



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCE HUMAINES ET SOCIAL

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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 clinique de quatre (04) cas au niveau de l'EPH de Sidi Aich

Réalisé par :

- Zadi Lynda
- Sadaoui Sylia

Encadré par

DR ABDI Samira

Année universitaire : 2021/ 2022.

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 ABDI Samira .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'hôpital de Sidi Aich particulièrement la psychologue madame Salhi Kamilia.

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 frangines, nos amis, et notre proche 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 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 : Azzedine

A mon cher frère : Mourad et sa femme

A ma meilleur frangine : lycia qui a toujours été à l'écoute .et à son mari

A mes chères nièces : Ferroudja et Inès

A mes chères neveux : Adem et Belaid.

A ma cher binôme : Syliaje la remercie pour sa compréhension.

*A mon encadreur Mme Abdi Samira, qui nous a guidées, encouragées et
stimulées.*

Aux personelles de l'hôpital Rachid Belhocine SIDI AICH.

LYNDA

Dédicace

Avec l'expression de ma reconnaissance, je dédie ce travail accompagné d'un profond amour :

À mes parents qui m'ont doté d'une éducation digne.

À celui que j'aime beaucoup et qui ma soutenue toute au long de ce travail

Mon cher mari Khellaf

A mes chers sœurs :Ssabrina Hhamida Bahia

A mes chers frères :Redeouane Lahcen

A mes chers amis : Zahoua, djegdjega, Lydia, Ghania Mounia

A mes chers cousines : Sabiha Atika Lydia Férouz Amel Wissem tiziri Mélina

A ma cher binôme : Lynda

A mes chers nièces : Imane, Kamilia, Nour,

A mes chers neveux : Islem, Ilyes

A ma belle-mère : Henaoua

A mes belles-sœurs : Karima, Souad, Bahia, Marie, Lynda

A mes beaux-frères : Tahar et Farid

A mon encadreur : Mm Abdi Samira de m'avoir permet de mener ce travail pour son encouragement pour son soutien ainsi que pour la pertinence de ces remarques.

Enfin, à tout ce qui ont participé de près ou de loin pour que ce travail soit possible, je vous dis merci.

Sylian

La liste des tableaux

N°	Titre du tableau	Page
N° 01	Effectif violentées et prévalence de la violence selon ses formes	20
N° 02	Effectif des violentées et prévalence de la violence selon le contexte	21
N° 03	Caractéristique de la population d'étude	44
N°04	Déterminant la méthode de cotation	52
N° 05	Résultat de madame SALIHA obtenu dans l'échelle de PAR – QOL	57
N°06	Résultat de Madame Karima obtenu dans l'échelle de PAR –QOL	59
N° 07	R2SULTAT DE Madame Zakia obtenu dans l'échelle de PAR-QOL.	61
N° 08	Résultat de madame Kenza obtenu dans l'échelle de PAR-QOL	64
N° 09	Tableau au récapitulatif des résultats des sujet dans l'échelle de PAR-QOL	68

Liste de figures

N°	Titre de la figure	Page
N°01	Le cycle de la violence conjugale.	18
N°02	Modèle à double perspective.	32
N°03	Frise représentant l'évolution des classements de l'état de santé dans l'histoire.	33
N°04	Facteurs d'altération de la qualité de vie dans la BPCO.	34
N°05	Répartition des fonctionnaires selon la catégorie socioprofessionnelle.	45

Table des matières

Remerciement	
Dédicaces	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction général	
Problématique	

La partie théorique -----

Chapitre I : la violence conjugale.

Introduction -----	12
1-1-Définition de la violence conjugale -----	13
1-2-Les différents types de la violence conjugale -----	13
a- La violence économique -----	13
b- La violence sexuelle -----	13
c- La violence physique -----	14
2-Les causes de la violence conjugale -----	14
2-1-Au niveau individuel -----	14
2-1-Au niveau relationnel -----	14
2-2-Au niveau communautaire -----	14
2-3-Au niveau sociétal -----	14
3-L'impact de la violence sur des femmes et leurs habilités parentales -----	15
4-Le cycle de la violence conjugale -----	15
5-L'escalade -----	16
6-La rupture -----	16
7-Les conséquences sur la santé -----	16

8-Des pistes d'intervention-----	16
9-Les conséquences de la violence conjugale sur la santé physique et mentale des femmes.	19
9-1- Santé physique-----	19
9-2-Santé mentale-----	19
10-La prévalence-----	22
11- Les théories explicatives des violences conjugales-----	22
11-1-Des éléments l'approche féministe -----	22
11-2-Des éléments de l'approche systémique -----	24
11-3-Des éléments de l'approche cognitivo-comportementale -----	25
11-4-Des éléments de l'approche de réduction des méfaits -----	25
Conclusion-----	26

Chapitre II : la qualité de vie

Introduction -----	28
1-Historique-----	28
2-Les conceptions de la qualité de vie -----	28
2-1-La qualité de vie objective -----	29
2-2-La qualité de vie subjective-----	29
3-Définition de la qualité de vie-----	30
4-Les domaines de la qualité de vie -----	30
4-1-Le domaine psychologique de la qualité de vie-----	30
4-2-Le domaine physique de la qualité de vie-----	31
4-3-Le domaine social de la qualité de vie-----	31
5- Les différentes approches de la qualité de vie -----	36
5-1-L'approche psychologique-----	36
5-2-L'approche médicale -----	36

5-3-l'approche politique et économique-----	37
6-l'apparition et l'évolution du concept de la qualité de vie-----	37
7-les différents outils pour mesurer la qualité de vie-----	38
7-1-l'entretien psychologique -----	38
7-2-les outils psychométriques -----	38
-les mesures génériques-----	39
-les mesures spécifiques-----	39
Conclusion-----	39

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de recherche.

Introduction -----	42
1-la méthode utilisée dans la recherche-----	42
2-la présentation de la population d'étude -----	46
3-déroulement de la recherche-----	46
3-1-la pré-enquête-----	46
3-2-l'enquête-----	46
4-l'attitude du chercheur-----	47
4-1- Le respect-----	47
4-2-La neutralité bienveillante -----	48
5-Les techniques et outils de recherche-----	48
6-Les techniques de recherche-----	48
6-1-L'entretien non directif -----	49
6-2-L'entretien directif-----	49
6-3-L'entretien semi-directif-----	49
7-Les limites de la recherche -----	50

8-Le guide d'entretien-----	50
9-Les outils de recherche -----	50
9-1-La description du questionnaire PAR-QOL -----	52
9-2-La cotation du questionnaire-----	52
9-3-L'interprétation du score -----	52
9-4-Les critères du choix de questionnaire-----	52
Conclusion-----	53

Chapitre VI : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Introduction -----	55
--------------------	----

1-présentation et analyse des entretiens et du questionnaire PAR-QOL

-présentation de l'entretien du cas de madame Saliha -----	55
-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL du cas de Saliha -----	57
-présentation de l'entretien du cas de madame Karima-----	57
-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL du cas de madame Karima -----	59
-présentation de l'entretien du cas de madame Zakia-----	60
-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL du cas de madame Zakia-----	61
-Présentation de l'entretien du cas de madame Kenza-----	62
-l'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL du cas de madame Kenza-----	64

2- discussion des hypothèses

Conclusion-----	69
Conclusion générale -----	71

Liste bibliographique

Annexe

Introduction générale

Introduction générale

La violence conjugale est la violence exercée par un des conjoints sur l'autre, au sein d'un couple s'inscrivant dans un rapport de domination et se distinguant des disputes conjugales entre individus égaux elle s'exprime par des agressions verbales, physiques, s'exercent, des menaces des pressions qui peuvent poser chez la victime des dommages psychologiques, isolements sociaux, les idées suicidaires.

La violence conjugale est devenue un sujet d'actualité plein de débats dans le monde entier, sauf dans certains pays telle que les pays de sud il reste un sujet voilé par les tabous et les traditions ainsi que les religions. Ce phénomène social est devenu un sujet de recherche dans plusieurs domaines en sociologie, 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.

Les femmes qui ont subies la violence conjugale, présente une mauvaise ou bonne qualité de vie. La qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans différents domaines de sa vie, le bien-être physique, social, psychologique, économique..., elle a deux pôles l'un est positif signifie la bonne qualité de vie, l'autre négatif qui signifie mauvaise qualité de vie.

L'objectif de notre recherche porté sur la qualité de vie des femmes victimes de la violence conjugale, pour aider les femmes à se détacher de leurs détresses, la souffrance et l'impuissance et d'approfondir sur l'influence de cette violence sur ces dernières. Pour avoir des informations à notre recherche on a choisi comme terrain d'étude l'hôpital RACHID BEL HOCINE qui se situe à SIDI AICHE, puis on a subdivisé le travail en deux parties théoriques qui contiennent deux chapitres le premier la violence conjugale et le deuxième est celui de la qualité de vie, et la partie pratique consacrée aux chapitres suivants, le chapitre consiste la présentation de la méthode sur laquelle on s'est basé pour effectuer notre recherche qui est la méthode clinique, et le questionnaire généraliste PAR-QOL pour évaluer et mesurer l'impact sur la qualité de vie, et un chapitre consacré pour la présentation et l'analyse des résultats puis la discussion des hypothèses.

Enfin on a terminé notre recherche par une conclusion générale

Problématique et hypothèses

La violence est un phénomène social qui ne peut être abordé sans deux concepts fondamentaux, qui sont liés à lui dans le monde et l'expression il s'agit de l'agressivité et de l'agression, l'agressivité est une disposition mentale. L'agression est un mode d'expression et de violence, une forme d'expression jugée socialement plus grave dans le contexte où elle se manifeste (**ABBOUI.H, 2016**).

La violence conjugale a été pendant longtemps perçue comme un phénomène d'ordre privé, on la caché, ignorer et même excusé

Comme le montrent les travaux de plusieurs auteurs en sociologie, la violence conjugale n'est pas « naturelle », elle ne découle pas de différences biologiques des sexes, mais elle est au contraire le résultat d'une certaine construction sociale de la réalité (**Cavanagh al, 2001**). Il ne s'agit pas uniquement d'un accident relationnel, isolé, entre un homme et une femme, comme le défendent certaines approches. Celle-ci participe au contraire à un système historiquement et culturellement organisé, structuré, dans lequel les hommes et les femmes ont occupés et occupent encore des positions inégalitaires (**Yllo et Bograd, 1988**). Conséquemment, la violence conjugale est un phénomène qui ne peut être appréhendé comme objet sociologique sans le resituer dans un ensemble social plus large. Cette violence ne peut être comprise sans tenir compte du contexte socioculturel dans lequel elle s'inscrit.

Les statistiques les plus récentes de l'organisation mondiale de la santé (2013), révèlent qu'au moins 30 pour cent des femmes dans le monde ont subi la violence physique ou sexuelle de leur partenaire intime. C'est donc dire qu'encore aujourd'hui cette violence présente à un niveau relativement élevé dans presque toutes les cultures. Beaucoup de civilisations considèrent encore la femme comme la propriété de l'homme, ce qui lui confère « le droit » de la violer (physiquement et sexuellement (sans que les autorités ou la loi ne s'interposent). Cela va jusqu'au crime d'honneur, pratique encore très courante dans certains pays arabes.

Plusieurs recherches ont été menées sur la violence conjugale, certaines donnant lieu à des controverses importantes surtout lorsque le sens commun prédisait des résultats contraire à ceux observés. Ces recherches ont permis de théoriser les rapports sociaux de sexe comme des rapports de pouvoir, et la famille comme un lieu de domination et d'exploitation. Pourtant, mains acteurs, en occident comme dans le monde arabe, continuent d'écarter de leur conséquence cette face sombre et cachée de l'histoire des familles. Certes, on sait que la violence conjugale existe, mais le phénomène n'est généralement pas pris au sérieux : il est sous-estimé et relégué au rayon du privé et des fatalités qui pèsent sur la condition féminine. Bien plus, la violence est non seulement occultée, mais les tentatives pour la faire reconnaître

se heurtent à des stratégies visant à étouffer tout questionnement ; on inverse le problème en culpabilisant la victime.

La question qui se pose est donc : par quels mécanismes politiques, culturels, religieux, légaux et sociaux en vient-on à marginaliser un problème aussi important.

Un cas marocain éminemment dramatique et largement médiatisé ces dernières années, tant au Maroc qu'à l'étranger, permet d'illustrer cette situation : celui d'Amina El-Filali, une jeune fille âgée de 16 ans qui s'est donné la mort le 10 mars 2012 en ingurgitant de la mort-aux-rats. La cause de ce geste désespéré ! Une disposition archaïque du code marocain qui a été amendée depuis. violée par un inconnu de son quartier à 16 ans, ses parents la contraignent à épouser son agresseur pour « sauver l'honneur de la famille », un honneur rattaché à la préservation de la virginité de la jeune fille jusqu'au mariage. Désespérée d'avoir été punie pour le crime de son agresseur, la jeune femme choisit de s'enlever la vie pour mettre un terme à sa souffrance (Mandraud, 2012 ; Wascowiski, 2012). En résumé, bien que la violence conjugale soit punie par la loi au Maroc, on constate qu'elle persiste encore aujourd'hui et même que ses victimes se voient accusées de la susciter.

Un tel geste nous amène à nous interroger sur l'ampleur de cette violence faite aux femmes dans le Royaume du Maroc. D'une part, les statistiques disponibles démontrent que la violence conjugale constitue un problème particulièrement répandu. Une étude nationale effectuée en 2009-2010 sur la prévalence des violences faites aux femmes a permis de constater que 62,8 % des femmes de 18 à 64 ans ont été victimes d'une forme ou d'une autre de violence durant les 12 mois précédant l'enquête. Dans 55 pour cent des cas, cette violence a été commise par l'époux, tandis qu'elle a été dénoncée par l'épouse dans seulement 3 % des cas (Haut-commissariat au plan, 2012).

D'autre part, la violence dans le contexte conjugal marocain a été et est encore tolérée par plusieurs qui la considèrent comme acceptable et normale. Cette situation de tolérance permet au conjoint abusif d'utiliser des stratégies de contrôle et des justifications pour normaliser son abus de pouvoir et éviter les conséquences de son comportement. Ces hommes invoquent des valeurs patriarcales lorsqu'ils rationalisent leurs actes en blâmant la victime, en minimisant ou niant la portée des gestes commis ou en évoquant des causes extérieures « par exemple, le chômage ou la famille ». En raison des pressions familiales, et plus largement sociétales, les femmes n'ont pas d'autre choix que de rester avec leur conjoint violent.

De plus l'institut national de santé publique du Canada (2006) recense 20 victimes d'homicide conjugal dont seize femmes et quatre hommes. Dans la majorité des cas ou une femme a été tuée par son conjoint, la police était au courant d'incidents antérieurs de violence conjugale : 1993 à 2000, on a constaté l'existence d'antécédents de violence conjugale dans 74% des homicides de conjointes perpétrés par des ex-maris, dans 57% de ceux commis par des conjoints de fait et dans 41% par des maris légitimes (condition féminine Canada, 2002). Le risque d'être tuées par le conjoint s'accroît pour les femmes vivant en union de fait et pour celles séparées de leur mari (**condition féminine Canada, 2002**).

On trouve aussi l'enquête nationale sur la violence faites aux femmes (ENVEFF) conduite en France en 2000, sur un échantillon de 5908 femmes âgées de 20 à 59 ans indique que 9,5% des femmes de 20 à 59 ans ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête et étant toujours en couple pendant l'étude ainsi que 30,7% ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête et étant toujours en couple pendant l'étude ainsi que 30,7% ayant eu une relation de couple au cours des 12 mois précédant l'enquête mais n'étant plus en couple pendant l'étude déclarent avoir subi des violences conjugales. Ces violences conjugales comprenaient soit du harcèlement moral ou des insultes répétées, soit du chantage affectif, soit des violences physiques ou sexuelles, ou encore le tout conjugué. De manière plus globale, une femme sur dix ayant vécu en couple au cours des 12 mois précédant l'enquête a été en situation de violences conjugales au cours de l'année 2000, en France. Une proportion de 37% de l'échantillon a subi des pressions psychologiques. Celle-ci était répétée pour 24,2% de l'échantillon. Et, pour 7,7% de l'échantillon, il s'agissait de harcèlement moral. Une proportion de 4,3% de l'échantillon était concernée par des insultes et des menaces verbales. Pour 1,8% de l'échantillon, ces dernières étaient répétées et pour 1,8% de l'échantillon, il s'agissait de chantage affectif. Une proportion de 2,5% de l'échantillon a fait l'objet d'agressions physiques. Et, celles-ci étaient répétées pour 1,4% de l'échantillon. Enfin, 0,9% des femmes de l'échantillon ont été victimes de viols et autres pratiques sexuelles imposées de la part de leur conjoint au cours de l'année 2000.

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 au seuil critique, en 2006 plus de 80% des femmes mariées ont subi une sorte de violence conjugale (un ligue algérienne des droits de l'homme, 2006).

