

Université ABDERRAHMANE MIRA de BEJAIA

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : psychologie clinique

Thème :

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

Etude de quatre (04) cas au sein de l'association AVIFE - Alger

Réalisé par :

Akli Ouari

Encadré par :

Dr. Belbessai R.

Année universitaire : 2023/2024

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier Dieu, tout puissant qui nous a accordé le courage pour réaliser ce modeste travail.

Un témoignage de la plus profonde gratitude à notre encadreur, Dr. Belbessai Rachid et nous la remercions pour son encadrement et sa disponibilité.

Nous tenons à remercier profondément les sujets qui ont accepté de participer à notre recherche.

Nous tenons également à remercier tous les enseignants de psychologie clinique.

Et dans le souci de n'oublier personne, que tous ceux qui nous ont aidé de près ou de loin, que ce soit par leur amitié, leurs conseils ou leur soutien moral.

Dédicaces

Avec l'aide de Dieu, le tout-puissant, ce travail est achevé.

Je dédie donc ce modeste travail ;

*À mes chers parents, Salah et Nouara qui se sont sacrifiés pour que
je réussisse dans mes études. Je leur exprime ici toute ma tendresse et
ma gratitude, dont le seul honneur d'être leur fils me suffit.*

« Que dieu les protèges »

*En la mémoire de ma défunte sœur, Sahra. Qu'elle puisse se reposer
en paix.*

À mes chers sœurs et frères ainsi que mes ami(e)s.

Akli. O

La liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

AVIF : Association Contre la Violence Faite aux Femmes.

DGSN : Direction Générale de la Sécurité Nationale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

Numéro du Tableau	Le titre	Page
Tableau N° 01	Tableau Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche	40
Tableau n° 02	Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche.	41
Tableau n° 03	Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 01	53
Tableau n° 04	Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 02	58
Tableau n° 05	Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 03	62
Tableau n° 06	Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 04	66
Tableau n° 07	Les résultats de l'inventaire de depression de Beck-II ^{ème} édition.	68

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Sommaire

Liste des tableaux

Listes des figures

Listes des annexes

Introduction générale01

Cadre conceptuel de la problématique

1)- Problématique05

2)- Hypothèses de recherche08

3)- Définition des concepts clés et leurs opérationnalisations08

4)- Opérationnalisation des concepts09

5)- Les raisons du choix de ce thème10

6)- Les objectifs de la recherche10

Partie théorique Chapitre I : la violence conjugale

Préambule

1)- Le concept de violence12

1-1)- Définition du concept violence12

1-2)- La confusion entre la violence et d'autres notions12

1-3)- La typologie de la violence13

1-4)- Les modèles de la représentation de la violence14

2)- La violence conjugale.....15

2-1)- Aperçu historique du concept de violence conjugale.....15

2-2)- La définition de la violence conjugale15

2-3)- Les causes de la violence conjugale16

Sommaire

2-4)- L'escalade de la violence conjugale	16
2-5)- Le cycle de la violence conjugale	17
2-6)- Les manifestations de la violence conjugale	19
2-7)- La typologie de la violence conjugale.....	20
2-8)- Les conséquences de la violence conjugale	20
2-9)- Le profil de l'homme violent	21
2-10)- Le profil de la femme violentée	22
2-11)- Les théories explicatives de la violence conjugale	23
2-12)- La pénalisation des violences conjugale selon la législation algérienne	23

Synthèse

Chapitre II : La dépression et la violence

Préambule

1)- Aperçu historique de la notion de dépression	27
2)- Épidémiologie de la dépression	27
3)- Définition de la dépression	27
4)- Les types de dépression	28
5)- Les symptômes de la dépression	30
6)- Les causes de la dépression	30
7)- Les approches de la dépression	31
7-1)- La dépression chez les femmes	33
7-2)-La dépression et la violence	34
8)- Traitement de la dépression	35

Synthèse

Sommaire

Partie pratique : Chapitre III : Le cadre méthodologique de la recherche

Préambule

1)- Méthodologie de recherche	38
2)- La pré-enquête	39
3)- Présentation du groupe de recherche.....	40
4)- Présentation du lieu de recherche	41
5)- Outils de recherche	44
6) -Présentation de l'échelle de dépression de Beck	46
7)- Déroulement de la recherche	49

Synthèse

Chapitre IV : Présentation, analyse et interprétation des résultats.

