la recherche impliquant des procédés de collecte des données adaptées à la fois à l'objet d'investigation, à la méthode d'analyse adoptée et surtout au point de vue qui guide la recherche ». (CHEVALIER J, 1992, P. 168).

##### **a- L'entretien clinique semi-directif :**

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie clinique. Il est à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, il permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sert à comprendre le fonctionnement psychique en se centrant sur le discours, le vécu et la relation. Le thérapeute et le patient sont en situation active puisqu'ils vont construire ensemble cette situation d'entretien. (Chahraoui, K & all, 1999).

L'entretien clinique se centre sur le problème individuel, essayant d'aider le patient à verbaliser ce qui lui pose problème dans le cadre thérapeutique, tandis que dans le cadre de la recherche scientifique nous essayons de recueillir, des données et des informations nécessaire auprès de sujet. L'entretien peut être directif ou semi-directif. On peut poser des questions directes ou indirectes.

Dans notre recherche on a opté pour l'entretien semi directif, ce type d'entretien de recherche qui se distingue des autres modèles d'entretiens cliniques (psychothérapeutique, de diagnostic,...), vise à collecter des informations selon les finalités de la recherche qu'on mène :les questions évoquées par le chercheur seront marquées par ses présupposées méthodologiques et théoriques en relation avec l'objet de sa recherche (Arbisio,2001).

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

---

Le chercheur se sert d'un guide d'entretien pré structuré (en fonction de ses hypothèses de recherche). Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué. Il n'hésitera pas à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le sujet (réitération).

### **b-guide d'entretien :**

Le guide d'entretien doit également inclure les axes thématiques à aborder et des questions préparées au préalable, à poser de manière non-directive. (Bénony & Chahraoui, 1999, pp. 68-69). « Un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs, indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet.A, 1999, p.68)

Notre guide d'entretien se compose des axes suivants :

Axe 1 : Les données concernant la femme et son conjoint .

Axe 2 : les données concernant la violence conjugale.

Axe 3 : Les données relatives à la qualité de vie.

Axe 4 : la projection dans l'avenir.

### **5.2 L'outil de recherche :**

#### **a-Questionnaire généralisé de la qualité de vie MOS-SF36 :**

Le Sf-36 est un test international très utilisé et destiné à évaluer la qualité de vie. Il est basé notamment sur l'état de santé d'une personne afin de déterminer le rapport coût-efficacité d'une intervention médicale. Développé aux Etats-Unis dans les années 1980, ce questionnaire se compose de 36 questions relatives aux quatre dernières semaines écoulées. Les questions du Sf-36 portent sur huit secteurs : l'activité physique, la vie et les relations avec autrui, les douleurs, la santé ressentie, la vitalité, les limitations dues au psychisme, celles dues à l'état physique et la santé mentale.

Le SF-36 est une mesure de l'état de santé et une variante abrégée, le SF-36, est couramment utilisé dans l'économie de la santé comme variable dans le calcul de l'année de vie ajusté en fonction de la qualité pour déterminer la rentabilité d'un traitement de santé. Le SF-36 original est sorti de l'étude Medical Outcome, Depuis lors, un groupe de chercheurs de

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

---

l'étude originale a publié une version commerciale de SF-36 tandis que le SF-36 original est disponible en licence de domaine public.

Le questionnaire MOS- SF-36 est généralisée multidimensionnel, est produite dans le cadre du projet IQOLA (International Quality Of Life Assessment Project). Il est auto questionnaire et auto-administrées permettant de calculer un profil de qualité de vie liée à la santé. Les recherches sur la mesure de la qualité de vie se développent rapidement dans le monde médical.

Il comporte 36 questions qui explorent huit (8) domaines permettant une approche des deux composantes mentales et psychique de la sante, ces huit domaines sont les suivant :

- vitalité.
- Fonctionnement physique (activités).
- Douleur corporelle (physique).
- Perceptions générales de la santé.
- Fonctionnement du rôle physique.
- Fonctionnement du rôle émotionnel (l'état psychique).
- Fonctionnement du rôle social (vie relationnel avec les autres).
- Santé psychique (santé mentale).

Chaque domaine (ou échelle) est explore par un nombre de question différent, les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine, ce score est obtenu en plusieurs étapes. .( Leplège et All, 2001 .pp.139-151).

### **b- Calcule des scores du questionnaire MOS-SF36 :**

Le questionnaire MOS-SF36, se constitue de plusieurs sous échelles et chacune d'elle contient un nombre différents de réponses et une différente cotation, comme on la mentionnée déjà. Le tableau suivant illustre le nombre d'items et la cotation de chaque réponse :

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	
1, 2, 6, 8, 11b, et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0point	
	2	75points		2	20points	
	3	50points		3	40points	
	4	25points		4	60points	
	5	0point		5	80points	
	6	100points		6	100points	
3a,3b,3c,3d,3 <sup>e</sup> ,3f,3g,3h,3i et3j	1	0point	10,11a et 11c	1	0point	
	2	50points		2	25points	
	3	100points		3	50points	
	4	75points		4	75points	
	5	100points		5	100points	
4a,4b,4c,4d	1	0point				
5a,5bet 5c	2	100points				
7,9a,9d,9 e et 9h	1	100points				
	2	80points				
	3	60points				
	4	40points				
	5	20points				
	6	0point				
Dimension	Calcule de score			Dimension	Calcule de score	
PF=	Score de notes			VT=vitalité	Somme des notes	
Fonctionnement physique	obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f,				obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4	