Malgré la réforme du code de la famille en 2004 qui offre dorénavant le droit de divorce aux femmes, la situation n'a pas changé. Socialement, la séparation demeure difficile puisqu'elle est toujours perçue par l'entourage de la femme comme un échec dont elle est tenue responsable. Maintes femmes restent avec leurs conjoints violents pour éviter les conséquences sociales négatives du divorce, notamment la stigmatisation associée à la femme séparée (Gharaibeh&Oweis, 2009).lorsque la violence émerge au sein du couple, la femme assume trop souvent la responsabilité du comportement de son conjoint et résiste à l'idée de chercher de l'aide ou, pire, à quitter la cellule familiale (Haj- yahia, 2002). Ainsi comme l'ont démontré il Ya déjà longtemps Strube et Barbour (1983), l'engagement à « sauver » la relation conjugale est un facteur important qui maintient la femme en relation avec un conjoint violent.

En Algérie la violence conjugale est un problème de santé publique à l'échelle national en 2005 les violences conjugales en 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 premier 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 d'actes de violences contre les femmes, dont 297 viols 329 atteintes à la pudeur, il Ya lieu de signaler que 5797 victimes de coups et blessures ont été enregistrées durant la même période.

Tout aussi significatif et englobant que soit le phénomène, il existe peu de recherches sur la violence conjugale en contexte marocain, sauf l'étude nationale ci-haut mentionnée et les statistiques annuelles des ONG de lutte contre la violence à l'égard des femmes comme le Réseau national des centres d'écoute des femme victimes de violence au Maroc (réseau Anaruz87) , la fédération de la ligue démocratique des droits des femmes « FLDDF » et l'association démocratique des femmes du Maroc « ADFM ». Or, même si les statistiques disponibles démontrent que la violence conjugale constitue un problème particulièrement prégnant, elles sont insuffisantes parce que ces portraits ne permettent pas de comprendre les causes de cette violence et les dynamiques socioculturelles qui permettent sa reproduction. Notre recherche veut contribuer à l'avancement des connaissances en permettant de mieux saisir les rapports de domination entre les sexes et plus particulièrement la violence exercée contre les femmes dans le couple marocain. Elle vise à comprendre comment la violence se produit et se reproduit. La question fondamentale de ma recherche est donc : quels sont les processus et les justifications de la violence conjugale au Maroc selon le discours des femmes victimes.

Pour répondre à cette question, nous avons choisi de nous attarder aux trajectoires des femmes victimes de violence conjugale à l'instar des travaux d'autres sociologues avant nous. Notre terrain d'étude regroupe trois centres d'écoute pour femme violentées situés dans la région de Rabat et sa banlieue. L'échantillon s'est arrêté sur 17 femmes mariées ou divorcées, vivant en milieu social populaire, dont l'âge varie de 19 à 55 ans. L'enquête de terrain a duré 16 mois, soit d'août 2011 à novembre 2012 nous avons utilisé une méthodologie qualitative et deux méthodes de collecte des données : d'abord l'observation participante, puis l'entretien semi-directif. L'observation participante a permis de découvrir le vécu des femmes en action et de découvrir plus en profondeur leur drame. L'entretien semi-directif, la principale méthode employée, a permis de recueillir leur récit de vie et de saisir plus en profondeur le déroulement dans le temps de leurs expériences de violence conjugale. C'est l'analyse de ces entretiens qui a permis de constituer les résultats ici présentés. (Massoui S. p11, 2017).

1-Question de départ :

-quelle est la nature de vécu des femmes victime de la violence conjugal ?

2-Hypothèse générale :

-la nature de la qualité de vie des femmes victime de la violence conjugale est mauvaise.

- Hypothèse partielle :

-la qualité de vie des femmes victime de la violence conjugale est basse.

-la qualité de vie des femmes victime de la violence conjugale est moyenne.

3- les raisons du choix du thème :

La vie de couple, malgré les évolutions sociétales de ces dernières décennies, continue de représenter un idéal. Les femmes victimes de violences conjugales sont souvent prisonnières de cet « idéal ». La violence conjugale s'inscrit dans une relation amoureuse.

Cette donnée permet de comprendre l'état de confusion, d'hésitation voire d'ambivalence dans lequel se trouve la victime face aux violences qu'elle subit de la part de son conjoint.

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.

4- opérationnalisation des concepts :

1-La violence conjugale :

Selon l'organisation mondiale de la santé (oms) : « 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).

Définition opérationnelle :

- C'est une stratégie de contrôle, et de domination, la volonté de faire disparaître l'autre, la volonté de l'écartier, de l'exclure.
- C'est une forme de violence familiale ; peut-être verbal, physique sexuelle, psychologique ou encore économique.
- C'est une atteinte aux droits fondamentaux de la personne violente : droit à la sécurité, à la liberté de mouvement, à la libre disposition de son corps.
- Torture physique et mentale de la femme.

1-la violence :

- La violence psychologique c'est :
 - Critiquer, Rabaisser.
 - Accuser l'autre de tout et de rien.
 - Isoler quelqu'un.
 - Faire circuler des rumeurs au sujet d'une personne.
 - Humilier, Intimider
 - Traiter de noms, Rire d'une personne.
- **La violence verbale c'est :**
 - Crier, hausser le ton.
 - Couper la parole à l'autre.
 - De dire à la personne victime qu'elle va perdre ses enfants.
 - Sacrer.
- **La violence physique c'est :**
 - Frapper, pousser.
 - Tirer les cheveux.
 - Donner un coup de pied.

- Mettre sa main sur la bouche d'une personne.

➤ **La violence sexuelle c'est :**

- Embrasser.
- Masturbation en public.
- Traiter de salope, fils de pute.
- Forcer l'autre à des actes sexuels lorsqu'il n'en a pas envie.
- Contact oral génital (fellation, cunnilingus, anilingus).
- Se faire insistant pour obtenir des faveurs sexuelles.

➤ **La violence conjugale c'est :**

- Humiliation.
- Dévalorisation.
- Crier, Hausser le ton.
- Couper la parole à l'autre.
- Agression physique : de gifler.
- La pression psychologique : contrôler les sorties et les relations, dévalorisé.

2- Qualité de vie

La qualité de vie à deux pôles, l'une est positive qui signifie une bonne qualité de vie est l'autre négative qui signifie une mauvaise qualité de vie.

➤ **Bonne qualité de vie :**

- Bien-être physique et psychique.
- Evaluation des capacités fonctionnelles.
- Bonne relation familial, social et amical.
- Joie et ardeur.
- Sensation du bonheur.

➤ **Mauvaise qualité de vie :**

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

Partie théorique

Chapitre I : la violence conjugale

Introduction

La femme, qui était un objet pour le père, devient aussi un objet pour le mari. Le père possède tous les pouvoirs, confisque tous les droits féminins. Le patriarcat sera à l'origine du dualisme conflictuel .pour établir l'ordre, l'homme devra dominer la femme en opposant l'homme et la femme, ce qu'il y avait de commun devient invisible. (Elisabeth p, Emmanuel j, p 14, 2014)

1-Historique :

Le problème de la violence faite aux femmes existe depuis des siècles, et pour preuve on retrouve dans l'Ancien testament des écrits relatifs à ce phénomène. Il Ya à peine quelque décennies, on dénonçait peu de cas concernant cette problématique .cette violence était considérée comme une affaire privée entre deux adultes, n'ayant aucune incidence sur l'environnement social. Pourtant, celle-ci existait au temps du moyen âge, l'état comme l'église accordaient le droit légal au mari de battre sa femme et ce jusqu'en 1890, date à laquelle une première loi a vu le jour au canada, abolissant ce droit légal

Des maris envers leurs épouses .EN 1929, les femmes obtiennent le statut juridique de personne ET en 1940, elles réussissent à obtenir le droit de vote au Québec .néanmoins, ce n'est qu'à la fin de 1970, Qu'on perçoit vraiment un changement d'attitudes et de valeurs dans les relations hommes femmes.

À ce moment, le regroupement des femmes du Québec met sur pied le mouvement féministe, et c'est Précisément en 1973 avec l'aide des religieuses qu'il fonde la première maison d'hébergement pour femmes violentées. En 1986, le ministère de la justice du Québec adopte une politique d'intervention en matière de violence conjugale. Il était devenu essentiel de développer des ressources adéquates répondant aux besoins des victimes et même des auteurs de cette violence .ce phénomène opprimant n'est plus uniquement du ressort des couples, mais il concerne la famille, la communauté et la société entière. (Chantal c, p21, 2009)

Désigne des faits et des actions, tout ce que nous avons l'habitude d'appeler des violences. L'étiologie du mot violence confirme ces intuitions :

La violence vient du latin violentai qui veut dire caractère violent, violence. Le verbe violâre signifie, transgresser, en insistant sur l'infraction. Ce terme dérive du latin vis qui signifie d'abord force en action en particulier force exercée contre quelqu'un, la force en action la puissance. Le pluriel vires désigne les forces physiques, les ressources pour exercer la vis au cœur de la notion de violence se trouve l'idée une force dont l'exercice contre quelque chose ou

quelqu'un fait le caractère violent : la force devient violence lorsqu'elle dépasse la mesure ou perturbe un ordre. (Elisabeth p, Emmanuel j, p25, 2014)

1-1 Définition de la violence conjugale :

La violence conjugales 'articule autour de trois éléments essentiels :

- la violence conjugale est une conséquence de l'inégalité des hommes et des femmes dans la société et dans le couple.

-la violence conjugale : est un moyen choisi par des hommes pour contrôler leur conjointe.

-la violence conjugale : comprend agressions physique, verbales sexuelles et psychologiques ainsi que les actes de domination économique exercés par un mari un conjoint, ou un ex - conjoint un amoureux ou un ex-amoureux. (Lachapelle H, Forest L, p28, 2000)

1-2 Les différents types de la violence conjugale :

-la violence verbale : la violence verbale peut s'étendre. Si certains hommes violents vont, élever le ton, pour intimider leurs compagnes, d'autres, au contraire, vont prendre une voix plus suave, la victime reconnaîtra bientôt cette tonalité dangereuse. Un autre gardera son timbre habituel, mais abreuvera d'injures, de menaces, de sarcasmes sa compagne.

- la violence psychologique : la violence psychologique s'exprime par des attitudes diverses, des propos méprisants, humiliants. Le compagnon violent renvoie à la victime une image d'incompétence, de nullité il l'atteint dans son image à travers le regard des autres. Progressivement la victime perd confiance en elle -même, en ses possibilités. Peu à peu s'installe le désespoir, une acceptation passive de ce qui arrive. Elle s'isole, s'enferme dans sa honte, n'ose plus prendre d'initiative. Cette violence peut conduire à la dépression à l'alcoolisme, au suicide.

a-la violence économique : la violence économique exercée différemment selon les milieux (allocations familiales jouées ou dépensées au bar revenus déposés sur un compte joint dont lui seul détient la signature, carnets de chèques et carte bancaire, biens immobiliers de madame qui disparaissent sous la gestion bienveillante de monsieur) cette violence aura pour objet de déposséder la victime de toute possibilité d'autonomie financière.

b-la violence sexuelle : la violence sexuelle est la plus cachée. La personne violente oblige sa compagne à avoir des rapports sexuels malgré elle, avec lui ou avec d'autres partenaires selon

ses propres fantasmes, parfois il la forcera à se prostituer. Les viols, les agressions sexuelles, les rapports acceptés sous la contrainte ou pour le calmer sont réguliers.

Les victimes ont beaucoup de mal à en parler parce qu'elles restent associées aux obligations du mariage et du devoir conjugal.

c- la violence physique : la violence physique, contrairement à une idée répandue, n'est pas toujours présente dans des situations de violence conjugale. Le partenaire utilise cette forme de violence quand sa compagne manifeste encore trop d'indépendance à son goût, quand il n'a pas réussi à contrôler tous les comportements de celle-ci. Il passe donc aux coups, à la brutalité ou à la contrainte physique. (<https://www.sosfemmesvendee.fr/lesdiffereents-types-de-violence-conjugale>)

2- les causes de la violence conjugale :

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.

2-1 au niveau individuel : les facteurs biologiques ou de la 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.

2-2 au niveau relationnel : la présence de facteurs comme le type de relations familiales, avec les pairs ou dans le couple, la dépendance affective, une relation de pouvoir inégalitaire vont exposer davantage au risque de violence

2-3 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.

2-4 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.

3-L'impact de la violence sur des femmes et leurs habilités parentales :

Prendre soin d'un enfant est une tâche difficile, même dans les meilleures conditions.

Pour les femmes violentées, cette responsabilité est encore plus lourde à cause des nombreuses séquelles de la violence qu'elles subissent. En effet, ces femmes vivent d'abord une grande détresse psychologique qui se manifeste de divers façons : peur constante hyper vigilance, anxiété et dépression,

Faible estime de soi , sentiments de culpabilité , de tristesse et de colère , malaises somatique , consommation abusive de drogues ou d'alcool, etc. cette détresse occasionne aussi des changements cognitifs : perte de sentiment de sécurité , perte d'une vision positive du monde croyances négative par rapport à elles –mêmes , impression qu'il n'y a aucune alternative à la violence et augmentation du seuil de tolérance face à cette même violence . De plus, ces femmes vivent des difficultés dans leur relations interpersonnelles (par exemple : dépendance affective ou difficulté à faire confiance) et des problèmes sexuels (DUTTON ,1992). Enfin, la violence conjugale affecte non seulement le fonctionnement personnel et interpersonnel, mais aussi l'acquisition d'habiletés parentales positives. Plus spécifiquement, ces femmes vivent quatre difficultés dans leur rôle parental :

A) La peur de se faire enlever ses enfants cette peur amène souvent les femmes violentées à taire les mauvais traitements que leurs enfant subissent.

B) La difficulté à encadrer et à discipliner adéquatement ses enfants : plusieurs femmes violentées hésitent à contrôler les comportements de leurs enfants et à établir des règles de fonctionnement familial, car elles associent ces pratiques à un abus de pouvoir .Ces mères ont donc besoin d'acquérir un sentiment de compétence parentale et d'apprendre à formuler des instructions de façon positive

C) La difficulté de choisir un lieu de résidence sécuritaire pour elle-même et ses enfants si la décide de rester à la maison, elle devient responsable de la violence qu'elle-même ou ses enfants risquent de subir. Si elle choisit de quitter son conjoint, elle peut bénéficier des services d'une maison d'hébergement

4-Le cycle de la violence conjugale :

En règle générale. La violence conjugale suit un cycle composé de quatre phases : à chacune des phases, les hommes agresseurs et les femmes violentées présentent des réactions et des émotions caractéristiques : **tension et contrôle** de la part de l'homme et peur chez la femme. A la première phase : agression commise par l'homme et colère ou tristesse ressentie par la femme, à la deuxième phase : négation des actes violents par l'homme et prise de responsabilité de l'agression par la femme. À la troisième phase : rémission chez l'homme et espoir que leur partenaire changera chez les femmes, à la quatrième phase.

5-L'escalade

Un processus d'escalade de la violence conjugale s'installe habituellement. La violence augmente avec le temps en fréquence et en intensité et les délais entre chaque récurrence diminuent.

6-La rupture

Les femmes violentées qui mettent fin à la relation avec leur partenaire peuvent suivre divers cheminements. Dans la rupture évolutive, elles quittent leur partenaire puis reprennent la relation avec lui à plusieurs reprises avant de rompre définitivement. Dans la rupture à contre cœur, après avoir essayé, souvent pendant de nombreuses années, d'enrayer la violence par tous les moyens, elles prennent conscience de leur échec .la rupture est alors inévitable et définitive pour elles .Dans la rupture rapide, les femmes réagissent dès la première agression de leur partenaire : elles ne tolèrent pas d'être violentées et mettent fin à leur relation.

7-Les conséquences sur la santé

La violence conjugale a des effets dévastateurs sur la santé physique et mentale des femmes et des enfants qui en sont victimes.

8-Des pistes d'intervention

Voici cinq situations de violence conjugale .comment interviendriez-vous ? Que diriez –vous à ces femmes pour prendre position contre la violence ?