1)- Présentation du cas n° 01	51
2)- Présentation du cas n° 02	55
3)- Présentation du cas n° 03	59
4)- Présentation du cas n° 04	63
5)-Synthèse Générale des quatre (04) cas	67
6) - Discussions des hypothèses	67

Conclusion Générale	70
----------------------------------	-----------

Liste bibliographique

Annexes

A blue horizontal scroll with a dark blue outline. The left end is rolled up, and the right end has a small circular detail. The text "Introduction générale" is written in bold black font in the center.

Introduction générale

Introduction générale

La violence conjugale représente un sérieux enjeu de santé publique, étant l'une des formes les plus répandues de violence au sein des familles à travers le monde. Son impact sur les femmes est indéniable, les plaçant en tant que victimes reconnues aussi bien par le système de soins que par les législateurs.

Jusqu'à présent, la violence conjugale infligée aux femmes est largement négligée, reléguée aux faits divers plutôt qu'en première page des journaux. Toutefois, elle commence enfin à être exposée grâce à une recherche de plus en plus active, bien que les résultats obtenus continuent de susciter des controverses quant à la prévalence de ce problème au sein de la population.

Néanmoins, dans toutes les sociétés, bien que dans des proportions différentes, les femmes sont souvent confrontées à des inégalités de droits et de traitement par rapport aux hommes. Cette situation découle de la discrimination présente dans la société en général, et plus particulièrement au sein de la cellule familiale. Les causes et les conséquences de cette violence peuvent varier en gravité selon les pays.

La violence conjugale est un phénomène délicat en raison du statut à la fois moral et juridique attribué aux relations intimes entre hommes et femmes. La famille est souvent perçue comme un lieu où les individus cherchent amour, sécurité et protection, mais pour de nombreuses personnes, elle se révèle être un environnement dangereux, générant certaines des formes de violence les plus atroces à l'encontre des femmes.

En effet, la violence conjugale revêt plusieurs formes, notamment la violence psychologique, sexuelle, économique et physique. Cette dernière entraîne des conséquences préjudiciables non seulement sur la santé physique, mais également sur la santé mentale, notamment en provoquant la dépression.

Le choix de notre recherche, intitulée "**La dépression chez les femmes victimes de violence conjugale**", découle de l'ampleur du phénomène de violence envers les femmes, en particulier au sein de la sphère familiale, et de ses répercussions sur leur bien-être mental et psychologique. Notre objectif est d'étudier l'influence de la violence conjugale sur l'apparition de la dépression chez les femmes victimes. Pour ce faire, nous adoptons une approche cognitivo-comportementale dans notre recherche.

Cette étude a été menée à l'Association contre les Violences faites aux Femmes et aux Enfants (AVIFE) /Réseau Wassila, qui se situe à Draria (Alger), du 15 avril au 30 mai 2021, où nous avons réalisé des investigations sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses. Nous nous sommes basés sur l'analyse de quatre (04) cas de femmes adultes ayant vécu des situations de maltraitance de la part de leur conjoint. Pour l'évaluation psychologique des victimes, nous avons utilisé des entretiens cliniques spécifiques.

Introduction générale

Ce travail est structuré en trois chapitres, avec des parties théoriques et pratiques. La première partie expose la problématique ainsi que les hypothèses formulées. La deuxième partie comprend deux chapitres, dont le premier aborde la violence conjugale en fournissant différentes définitions selon divers points de vue, en explorant ses différentes formes, causes et conséquences. Enfin, nous abordons les approches cognitivo-comportementale, féministes et systémiques.