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

---

	3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10		
RP=initiation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4	SF=fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2
BP=douleur physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2	RE=initiation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b et 5c divisée par 3
GH=santé générale	Somme des notes obtenues items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH=santé mentale	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5

## Chapitre III : Méthodologie de la recherche

---

Score physique	Somme des scores obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	Score mentale	Somme des scores obtenues aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4
----------------	--	---------------	--

**Tableau n°2 : calcul des scores du questionnaire MOS SF-36.**

### **Conclusion**

:

Afin de récolter les données qui vont nous permettre d'affirmer ou de d'infirmer nos hypothèses concernant la qualité de vie chez la femme victime de violence conjugale, on s'est basé sur la méthode clinique pour une étude plus approfondie des individus, on a utilisé deux outils de recherche qui sont l'entretien clinique et le questionnaire MOS-SF36. Ces outils nous ont permis de récolter les données nécessaires pour notre recherche. Ces dernières seront présentées et analysé dans le chapitre suivant.

**Chapitre IV :**  
**Analyse des résultats et discussion des**  
**hypothèses**

### 1-Présentation et analyses de l'entretien et de questionnaire MOS SF 36 :

#### 2- Présentation de l'entretien du cas Nadia:

Nadia est une femme au foyer, âgée de 38 ans, mariée divorcée depuis 4 ans, son niveau scolaire est de 3AS .elle s est mariée à l'âge de 24 ans, mère de 6 enfants (5 filles et un garçon). L'ex conjoint de notre cas âgé de 53 ans avec un niveau universitaire (licence en mathématiques) il est un enseignant de mathématiques en collège, et il est fumeur; alcoolique et toxicomane.

Le couple habitait seul dans leur propre maison, Nadia déclare qu'après un an du mariage elle découvre que son ex mari est toxicomane et elle subissait des viols de sa part qui la soumettait à ses désirs par force et violences. Ces scènes de violences étaient plus en plus fréquentes il la battait pour des raisons nulles on utilisant des moyens dur comme un bâton en bois ce qu'elle a causée des blessures grave au niveau de son dos et son visage Sa réaction était toujours de pleurer et de supporter les maltraitances et les violences de son ex conjoint car elle à espérer qu'un jour il arrêtera de boire (j'ai perdu l'espoir et J'ai décidée de demander le divorce a cause de cette situation désespérante afin que mes enfants se grandiraient dans un climat sécurisé)

Nadia nous nous semble qu'a une forte personnalité, bien habillée et bien maquillée, mais elle nous affirme qu'elle n'est plus satisfaite de sa vie mais elle essaye d'être forte surtout devant ses enfants et ses parents malgré l'influence de la situation sur sa santé mentale.

D'après les paroles de notre sujet on a constaté que son caractère a changé après le mariage elle dit (avant le mariage j'étais innocente mais maintenant j'ai que la haine envers mon ex mari et envers tout les hommes).elle nous affirme aussi que ses comportements envers sa famille et ses amis ont complètement changé, concernant la réaction de sa famille, ils l'aident avec toutes les moyennes.

Notre cas a parlée sur ses enfants presque toute la durée de l'entretien, et elle s'inquiète de leur avenir Elle souhaite d'avoir une maison pour vivre avec ses enfants et un travail.

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

### 2.1- L'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	100	75	100	91.66	68	00	70	12.5	<b>64.64</b>
MOS-SF36	<b>70.61</b>	<b>52.92</b>	<b>70.38</b>	<b>78.77</b>	<b>70.38</b>	<b>65.78</b>	<b>52.15</b>	<b>78.77</b>	<b>64.30</b>

#### Tableau n° 3 : montre le degré de la qualité de vie de Nadia.

La qualité de vie globale est perçue à 64.64. Elle est au dessus de la moyenne en comparaison avec le score référentiel qui est de 64,30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions suivant :(PF) l'activité physique (100), (BP) douleurs physique (100), (GH) santé perçue (91.66), (RP) imitation due a l'état physique (75) enfin (VT) la vitalité (70) qui sont plus élevée par rapport à la norme. Bien que (MH) santé psychique (78), (SF) relations avec les autres (12.5) enfin (RE) l'imitation due a l'état psychique (00) demeurent très basse comparativement à la moyenne référentielle.

D'après la cotation des résultats, on est arrivé à soutirer que notre sujet à une bonne qualité de vie (+).

#### Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenu dans l'échelle MOS SF-36 on a constaté que Nadia présente une bonne qualité de vie (+) avec un score 64.64 et cela grâce a la présence de ses enfants et l'encouragement de ses parents ainsi ces altitudes positives et sa forte personnalité.