« **Michel est violent uniquement lorsqu'il prend de l'alcool le samedi soir .à part ça, c'est un bon gars, il très gentil avec moi, il a besoin de moi, je dois l'aider, il a un problème. »**

« Plusieurs hommes justifient leur violence par la consommation d'alcool, mais aucune raison ne justifie le comportement violent de Michel à votre égard il y a beaucoup d'hommes qui boivent, mais tous ne sont pas violents envers leur femme pour autant »

« Eric m’a frappée parce qu’il est très nerveux présentement il a perdu son travail et ça l’angoisse. »

« Vous méritez mieux que cela .Son geste violent fait mal, vous blesse intérieurement et physiquement .rien ne justifie le comportement violent d’Eric .il y a plusieurs autre hommes qui ont perdu leur travail mais qui ne sont pas violents envers leur femme, perdre son travail ce n’est pas une raison .En fait, aucune raison n’est une bonne raison. »

« Au fond, je veux oublier que Marie m’a injuriée je ne veux plus y penser. »

« Ça vous fait mal intérieurement, c’est normal .Ces paroles vous ont blessée dans votre cœur Je comprends que vous vouliez oublier .Mais oublier, ça ne peut être dangereux, parce que la violence verbale, c’est très destructeur .C’est inacceptable qu’il vous parle ainsi. Vous avez le droit d’être respectée. »

« Je me demande toujours ce que je pourrais faire pour éviter que Richard se fâche rapidement. »

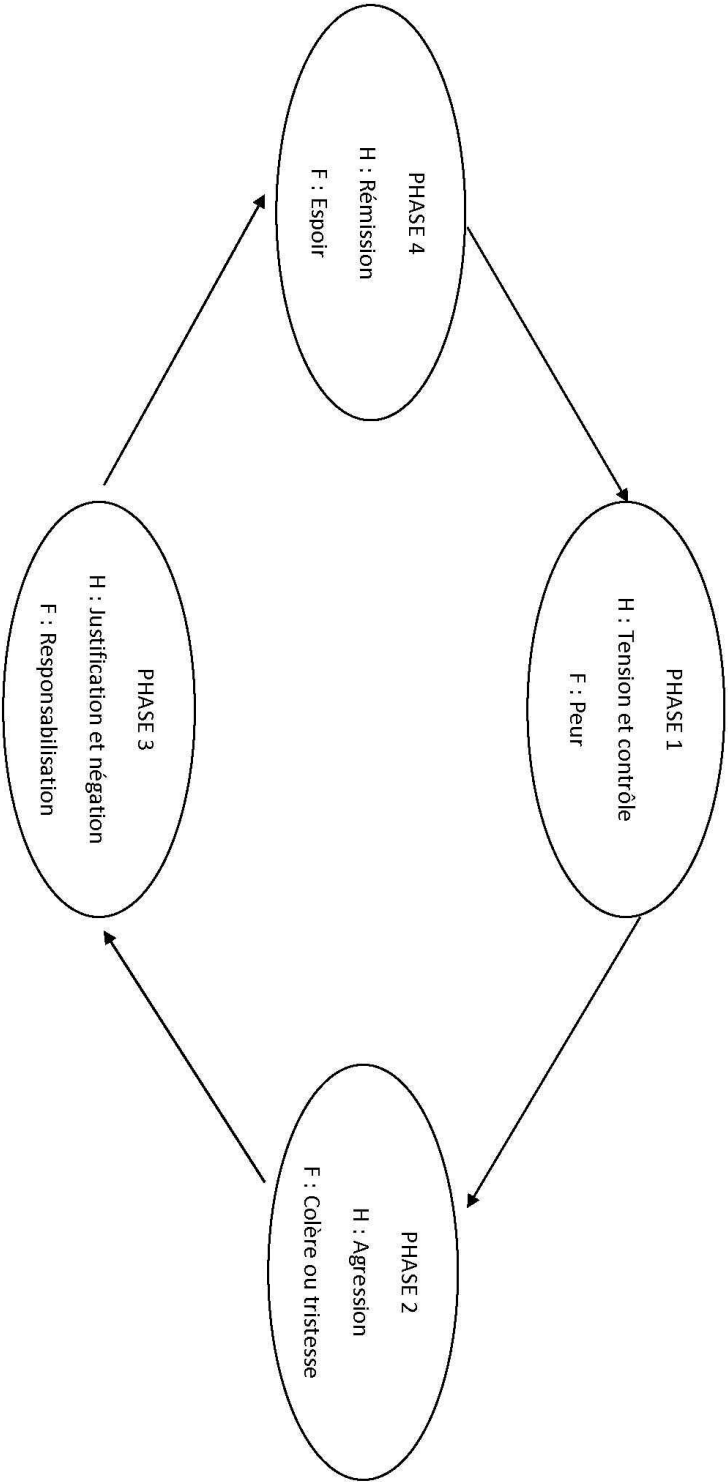
« Vous n’êtes pas responsable de ses humeurs. Vous n’avez pas à toujours adapter votre humeur à la sienne pour éviter qu’il se fâche.

C’est lui qui a un problème d’humeur, de susceptibilité, de violence verbale, pas vous. »

« Moi, je ne comprends pas. Sylvain m’offre toujours un cadeau après qu’il m’a fait mal. Il regrette tellement. »

« Il vous offre un cadeau pour vous faire oublier son geste de violence .il peut être gentil pendant un certain temps, mais à un moment donné, il redevient violent avec vous .Son comportement est typique

De nombreux hommes violents donnent des cadeaux ou sont particulièrement tendres et gentil après avoir été violent .malheureusement, cela fait partie d’un cycle bien connu, le cycle de la violence .En fait, ils veulent la vie de leur conjoint. » **(Lachapelle H. Louise F, p46, 1948)**



FigureN°01 : Le cycle de la violence conjugale.

(Lachapelle H. Louise F,p33,1948).

9- Les conséquences de la violence conjugale Sur la santé physique et mentale des femmes

9-1-Santé physique

- Blessures
- Problèmes chroniques de santé physique.
- Douleurs variées : maux de dos, engourdissement des membres et des épaules.
- Affections de la vision et de l'ouïe.
- Allergies et affection cutanées.
- Asthme et bronchite.
- Hypertension.
- Anémie.
- Insomnie : difficulté à s'endormir et interruptions fréquentes du sommeil.
- Fatigue.
- Maux de tête.
- Troubles digestifs, ulcères.

9-2-Santé physique

- Détresse psychologique élevée ;
 - perte d'estime de soi
 - diminution des habiletés d'affirmation.
 - sentiment de peur
 - insécurité.
- Symptômes de dépression ;
 - pleurs faciles.
 - sentiment de tristesse.
 - solitude
 - impression de bouger au ralenti.
- Nervosité et anxiété.
Sensation d'être prise au piège.
- Alcoolisme et toxicomanie
- Puisions suicidaires de médicaments ;
 - antidépresseurs

-analgésiques.

-anxiolytiques.

- Consultation en santé mentale et hospitalisation en psychiatrie (**Lachapelle H. Louise F, p42, 1948**)

Tableau N°01 : Effectif des violentées et prévalence de la violence selon ses formes

forme de violence	National		Milieu urbain		Milieu rural	
	%	Milliers	%	Milliers	%	Milliers
Physique	15,2	1450	19,4	1102	9,0	348
Sexuelle	8,7	827	9,8	554	7,1	273
Psychologique	48,4	4618	53,0	3010	41,7	1608
Economique	8,1	178	6,3	99	12,4	80
Atteinte à la liberté individuelle	31,3	2986	31,3	1780	31,3	1206
Application de loi	17,3	1205	18,8	779	15,2	426
Tous les contextes	62,8	5991	67,5	3834	56,0	2157

A cet égard, deux faits sautent aux yeux tout d'abord, comme l'indique le tableau 1, la violence la plus répandue est non pas physique ou sexuelle, mais bien psychologique (une femme sur deux la rapporte) et c'est en ville qu'elle est la plus grave (**53% contre 41,7% en milieu rural**). Vient ensuite l'atteinte à la liberté individuelle qui touche une femme sur trois (**31,3%**), en ville comme en campagne. Ces données semblent donc pointer vers un problème grave d'entrave à la liberté des femmes : liberté de vivre sans harcèlement verbal et de choisir le style de vie qui leur convient. Etonnant, alors que la ville souvent considérée comme un havre de liberté, le problème de la violence semble y encore plus marqué avec une prévalence globale de 67,5 % en ville contre 56% en campagne. (**Massoui S, p26, 2017**).

Tableau N°02 : Effectif des violentées et prévalence de la violence selon le contexte

Contexte	National		Milieu urbain		Milieu rural	
	%	Milliers	%	Milliers	%	Milliers
conjugal	55,0	3690	56,1	2223	53,3	1467
Extraconjugal	47,4	403	48,0	279	46,3	124
Familial	13,5	1284	14,3	810	12,3	473
lieu publics	32,9	3135	40,6	2308	21,5	823
lieu de travail	16,0	280	22,7	234	6,4	46
Etablissements d'enseignement	24,2	81	25,3	76	14,0	5
Tous les contextes	62,8	5991	67,5	3834	56,0	2157

Un autre fait, d'autant plus important pour notre recherche, émerge des données du Tableau 2 et mérite d'être relevé : c'est que le couple demeure le lieu d'incidence le plus fréquent d'actes de violence dans le cadre d'une relation conjugale (**55% dans une relation maritale , 47,4 % dans une relation extra maritale**). Notons au passage que la prévalence de la violence dans les lieux publics et scolaires en milieu urbain a de quoi surprendre (**40,6 % dans les établissements scolaires**). Mais il n'en demeure pas moins que la violence est nettement plus élevée dans le couple que dans les autres contextes.

Il convient donc de jeter un regard plus poussé sur les formes que prend la violence en contexte conjugal afin de mieux en saisir les dynamiques.

Bref, cette enquête nous a permis de saisir l'ampleur et la diversité des formes que prend la violence conjugale au Maroc, une violence profondément nourrie par les inégalités entre les classes sociales et renforcée par une discrimination quasi normalisée entre les sexes .En effet , parce qu'elle persiste à en nier l'existence , la société tolère trop souvent cette violence sous

toutes ses formes , et ce , malgré les efforts et les progrès significatifs du gouvernement pour la contrer. (Massoui S.p27, 2017).

10-La prévalence

Connaitre l'ampleur exacte de la violence conjugale peut s'apparenter à une mission impossible. Ce constat découle de plusieurs facteurs, dont la complexité de ce problème social, la diversité des méthodologies de recherche et leurs limites, les réticences des victimes à dénoncer la violence conjugale. Au Canada, l'enquête sociale générale menée en 2004 sur la victimisation indique que 29% des canadiennes (**25% des québécoises**) affirment avoir été victimes d'au moins une agression physique ou sexuelle en contexte conjugal depuis l'âge de 16 ans (**statistique canada, 2006**).

Au Québec, le plus récent rapport statistique sur la criminalité commise dans un contexte conjugal fait état de 19 109 infractions contre la personne, les victimes étant à 81% des femmes. Le rapport ne contient pas, comme les données antérieures, de statistiques sur la présence de mineurs pendant les agressions. Le rapport précédent dénombrait la présence de 1 777 mineurs (es) victimes (es) physiquement lors des événements répertoriés, dont 343 étaient un beau-fils ou une belle-fille (**ministère de la sécurité publique du Québec, 2012**). Toujours en ce qui concerne les enfants, on estime à plus de 800 000 le nombre d'enfants canadiens témoins chaque année de violence conjugale (Jaffe et Poisson, 2000). De plus, des recherches montrent que les problématiques de violence conjugale et de mauvais traitements faits aux enfants sont souvent concomitantes d'autres problématiques comme l'alcoolisme et les abus sexuels (**Appel et Holden, 1998 ; Chamberland, 2003 ; Lessard et Paradis, 2003**). Mentionnons qu'aucune statistique spécifiquement liée à la violence conjugale et à l'exposition à la violence conjugale n'est disponible au CSSSVC. (**Gauthier S. MontminyL, p54, 2012**).

11-Les théories explicatives des violences conjugales :

11-1-L'approche féministe :

L'approche féministe a toujours été considérée comme étant l'approche cadre de service côté cour. Elle définit les principaux paramètres de notre intervention. Force est de constater que de parler de l'approche féministe dans certains milieux d'intervention ne s'avère pas très populaire. Nous demeurons toujours étonnées devant l'image caricaturale et sans nuance qu'on lui confère parfois.

Bien que nous puissions toutes et tous être victimes d'un acte criminel et qu'une partie de la victimisation échappe à l'explication scientifique en demeurant dans le domaine de l'aléatoire, ne pas situer la victimisation criminelle dans son contexte sociopolitique sous-tend que chacune et chacun encourt le même risque d'être victime d'un crime. On constate pourtant que certains groupes demeurent plus susceptibles que d'autres de subir des formes particulières de victimisation criminelle, pour nous, il ne fait pas de doute que le contexte sociopolitique place les femmes dans un groupe plus à risque de vivre de la violence conjugale et des agressions sexuelles.

En fait, le cadre sociopolitique dans lequel nous évoluons a un impact fondamental non seulement sur la répartition des richesses et du pouvoir, mais aussi sur les valeurs dominantes de notre société et, en bout de piste, sur les réalités individuelles des hommes et des femmes. L'être humain est avant tout un être social, qui voit son processus identitaire ainsi que la formation de ses valeurs et de ses croyances finement conjugués au contexte sociopolitique dans lequel il évolue. Notre identité en tant que femme ou homme, ainsi que notre perception de l'univers masculin ou féminin et des rôles qui leur sont attribués, sont façonnées par les messages sociaux qui fondent plusieurs de nos référents. La socialisation des femmes et des hommes demeure à ce jour fort différent et, conséquemment, les normes intériorisées le sont également. L'histoire citoyenne des femmes est somme toute très récente.

Les femmes sont, malheureusement, très nombreuses à faire appel aux policiers pour mettre un terme à une situation de violence conjugale. De fait, elles représentent près de 85% de notre clientèle, et ce, depuis 25 ans. Malgré des histoires de vie diversifiées, plusieurs partagent un dénominateur commun. Entre autres, elles sont nombreuses à développer des attributions de sur responsabilisation de la violence subie et à ressentir un profond sentiment de culpabilité par rapport à cette victimisation, peu importe sa sévérité. Elles ont tendance à se blâmer pour les problèmes familiaux, tout en poursuivant un idéal familial ou la famille nucléaire est à préserver et ou la présence du père est capitale, et ce, parfois malgré le comportement de ce dernier. Plusieurs de ces femmes partagent un profond sentiment d'impuissance et de dévalorisation qui les maintient dans un contexte de vie difficile et parfois même destructeur.

La précarité financière, caractéristique du vécu de plusieurs femmes, complexifie le processus de rupture et assombrit les perspectives d'avenir une fois la séparation effective. Les femmes sont nombreuses à occuper des emplois dans des secteurs économiques mal rémunérés

et sans sécurité d'emploi (conseil de la famille et de l'enfance, 2004 ; conseil du statut de la femme, 2007). A la cour, près de 35% des femmes rencontrées sont prestataires de l'aide sociale (**Gauthier, 2006**). La monoparentalité est aussi un facteur d'appauvrissement de taille pour les femmes.

Pour côté cour, adhérer à l'approche féministe ne veut pas dire nier la présence d'autres facteurs favorisant l'émergence et le maintien de la violence conjugale au sein d'un couple. La violence conjugale est un phénomène complexe qui comporte plusieurs dimensions imbriquées les unes dans les autres. En effet, certaines réalités individuelles et familiales (problèmes de santé mentale, enfance marquée par la négligence, abandon parental, abus psychologique, rôles parentaux inadéquats, absence de règles, relations conjugales empreintes d'immaturation affective et d'instabilité) peuvent à leur tour entraîner une grande souffrance, une estime personnelle fragilisée, une incapacité de gérer adéquatement ses émotions, un registre affectif à fleur de peau ou aplani, la peur de l'intimité et du rejet, une introspection lacunaire.

Adhérer à l'approche féministe n'implique pas de nier le potentiel de violence des femmes ni le fait qu'elles puissent user de violence instrumentale envers leur partenaire masculin ou féminin et leurs enfants. Cela n'amène pas non plus à nier la présence d'une lutte pour la prise de pouvoir dans certaines dynamiques de couple. De surcroît, adhérer à l'approche féministe n'est pas incompatible avec un sentiment d'empathie et une volonté d'accueillir un homme violenté dans sa souffrance. Et surtout, ce n'est pas nier la capacité des femmes violentées à prendre des décisions éclairées les concernant.

Cela dit, l'aspect pluriel du problème évolue dans un contexte donné. Pour nous, ce contexte a une importance prépondérante dans notre cadre conceptuel. Côté cour s'éloigne donc des courants de pensée qui placent les problèmes individuels et familiaux aux premières loges des explications de la violence conjugale dans notre société. Par contre, nous croyons que l'ouverture à d'autres approches d'intervention est une source indéniable d'enrichissement. Ces dernières viennent infirmer ou confirmer nos prémisses d'intervention, enrichir nos connaissances, nos interventions et notre discours. Nous aborderons ici quelques-unes des approches dans lesquelles nous avons puisé pour alimenter notre pratique au cours des ans.

11-2--Des éléments de l'approche systémique

L'approche systémique, malgré une prémisse de départ qui situe la violence conjugale davantage sur le plan interactionnel, nous rappelle entre autre l'importance des rôles choisis ou attribués et des modes interactionnels et transactionnels privilégiés au sein d'un couple et d'une famille. Elle nous rappelle aussi que la relation d'emprise et les rapports de pouvoir fluctuent dans le temps en fonction de plusieurs facteurs individuels (traits de personnalité, styles d'attachement, adaptabilité, schèmes de référence, etc.) et de facteurs familiaux (diverses alliances familiales, styles de communication et de transaction, présence et perméabilité, aux autres systèmes, tels la famille élargie, les amis, etc.). Elle nous somme ainsi de porter une attention particulière à l'ensemble des dynamiques au sein de la famille. Nous nous intéressons particulièrement à la question des alliances familiales en contexte de violence conjugale et à la manière dont, par exemple, les diverses alliances à l'intérieur de la fratrie et celle entre les parents et les enfants peuvent servir de facteurs de protection ou de facteurs de vulnérabilité. Nous sommes aussi très interpellées par les rôles que certains enfants sont appelés à jouer en contexte de violence conjugale, ainsi que par la souffrance et le danger de compromission qui en résultent (**Rondeau, Brodeur et Carrier, 2001**).