La troisième partie est consacrée à la méthodologie utilisée dans notre recherche, détaillant les procédures d'échantillonnage, les instruments de collecte de données et les analyses statistiques. La quatrième partie présente les résultats obtenus à partir de notre étude de cas, mettant en évidence les principales conclusions sur l'impact de la violence conjugale sur la dépression chez les femmes. Enfin, nous concluons notre travail par des recommandations pour la pratique clinique et des suggestions pour de futures recherches dans ce domaine.

A blue horizontal scroll with a dark blue outline and a lighter blue fill. It has a vertical strip on the left side and small circular details at the top and bottom corners, giving it the appearance of a rolled-up document.

Cadre conceptuel de la problématique

1- Problématique

La violence à l'égard des femmes est un problème universel qui touche des millions de femmes à l'échelle mondiale quel que soit l'âge, la situation socio-économique, le niveau d'instruction ou la région.

L'assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (O. N. U.) a adopté en 1993 la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Elle définit la violence comme tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée.

La violence conjugale correspond à la confirmation d'un ensemble de comportements de maltraitance dirigés par une personne contre une autre dans le cadre d'une relation intime afin de préserver son pouvoir et son autorité sur celle-ci. (Pansuet Louchette, 2000, p.52).

Par la suite l'Organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.) a permis une prise de conscience collective sur le phénomène de la violence particulièrement à l'encontre des femmes et elle la considère comme une priorité de santé publique. (Organisation Mondiale de la Santé « OMS »).

Selon les données de l'OMS en 2021, une femme sur trois âgées de quinze (15) ans et plus (30%), avaient subi des violences physiques ou sexuelles au sein de son couple des violences sexuelles infligées par une personne autre qu'un partenaire, ou avaient connu les deux, un nombre qui est resté en grande partie inchangé au cours de la dernière décennie. (L'Organisation Mondiale de la Santé, OMS)

En Algérie la violence conjugale est un problème de santé publique à l'échelle nationale. La commissaire de police, Yasmine Khouaci détaillé les statistiques de ce type de violence en soulignant que durant les neuf (09) premiers mois de 2021, sur les 5412 cas de violence infligé aux femmes, 29,06% sont des violences conjugales, soit 1573. Parmi les violences conjugales répertoriées pour la même période, 70,95% de cas de violence physique, 27,71 de maltraitance et 1,33% sont soit des meurtres, des décès suite à des blessures aggravées ou des tentatives de meurtre. (08/06/2024,16h00min, <https://www.Algerie360.com/violences-faites-aux-femmes-quel-bilan-pour-lalgerie-en-en-2022/>).

Durant les neuf (09) premiers mois de 2022, la Direction Générale de la Sûreté Nationale (DGSN) a enregistré 4616 cas de violence à l'égard des femmes, dont 1404 cas de violence conjugale, soit 30,41%.

Cadre conceptuel de la problématique

Parmi ces cas de violences conjugales, 65,56% sont des violences physiques, 34,1% de maltraitance et 1,07 de meurtre, de tentative de meurtre ou de femme battues à mort. (08/06/2024,16h00min,<https://www.Algerie360.com/violences-faites-aux-femmes-quel-bilan-pour-lalgerie-en-en-2022/>).

Selon J.Delay, la dépression est comme une « disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes de plaisir et de douleur ». (Deniker. P, Lempérière. J & Guyotat, 1990,p.16).

La dépression est définie comme « état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-t-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradés ». (Sillamy. 2003, p.79)

Beaucoup de chercheurs se sont intéressés à cette problématique. Parmi eux, nous trouvons Beck qui expose cette théorie et que l'apparition de la dépression survenue d'après les idées négatives liée à l'affaiblissement de l'état psychique de la femme violentée et qui apparaissent sous forme de manque d'intérêt à la vie quotidienne. Nous adoptons donc dans notre travail le modèle cognitif de Beck ainsi que son échelle de mesure de la dépression pour mesurer le degré de la dépression chez les femmes victimes de la violence conjugale. La dépression est considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. La notion d'humeur (ou de thymie) est définie par Jean Delay (1946) comme « Disposition affective à la base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et douleur. » (Besançon. A, 2005, p.48).