### 3- Présentation de l'entretien du cas Karima :

Karima âgée de 56 ans mariée divorcée depuis 4 ans, elle est analphabète avec un diplôme de pâtisserie traditionnelle qu'elle a eu après avoir des cours en alphabétisation elle s'est mariée à l'âge de 16 ans, mère de 7 enfants (4 filles et 3 garçons), son ex conjoint âgé de 60 ans, son niveau scolaire est 3AS il travaille comme un commerçant ;il est fumeur et alcoolique.

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

---

Notre cas nous confirme que les premières années de son mariage était mal passée et que les premières manifestations et la fréquence des actes de violences commençaient le premier mois du mariage. Elle rajoute que son ex mari utilisait de moyens dure pour la battre , elle déclare aussi que souvent il la battait devant ses enfant et ses beaux parents, elle dit dans ses propos ((ikathiyi kolas bella seba ))(( il me battait pour des raison banales et presque tout les jours)) .les actes de violence ont des divers conséquences sur l'état de santé de notre cas telles que les perturbations de la thyroïde ;l'infection urinaires et sur son état psychologique comme la peur ; le stress elle nous raconte((yiweth tikelete ikssiya lkechiw g chethwa ihetmiya adeynagh g lka3a tol n yidh)) (( une fois il ma déshabitait en pleine hiver et il m'a forçait de me coucher sur le sol toute la nuit)) . Concernant sa réaction notre cas a toujours une peur permanent de son ex mari et de fois elle allait chez son oncle et souvent elle manifestait des crises de larmes.

Karima n'était jamais satisfaite de sa vie mais elle essaye toujours de prétendre la force, elle dit avec soupir((ligh tamtoth n ukham hekreniyi akk meden .....ur se3igh lehedra ur se3igh ray )) ((j'étais une femme au foyer et tout le monde me méprise... je n'ai jamais eu ni une parole ni un point de vue)). Notre cas a des troubles de sommeil, elle nous raconte qu'à chaque fois qu'elle dort elle voit des cauchemars, et parfois elle ne dort jamais. Notre sujet nous confirme qu'elle n'a pas senti une différence dans son mode de vie avant et après le mariage car elle a vécu cette situation, ces comportements ont carrément changé surtout envers sa famille ((ghochagh 3emi acku izewjiyi ur veghigh )) ((j'ai de la honte envers mon oncle car il ma forçait de me marié)). Sa famille n'était jamais avec elle et ils s'on fou d'elle, concernant sa belle famille elle n'interfère pas sauf sa belle sœur qu'elle l'encourage et lui donne de l aide. Karima n'a jamais eu des relations sociales ni avant ni après le mariage ((ur hemilagh ara adhehdhragh dh hed ghochagh akk meden ,irgazen mara arnigh ula dharawiw achku chvaned g vavathsen)) (( je n'aimait pas parler a personne, je détestait tout le monde surtout les hommes et même mes garçons car ils s'identifient à leurs père)).concernant l'entourage notre cas nous dit(( othassagh oslihagh ikra,almi idhra kra dhayi klagh jahdagh reznagh ,aghrih hefdhagh akken adhvedlagh lihalw))(( je sentait que je ne serre à rien, j'étais nulle, mais après ma situation je suis devenue plus forte et plus sage, j'ai essayé de développé mon état on étudiant et pour avoir ma place et pour que personne ne méprise ))).

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

Karima a beaucoup d'espoir ,des projets elle nous a dit(( temenigh as3ugh akham iynu dh thanotiw w adhaghregh akkeni atfak felli lmahna)) (( j'ai un grand souhait d'avoir une maison propre à moi, de développer mon travail et d avoir une boulangerie ...d'étudier pour me débarrasser de mon illettrisme)), elle rajoute avec fierté(( adh3ewnagh akk thilawin itwathen )) (( j'aiderai toutes les femmes victimes de violence conjugale )).

### 3.1-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	00	25	20	50	16	66.66	25	25	28.45
MOS-SF36	<b>70.61</b>	<b>52.92</b>	<b>70.38</b>	<b>78.77</b>	<b>70.38</b>	<b>65.78</b>	<b>52.15</b>	<b>78.77</b>	<b>64.30</b>

#### Tableau n°4 : montre le degré de la qualité de vie de Karima.

En se référant aux scores parvenus de questionnaire MOS SF-36, la qualité de vie globale de Karima est estimée à 28.45, elle est très basse comparativement au score référentiel 64,30. Evaluation bien exprimée dans les sept dimensions qui montre la dégradation des niveaux de ces dimensions par rapport aux moyennes référentielles du SF-36 sauf le (RE) imitation due a l'état psychique, qui veut dire que la qualité de vie de Karima d'après les résultats obtenus, on est arrivé à souligner quelle a une mauvaise qualité de vie (-)

#### Synthèse :

En guise de synthèse, on a constaté d'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 que notre cas présente une mauvaise qualité de vie psychique et physique avec un score 43,41 car elle souffre des difficultés dans sa vie quotidienne.

### 4-présentation de l'entretien de cas Malika :

Malika âgée de 38 ans, elle est couturière dans une usine, son niveau scolaire 5 année primaire, elle s'est mariée a l'âge de 34 ans, mère d'un enfant de 18 mois. Son conjoint âgé de 50ans son niveau scolaire est terminal il travaille dans la maçonnerie.