11-3-Des éléments de l'approche cognitivo-comportementale

Compte tenu des nombreuses distorsions cognitives présentes chez les victimes de violence conjugale, l'approche cognitivo-comportementale permet de mieux comprendre comment les comportements peuvent être associés à des cognitions spécifiques et comment plusieurs de ces cognitions maintiennent les personnes dans un contexte de violence conjugale. Au quotidien, nous rencontrons des victimes dont l'image corporelle et l'estime personnelle ont été déformées par la violence conjugale. Plusieurs développent des schèmes de pensée négatifs, qui viennent alimenter des patrons de comportements destructeurs pour elle. En outre, les traumatismes parfois sévères résultant de violence conjugale nourrissent des distorsions importantes chez la victime, qui cherche à la fois à donner un sens au fait d'être violentée par le partenaire choisi et à composer avec les multiples séquelles de cette violence. Certaines viendront à nier la violence subie et à attribuer aux divers traumatismes une explication tout autre. Plus le rapport de domination et d'emprise conjugale est présent au sein du couple, plus les victimes risquent de développer des distorsions cognitives importantes. Le travail autour des distorsions cognitives demeure, sans contredit, une part importante de notre intervention.

11-4--Des éléments de l'approche de réduction des méfaits

En 1993, l'équipe s'est penchée sur la réalité des femmes violentées qui choisissaient de maintenir le lien avec le conjoint violent, et s'est questionnée par le fait même sur l'apport

potentiel de l'approche de la réduction des méfaits dans son intervention. Dans plusieurs contextes de violence conjugale, le lien qui unit une femme à son conjoint violent est très puissant. Nous croyons important d'éviter de placer la victime en situation d'échec en entretenant des attentes peu réalistes à son endroit, par exemple, il nous semble inacceptable. Il est préférable d'amener la personne à mieux comprendre ce qui la maintient dans sa relation de couple et à mobiliser ses ressources personnelles et celles de son environnement afin de diminuer les risques et les conséquences associés à la violence. **(Gauthier S. Montminy L, p98, 2012).**

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 constitue actuellement une dimension importante à prendre en compte dans l'évaluation des pathologies psychiatriques chroniques comme la schizophrénie. Toutefois, le concept même de qualité de vie reste délicat à appréhender et plusieurs définitions en sont proposées. Dans le domaine des pathologies mentales chroniques, plusieurs échelles d'évaluation de la qualité de vie ont développées ; peu d'entre elles s'adressent cependant spécifiquement aux patients schizophrènes. (**Michel Lorca p, lançon c, ., p39, 2001**)

1- historique :

Le terme de la qualité de vie 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 apparait pour la première 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 –de la de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux et la maladie.

Elle concerne les états physiques et socio-psychologiques tels qu'ils sont perçu 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 long évité des populations et donc par l'accroissement du taux de certains 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 leurs sont associés. (**tazapouLouE, ., p15, 2008**).

2-Les conceptions de la qualité de vie :(Objective et subjective)

La notion de la qualité de vie est le plus souvent confondue avec celles de QLV associée à la santé, d'état de santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la QLV qui est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. La QLV est une « collection de dimension ». (**Lawton, 1997**)

Deux aspects de la QLV se côtoient : la QLV dite objective et la QLV dite subjective.

2-1-La QLV objective :

Elle fait référence à ce qui est quantifiable à travers l'utilisation de test psychométrique, et renvoie aux outils d'évaluations mesurant le nombre ou l'intensité d'expérience observable dans la vie d'une

Personne. **(Rizzo&Spitz, 2002)**. Les mesures de la QLV ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, elles réfèrent plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus= physique, sociale et psychologique (fonctionnement physique, conditions de logement, soutien social, situation financière) et aspect objectif de la QLV objective était surtout évaluée par le personnel soignant des hôpitaux et passait par une hétéro-évaluation. **(Jenkin, 1992)**

Les mesures objectives ou évaluatives de la QLV renvoie aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expérience observables dans la vie d'une personne elle correspond aux conditions de vie du sujet telles qu'elles apparaissent à un observateur extérieur.

2-2-La QLV subjective :

La QLV subjective, propre à l'histoire de la personne interrogée comme un phénomène de la perception divisé en trois axes : la perception subjective par l'individu de son état physique (fonctionnement organique), émotionnel (état mentale, psychique) et social (aptitude à gagner des relations normales avec autrui après avoir pris en considération les effets de la maladie) (symptômes) et de son traitement (séquelles, handicap). Cet aspect subjectif de la QLV ne peut être approchée que par le sujet puisqu'elle touche son histoire, sa propre individualité, la QLV dans les recherches actuelles ne se conçoit pas sans une référence à la subjectivité, elle est donc intra-sujets, évaluée par ces derniers grâce à des auto-évaluations. Pardinielli quant à lui, développe deux niveaux de subjectivité, le premier intégrant la satisfaction, les émotions, le jugement et l'appréciation personnelle, tandis que le second niveau s'intéresse à l'impact de la subjectivité sur l'évaluation de la QLV. **(Pardinielli., Rouan., Gimenez, 1995)**.

Les mesures subjectives ou évaluatives de la QLV renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et / ou affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ces différentes expériences de vie. **(Ficher, 2002)**.

A la différence entre ces deux types, la QLV subjective se définit comme la satisfaction qu'a un sujet de sa propre vie, alors que la QLV objective fait référence aux conditions de vie, a la notion de participation et se base sur des indicateurs objectifs.

3-Définition de la qualité de Vie :

Comme le souligne Mercier 1994, le caractère abstrait des termes « qualité » et « vie » pourrait expliquer la popularité actuelle du terme qualité de vie. Ce terme se retrouve ainsi dans le discours des politiciens, des publicitaires, des chercheurs et du public en général.

De nombreuses définitions du concept de qualité de vie existent dans la littérature.

Si l'on se réfère à Campbell-convers , le concept de qualité de vie peut être considéré comme « une mesure composite du bien-être physique , mental et social qui est perçu par chaque individu ou par chaque groupe d'individus et du degré de satisfaction et de gratification dans des domaines tels que la santé , la mariage , la famille , le travail, l'éducation , l'estime de soi , les relations avec les autres » .

Plus généralement, on définit la qualité de vie par « un état général de satisfaction et de bien-être, une émotivité équilibrée, une bonne intégration sociale, un état physique satisfaisant »
(Michel Lorca p Christophe I, p 39, 2001)

-L'OMS définit la qualité de vie comme la 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 ses inquiétudes. D'autres auteurs la définissent comme la capacité à satisfaire les besoins perçus par les individus ; d'autres encore revendiquent la satisfaction ou les conséquences.

(Michel Lorcap, Christophe I, P23)

4-Les domaines de la qualité de vie :

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

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

« La composante psychologique de la qualité de vie s'intéresse essentiellement à la dimension émotionnelle ou mentale en investiguant la présence d'émotions et d'états affectifs

positifs ou encore l'absence d'affects négatifs, tels que l'anxiété ou la dépression. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.52).

« Le domaine psychologique peut également recouvrir des notions liées à l'estime de soi, au développement personnel, à la réalisation de soi (créativité ou sens donné à la vie), à la morale ou encore à la vie spirituelle » (Stenna, 2010, p.76).

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

La santé physique comprend l'état physique et l'état fonctionnel. L'état physique comprend l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes. Alors que l'état fonctionnel comprend la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que le sujet peut accomplir, son autonomie ou sa dépendance. Ces deux aspects de la qualité de vie peuvent être évalués selon deux points de vue. Le point de « vue externe » qui va consister à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus. Et le point de « vue interne » qui est seulement accessible par auto-évaluation, qui permettra d'atteindre les représentations, perceptions et le vécu subjectif de la santé du sujet. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

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

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. On oppose généralement la vie sociale des individus l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Ainsi, le domaine social de la qualité de vie évalue une sorte de « santé sociale » définie comme la participation et l'intérêt pour des activités sociales : famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse. Il est important de prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus.

(Bruchon-Schweitzer, 2002).

Figure N°02 : modèle à double perspective.

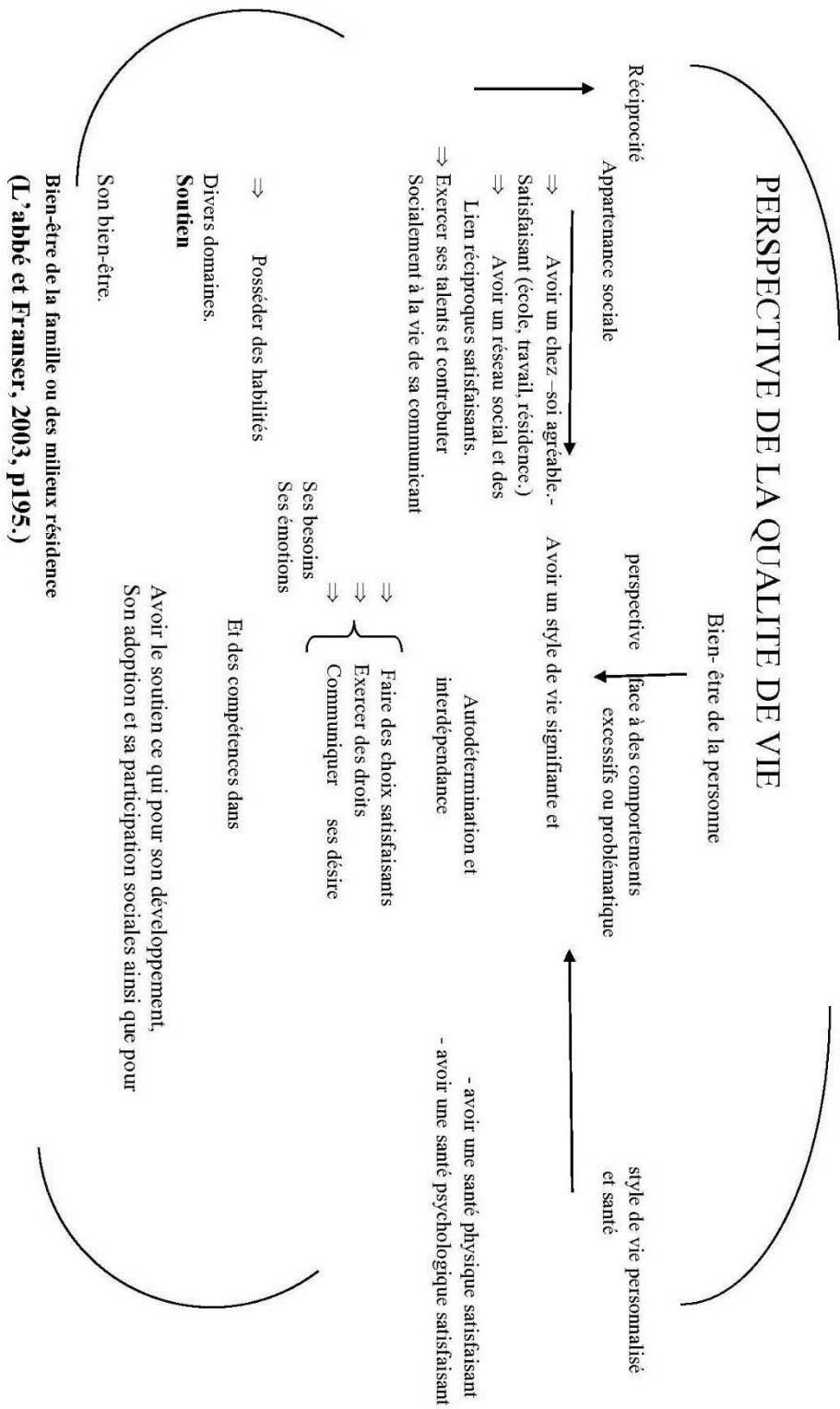


Figure N°03 : frise représentant l'évolution des classements de l'état de santé dans l'histoire

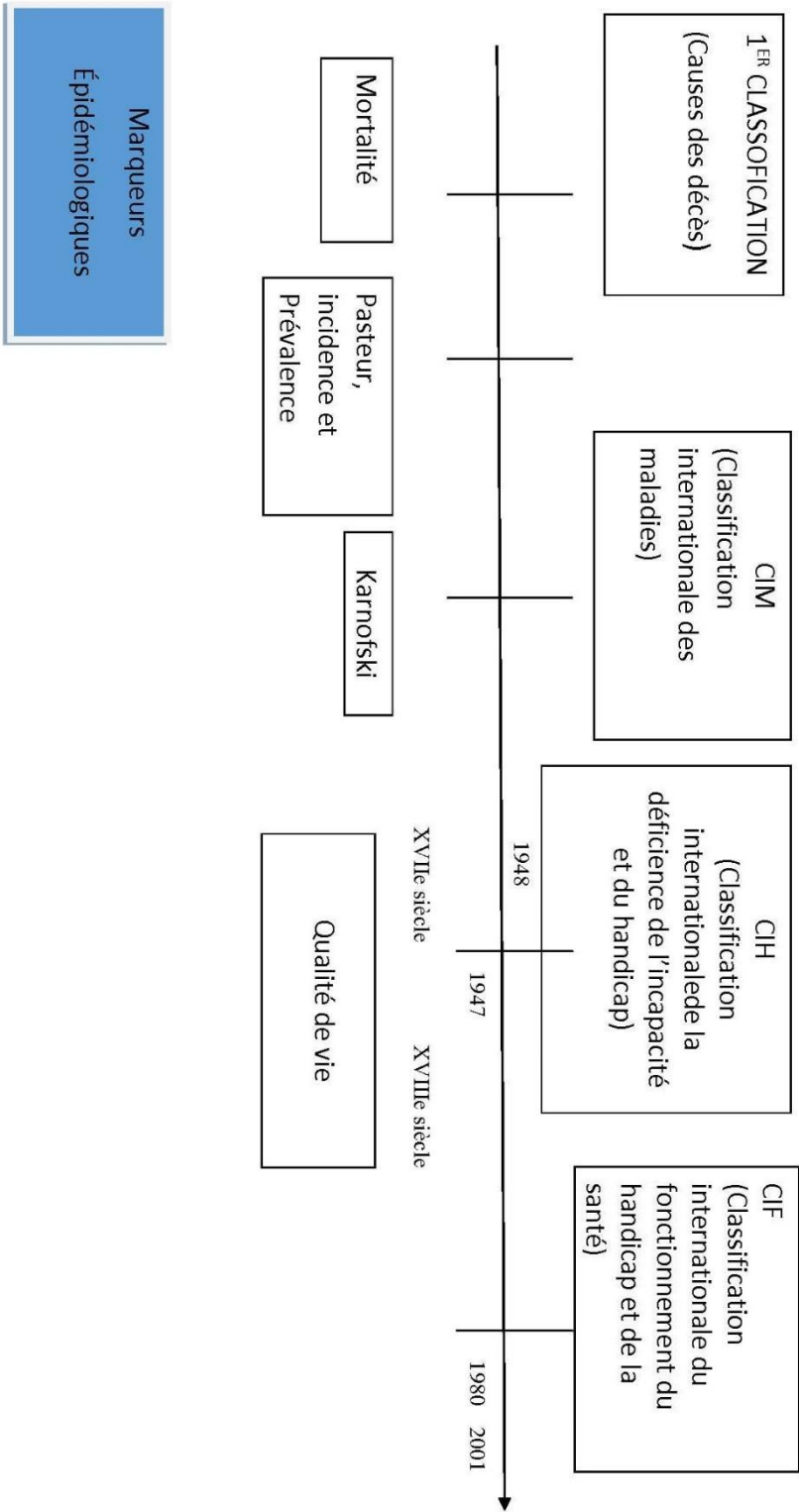
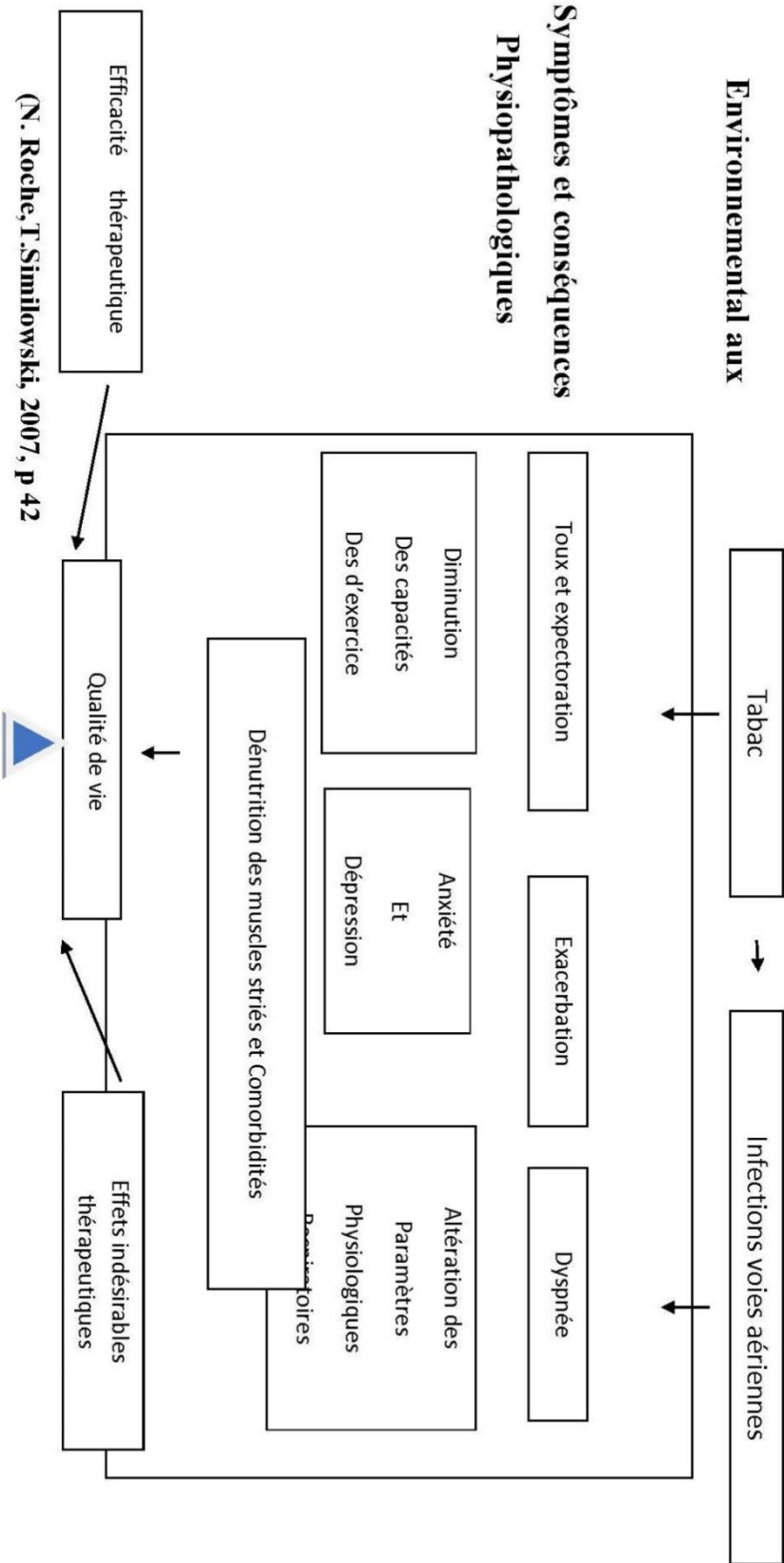


Figure N°04 : facteurs d'altération de la qualité de vie dans la BPCO.