Au Canada, des études estiment que les femmes victimes de violence conjugale ont été identifiées comme étant particulièrement à risque de développer des problèmes de santé physique et psychologique. Par exemple, pour les auteurs Cascardi, O'Leary & Shlee, (1999), les symptômes dépressifs atteignant des seuils cliniques sont présents chez 38 % à 83 % des femmes rapportant être victimes d'actes de violence physique par leur conjoint, ces taux variant en fonction des milieux de recrutement et des mesures utilisées. D'autre part, les femmes ayant des symptômes dépressifs importants déclarent davantage avoir subi la violence de leur partenaire. (Cascardi. M, O'Leary. K, D, & Schlee. K, A, (1999), p.227-249.)

Cadre conceptuel de la problématique

Dans une autre étude effectuée par Bradley, Smith, Long & O'Dowd (2002), portant sur les femmes consultant leur médecin de famille, 67 % des participantes atteignant un seuil clinique à une échelle de dépression rapportaient également avoir été victimes de violence physique de la part de leurs conjoints actuels ou précédents, confirmant, entre autres, les effets à long terme sur l'affect dépressif des victimes. En outre, Keller (1996) affirme que, dans les milieux hospitaliers et psychiatriques, une histoire de violence de la part du conjoint est particulièrement fréquente. (Boucher. F, et Cyr. 2006, p.338).

En France, on compte chaque année près de trois millions de patients dépressifs. Au total, ce ne sont pas moins de huit millions de personnes qui ont fait ou feront de la dépression dans leur vie. Par conséquent, ce sont 10 à 20 % de la population qui présentera un syndrome dépressif majeur à un moment ou à un autre de leur vie. Certes, elle touche tous les âges et en particulier les 45-54 ans et deux fois plus les femmes que les hommes (Lamessi.A, 2015, p.25).

Selon la projection de l'OMS, la dépression sera en 2020 au deuxième rang des maladies les plus sévères par rapport au coût global, après les maladies cardio-vasculaires. En 2030, elle représentera tout simplement la première cause d'invalidité avec les 50% des congés maladie qui lui seront imputables. Tout cela finit par convaincre les plus sceptiques que la problématique de la dépression cesse d'être un simple fait de société. Bien au contraire. La dépression est désormais un véritable enjeu de santé publique qui mobilise les pouvoirs publics, oblige qu'ils sont, à trouver des parades efficaces à la montée en puissance de ce fléau et de prévenir de son emprise. La vérité, c'est que la dépression est une maladie très handicapante. Elle impacte directement tous les aspects de la vie du malade: affectif, familial, social et professionnel. Elle diminue les performances intellectuelles ainsi que les performances physiques, affecte la libido et engendre des difficultés à interagir avec l'environnement, ce qui a l'inconvénient majeur d'altérer particulièrement la qualité de la vie. Au-delà du déprimé lui-même qui souffre impuissant les affres de cette pathologie qui l'acculent jusqu'à son dernier 25 retranchement, la dépression engendre des conséquences incommensurables sur la société (Lamessi.A, 2015, p.25).

Selon l'association américaine de psychiatrie (APA, 2015), la dépression est définie comme faisant partie des troubles de l'humeur. L'APA énonce neufs symptômes dépressifs l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt ou plaisir pour les activités, la perte ou gain de poids en l'absence de régime ou la Diminution ou augmentation de l'appétit. L'insomnie ou l'hypersomnie l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la fatigue ou la perte d'énergie, le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision des pensées de mort

Cadre conceptuel de la problématique

et les idées suicidaires récurrentes, la tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. (APA. 2015. P.188).