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

---

Le couple vit dans le même immeuble que la grande famille, mais séparément chacun dans son étage. Malika déclare qu'après trois jours du mariage elle découvre, que son mari est alcoolique et qu'elle subissait des violences de la part de son mari dès la première année de mariage à cause de la demande de l'acte de mariage car elle était en jugement (mariage avec EL FATHA).

Malika déclare que les scènes de violences ne sont pas fréquentes au début de leurs mariage, mais après sa demande d'acte de mariage, son mari la battait en utilisant des moyens dur, une bouteille en verre ce qu'il lui a causé une fausse couche. Notre cas est battue sans raison avec n'importe quel objet qu'il trouve devant lui, il la battait presque tous les jours.

Au cours de l'entretien Malika affirme que son mari ne l'aime pas même il la trahit avec sa cousine devant ces yeux ((ikhed3iyi zath walniw w adikar kemmi takhedmtiw)) ((il m a trahiri devant mes yeux et me disait tu es juste mon esclave)). Notre cas affirme qu'elle rentre chez ses parents chaque fois que son mari présente ces manifestations de violence car personne ne peut le calmer elle dit : (( chehar wis rev3a tharayi themara adhrohagh akham n imawlaniw sebba n tyitha g lwaketh nni amb3ed ijayi odessakssa ni felli ni fe mmi ))(( au quatrième mois de ma grossesse je me suis sentie obligée d'entrer chez mes parents à cause de ses violences qui sont amplifiées et aggravées dans cette période et dont il m'a laissé jusqu'à au 9eme mois après mon accouchement , il n'est même pas venu pour le voir )) . Apres son accouchement il était obliger de faire l'acte de mariage pour donner un nom a son enfant.

Malika est trop triste, n'estime pas son soi, elle présente une hyper tension et des perturbations de la thyroïdes ainsi que le diabète , elle nous a rajouter qu'avant le mariage elle ne présente pas des problèmes de santé (( ligh s seha ynou ))((j'étais en bonne santé )).

Notre cas trouve son état de santé très dégradé, mais elle n'a pas perdu le sentiment d'utilité ((mon fils a besoin de moi je suis utile ... j'ai ma place)). Malika n'est pas satisfaite de sa vie. Elle l'a trouve pleine de difficultés et d'épreuves.

Depuis son mariage, le mode de vie et le caractère de notre cas ont changé. Elle voit son mariage comme un obstacle qui la prive de sa liberté c'est pour cela elle souhaite de changer la situation pour que son fils se développe harmonieusement et de construire son propre atelier.

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

### 4.1-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	0	25	20	4.16	40	33.33	40	12.5	21.87
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	52.15	78.77	64.30

**Tableau n°5: montre le degré de la qualité de vie de Malika.**

La qualité de vie globale est perçue 21.87, elle est inférieure à la moyenne en comparaison avec le score référentielle qui est de 64.30.

On remarquant une dégradation dans toutes les dimensions par rapport aux moyennes référentielles du MOS-SF36 (MH) santé psychique et (VT) vitalité (40),(RE) imitation due à l'état psychique (33.33),(RP) imitation due à l'état physique (25),(BP) douleurs physiques (20),(SF) relations avec les autres (12.5) et un bas résultats dans (GH) santé perçue (4.16) et (PF) activité physique (00). à partir de là on peut dire que la qualité de vie de Malika est mauvaise (-).

#### **Synthèse :**

D'après l'analyse de l'entretien semi directif, et le résultat obtenu dans le MOS-SF36 on constate que Malika a une mauvaise qualité de vie (-) avec score de 21.87 et cela à cause de son état physique et de santé ainsi que sa situation.

### **5-présentation de l'entretien de Djida :**

Djida âgée de 37 ans, elle est la directrice d'une école primaire, elle est licenciée en philosophie, elle s'est mariée à l'âge de 32 ans, son conjoint de 38 ans son niveau terminal, c'est un transporteur des marchandises.

Le couple vit dans leur propre maison après 3 ans de mariage, Djida déclare que après un an de mariage elle a découvert que son mari est stérile là où il commence les manifestations de violences car elle lui demande d'aller se soigner pour avoir des enfants mais il refuse à chaque fois et aussi elle subissait une violence verbale de la part de sa belle famille car ils pensent que c'est elle qui est stérile.

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

Djida déclare que sa première année de mariage était magnifique et pleine de joie et d'amour mais après sa demande les manifestations de violence commencent et il la battait en utilisant des moyens durs comme des claquettes.

Au cours de l'entretien Djida déclare que son mari est un type bien c'est juste la pressions qu'il l'a changé aussi elle nous a dit ((mon mari m'adore il va changer et je suis sur mais je dois bouger)) notre sujet affirme qu'elle a quitté le foyer plusieurs fois et elle demande le divorce mais son mari refuse et la supplier a chaque fois

Djida semble forte et confiante, elle affirme que je ne présente aucun problème de santé ni physique ni mental juste quelque cicatrice après les violences physique qu'elle a subit mais elle trouve qu'elle peut surpasser tout ça et rendre sa vie plus heureuse qu'avant.