(N. Roche, T. Similowski, 2007, p 42



Pour Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales est aussi l'indicateur d'un bon fonctionnement social. Enfin, Dazord est l'un des auteurs et des chercheurs français les plus référencés dans les études portant sur la qualité de vie. Sa conception et ses travaux insistent sur un point central qui a longtemps été négligé et qui tend encore, malgré son intérêt théorique croissant, à ne pas être mis en application dans les études portant sur la qualité de vie ; il s'agit de la prise en considération de la dimension subjective de ce concept. En effet, si la qualité de vie n'est pas indépendante du contexte et des éléments objectifs et concrets de la vie, elle n'en reste pas moins dépendante du vécu intérieur de chacun. Or, ce vécu ne peut pas être déduit du contexte ou de la qualité de vie objective, chaque événement ou situation pouvant avoir des retentissements différents sur le vécu et le ressenti de chacun. L'évaluation de la qualité de vie subjective ne peut donc se faire que par référence exclusive à l'expérience vécue intérieurement par chaque sujet, l'intérêt étant d'accéder et de pouvoir travailler sur la définition que le sujet lui-même donne de sa propre qualité de vie. On ne peut donc étudier la qualité de vie subjective qu'en cherchant à préciser ce que les sujets vivent intérieurement, à travers l'obligatoire déformation de leur réponse verbale. **(Dazord, 2002).**

Ainsi, l'auto-évaluation est un des premiers critères à respecter dans l'étude de la qualité de vie subjective car elle apporte un autre éclairage sur la vie psychique du sujet en permettant de réintroduire sa parole et son vécu. **(Stenna, 2010).**

La qualité de vie est donc une notion très vaste, puisqu'elle englobe notamment des composantes physiques, psychologiques et sociales. Ces trois dimensions du vécu d'un sujet sont cernées à l'aide d'items et par des critères à la fois objectifs et subjectifs. Ainsi, la qualité de vie n'est pas réduite à la simple appréciation d'un degré de bien-être, elle est définie par un ensemble de critères dont les modifications peuvent être mesurées. Ces critères subjectifs nécessitent une approche méthodologique et statistique indispensable à leur construction. Toutes les échelles de qualité de vie ne sont pas identiques.

5-Les différentes approches de la QLV :

On va tenter de définir les différentes approches de la qualité de vie (approche psychologique, médicale, politique et économique) avec leurs similitudes et leurs différences.

5-1-L'approche psychologique :

Elle concerne le jugement que porte un sujet sur sa vie et sur son équilibre psychique. L'OMS a donné une définition qui comporte plusieurs points, à savoir psychologique, physique, social, et le bien-être matériel. C'est un concept utiliser avec précaution car très subjectif.

Il semble que l'apparition de la qualité de vie a été plus tardive en comparaison des autres disciplines scientifiques, en psychologie de la QLV conjointement liée à l'étude de la satisfaction, la QLV est un phénomène psychologique complexe contenu dans le phénomène du bien-être son approche est entièrement fondée sur une appréciation subjective. De nombreuses études démontrent que la QLV n'affecte pas seulement la satisfaction mais elle impacte également la satisfaction dans tous les domaines de la vie comme la vie familiale, les loisirs, la vie sociale et financière, la psychologie s'est également intéressée à l'importance des aspects psychologiques liée au cadre de vie, il s'agit de prendre connaissance des besoins psychologiques fondamentaux que le cadre de vie doit satisfaire, tels que la sécurité psychologique, les qualités fondamentales de l'environnement et les qualités propres du cadre de vie. (Leplege, 2001).

5-2-L'approche médicale :

En ce qui concerne les questions de la santé, l'enjeu consiste à constituer un indicateur subjectif de santé, il existe dans cette approche deux grandes classes de tests de mesure de la QLV les instruments spécifiques sont centrés sur une pathologie ou un publique particulier et les instruments génériques sont utilisé dans le cas des pathologies variées et évaluent de façon

assez globale l'état de santé, le fonctionnement psychologique et l'environnement social du sujet. (Leplege ,2001).

5-3-L'approche politique et économique :

La QLV d'une population est un enjeu majeur en sciences économique et en science politique, on utilise les notions proches d'utilité et de bien-être, elle est mesurée par d nombreux indicateurs socio-économiques, elle dépend dans une large partie de la capacité à acheter des biens et services (notion d pouvoir d'achat), mais aussi des situation dans les domaines de la liberté (libéralisme économique), de respect des droits de l'homme, de bonheur et de santé.(Leplege,2002).

6-L'apparition et l'évolution du concept de QLV :

La notion de QLV apparait pour la première fois dans quelque texte à la fin des années cinquante et plus officiellement dans les annales de médecine interne en 1966, la QLV est un concept à la mode depuis une quinzaine d'années et qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, les notions concurrents (le bien-être, la santé, la satisfaction de vie, le bonheur).

L'origine du terme « QLV » remonte à un slogan politique américain lancé Lyndon, Johnson en 1964 dans son message à la notion intitulé « **the Great society** », s'inscrivant par la suite dans la constitution de Jefferson qui fait du bonheur un droit inaliénable de tout citoyen américain tiré de sens commun, le concept de « QLV » apparait comme une donnée, une évidence de la nature directement accessible à notre compréhension. Cette expression recouvre la satisfaction de sa vie, le bonheur, le moral inclut la santé mentale et l'adaptation, c'est-à dire l'anxiété et la dépression. La qualité de vie est considérée comme un indicateur social du bonheur du citoyen (Lafaye, 2009, p.25).

Le concept de QLV a pris racine à partir de trois courants scientifiques : sociologique, médecine, et psychologie. L'amélioration du niveau de vie dans les sociétés industrielles occidentales au cours du xx siècle entraineuse transformation du concept de santé (Leplège&Debout, 2007). Si à la base la santé était définie comme l'absence de maladie et d'infirmité, sa définition s'est élargie à un état complet de bien-être physique, mental et social, il fallut encore d'autres modifications conceptuelles de la santé pour avoir apparaitre celui de QLV. (Brousse&Boisauber, 2007).

Dans le domaine de la santé, le concept de QLV est apparu dans les années 1960 aux États-Unis « il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la

considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale ». (Leplège&Debout, 2007).

En outre, pratiquement avec l'apparition de cette notion de QLV, il a été convenu de tenir compte également des bénéfices ressentis par les personnes qui ont reçu un traitement (Beaufils, 1997). Depuis ce temps, alors que la QLV a été considérée comme une dimension essentielle de la santé et un paramètre indispensable pour évaluer les interventions et les prises en charge des patients, les recherches sur ce sujet se sont à l'échelle internationale. Les travaux de recherches ont eu l'intérêt d'élargir le regard clinique pour évaluer les besoins des patients et les effets de traitements et d'influencer les politiques et les programmes en matière de santé qui se focalisent davantage sur le bien-être des personnes. (Dazord et all, 2000).

Pour sinéoni et all (1999), appréhender la QLV liée à la santé représente une alternative innovante permettant d'éclairer les jugements et les choix médicaux et thérapeutiques tant individuels que collectifs. (Siméoni et all, 1999).

7-Les différents outils pour mesurer la QLV :

Une première façon d'évaluer la QLV d'une personne serait de lui demander « comment vous sentez-vous ? » cependant, l'information qu'on obtiendra à cette question risque d'être un peu restreinte. La QLV liée à la santé est un objet complexe qui ne peut pas être mesurée directement par une seule question ou par un petit nombre de questions simples (Leplege&Debout, 2007), c'est pourquoi, il est nécessaire d'utiliser des méthodes plus structurées.

On peut distinguer deux méthodes d'appréciation de la QLV : l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

7-1-L'entretien psychologique : permet une évaluation plus globale de la QLV et possède une valeur thérapeutique.

7-2-Les outils psychométriques : constitués d'échelles ou questionnaires, réalisent une évaluation plus restrictive de la QLV, mais permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et son acte à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. (Mercier&schraub, 2005).

Peu nombreux encore, il existe aussi des outils psychométriques qui sont connus pour connaître les besoins de manière individuelle. Dans ces outils, les dimensions qui composent la QLV sont

pondérés les unes par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour la personne référence. (Heusse, 2014).

Il existe deux sortes d'échelles de QLV : génériques et spécifiques

-Les mesures génériques : ont été élaborées pour convenir à une très grande variété d'individus et le de groupes, elles couvrent à la fois les ressources physiques, mentales et sociaux des individus de la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie. (Bruchon-Schweitzer, 2000, p.71)

-Les mesures spécifiques : des échelles de QLV spécifique ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations clinique particulières (patients douloureux cancéreux, cardiaques, arthritique,....etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie (ou celui de certains protocoles thérapeutiques) sur les divers domaines de la vie (limitations et altération, mais aussi l'évolution dans le temps. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Conclusion :

A 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 ambigu de par sa multi dimensionnalité, son utilisation qui est de plus en plus banalisée des différents domaines que ce soit médicales, sociales ou psychologiques, elle restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie. Nous avons vu la notion de la qualité de vie qui est un concept très large, qui peut être influencée de manière complexe par la santé mentale du sujet notamment la violence conjugale à un effort impact sur le secteur de la santé. Et le bien être Psychologique des patients atteints, il est responsable de nombreuses complications qui nuisent à la qualité de vie.

Partie pratique

*Chapitre III : Méthodologie de la
recherche*

Introduction :

La méthodologie est primordiale pour tout projet de recherche dans toutes les disciplines. La clinique met en œuvre une expérience particulière, réglée par une méthode, qui aboutit à des descriptions de faits transmissibles. Elle permet d'appréhender des faits de diverses natures que l'on regroupe sous des rubriques permettant de les associer de manière homogène (faits mentaux, faits discursifs, faits comportementaux, faits caractériels et somatique).

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'allure qui a pris notre travail de recherche. En premier lieu nous exposerons, les limites de la recherche, puis nous définirons la méthode utilisée, ensuite nous allons présenter le lieu de recherche, par la suite nous mettrons en avant les outils de recherche qu'on employés et leurs analyses.

1- Méthode utilisée dans la recherche :

Nous avons retenu la méthode clinique qui est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants et qui doit se centrer sur l'étude de cas. Une méthode qui va nous permettre de décrire, de comprendre, et d'observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. De ce fait, elle nous permettra de décrire et d'analyser les répercussions de la violence conjugale sur la qualité de vie.

La méthode clinique envisage : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. » (Chahraoui&Bénonny, 2003, p.11).

De ce fait, la méthode clinique « est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet. » (Fernandez &Pedielli, 2006, p.43).

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats. Le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celle qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. **(Fernandez & Pardinielli, 2006).**

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

En outre, l'étude de cas est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance. L'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectives, étendues. Et la production, d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité **(Pardinielli & Fernandez, 2015).**

Dans ce sens, l'étude de cas, est donc une étude en profondeur du comportement d'un individu ou d'un groupe afin d'en fournir une description détaillée qui peut être analysée. Elle nécessite la collecte de données nombreuses en vue de montrer la complexité de certains problèmes humains. L'étude de cas constitue une bonne source d'information. Elle vise à obtenir une information exhaustive

Au sujet d'un cas (personne, groupe ou phénomène). Dans ce qui suit, nous allons présenter et illustrer le lieu de recherche.

Présentation du lieu de recherche :

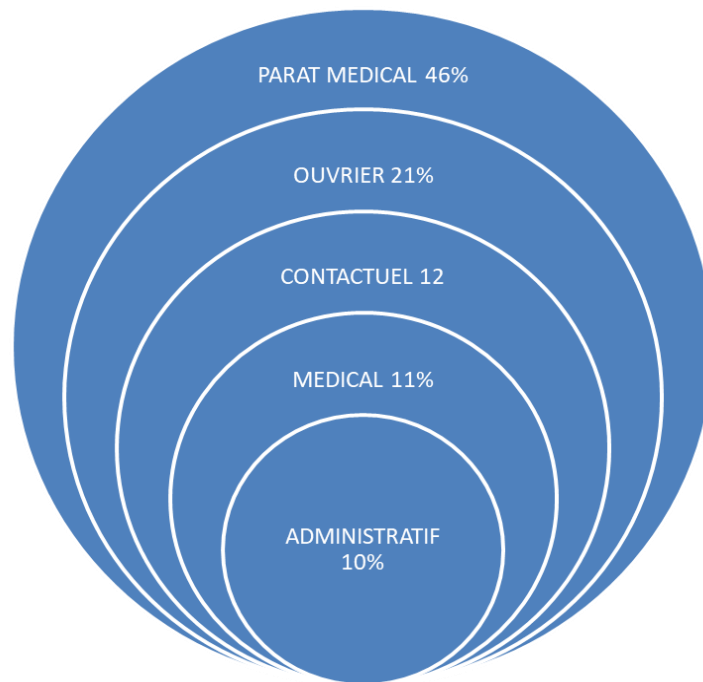
L'hôpital de « Rachid Belhocine » est situé à 45kms du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, au niveau de la zone haute de la ville de sidi Aich, l'établissement public hospitalier « Rachid Belhocine » assure la couverture sanitaire d'une population d'environ 181264 habitants.

Il s'étale sur une surface totale de 10634m² dont 5742m² bâti et 4892m² non bâti, l'hôpital de Sidi Aich. L'hôpital constitué de dix services conformément à l'arrêté ministériel N 02739 du 26 /01/2008 fixant la capacité technique. Il a été inauguré le 01 mars 1986 avec le déplacement humain et matériel de l'ancien hôpital de Sidi Aich construit en 1965 actuellement reconverti en établissement de proximité de santé public (EPSP). L'EPH est pôle stratégique dans la commune de Sidi Aich, vu qu'il emploie environ 400 personnes et constitue le support économique à ne pas négliger. L'EPH de Sidi Aich est doté d'un budget de fonctionnement et d'équipement dont les dépenses sont réservées pour le paiement des salaires, rappels, produits pharmaceutiques, etc.... Quant aux recettes provient de la participation de la population pour le paiement des radiographies et des analyses biologiques et les frais d'hospitalisation. Cet EPH couvre environ huit Daïra dans la prise en charge est 504 lits déverser en dix service, comme l'explique le tableau suivant :

Tableau N°03 : caractéristiques de la population d'étude

Service	Lits techniques	Lits organisés
chirurgie	62	46
orthopédie	32	18
Médecine interne	65	65
Ophthalmologie	16	16
pédiatrie	28	28

Ce tableau présente les services qui existent à l'établissement public hospitalier de Sidi Aich, avec mis le nombre de lits techniques et organisés mise à la disposition des malades.

Répartition des fonctionnaires selon la catégorie socioprofessionnelle.**Figure N°05 : Score : projet d'établissement de L'EPH De Sidi Aich.**

Ce cercle montre la répartition des fonctionnaires de la santé au niveau de L'EPH de Rachid Belhocine ou l'ensemble des catégories socioprofessionnelles est présenté d'une manière progressive. Nous avons commencé par la petite catégorie qui est 10% et dont le personnel administratif atteint 46% composé du personnel paramédical.

La tranche la plus élevée est présentée par le personnel paramédical dans l'effectif est de 46%. Ce qui nous montre l'importance accordée au personnel paramédical. Cette catégorie compte 206 paramédicaux, tous inscrits dans l'activité d'infirmiers.