L'extension de ce phénomène devrait amener une réaction de plusieurs centres, notamment leurs accompagnements psychologiques et judiciaires.

Toutes ces données nous amènent aux questions suivantes :

-Est-ce que les femmes victimes de violences conjugales développent une dépression ?

Autrement dit :

-Jusqu'à quel degré les femmes victimes de violences conjugales peuvent-elles atteindre la dépression ?

2- Hypothèses de recherche :

- ✓ Les femmes victimes de violences conjugales développent une dépression
- ✓ Les femmes victimes de violence conjugale et peuvent atteindre la dépression à un niveau élevé.

3- Définition des concepts clés et leurs opérationnalisation :

3.1- La violence conjugale :

- Plusieurs données sur l'ampleur de la violence conjugale indiquent que les principales victimes sont les femmes. l'ONU (2013) qui définit explicitement la violence conjugale comme une violence faites aux femmes fait le constat qu'elle en social, de fait, 38 pourcent des femmes tuées a travers le monde l'ont été par un partenaire intime, soit six fois plus que le nombre tués par leur partenaire (LEssard. G 2015.).

3.2- La dépression :

- La dépression est une maladie mentale caractérise par une modification profond de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et du ralentissement promoteur. s'accompagner parfois d'anxiété, la dépression entretien chez le patient une impression d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne des ruminations su délirantes a thèmes de culpabilité, d'indignité ,d'auto-dépression pouvant conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser.(Grand dictionnaire de psychologie 1999, p25).

3.3- Les personnes affectées :

- Selon la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies, les personnes affectées sont des individus ou des groupes qui ont subi des préjudices, tels que des atteintes à leur intégrité physique ou mentale, une détresse morale, des pertes matérielles ou des violations graves de leurs droits fondamentaux, suite à des actions ou des négligences contraires aux lois pénales en vigueur dans un État membre, y compris celles qui condamnent les abus criminels de pouvoir.

3.4- La violence physique :

- La violence physique englobe les agressions physiques infligées à une personne. Elle peut prendre la forme de coups, de gifles, de morsures, de griffures, d'étranglements, d'utilisation d'objets comme armes, de brûlures, d'homicides ou d'autres formes de violences physiques.

3.5- La vie de couple :

- La vie de couple fait référence à la relation intime partagée entre deux partenaires. Elle implique une évolution des relations privées qui se construit autour d'une démocratisation de la famille.

4- Opérationnalisation des concepts :

4.1- La violence conjugale :

- La violence conjugale est un processus au cours duquel un partenaire exerce des comportements agressifs et violents à l'encontre de l'autre dans le cadre d'une relation privée et privilégiée. (Gustave Nicolas Fischer, 2003).

4.2- La dépression :

- Les symptômes qui apparaissent de la dépression lorsqu'on a une humeur triste, perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, au moins deux semaines, et que le sujet doit présenter au moins quatre symptômes suivantes :
 - Le changement de sommeil ;
 - Changement de l'appétit ou du poids ;
 - Changement de l'activité physique et intellectuelle ;
 - Réduction de l'énergie ;

Cadre conceptuel de la problématique

- Idée de dévalorisation ou de culpabilité ;
- Difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ;
- Idées de mort récurrentes, idées suicidaires ou tentative de suicide. (DSM-IV, 2003, p.397).

4.3- Les personnes affectées :

Les personnes affectées désignent celles qui ont vécu des souffrances, ce sont des individus qui ont subi divers abus ou préjudices.

4.4- La violence physique :

La violence physique représente des actes brutaux commis par une personne envers une autre, elle constitue une forme de maltraitance physique.

4.5- La vie de couple :

Une personne liée à une autre par le mariage ou une union, c'est une relation qui englobe les liens juridiques et religieux qui unissent les conjoints.