Notre sujet trouve sa santé un peu dégradé qu'avant, mais elle n'a jamais perdu le sentiment d'utilité et elle aime toujours sa vie et elle avance et elle la trouve satisfaite malgré sa situation ((j'aime ma vie et je suis fière d'être moi ce que tu ne tue pas te rend plus fort))

Depuis le mariage le mode de vie et le caractère de notre cas ont changé, elle voit son état comme une force qui la pousse à avancer et à changer sa vie même d'occuper de son travaille et son niveau intellectuel.

A propos de ces projets d'avenir elle souhaite d'avoir sa propre maison, de vivre seule avec son mari et avoir des enfants et de construire une école spécialisé pour les femmes analphabètes pour les aider à changer leurs vies.

### 5.1-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	90	100	100	58.33	56	100	87	87.5	<b>81.47</b>
MOS-SF36	<b>70.61</b>	<b>52.92</b>	<b>70.38</b>	<b>78.77</b>	<b>70.38</b>	<b>65.78</b>	<b>52.15</b>	<b>78.77</b>	<b>64.30</b>

Tableau n°6 : montre le degré de la qualité de vie de Djida.

La qualité de vie globale est perçue a 81.47.elle est au dessus de la moyenne en comparaison avec avec le score référentiel qui est 64.30.une évolution bien exprimé dans les dimensions suivant (RP)imitation due a l'état physique (100),(BP)doleurs physique

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

---

(100),(RE)l'imitation due l'état psychique (100) ,(PF) activité physique (90),et (SF)vie et relations avec les autres (87.5) enfin (VT) vitalité qui sont plus élevé par rapport a la norme . Bien que (GH) santé perçue (58.33) et (MH) santé psychique (56) sont basse comparativement a la moyen référentielle.

D'après la cotation des résultats on est arrivé a soutirer que notre sujet a une bonne qualité de vie (+).

### **Synthèse :**

D'après l'analyse de l'entretien semi- directif et les résultats obtenu dans l'échelle MOS-SF36 on a constaté que Djida présente une bonne qualité de vie (+) avec un score 81.47 et cela grâce a son niveau intellectuelle, sa confiance en soi et son caractère.

### **6- Présentation et l'analyse de résultats de zouina :**

Zouina âgée de 66 ans, femme au foyer mère de 8 filles et un garçon elle est une analphabète, mariée a l'âge de 12ans, (ses deux première filles femmes au foyer, la 3eme ouvrière, la 4 autres des enseignantes et son fils diplômé de master en droit et sa dernière étudiante en fin de cycle).

Elle est mariée depuis 54 ans, son mari âgé de 69 ans, son niveau d'instruction sixième année primaire. Il a travaillé comme un agent de sécurité, d'après Zouina il est issu d'une famille pauvre son père a décédé a l'âge de 8 ans dans la guerre algérienne.

Le couple vit avec la grande famille ou la belle-mère qui décide de tout, concernant le côté sexuelle elle a déclaré que son mari l'oblige à avoir des rapports sexuels. Elle dit : « je ne veux pas qu'il me touche car il est voilant » ; « ovghigh ara aymas akhatar kassih»

zouina affirme que son mari la battait à tout moment sous la manipulation des gens a cause quelle a que des filles, et elle ajoute même que ces voisins l'insultent plusieurs fois à la présence de son mari et il ne la jamais défendu, notre sujet et ces filles sont battues avec n'importe quels objets, une fois avec une barre de fer mêmes des armes blanc à la présence des voisins et des fois même des étrangers.

zouina affirme qu'elle a supporté les maltraitances et les violences de son conjoint car elle à espérer qu'un jour il arrêtera et de même que ces filles sont devenues

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

pour elle comme un obstacle et elle dit : « je ne peux pas laisser mes enfants car ils détestent leurs père et ils ont personne » ; « ozmiragh ara adjagh arawiw khatar hmiln ara vavathsen arno osn lahed» .

Notre cas a du stress permanent, des insomnies, aussi elle a développée plusieurs maladies somatiques et chronique, des perturbations de la thyroïdes et l'hyper tension, même ces enfants détestent leurs père elle dit : « dès qu'il rentre à la maison mon fils me dit qu'il va le tuer, et mes filles me disaient c'est honte d'avoir un père comme lui » ; « gma adkchem axam amy adikar athnghagh, ma dyssi karntyd ed lahchoma atsoud avavath amntsa».

Notre sujet n'était jamais satisfait de sa vie, mais elle essaie toujours de prétendre sa force pour ces filles et elle déclare aussi qu'elle n'a pas senti une différence dans son mode de vie avant et après le mariage comme si elle est faite pour souffrir.

Zouina a beaucoup d'espoir qu'un jour tout finira, elle nous a dit qu'elle a un grand souhait de voir tous ses enfants heureux et réalisent leurs rêves même de voir toutes les femmes heureuses et de donner la chance aux femmes de choisir leurs partenaire.