L'établissement compte 450 fonctionnaires répartis par catégories socio-professionnelles comme suit :

- Personnel médical : 59
- Praticien spécialiste principaux : 06
- Praticien spécialiste : 21
- Médecins généralistes principaux : 09
- Médecins généralistes : 20 médecins. inspecteur : 01

Pharmacien généraliste de santé publique : 02

2-La présentation de la population d'étude :

La population d'étude est définie comme étant un ensemble d'individus qui sont la cible d'intérêt de l'étude. Notre choix de la population d'étude se dirige vers les patients de service de médecine interne ainsi qu'au service de chirurgie et service d'urgence à l'hôpital de Rachid Belhocine Sidi Aich.

3- Déroulement de la recherche :

3-1-La pré-enquête :

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique. La pré-enquête est une phase exploratoire qui nous a permis d'étouffer notre problématique et hypothèses. Elle nous a permis aussi de s'informer, d'étayer et d'enrichir nos questionnements et surtout de préciser et mieux cibler notre projet de recherche, en suivant des méthodes et des techniques qui sont plus adéquates à notre thème de recherche.

De ce fait, « la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Cette phase comporte une observation préliminaire menée auprès de la population d'enquête et réalisée à l'aide d'entretiens généralement peu directifs, c'est la première approche du terrain à partir de laquelle il sera possible de reformuler les hypothèses chercher et analyser les indicateurs ». **(Blanchet & Gotman, 2007, p.17).**

De plus, elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche. **(Angers, 2005).**

La pré-enquête nous a permis d'avoir un premier contact avec notre terrain d'enquête. Nous avons eu aussi des entretiens avec la psychologue, concernant notre sujet d'étude afin de recueillir des informations et ainsi que leur avis par rapport aux femmes victimes de violence conjugale. Et elle nous a parlé de ce phénomène ainsi que de la rareté des cas. Elle nous a informé que la majorité de ces cas viennent juste pour demander d'aide seulement et refuse une prise en charge psychologique. A travers ces entretiens, on a pu avoir des informations qui nous ont aidées à entamer notre recherche.

3-2-L'enquête :

« L'enquête, c'est la phase de vérification systématique des hypothèses. Elle comporte la collecte des données, le traitement des **données** et l'analyse des résultats ». **(Blanchet**

&Gotman, 2007, pp.24-25). Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews. **(Chahraoui&Bénony, 2003, p.131-132).**

4- Attitude du chercheur :

L'attitude de clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sent suffisamment bien pour qu'il puisse livrer et découvrir son intimité psychique et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense la situation clinique, construit des hypothèses cohérentes dans son référentiel théorico-clinique. » **(Bouvet, 2015, p.47).**

Ainsi, « la posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. »

(Giami, 2009).

Dans notre travail de recherche, on était très motivée dès le départ pour le réaliser, ce qui nous a permis d'adopter une attitude de l'amathie et de neutralité, tout en respectant le consentement de nos sujets à participer dans la recherche, ainsi leur vie psychique et la confidentialité des informations transmises. On était dans l'écoute attentive, on intervenait juste pour relancer et le respect total pour les moments de silence et les principes de la recherche.

4-1- Respect :

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet. Il s'agit naturellement du premier principe du code de déontologie des psychologues signé par les associations représentant les psychologues et enseignants chercheurs en psychologie.

Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. Cela concerne le respect des droits fondamentaux des personnes, de leur dignité, de leur protection, le secret professionnel et

consentement libre et éclairé des personnes concernées. Au niveau de l'entretien clinique, l'on droit appliqué cette position éthique qui peut se traduire de manière générale par le respect de la personnalité du sujet, le respect de ses appartenances

Sociales, culturelles et professionnelles, le respect de certains aménagements défensifs qui n'ont pas toujours en soi une valeur négative mais peuvent avoir aussi une valeur protectrice pour le sujet : dans certains cas, le déni de l'angoisse peut aider le sujet à surmonter momentanément des épreuves pénibles ou traumatiques. (Bénony.Chahraoui, 1999).

4-2- Neutralité bienveillante :

La notion de respect implique un autre élément de l'attitude clinique : la neutralité bienveillante. Le clinicien ne doit pas formuler de jugement, de critique ou de désapprobations à l'égard du sujet. Toutefois, à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement. (Bénony.Chahraoui, 1999).

5-Les techniques et 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.

6-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).

6-1-L'entretien de recherche avec la femme qui souffre de violence conjugale :

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. La 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.

6-2-l'entretien non directif, est un type d'entretien sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient, mais le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend. Le clinicien pose une question, donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet. (Chahraoui&Benony, 2013).

6-3-l'entretien directif, est une forme d'entretien qui peut être utilisée dans les sciences sociales et en psychologie clinique pour compléter les investigations. Il correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées, il ne s'agit donc pas d'un entretien clinique dans la mesure où il n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet : celui-ci répond seulement aux questions qui sont posée, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle.

6-4-L'entretien semi-directif :

Le clinicien dispos d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée. Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directivité : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui&Benony, 2013).

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 clinique (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).

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)

7-Limites de la recherche :

Le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

-Limite spatiale : médecine légiste.

-limite du temps : Du 06 mars au 05 avril.

-limite du groupe : L'enquête s'est portée sur quatre femmes qui souffrent de la violence conjugale.

-outils : Entretien de recherche semi-directif et une échelle TCI

8-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 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 : information sur la relation conjugale.

Axe 2 : information sur les types de violence exercée sur la victime.

Axe 3 : le profil psychologique.

9-L'outil de recherche :

9-1-description du questionnaire PAR-QOL :

La version originale du questionnaire PAR-QOL est le questionnaire PARENT-QOL effective par l'organisme SA **(Berdeaux, G.Hervié, smajda, C, X Marquis 1998)**. Le PARENT-QOL est conçu pour évaluer les conséquences des maladies rhinopharyngites et otite des enfants âgés de 2 à 4 ans sur la qualité de vie des parents. La première étape de l'élaboration du questionnaire a consisté à sélectionner à partir d'une recherche de littérature une liste d'Items

qui pourrait être pertinente pour évaluer la quantité de vie des parents dont les enfants souffraient des troubles ORL. La liste comprend les concepts suivants : l'organisation de l'emploi du temps à courte et longtermes, les relations familiales, interaction entre maladie de l'enfant et travail du parent l'activité sociale, impact émotionnel de la maladie, trouble du sommeil détérioration du moral et de la qualité de vie des parents.

La deuxième étape, destinée aux choix des Items du questionnaire, s'est concrétisée en deux réunions de travail la première réunion a été consacrée aux entretiens avec des parents de 7 familles appartenant à différents niveaux socio-économiques, tranche d'âge, sexe et situation familiales pour vérifier la compréhension, l'accessibilité et la validité du contenu du questionnaire et la deuxième a été réussie avec un pédiatre pour examiner le questionnaire.

Ces réunions ont permis de produire un questionnaire de 18 questions avec des réponses graduées en 5 points (**type likert, R,1932**), allant de la réponse « pas du tout » à la réponse « énormément » par les questions 1 à 15 qui sont spécifiques à l'évaluation de l'intensité des difficultés. La question 16 relative à la fréquence de ces troubles du sommeil va de la réponse « jamais » à la réponse « à chaque fois ». La 17^e question est posée sur la satisfaction du traitement et dont les réponses vont de très insatisfait à très satisfait. La dernière question évalue la qualité de vie globale à partir de la réponse « énormément détériorée », plusieurs adaptations ont été faites pour l'Italie, l'Allemagne, le Portugal, et la République tchèque.

Par la suite la version originale du questionnaire PAR-ENT-QOL a été adaptée aux parents d'enfants avec trouble du développement par Raysse 2011 la dernière a effectué des modifications sur la version en remplaçant les troubles ORL récurrents par trouble du développement et en exécutant l'Item concernant la satisfaction aux traitements.

La version modifiée a été nommée PAR-DD-QOL (parental Développementale Disorder- quality of life) incluant 17 Items dont le dernier concerne l'auto-évaluation de la qualité de vie générale des parents et afin de généraliser le questionnaire PAR-DD-QOL sur toute la population de parents d'enfants ayant un problème de santé et vérifier la validité transculturelle du questionnaire PAR-DD-QOL, Raysse a créé une version générique sous le nom PAR-QOL (Parental- Quality of life), la version que nous avons appliquée dans notre présente recherche, ce dernier a remplacé toute référence au trouble du développement par le terme générale « trouble».

9-2- cotation du questionnaire :

la questionnaire repose sur la complétion par le parent des 17 Items du questionnaire, le parent est invité à évaluer chacun des Items le plus honnêtement possible en mettant une croix dans la case de son choix, les score peuvent variée de 1 (pas du tout d'impact) à la valeur 5 (énormément d'impact).

Items	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
17 items	1	2	3	4	5

Tableau N°04 : déterminant la méthode de cotation

La cotation est basse sur une simple addition des scores aux 17 Items pour obtenir le score brut, et on divise le score obtenu sur le nombre d'Items pour obtenir le score standardisée.

9-3- interprétation du score :

L'interprétation des résultats reste la même que la version initiale, les scores sont transformés en scores standardisés en les divisant par le nombre total d'Items, qui les composent ainsi les scores peuvent varier de 1 « pas du tout d'impact » à la valeur 5. « Énormément » d'impact.

Les scores classés par niveau de la qualité de vie :

- Bonne qualité de vie « score inférieur à 2 ».
- Qualité de vie moyenne « score compris entre 2 et 3,5 ».
- Qualité de vie basse « score compris entre 3,6 et 5 ».

9-4- critères du choix de questionnaire :

critères généraux : le choix du questionnaire PAR-QOL a pris en considération les crises généraux applicables, dans la sélection d'un questionnaire de qualité de vie administré, questionnaire simple et bref, ne dépassant pas les 10 à 15 minutes de temps de réponse pour ne pas nuire la qualité des données récoltées et permet aux parents de répondre aux questions de manière autonome, et le questionnaire en question mesure non seulement l'aspect physique mais aussi les champs émotionnel, social et occupationnel de la santé, comme il dispose des scores récapitulatifs facilitant l'analyse statistique, et critères spécifiques : parmi les critères qui

sont pris en considération dans la sélection de cet instrument, son accessibilité à l'adaptation dans l'environnement Algérien.

Conclusion

Afin de récolter les données qui vont nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses concernant la qualité de vie chez la femme victime de la 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 PAR-QOL. Ces outils nous ont permis de récolter les données nécessaires pour notre recherche, ces dernières seront présentées et analysées dans le chapitre suivant

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

Introduction :

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche et dans le questionnaire PAR-QOL, puis on va analyser les résultats du guide d'entretien clinique semi-directif ensuite on passe à la présentation des scores de questionnaire PAR-QOL et finir par l'analyse de ses résultats. Pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses.

1. Présentation et analyse des entretiens et du questionnaire PAR-QOL :**Cas N°1 : madame Saliha**

Notre entretien s'est déroulé au bureau de la psychologue, au début de l'entretien Saliha c'est présenter triste et calme, timide, mais a fur et à mesure de l'entretien elle a commencé à s'exprimer librement.

Madame Saliha est âgée de 54 ans, est une femme au foyer, elle est mariée depuis 30 ans, mère de deux enfants une fille et un garçon, elle n'a jamais fait d'études.

Le mari âgé de 67 ans, paysan avec un niveau de 5^{ème} année primaire, c'est un fumeur de cigarette et consommateur d'alcool.

Saliha nous confirme : « notre mariage été un mariage forcé, ces nos parents qui nous a forcé de se marier », nous parlons de sa relation avant le mariage elle dit : « **uthesinaghuyissinalami daseiithughagh** », et à propos de leur vie de couple actuel, elle dit : « il a été violent dès les premiers jours de notre mariage, je vivais un enfer, une vie misérable et de souffrance ».

Et pour les dépenses familiales : « il ne s'occupe de rien du tout il s'en fou, cela c'est ma famille qui gère la situation ». Pour ce qui est de ses relations avec ses amis, elle dit : « il n'a pas d'amis, il se bagarre avec tout le monde. Même avec les membres de sa famille il n'est jamais d'accord avec eux.

Madame Saliha, déclare : « ma belle-famille m'apporte son aide à chaque dispute avec mon mari. Je n'ai jamais quitté le domicile, il m'empêche jamais d'aller voir mes parents, car ils se sont bien quand je ne suis pas à la maison ». Saliha rajoute : « malgré ses insultes je ne peux rien lui dire, malgré je souffre en silence mais je ne pourrai jamais partir de chez moi à cause de mes enfants ».

Elle insiste bien lorsqu'elle dit : « je n'ai pas subi de violence avant le mariage, les gens me disais qu'il est très sévère, mais je ne peux rien faire parce que c'est la décision de mes parents, je ne peux pas dépasser leurs paroles

Et pour ce qui est des violences, elle dit : « après le mariage j'ai subi de violence physique chaque jour, ils me frappent, il me tire les cheveux, j'ai été victime de chantage et de menace ».pour la violence sexuelle elle nous dit : « il m'a jamais forcé et il conscient de ses actes ».

Pour le comportement quotidien de son mari : « tout dépend de son humeur, et si je commets une petite faute, il commence à devenir violent avec moi ».pendant l'entretien, madame Saliha révèle que les facteurs qui provoquent cette violence : « d'abord il Ya la consommation d'alcool, je n'arrête jamais de lui dire d'arrêter de boire, et le faite que je ne suis pas la fille qu'il voulait épouser cela lui fait devenir agressif et très nerveux. Il m'a jamais agressé devant les gens ou bien devant sa famille ».

Saliha nous a dévoilé les conséquences sur le plan physique, elle nous dit : « il me frapper dans l'œil il est devenu tout bleu, j'ai été déjà hospitalisé après une grande dispute qui a fini par une agression physique, il m'a cogné la tête contre le mur et il m'a ouvert le crane, j'ai dû partir à l'hôpital et ils m'ont fait des points de sutures ».

Elle déclare : « après cette dispute ne lui pas parler pendant plusieurs jour, je prends la tête, je m'isole, et tout ça me cause des troubles de sommeils et alimentaires, je suis devenue très nerveuse, angoissée je n'ai jamais eu l'idée de me suicidé, j'ai perdu le gout de vivre et la joie je raconte tout à mes parent car je n'ai pas le choix ».

On ce qui concerne les raisons qui la laisse accepter ces agressions, elle nous répond : « j'accepte ces violences à cause de mes enfant, je cache toujours mes blessures car je ne veux pas les gens parles sur moi ».

On lui demande de nous raconter une chose bien qu'elle a vécu avec son conjoint elle nous répond : « rien d'important ».

L'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL :

Cas 01 : madame Saliha :

Les résultats que nous avons obtenus et qui concerne notre premier cas, sur l'échelle de PAR-QOL seront présentés dans le tableau ci –après :

Pas du tout	Un peu	moyennement	Beaucoup	Enormément
00	04	06	05	02

Tableau N°05 : résultat de madame Saliha obtenus dans l'échelle de PAR-QOL.

Suite aux résultats obtenus, nous avons constaté que notre sujet de recherche a eu vu score de 3,29 calculé comme suite.

Le score obtenu qui est de l'ordre de (56) est transformé en score standardisé qui est de l'ordre de 3,29. Pour une moyenne de qualité de vie basse. (Score compris entre 3,5 et 5) un score qui indique que la qualité de vie de madame Saliha est basse, étant donné que la majorité des réponses de ce dernière se sont focalisé sur les quatre dernière cases de tableau des résultats notamment celle de « un peu » qui est de l'ordre de (04) et « moyennement » qui est de l'ordre de (06) et « beaucoup » qui est de l'ordre de (05) et enfin celle de la case « énormément » qui est de l'ordre de (02) autrement dit, l'ensemble des réponses sur les 17 Items qui contiennent notre échelles, était mentionnées à 100% sur les quatre dernières cases indiqués ci-dessus justifier par ses réponses aux questions les plus pertinentes telles que, le stress, se sentir contrarié, la perturbation du travail et de la vie quotidienne....etc. l'ensemble des réponses ont été confirmé soit « moyennement » ou « beaucoup ».

Synthèse :

De ce fait, et suite aux résultats obtenus par notre premier cas, on constate que la qualité de vie de madame Saliha est basse.

Cas N°2 : madame Karima

Notre entretien s'est déroulé au bureau de la psychologue, au début de l'entretien, Karima s'est présenté triste et déprimé mais il paraît que c'est une femme forte et courageuse. Pendant l'entretien elle nous parle et on découvre la peine immense dans laquelle elle vit.

Madame Karima est âgée de 47 ans, couturière, elle est mariée depuis 17 ans, divorcée depuis 5 ans, mère de deux enfants son premier était un garçon et sa deuxième est une fille.

L'ex-mari est âgé de 52 ans, avec un niveau de 9^{ème} année .il travaille comme soudeur, c'est un fumeur de cigarette et consommateur d'alcool.

Madame Karima commence par dire : « mon mariage est fait par amour, il a été mon voisin il me voyait chaque jour quand je passais et c'est là où je lui plaisais, puis il est venu demander ma main au mariage ». Et on se qui concerne sa relation avant le mariage elle dit : « tout se passé à merveille je lui plais et il me paît, il n'y avait pas de problème ». On parlant de leur vie de couple, elle dit : « **ussanimezwuranelanefrahwlachighevlan. Yarmidassemiidnesaaagrudamenzuivdayettvedilfeli** ». « **Même la façon dont il me parler il la changer** ».