5- Les raisons du choix de ce thème :

La violence conjugale demeure un phénomène préoccupant qui persiste quotidiennement, souvent négligé et incompris par la société. Les statistiques témoignent d'une augmentation constante de la fréquence des actes violents, prenant différentes formes. Dans notre humble démarche, nous souhaitons mettre en lumière quelques exemples de violence à l'égard des femmes, afin de sensibiliser les individus à la nécessité de prévenir ces comportements destructeurs. Nous espérons que ces illustrations éclairantes de quatre (04) cas pourront véhiculer ce message essentiel.

6-Les objectifs de la recherche :

Dans notre étude, nous avons cherché à mettre en évidence l'impact de la violence conjugale ; qu'elle soit physique ou psychologique, sur le niveau stress des femmes qui en sont victimes par sur le développement d'une dépression chez les femmes qui se sent victimes. Notre objectif scientifique était de présenter une étude claire et compréhensible les conséquences néfastes de la violence envers ces femmes, afin de sensibiliser le public à cette problématique.

A blue horizontal scroll with a dark blue outline and rounded ends. The scroll is slightly curved, giving it a three-dimensional appearance. The text is centered on the scroll.

La violence conjugale

Chapitre I : La violence conjugale

Préambule

La violence conjugale demeure un phénomène sociétal complexe au sein de notre communauté, se manifestant à travers diverses expressions et catégories, et perdurant jusqu'à nos jours. Dans cette section, nous explorerons les aspects suivants : la définition de la violence, la violence au sein des relations conjugales, les origines de la violence conjugale, le cycle de la violence conjugale, les manifestations de la violence conjugale, les différentes formes de violence conjugale, les répercussions de la violence conjugale, le profil des agresseurs, le profil des victimes, l'impact psycho-traumatique de la violence conjugale sur les personnes concernées, ainsi que les théories explicatives de la violence conjugale.

1-Le concept de violence :

1.1) - Définition de la violence :

Plusieurs chercheurs ont tenté d'appréhender la notion de "violence". La violence se caractérise par l'utilisation délibérée d'une autorité par un individu afin de dominer autrui, que ce soit de manière évidente ou dissimulée. Elle ne constitue pas une simple perte de contrôle, mais plutôt une prise de pouvoir visant à obtenir ce que l'on souhaite.

D'après le vaste lexique de la psychologie, la violence est décrite comme une force brutale imposée par un individu à d'autres, pouvant aller jusqu'à l'emploi de coercition par intimidation ou terreur. Elle englobe également toutes les conduites agressives qu'une personne plus forte physiquement ou mentalement inflige à une personne plus vulnérable. (Grand Dictionnaire de Psychologie, 1999, p.989).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002), la violence se réfère à l'utilisation délibérée, ou à la menace d'une telle utilisation, de la force physique ou du pouvoir envers soi-même, autrui, un groupe ou une communauté, entraînant un risque élevé de traumatisme, de préjudice moral, de développement déficient ou de carence. (Garance. K, 2002, p.06).

1.2) -La confusion entre violence et agressivité :

Il est courant de confondre les notions d'agressivité, de violence, de pouvoir, de force et d'autorité, en raison d'une méconnaissance de leurs véritables significations. L'autorité ne justifie pas la violence, tout comme la force physique ne confère pas le droit de maltraiter autrui.

Par ailleurs, il est important de distinguer l'agressivité de la violence. L'agressivité relève du domaine de la psychologie, tandis que la violence ne devrait désigner qu'une des formes que peut prendre l'agression. Certains suggèrent de qualifier de "combativité" l'agressivité canalisée et maîtrisée par des actions non violentes.

Chapitre I : La violence conjugale

Il convient de souligner que la colère envers autrui ne relève pas nécessairement de la violence, mais plutôt de l'agressivité. Assimiler la violence à toute forme de force ou d'énergie constitue une erreur. La violence se réfère à la négation de l'autre, pouvant mener à sa destruction, non seulement physique, mais aussi au niveau de son intégrité fondamentale. Ainsi, il ne s'agit pas d'une seule forme de violence, mais de multiples formes de violences.