### 6.1-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimensions	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	40	00	70	25	36	00	30	47.5	31.06
MOS-SF36	70.61	52.92	70.38	78.77	70.38	65.78	52.15	78.77	64.30

**Tableau n°7 : montre le degré de la qualité de vie de zouina.**

La qualité de vie globale est estimée à 31.06, elle est un peu plus basse par rapport à celle de score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30. Une baisse bien exposée dans les huit dimensions. On a remarqué une estimation baisses, dans (SF) santé physique (47.5),(PF) douleurs physique (40) ,(MH) santé psychique (36)et (VT) vitalité (30) et (GH) santé perçue (25),enfin (RP) imitations due a l'état physique,(RE) imitations due a l'état psychique sont a (00) demeurent très basse comparativement a la moyen référentielle ce qui peut expliquer que le cas a une mauvaise qualité de vie(-).

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

---

### **Synthèse :**

Durant l'entretien avec zouina, on a déduit qu'elle est triste tout en longue de l'entretien, calme.

D'après les réponses de sujet et la cotation des résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de 31,06 qui est loin de celle de score moyen de SF-36 qui est de 64,30, donc on juge que la qualité de vie est mauvaise (-).

### **7-Présentation et l'analyse de résultats de chahrazed :**

Chahrazed âgée de 38 ans mariée divorcée depuis un an, mère de deux enfants un garçon et une fille. son niveau scolaire est 4eme année moyenne avec une attestation de gâteaux moderne, elle s'est marié a l âge de 24 ans. Son ex mari âgé de 52 ans, son niveau scolaire est de 1AS et qui travaillait dans une usine. Le couple habitait avec les beaux-parents, chahrazed déclare qu'elle a vécu un an de bonheur et de joie avec son ex conjoint, après on l'a mis au chômage suite a une dispute avec son collègue, et il a commencé à boire tous les jours et il passe des nuits et des jours en dehors sans travailler et quand il rentre il la frappe et il y a des moments où il frappe même ses enfants. Notre cas affirme que les seines de violences étaient de plus en plus fréquentes elle dit ( yal ass ysara zafis dgui d warwis ;chaque jours il décharge sa colère sur moi et sur mes enfants). L'état financière de chahrazed se dégradait ce qui l'a obligé d'aller chercher un travaille, pour prendre en charge ses enfants.

chahrazed dit qu'elle peut rien faire, elle se cache pour pleurer, et fait semblant d'être forte elle dit ( vghigh ara arwiw adhosan beli oligh ara bkhir, je ne voulait pas que mes enfants sentiraient que je ne suis pas bien).

Concernant la qualité de vie de notre cas, nous avons constaté que chahrazed a besoin de beaucoup d'aide pour accomplir ses tâches quotidiennes. Elle nous a dit qu'elle ne s'occupe pas assez de ses enfants par ce que elle travaille, et souffre des troubles de sommeil parce qu'elle pense tout le temps à sa situation et surtout à l'avenir de ses enfants. Elle est tout le temps stressée elle déclare ( tkhamimagh kan af arawiw anfe ad imi vrigh je pense que a mes enfants surtout après mon divorce).

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

Chahrazed a beaucoup d'espoir elle souhaite qu'un jour ses enfants lui offriront la meilleure à l'avenir elle dit ( vghigh arawwiw adghren wa adren el khir khatar nasavar idema nssen, je veut que mes enfants étudieront pour me reconnaissant car j'ai sacrifié pour eux).

### 7.1-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Dimension	PF	RP	BP	GH	MH	RE	VT	SF	QDV globale
QDV	50	50	100	79.16	52	66.66	45	62.5	63.16
MOS-SF36	<b>70.61</b>	<b>52.92</b>	<b>70.38</b>	<b>78.77</b>	<b>70.38</b>	<b>65.78</b>	<b>52.15</b>	<b>78.77</b>	<b>64.30</b>

Tableau n°8 : montre le degré de la qualité de vie de chahrazed.

La qualité de vie globale est perçue à 63,16, elle est inférieure en comparaison avec le référentiel de MOS SF-36 qui est de 64,30. On remarque une augmentation dans les dimensions : (BP) douleurs physiques (100), (GH) santé perçue (79.16), (RE) imitation due à l'état psychique (66.66) par rapport à la norme. Bien que (SF) relation avec les autres (62.5), (MH) santé psychique (52), (PF) activité physique et (RP) imitation de l'état physique (50) et enfin (VT) vitalité (45) ont inférieure à la moyenne par rapport à la norme.

D'après la cotation des résultats, on est arrivée à repérer que chahrazed a une mauvaise qualité de vie (-)

### Synthèse:

On conclut à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 que notre cas présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 63,16, et cela renvoie à son état.

## 8-Discussion des hypothèses :

Selon les résultats obtenus et après avoir présenté les (06) cas de notre étude. Cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude portant sur « la qualité de vie chez les femmes victimes de violence conjugale ».

À partir des données recueillies dans l'entretien semi-directif réalisé avec notre population d'étude au niveau de l'association IKHOULAF d'Akbou, ainsi que l'analyse de questionnaire

## Chapitre IV : Analyse et discussion des hypothèses

---

MOS SF-36 nous allons faire ressortir que l'hypothèse : «les femmes victime de violence conjugale ont une mauvaise qualité de vie » est confirmée.