Pour leur situation économique Karima dit : « les premières années de notre mariage on gère notre situation ensemble, juste après la naissance de notre premier enfant aïssa il commence à changer il est devenu fainéant. Et il demande à moi de l'argent pour qu'il achète de l'alcool », pour ce qui est de ses relations avec ses amis, elle dit : « il a aucun problème avec eux ».

Elle nous a déclaré : « après la naissance de mon fils il a tout fait changer il est devenu une autre personne je le reconnais plus, j'ai jamais imaginé qu'un jour il lèvera sa main sur moi. Avant notre divorce il fait entrer les filles à ma maison, et chaque nuit il rentre à la maison ivre ».

Et pour ce qui est des violences, elle dit : « à chaque dispute y a une violence soit verbale, il crie et il me dit que je vais perdre mes enfants. Ou des agressions physiques avec de coup de pied, ajoutant des violences économiques il me vole de l'argent ». Pour la violence sexuelle, quand il rentre à la maison et qu'il est ivre je refuse de le laisser me toucher, et là il me force à faire des choses que je ne veux pas, il n'est pas conscient de ces actes ». Et on parlant de sa belle- famille elle dit : « il est violent juste avec moi, vu que on vivait seule dans notre maison ».

Pour le comportement quotidien de son ex-mari, elle répond : « on est toujours fâché l'un envers l'autre, quand il demande de l'argent et je lui dis je n'ai pas il commence à me sacrée et il devient violent ». Karima nous donne qu'elles sont les facteurs qui provoquent cette violence : « c'est à cause de l'alcool que notre vie de couple est détruite ».

Ce qui concerne des conséquences sur le plan physique, elle nous dit : « j'ai des hématomes sur plusieurs parties du corps, au début je souffre en silence et j'accepte toujours cette violence ».

pour que je ne cause pas de problème, mais après j'ai demandé le divorce car je ne pouvais plus continuer comme ça la situation est devenu insupportable ». Elle déclare : « cela me cause des troubles de sommeil et des crises d'angoisse et même une fois j'ai pensé à me suicidé ».

On lui demande de nous raconter une chose bien qu'elle a vécu avec son ex-mari elle nous répond : « rien de spécial que des mauvais moments il m'a fait vivre l'enfer ».

Madame Karima exprime une grande souffrance psychologique et physique elle dit : « je sais que j'ai détruit la vie de mes enfant mais je ne peux plus accepter ces violences. Alors je n'ai pas le choix que de demander le divorce et d'aller vivre chez mes parents ils m'ont prêté une petite maison et c'est là où je vivais avec mes enfants et j'ai ouvert un petit atelier ou je travailler pour gagner un peu d'argent pour les dépenses de mes enfants ».

L'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL :

Cas n 02 : madame Karima

Les résultats que nous avons obtenus et qui concerne notre deuxième cas, sur l'échelle de PAR-QOL seront présentés dans le tableau ci –après.

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
00	04	04	07	02

Tableaux N°06 : résultat de madame Karima obtenus dans l'échelle de PAR-QOL.

Suite aux résultats obtenus, nous avons constaté que notre sujet de recherche a eu vu score de 3,41 calculé comme suite.

Le score obtenu qui est de l'ordre de (58) est transformé en score standardisé, en le divisant par le nombre total d'Items (17) et nous avons obtenus le score standardisé qui est de l'ordre de 3,41 pour une moyenne de qualité de vie basse (score compris entre 3,4 et 5) un score qui indique que la qualité de vie de madame Karima est basse, étant donné que la majorité des réponses de ce dernières cases de tableau des résultats notamment celle « énormément » qui est de l'ordre(02), « un peu » qui est de l'ordre (04), « moyennement » qui est de l'ordre (04) et « beaucoup » est de nombre (07).

L'ensemble des réponses sur les 17 Items qui contiennent notre échelle, était mentionnées à 100% sur les 04 dernières cases indiqués ci-dessus justifié par ses réponses aux questions les plus pertinentes telle que le stress, ne plus prendre de temps avec la famille, la perte de la patience, la limitation des sorties, la perturbation de la vie quotidienne.... Etc., l'ensemble des réponses ont été confirmé soit « moyennement » ou « beaucoup » ou « énormément ».

Synthèse :

D'après les résultats obtenus par notre deuxième cas, on constate que la qualité de vie de madame Karima est basse.

Cas N°3 : madame zakia

Notre entretien c'est déroulé dans le bureau de la psychologue madame Zakia c'est m'entré calme et contente elle avait besoin de parler quelqu'un.

Madame Zakia est âgée de 40 elle est mariée depuis 10 elle a deux fille elle est de sidi aiche elle est titulaire d'une Licence à la langue arabe elle est enseignante depuis 5 ans dans un primaire elle issu d'un mariage d'amour « **argaziwmuhend di l3amris 49 directeur dasekrani mi kfigh leqraya d netta iyi3awnen seqrayagh di primaire sin akni nemyusan on n'est marié depuis 10 ans** » .

Zakia nous confirme que sa relation avant le mariage été merveilleuse Ya aucun problème entre eux .on parlant de leur vie de couple actuel, elle dit : il Ya un grand changement on dirait c'est une autre personne je le connais pas, on lui demande comment se passent leur vie de couple au quotidien : rien ne va chaque 10 jour presque on a des disputes violentes la plupart du temps à cause de l'alcool.

Zakia parle sur la contribution à la dépense de la maison dit : « je prends tout en charge vu qu'il me laisse travailler je dois tout payer, alors que son l'argent il le dépense pour l'alcool ».

Concernant sa relation avec ses amis , il est violent même si il utilise pas la violence physique avec eux .elle confirme qu'elle souffre tellement , mais je ne peux rien dire et je ne demande de l'aide à personne je ne peux pas , lorsqu'on lui demande pourquoi elle nous dit c'est mon choix , je dois l'assumer tout seule , il me laisse jamais aller voir ma famille malgré tout ce que je subis je n'ai jamais pu quitter le domicile .Zakia rajoute que a chaque dispute je subis des violences soit verbale par des insulte des menaces de mort ou bien des agressions physique une fois il m'a frappé avec un coup de pied il m'a cassé ma j'ambre j'ai dû partir à l'hôpital en

urgence, et pour ce qui est des agressions sexuelles Zakia dit : non ça n'est jamais arrivé et elle nous confirme qu'il est conscient de ses acte.

Au cours de l'entretien madame Zakia relève que les facteurs qui provoquent ces violence sont nombreux : « il est de nature agressive, sans oublier la consommation d'alcool qu'il le rend agressifs, aussi quand je ne fais pas ce qu'il veut tous ces agressions, il les pratique seulement quand nous sommes seul son la présence de personne ».

Malgré les agressions que j'ai vécu je n'ai jamais posé plainte contre lui car je l'aime beaucoup mais si il continue avec ses agressions je déposerai plainte car je ne peux pas supporter plus que ça elle a déclaré, Après avoir subi ces agressions sa part, je lui fais la tête et je ne lui parle pas pendant plusieurs jour puis avec le temps j'ai fini par laissé et passer.

Madame Zakia : « tout cela me cause des trouble de sommeil et alimentaire, ainsi que des crises d'angoisse et par fois l'idée de se suicider, mais j'ai jamais tenté de le faire ».

Parlants des raisons qui la laissent accepter ces agressions elle nous repend : « j'ai toujours de l'amour pour lui et je pense toujours à l'avenir de mes filles je ne veux pas qu'il grandisse sans la présence de leur père ».

Madame Zakia exprime une grande souffrance physiologique et psychologique, et malgré tout, elle ne peut pas se détacher de lui juste elle prie dieu qu'un jour, il se rendra compte du mal qu'il lui fait subir, et que tout changera.

L'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL :

Cas 03 : madame Zakia :

Les résultats que nous avons obtenus et qui concerne notre troisième cas, sur l'échelle de PAR-QOL seront présentés dans le tableau ci- après.

pas du tout	Un peu	moyennement	Beaucoup	Enormément
00	03	04	06	04

Tableau N°07 : résultats de madame Zakia obtenus dans l'échelle de PAR-QOL.

Suite aux résultats obtenu qui est de l'ordre de (57) est transformé en score standardisé, en le divisant par le nombre total d'Items (17) et nous avons obtenus le score standardisés qui est de l'ordre de 3,35 pour une moyenne de qualité de vie basse, (score compris entre 3,2 et 5, un score qui indique que la qualité de vie de madame Zakia est basse, étant donné que la majorité des réponses de ce dernière se sont focalisé sur les 04 dernières cases de tableau des résultats notamment celle d « énormément » qui est de l'ordre (04) et « beaucoup » qui est de l'ordre de (06) et « moyennement » qui est de l'ordre (04), « un peu » qui est de l'ordre (03).

L'ensemble des réponses sur les 17 Items que contiennent notre échelles, était mentionnées à 100%, sur les trois cases indiqués ci-dessus, justifier par ses réponses aux questions le plus pertinent tel que, le stress, la perte de la patience, et le moral, la qualité de travail perturbée, les disputes à l'intérieur de la famille... Etc., l'ensemble des réponses ont été confirmé soit « énormément » ou « beaucoup ».

Synthèse :

De ce qui précède et en référence au score obtenu par troisième sujet, nous avons constaté que la présence d'une qualité de vie basse est justifier à travers l'ensemble des réponses qui ont été mentionnées principalement sur les quatre cases notamment celle de « un peu » et « moyennement » et « beaucoup » et « énormément ».

Cas N°4 : madame Kenza

Notre entretien s'est déroulé au bureau de la psychologue, au début de l'entretien Kenza s'est présentée Joyeuse, souriante, pleine de joie qui ne montre pas ça peine ni ça douleur et au fur et à mesure de l'entretien elle nous parle et on découvre la peine immense dans laquelle elle vit.

Madame Kenza est âgé de 25 ans, femme au foyer avec un niveau d'étude baccalauréat elle est mariée depuis 5 ans, elle à 2 enfants une fille et un garçon Le mari lui est âgé de 32 ans avec un niveau de 5^{ème} année primaire. il travaille, comme maçon, c'est Madame Kenza commence par dire : mon mariage ne s'est pas fait par amour c'est ça mère qui m'a vu lors de mariage de mon cousin puis ils ont venu demander ma main au mariage mes parents on accepter.

Puis on n'est marié on nous parlons de sa relation avant le mariage elle dit tout se passe bien et à merveille, il n'y avait aucun problème on parle de leur vie actuel, elle dit : « au début du mariage tout est bien après un mois il a commencé à changer son comportement, son attitude envers moi et même la façon dont il me parle ». Pour la situation économique Kenza dit : « c'est lui qui s'occupe de tout vu que je ne travaille pas, lorsque on lui demande pourquoi il ne la

laisse pas travailler, elle nous dit : « parce qu'il veut que je reste à la maison pour garder nos enfants. Pour ce qui est de ses relations avec ses amis, elle dit : elles sont tous à fait normale et il n'a aucun problème avec eux ».

Madame Kenza, déclare : « je souffre en silence et je n'ai recours à personne, malgré tous les insultes que je subis et je ne pourrai jamais partir chez moi car il me laisse pas il me dit que une fille une fois marié elle doit rester chez son mari quoi qu'il arrive pour éviter les problèmes j'accepte facilement son rien dire ».

Et pour qui est des violences, elle dit que n'importe quoi peut déclencher cette violence tout dépend de son humeur et ses demandes, concernant la violence physique : « je n'ai pas subi de violence physique, mais à chaque dispute y a une violence verbale par des insultes des menaces de mort les insultes verbales qui se produisent presque chaque quatre jour pour la violence sexuelle elle nous dit ça n'est jamais arrivé, elle rajoute il est de ses actes », en parlent de sa belle-famille elle dit : « il est violent qu'avec moi , il n'est pas violent avec les membres de sa famille .

Concernant le comportement quotidien de son partenaire, elle nous répond : des fois il se comporte très bien avec moi il me respecte, il m'aide surtout quand je me sens pas bien, et tout bascule son raison il devient violent il me menace on dirait il s'est transformait à une autre personne.

Pendant l'entretien madame Kenza révèle les facteurs qui provoquant cette violence est nombreuse, la consommation de la drogue, l'alcool, quand je fais ce qu'il ne veut pas, quand je lui demande de me laisser voire ma famille ses agressions, il les pratique seulement quand nous sommes seul sans la présence de personne.

Lorsqu'on demande pour quoi elle ne réagit pas et ne porte pas plainte, elle dit : « malgré tout ça je ne pense pas porter plainte contre lui parce que c'est le père de mes enfants ».

Madame Kenza déclare après l'agression de la part de me partenaire je m'énerve je ne lui pas pendant quelque temps j'en suis très touché, ce n'est pas comme ça que j'imaginai ma vie, mais avec le temps je me suis adapté, c'est devenu mon quotidien, et tout cela me cause des troubles de sommeil, et même des crises de nerfs et d'angoisse.

L'analyse du questionnaire de la qualité de vie PAR-QOL :

Cas n 04 : madame Kenza :

Les résultats que nous avons obtenus et qui concerne notre quatrième cas, sur l'échelle de PAR-QOL seront présentés dans le tableau ci-après.

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
02	02	07	02	03

Tableau N°08 : résultat de madame Kenza obtenus dans l'échelle de PAR-QOL.

Suite aux résultats obtenus, nous avons constaté que notre sujet de recherche a eu vu score de 3 calculé comme suite :

Le score obtenu qui est de l'ordre de (51) est transformé en score standardisé, en le divisant par le nombre total d'Items (17) et nous avons obtenus le score standardisé qui est de l'ordre de 3, pour une moyenne de qualité de vie basse. Etant donné les réponses de ce dernière se sont focalisé sur toutes les cases de tableau des résultats, notamment celle de « pas du tout » qui est de l'ordre (02), « moyennement » qui est de l'ordre (07), « un peu » qui est de l'ordre (02), « beaucoup » qui est de l'ordre (02) et enfin « énormément » qui est de l'ordre (03) . L'ensemble des réponses sur les 17 Items

Que contienne notre échelles, était motionnées à 100% sur toutes les cases indiqués ci-dessus, justifié par ses réponses aux questions les plus pertinentes telle que, le stress, la détresse, la limitation des sorties, la perturbation de la qualité de son emploi, le sentiment de l'impuissance.... etc., l'ensemble des réponses ont été confirmé soit « énormément » ou « moyennement » ou « beaucoup ».

Et grâce à l'échelle de PAR-QOL nous avons observé que l'hypothèse général est formuler dans notre problématique est confirmé, d'après les résultats obtenus par le biais de l'

Synthèse :

D'après les résultats obtenus par notre quatrième sujet, on constate que la qualité de vie de madame Kenza est moyenne.

2-discussion des hypothèses :

À partir de ce qui était recueilli tout au long de notre travail de recherche, et grâce au entretien élaboré avec notre échantillon qui comporte 04 cas, avec différents niveaux et à travers le questionnaire de PAR-QOL, on arrive à la phase de discussion des hypothèses, afin de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

Hypothèse n°01 : la qualité de vie des femmes victime de la violence conjugale est basse :

Afin de vérifier la fiabilité de notre première hypothèse nous nous sommes référés aux résultats obtenus de l'entretien semi-directif de recherche et celle de l'échelle (PAR-QOL) pour évaluer la qualité de vie de nos sujets dans l'objectif d'affirmer ou d'infirmier notre première hypothèse.

Cas°01 : madame Saliha

Selon les informations que nous avons pu retenir à partir de notre entretien semi-directif, nous avons constaté qu'elle souffre de plusieurs troubles somatique elle est souvent triste et épuisée qui en de l'impact sur sa santé psychique, et ce qui concerne le mariage c'est un mariage forcé « notre mariage était un mariage forcé, ces nos parents qui nous a forcé de se marier. » cette violence rend madame Saliha fatiguée et déprimé et elle perd son énergie, d'autre part le comportement quotidien de son mari « tout dépend de son humeur et si je commet une petite faute, il commence à devenir violent avec moi. Et ce qui concerne les raisons qui la laisse accepter ces agressions « j'accepte ces violences à cause de mes enfants, je cache toujours mes blessures car je ne veux pas que les gens parles sur moi ».

Pour l'échelle (PAR-QOL) madame Saliha a obtenu un score de 3.29, un score qui indique que la qualité de vie de notre sujet est basse ses réponses sur les questions les plus pertinentes telles que le degré de stress et la qualité de sommeil et la répercussion de trouble de sur sa propre santé. Nous avons constaté que l'ensemble des réponses ont été confirmé par cette dernière par la mention moyennement et beaucoup

De ce fait, et selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif ; et de l'échelle de (PAR-QOL), on affirme notre premier cas, sachant que la qualité de vie de madame Saliha est basse.

Une étude algérienne a été confirmée que la violence conjugale est un problème de santé publique à l'échelle nationale en 2005 les violences conjugales en atteignent le chiffre de 7499 cas, et en 2006 est atteinte 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 d'actes de violences contre les femmes, dont 297 viols 329 atteintes à la pudeur, il y a lieu de signaler que 5797 victimes de coups et blessures ont été enregistrées durant la même période.

D'après cette étude qu'on a montrée on confirme notre première hypothèse du premier cas.