Personnes	Qualité de vie globale	L intimations de la qualité
NADIA	64.64	bonne
KARIMA	28.45	mauvaise
MALIKA	21.87	mauvaise
DJIDA	81.47	bonne
ZOUINA	31.06	mauvaise
CHAHRAZED	63.16	mauvaise

**Tableau n°9 : récapitulatif de la population d'étude après l'analyse**

A partir des données situées dans le tableau ci-dessus, la majorité des moyennes obtenues sont inférieures à la moyenne référentielle (64,30%). Il ya eux une dégradation dans les niveaux obtenus ce qui signifie que chaque cas est un cas particulier. De ce fait nous avons six cas dont 2/6 présentent une bonne qualité de vie : Nadia, et djida, et 4/6 présentent une mauvaise qualité de vie : karima ; malika ; zouina et chahrazed.

### **Conclusion :**

Dans ce chapitre nous avons fait une présentation et analyse pour chaque cas, nous avons constaté que les femmes de notre groupe d'étude ont une qualité de vie psychique par rapport à la qualité de vie physique. En finale, nous sommes arrivées à la confirmation de notre hypothèse que nous avons supposée au début de notre travail de recherche

# **Conclusion générale**

## Conclusion générale

---

Longtemps minimisées, oubliées, la violence conjugale, sans faire la une des journaux et toujours condamnées dans la rubrique des faits divers, apparaissent enfin au grand jour. La recherche en matière de violence conjugale est de plus en plus active. Plusieurs questions de recherche ont été abordées, mais ce pendant les résultats obtenus demeurent au cœur d'une controverse par rapport à la prévalence de ce problème dans la population. Malgré les nombreuses recherches et interventions dont elle a fait l'objet depuis plusieurs années, la violence conjugale persiste.

Alors ce phénomène de la violence conjugale, a attiré notre attention à cause de sa fréquence et des conséquences qui régénèrent au sein de toutes les sociétés au niveau international et plus particulièrement dans notre société algérienne

Dans notre recherche, on a tenté d'étudier la qualité de vie chez les femmes victime de violence conjugale. Et cette notion de la qualité de vie reste très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus.

La qualité de vie se réfère plus à un état d'esprit, à un sentiment de bien-être physique, psychique et sociale qu'à un simple état de santé ou une absence de maladie organique.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier l'hypothèse soulignée au début, nous avons limité notre travail à (06) cas au sein d'association « **IKHOULAF** » dont on a fait recours à la méthode descriptive qui nous a permis l'étude approfondie et individuelle des sujets, et l'entretien clinique (semi-directif) pour rassembler les données nécessaires, et le questionnaire généraliste MOS SF-36, afin de mesurer la qualité de vie des sujets.

Cette étude nous a donné la chance d'approfondir dans notre thème de recherche, aussi de savoir que la qualité de vie joue un rôle très important dans la vie quotidienne des femmes victimes de violence conjugale, la femme a besoin d'un soutien familial pour l'encourager.

Pour conclure, Nous souhaitons que cette étude ouvre une voie et soit d'une contribution à d'autres études ultérieures. Du temps que ce phénomène est très répandu dans nos sociétés et mérite d'être étudié de la manière la plus exhaustive et la plus objective, et ceci pour un meilleur développement des sociétés et en vue d'une réduction de toutes formes d'inégalités et d'actes violents dont souffrent les femmes chaque jour dans le monde.

## Conclusion générale

---

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées, par nos camarades étudiants, qui sont comme suit : Quelle est l'état psychique des femmes victimes de violence conjugale ?

# Liste bibliographique

## La liste bibliographie :

1. ACHACHERA A, (2015), « Handicap de l'enfant et l'impact sur la qualité de vie des patient en Algérie : Validation d'un instrument », Université Paul Valéry-Montpellier.
2. Bernier, D., Bérubé, J., Hautecoeur, M., Pagé, G. (2005). Intervenir en violence conjugale : la démarche d'une équipe interdisciplinaire en périnatalité. Collection Études et Analyses, no 33. Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
3. BIN-HENG Mary, CHERBIT Framboise, LOMBARDI Edith, Traiter la violence conjugale, parcours pour une alternative, Paris, L'Harmattan, technologie de l'action sociale, 1996, p.
4. Block, H et All. (1991). Le grand dictionnaire de la psychologie, 1ère Edition, Québec.
5. Bouchard, G. et Sabourin, S., Lussier, Y, Richer, C., & Wright, J. (1995). Communication brève : Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales: Présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. Revue canadienne des sciences du comportement, 27 (3), 371-377.
6. BOUDOUDA N.E, (2013), « les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : concept de soi et qualité de vie », Université Nancy.
7. Bourdieu, P. (1998). La domination masculine, Paris, Seuil, 1998, coll. Liber, p134.
8. BRIANÇON M, (2007), « Qualité de vie et maladie rénales chroniques », John Libbey Eurotext, Paris
9. BRUCHON-SCHWEITZER M, (2002), « Psychologie de la santé .Modèles, concepts et méthodes », Paris, Masson
10. BOUVENOT G, VRAY M, (2006), « Essais cliniques-théorie, Pratique et critique », 4e édition, Paris.
11. Chahraoui, K & all. (1999). L'entretien clinique, Ed Dunod, Paris. CHAHRAOUI K H. et BENONY H, (2003), « Méthodes, évaluations et recherches en psychologie clinique », édition Dunod, Paris.
12. Chamberland, C. (2003). Violence parentale et violence conjugale: Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées. Québec: Presses de l'université.
13. CHRISTINE R, (2011), « Qualité de vie et Fatigue en cancérologie », Université Henri Poincare.

14. Coutanceau, R. (2006). Auteurs de violences au sein du couple : Prise en charge et prévention. Paris : La documentation française.
15. Dankwort, Jürgen. (1993). Violence against women: varying perceptions and intervention practices with women abus ers, *Intervention*, numéro, 92.
16. DEVILLE J, (2008), « étude exploratoire : la qualité de vie des fumeurs », Fond des affections respiratoires formation continue inter-universitaire de tabacologie.
17. Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité d'Ile-de-France «Mécanismes violence conjugale » 2010
18. Evelyne,J.(2007). Les violences conjugales et quelques repères, document.
19. Frappat, H. (2000). La violence, Paris, Flammarion, p.29. u Québec
20. FISCHER G-N, (2002), « traité de psychologie de la santé », Paris, Dunod
21. Gauthier, A. (1991). Intervention auprès des conjoints violents. Contre Toutes Agressions Conjugales (C-TA-C) Inc. Rapport pour spécialistes.
22. Gras D, (2009), « santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques », thèse université de Nantes, Faculté de médecine
23. Hélène lachapelle ,louise forest,(2000). La violence conjugale : développer l'expertise infirmière .Québec .
24. Laroche, D. (2005). Prévalence et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes. Québec : Institut de la statistique du Québec.
25. Laughrea, K., Bélanger, C., et Wright, J. (1996). Existe-t-il un consensus social pour définir et comprendre la problématique de la violence conjugale? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 93-116.
26. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF),
27. LEPLEGE A, « les mesures de la qualité de vie que sais-je ? », Paris, PUF, 1999.
28. Leplège A et All, « le questionnaire MOS-SF36 manuel d'utilisateur et guide d'interprétation des scores », Estem, 2001.
29. Lindsay, J., et Clément, M. (1998). La violence psychologique : Sa définition et sa
30. représentation selon le sexe. *Recherches féministes*, 11(2), 139-160.
31. OMS. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève. 2000.
32. Souffron, K, (2000). Les violences conjugales, Les essentiels de Milan.
33. TAZOPOULOU E, (2008), « Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie,psychologique, stratégie d'ajustement et reconstruction identitaire »,Université Paris 8.
34. Violences domestiques, le Rapport HENRION dénonce (2001), [www.e-sante.fr](http://www.e-sante.fr)

35. Walker, L.E.A. (2009). *The battered woman syndrome* (3ème Ed.). New York:Springer publishing company.
36. Walker, L.E.A. (1988). The impact of forensic issues on women's rights. In Prentky R.A. & V.L. Quinsey (Eds.) *Human sexual aggression: Current Perspectives*. (pp. 361-372) New York: NY Academy of Sciences.

# **Annexes**

## **Guide d'entretien**

### **Axe 1 : Les données concernant la femme et son conjoint**

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quelle est votre profession ?
- Vous vous êtes marié à quel âge ?
- Quelle est la durée de votre mariage ?
- Avez-vous des enfants ? Combien ?
- Quel est l'âge de votre conjoint ?
- Quel est son niveau d'instruction ?
- Quel est sa profession ?
- Votre conjoint est-il fumeur, consomme-t-il de l'alcool, drogue ?
- Que pouvez nous dire sur ses comportements avant votre mariage ?

### **Axe 2 : Les données concernant la violence conjugale :**

- Comment ont été les premières années de votre mariage ?
- Depuis quand votre conjoint a manifesté les actes de violence ?
- D'après vous quels sont les événements qui provoquent cette violence ?
- Ces violences sont-elles fréquentes ?
- Comment se font-elles ?
- D'autres personnes sont-elles présentes lors de ces épisodes ?
- Quelles sont les conséquences de ces violences sur vous ?
- D'après vous qu'elles sont les causes de ces violences ?
- Quel est votre réaction face à ces situations de violence ?

### **Axe 3 : Les données relatives à la qualité de vie :**

- Est-ce que vous êtes satisfaite de votre vie ?  
Est-ce que cette situation influence sur votre sommeil ?
- Est-ce que cette situation provoque des obstacles pour vous ?
- Sentez-vous une différence de votre mode de vie avant et après votre mariage ?
- Avez-vous constaté des changements de votre caractère après votre mariage ?

- Avez changé votre comportement envers votre famille et amis ? Pourquoi?
- Comment votre famille a réagit vis-à-vis de votre situation ?
- Comment votre belle famille a réagit vis-à-vis de votre situation ?
- Pouvez vous nous parlé de vos relation social ? (amis ; voisins ; collègues de travail. ..Etc.)
- Sentiriez-vous importante dans votre entourage ?

**Axe 4 : projections dans l avenir :**

- Etes-vous inquiet de vote avenir ?
- Aviez-vous des projets ?



QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_

A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_

Pire qu'il y a un an \_\_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout



**QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)**

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*f. étiez-vous triste et maussade ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

*a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.