Cas n°02 : madame Karima

En fonction de notre entretien de recherche semi-directif, madame Karima présente des indices indiquant que la qualité de vie de cette dernière est basse, pour le comportement quotidien de son ex-mari, « on est toujours fâché l'un envers l'autre, quand il demande de l'argent et je lui dis je n'ai pas il commence à me sacrifier et il devient violent ». D'autre part elle a eu des conséquences sur le plan physique « j'ai des hématomes sur plusieurs parties du corps, au début je souffre en silence et j'accepte toujours cette violence pour que je ne cause pas de problème, mais après j'ai demandé le divorce car je ne pouvais plus continuer comme ça la situation est devenue insupportable ». Et puis notre sujet de recherche souffre de troubles de sommeil et même elle eut des pensées suicidaires.

Dans l'échelle (PAR-QOL), madame Karima a obtenu un score de 3.41, un score qui indique que la qualité de vie de notre sujet de recherche est basse. Notamment sa réponse par « beaucoup » l'item n°6 « la qualité de votre sommeil est-elle affectée par un des aspects suivants : stress, impatience, contrariété et perte de moral » une question qui rassemble plusieurs signes déterminant la qualité de vie.

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi-directif et de l'échelle de (PAR-QOL), on affirme notre première hypothèse pour le deuxième cas, sachant que la qualité de vie de madame Karima est basse.

Une étude a été réalisée par (Hinda Hamdi 2017) qui s'intitule « les stratégies de coping en contexte de violence conjugale cette étude a été menée sur 120 la souffrance psychique la qualité de vie des femmes victimes de la violence conjugale, on montre que 58 % ont une violence basse

Cas n°03 : madame Zakia

En suivant les informations recueillies à partir de notre entretien semi-directif, madame Zakia présente des symptômes d'une qualité de vie basse, le trouble de sommeil constitue l'un des symptômes majeurs vécus par cette dernière, elle présente une grande souffrance physiologique et psychologique et malgré tout je « je ne peux pas me détacher de lui juste je prie Dieu qu'un jour, il se rende compte du mal qui me fait subir, et que tout changera ». « J'ai toujours de l'amour pour lui et je pense toujours à l'avenir de mes filles je ne veux pas qu'ils grandissent sans la présence de leur père ».

Dans l'échelle de (PAR-QOL) madame Zakia a obtenu un score de 3.35, un score qui indique que la qualité de vie de notre sujet est basse, dont on cite et à titre d'exemple sa réponse par « beaucoup » à l'item n°3 : « vous sentez-vous plus stressées qu'à votre habitude ? ».

Selon les analyses des données qu'on a pu obtenir dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de (PAR-QOL), on affirme notre première hypothèse pour le troisième cas, sachant que la qualité de vie de madame Zakia est basse.

Hypothèse n°02 : la qualité de vie des femmes victimes de la violence conjugale est moyenne :

Cas n°04 : madame Kenza

En fonction de notre entretien de recherche semi-directif, madame Kenza présente des symptômes qui indiquent que la qualité de vie de cette dernière est moyenne, exprimés par les troubles de sommeil et des crises de nerfs et d'angoisse « je m'énerve je ne lui parle pas pendant quelque temps j'en suis très touché, ce n'est pas comme ça j'imaginai ma vie, mais avec le temps je me suis adapté, c'est devenu mon quotidien ».

Dans l'échelle de (PAR-QOL) madame Kenza a obtenu un score de 3 un score qui indique que la qualité de vie de cette dernière est moyenne, en répondant par moyennement à l'item n°2, « vous sentez-vous plus stressées qu'à votre habitude ? ».

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien semi-directif et de l'échelle de (PAR-QOL), on affirme notre deuxième hypothèse pour ce quatrième cas, sachant que la qualité de vie de madame Kenza est moyenne.

Dans ce qui suit, nous allons présenter le tableau récapitulatifs des résultats obtenus de notre outil de recherche, et ce dans l'objectif de discuter notre entretien de recherche semi-directif et le résultat de PAR-QOL qui évalue la qualité de vie.

Une étude marocaine infirme un tel geste nous amène à nous interroger sur l'ampleur de cette violence faite aux femmes dans le Royaume du Maroc. D'une part, les statistiques disponibles démontrent que la violence conjugale constitue un problème particulièrement répandu. Une étude national effectuée en 2009-2010 sur la prévalence des violences faites aux femmes a permis de constater que 62,8 % des femmes de 18 à 64 ans ont été victimes d'une forme ou d'une autre de violence durant les 12 mois précédant l'enquête. Dans 55 pour cent des cas, cette violence a été commise par l'époux, tandis qu'elle a été dénoncée par l'épouse dans seulement 3 % des cas (Haut-commissariat au plan, 2012).

Tableau N° 09 : tableau au récapitulatif des résultats des sujets dans l'échelle de PAR-QOL.

Prénom	Pas du tout	Un peu	moyennement	beaucoup	énormément	Score général		La signification
SALIHA	00	04	06	05	02	56	3.29	Qualité de vie Basse
KARIMA	00	04	04	07	02	58	3.41	Qualité de vie Basse
ZAKIA	00	03	04	06	04	57	3.35	Qualité de vie Basse
KANZA	02	02	07	02	03	51	3	Qualité de vie Moyenne

Le tableau indique ci -dessus, représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos cas de recherche, on constate que (04) de nos cas ont une qualité de vie basse, par contre de dernier cas numéro (04) présentent une qualité de vie moyenne.

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 nos hypothèses que nous avons supposées au début de notre travail de recherche.

Conclusion générale

Notre travail de recherche, en matière de violence conjugale de plus en plus active, plusieurs questions de recherches on était faites mais les résultats obtenus se diffèrent d'une recherche à une autre, par rapport à la prévalence de ce problème dans chaque population, malgré toutes les études et les interventions dont elle a fait l'objet la violence conjugale se poursuit.

De ce fait la violence conjugale a attiré notre attention à cause de sa fréquence et conséquences qui touchent toute les sociétés, particulièrement société algérienne.

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

Dans l'objet d'explorer et cerner le profil psychologique des femmes victimes de la violence conjugale. On s'intéressant à un traitement psychologique, l'étude que nous avons mené sur quatre cas, ayant subis de la violence conjugale nous a permet de démontrer que cette dernière a effectivement un impact sur la personnalité de la femme.

Ce constat a été obtenu par l'application d'un entretien semi-directif, cette outil nous ont permis de connaître les différente individuelle et la personnalité de chaque cas, de vérifier la validité dans notre première hypothèses qui est : la violence conjugale a-t-elle un impact sur la personnalité de la femme nous avons confirmé cette hypothèse avec les 4 cas de notre recherche.

Pour conclure nous souhaitons cette étude ouvre une voie et soit d'une contribution à d'autre études ultérieure. 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 toute formes d'inégalités et d'actes violents dont souffrent les femmes chaque jour dans le monde.

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

Liste bibliographique

Ouvrages

1. Bénony , H et Chanaoui , k (1999).l'entretien clinique .paris, France : Douad.
2. Blanchet , A et Gotman , A .(2007).l'enquête et ses méthodes .Paris : Armand .colin
3. Boekuniversité .
4. Bouvet .C .(2015) .18 grandes notions de la pratiques de l'entretien clinique .paris: Dunod
5. Bruinfluchon .Schweitzer. M (2002).psychologie de la santé paris : Dunod.
6. C lairechamberland , (2003) .l'impact de la violence conjugale sur les femmes et lunsbabilités parental P310.snoda :l'édition (PAPIE) pour nous activités d'édition IM ise en page sractéra production graphique INC .
7. Charaoui , KH et Benony , H (2003) .Méthodes , évaluation et recherche en psychologie clinique :
8. Elisabet prier et Emmanuel Jovelin ,(2014) .La violence conjugale au congo – Brazzaville .Paris : rue de l'école –psycclinique .Eurotesct 127.
9. Fischer .N.(2002) .traité de psychologie de la santé .paris :Dunod .
10. Jean –Michel Kossel , (2003) . qualité de vie : du nez aux bronches .Paris : édition John LibbeyEurotest127 de la république 92120 Montrouge .
11. Lafaye , A .(2009) . Effet acteur –partenaires du soutien sociale et des stratégies de cofing sur la qualité de vie et les troubles ansocio – dépressifs des patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe , France .
12. Mercier , M et Schraub , s .(2005) .qualité de vie : quels outils de mesure? .in revue - 27es journées de la SFSPM, deauville , vol (N° 423) ,P418-421.
13. Michel .Hansenne , (2003) .psychologie de la personnalité , (1^{er} édition) .bruscelles,Belgique ,
14. **13**-Michel Blondeau , (2012) . Espériences d'intervention psychosocial en conteste de la violence conjugale ,soniagauthier et 54 tysemontriming ,snada : press de l'universite de québec .
15. OMS , (2000) Rapport mondial sur la violence et la santé Geneve .
16. Paris Armand .
17. Pierre –Michel Loria , (2004) .qualité de vie et schizophrénies .paris : Editiuon John libbey

18. Stenna, L. (2010). Etude de traces quotidiennes des étudiants de grandes écoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie, l'importance de la prise en compte de l'influence des traits de la personnalité et de l'estime de soi. (thèse de doctorat en psychologie clinique et psychologie). Université de Dijon, Paris.
19. Taza Poulou E (2008). Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien – université Paris 8: relation entre qualité de vie psychologique, stratégie d'ajustement et reconstruction identitaire.

Mémoire et thèse

Hélène la Chapelle, Louise Forest, (2000). La violence conjugale : développer l'expertise infirmière. Canada : presses de l'université du Québec.

Autres

<https://www.sosfemmevendee.fr/> les différents types de violence conjugale.

Annexes

Annexe N1

Le Guide d'entretien

Les informations personnelles de la victime :

1. Le nom.
2. Age.
3. profession.
4. niveau d'étude.
5. la situation relationnelle et l'état civil.
6. le nombre d'enfants.

Les informations personnelles de l'agresseur :

1. Age.
2. profession.
3. est-il fumeur consommateur de drogues, alcool : alcoolique, consommer-t-il de la drogue.

Axe1 : information sur la relation conjugale :

1. comment vous êtes rencontré ?
2. parler moi sur votre situation avant le mariage ?
3. depuis quand vous êtes marier ?
4. comment elle est votre vie de couple dans la vie quotidienne ?
5. votre conjoint contribue-t-il au dépenses de la famille / sinon comment vous faites/ vous laisse-il travailler ?
6. comment elles sont ces relations avec les amis et la famille quand vous- subissez ces agressions avez –vous fais recours à votre famille ou à des amis pour vous donner de l'aide avez-vous déjà quitté le domicile de votre mari apes l'agression ? Combien de fois ? Pourquoi êtes-vous retourner avec lui ?
7. vous empêche-t-il de voire votre famille et les critique-t-il ?

Axe2 : information sur les types de violence exercée sur la victime :

1. avez-vous subis des violences avant votre mariage, si oui par qui, depuis quand vous subissez de la violence de la part de votre marie cela vous arrive-t-il chaque jour/ chaque semaine/ ou bien chaque mois ?
2. avez-vous été victime d'insulte oui/non de menace oui/non de chantage oui /non avec usage d'arme oui/non de menace de mort verbale oui/non ?
3. avez-vous été victime de sexualité forcé oui/non cela arrive t'il souvent ?
4. quand il exerce cette violence il est conscient de ces actes ?
5. quelle est la cause de cette violence ? Quelle sont les conséquences de ces violences laissent-ils des traces sur votre cors ; est ce que vous essayez de les cacher sur vous enfants ou bien non ?
6. ces violences les exercez juste quand vous êtes seule ou bien même quand devant les gens ?
7. avez-vous déjà consulté un médecin à cause de ces violences ou déjà hospitalisé suite a cette agression ?
8. avez-vous posé plainte ? Pensez-vous le faire un jour, si oui pourquoi ? Si non pourquoi ?
9. comment comportez-vous avec votre partenaire après l'agression ?

Axe3 : le profil psychologique :

1. êtes-vous isoler après ses agressions oui/non ?
2. avez-vous des troubles de sommeil oui/non ?
3. avez-vous des troubles alimentaires ?
4. avez-vous des crises d'angoisses oui/non ?
5. avez-vous des pensées suicidaires oui/non avez-vous tentez de se suicider ?
6. êtes-vous de nature joyeuse avant le mariage ou bien avant ces violences ?
7. vous énervez rapidement oui/non et cela est avant le mariage ou bien avant ces violences ?
8. racontez-vous votre souffrance a votre famille ou à des amis si oui comment ce comporte elle avec lui ?

9. pour quelle raison acceptez-vous ces violence et ces maltraitance après ces violence quand vous vous retrouvez avec des traces comment les justifier ?

10. racontez-moi une chose bien que vous avez vécue avec votre marie

- **Tau des troubles de votre enfant :**

Veuillez cocher la case correspondant le mieux à votre situation

	Pas du tout	Un peu	moyennement	Beaucoup	Enormément
1-vous faites –vous du souci ?	1()	2()	3()	4()	5()
2-vous sentez –vous plus stressé(e)qu’a votre habitude ?	1()	2()	3()	4()	5()
3-perdez –vous plus facilement patience en général ?	1()	2()	3()	4()	5()
4-vous sentez-vous contrarié (e)	1()	2()	3()	4()	5()
5-cela affecte –t-il votre moral ?	1()	2()	3()	4()	5()
6-la qualité de votre sommeil est-elle affectée par un des aspects suivant : Stress, impatience, contrariété et perte de moral ?	1()	2()	3()	4()	5()
7-consacrez –vousmoins de temps aux autres membres de votre famille ?	1()	2()	3()	4()	5()
8-limitez-vous vos sorties et vos loisirs ?	1()	2()	3()	4()	5()
9-votre vie quotidienne est-elle perturbée par des changements de dernière minute ?	1()	2()	3()	4()	5()
10-la qualité de votre travail, à l’extérieure ou à la maison est-elle perturbée ?	1()	2()	3()	4()	5()
11-avez –vous des difficultés pour organiser votre emploi du temps ?	1()	2()	3()	4()	5()
12- avez –vous des frais à votre change ?	1()	2()	3()	4()	5()
13- vous sentez –vous impuissant(e)	1()	2()	3()	4()	5()

14-les troubles du développement de votre enfant ont-ils des répercussions sur votre propre santé ?	1()	2()	3()	4()	5()
15-les troubles de votre enfant sont-ils source de tension ou de dispute à l'intérieures de votre famille ?	1()	2()	3()	4()	5()
16-votre enfant vous réveille-t-il la nuit en raison de ses troubles ?	1()	2()	3()	4()	5()
17-du fait des troubles de votre enfant. diriez-vous que votre qualité de vie est :	1()	2()	3()	4()	5()

بشكل هائل	كثيراً	باعتدال	قليل		
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	1-هل أنت قلق؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	2-هل تشعر بالتوتر أكثر من المعتاد؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	3-هل تفقد الصبر بسهولة أكبر بشكل عام؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	4-هل تشعر بالضيق
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	5-هل يؤثر على معنوياتك؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	6-هل تتأثر جودة نومك بأي مما يلي: الإجهاد ونفاد الصبر والانزعاج وفقدان الروح المعنوية؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	7-هل تخصص وقتاً أقل لأفراد عائلتك الآخرين؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	8-هل تحد من نزهاتك وهواياتك؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	9-هل تتعطل حياتك اليومية بسبب تغييرات الدقائق الأخيرة؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	10-هل جودة عملك، في الخارج أو في المنزل، مضطربة؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	11-هل تجد صعوبة في تنظيم جدولك الزمني؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	12-هل لديك اي رسوم صرف؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	13-هل تشعر بالعجز؟
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	14-هل تؤثر مشاكل نمو طفلك على صحتك؟

() 5	() 4	() 3	() 2	() 1	15- هل مشاكل طفلك مصدر توتر أو جدال داخل أسرتك؟
() 5	() 4	() 3	() 2	() 1	16- هل يوقظك طفلك بالليل بسبب اضطرابات؟
() 5 متدهورة بشكل كبير	() 4 تدهورت كثيرا	() 3 متدهورة بشكل معتدل	() 2 متدهورة قليلا	() 1 دون تغيير	17- سبب اضطراب طفلك هل يمكنك القول أن نوعية حياتك هي:

La qualité de vie chez les femmes victimes de violence conjugale

Etude clinique de quatre (04) cas au niveau de l'EPH de Sidi Aich

Résumé

Cette recherche porte sur la qualité de vie chez les femmes victime de la violence conjugale, nous avons réalisé notre étude dans le service de médecine légale dans l'hôpital de Sidi Aich Rachid Belhocine, notre objectif principal à travers cette recherche est d'expliquer, décrire la qualité de vie des femmes qui ont vécu la violence conjugale.

Notre travail de recherche est constitué problématique et les hypothèses, d'une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique se compose de deux chapitres le premier la violence conjugale et le deuxième est consacré sur la qualité de vie ensuite, la partie pratique contient du troisième chapitre qui est la méthodologie de recherche, le quatrième chapitre concerne l'analyse des données et la discussion des hypothèses.

Abstract

This research focuses on the quality of life of women victims of domestic violence, we carried our study in the forensic medicine service in the hospital of Sidi Aich Rachid Belhocine. Our main objective through this research is to explain to write the quality of life of women who have experienced domestic violence.

Our research work is constituted problematic and the assumptions, a theoretical and practical part

The theoretical part contains the third chapter which is the research methodology the fourth chapter concerns the analysis of the data and the discussion of the hypotheses.