Pouvoir, puissance, force, autorité et violence désignent simplement les moyens employés par les individus pour exercer leur domination sur les autres.(Annick. H, et Radja M, 2009, p.30).

1.3) -La typologie de la violence :

La typologie employée dans le Rapport mondial sur la violence et la santé catégorise les actes de violence en trois grandes classes : violence auto-infligée, violence interpersonnelle et violence collective. Cette classification distingue la violence dirigée contre soi-même, celle infligée par autrui ou par un petit groupe d'individus, et celle exercée par des collectivités plus larges, telles que des États ou des groupes politiques.

a - La violence auto-infligée : Englobe les comportements suicidaires et les actes d'automutilation, où l'individu fait subir des sévices à son propre corps.

Avoir des pensées suicidaires peut se résumer à envisager de mettre fin à sa propre vie, mais cela peut également inclure la préparation à l'acte, la recherche des moyens de le réaliser ou la tentative de suicide jusqu'à son accomplissement final.(Annick. H, et Radja. M, 2009, p.19).

b - La violence interpersonnelle: Se subdivise en deux sous-catégories :

La violence familiale et la violence entre partenaires, qui se manifestent principalement, bien que pas exclusivement, au sein du foyer familial, impliquant des membres de la famille ou des proches.

La violence communautaire, qui se produit entre des individus sans liens familiaux, qu'ils se connaissent ou non, et qui survient généralement en dehors du contexte domestique.(Annick. H, et Radja. M, 2009, p.19).

c - La violence collective: Elle représente l'utilisation intentionnelle de la violence par des groupes qui s'identifient en tant qu'entités distinctes, dans le but d'atteindre des objectifs politiques, économiques ou sociaux. Elle peut revêtir différentes formes, telles que des conflits armés entre États ou à l'intérieur d'un État, des génocides, des répressions ou d'autres violations des droits fondamentaux, ainsi que des actes de terrorisme ou de criminalité organisée.(Annick. H, et Radja. M, 2009, p.19).

Chapitre I : La violence conjugale

1.4)- Les modèles de la représentation de la violence :

A- L'approche psychologique

Diverses approches psychologiques étudient la violence et l'agressivité, cherchant à établir des liens entre ces comportements et des facteurs spécifiques. Les théories comportementales examinent les relations entre les stimuli environnementaux et l'agressivité. Des études ont révélé que les gestes brusques peuvent déclencher la peur et l'hostilité chez les individus.

D'autres théories, basées notamment sur les travaux de Jacques Lecomte, mettent l'accent sur l'importance des modèles. Elles suggèrent qu'il existe un apprentissage de la violence à travers des expériences émotionnellement chargées. Selon cette perspective, la propension d'une personne à la violence dépendrait des modèles de comportements agressifs présents dans son environnement familial ou social.

Les approches cliniques mettent en évidence les facteurs traumatiques, tels que les séparations et les crises familiales, dans le développement de personnalités agressives. Des recherches statistiques ont également montré une corrélation entre l'auto-agression suicidaire et l'agression dirigée vers autrui. Les études d'E. Durkheim sur le suicide ont également mis en évidence cette réversibilité.(Annick. H, et Radja. M, 2009, p.78).

La psychologie sociale étudie l'agressivité et la violence dans le contexte des interactions sociales. Elle souligne l'importance des structures de la situation et de l'assignation des rôles, et constate que les traits de personnalité ne sont pas les seuls facteurs influençant la manifestation de comportements agressifs. Des expériences telles que celles menées par Christophe André démontrent que les comportements des agresseurs et des victimes s'influencent mutuellement.

B- Le point de vue éthologique :

L'agression est un instinct qui possède en elle-même une impulsion spontanée. Elle est nécessaire pour structurer les relations sociales en favorisant l'échange et la communication. Il s'agit d'un instinct adaptatif, une énergie qui s'exprime initialement par l'activité et se manifeste ensuite de différentes manières, tant au niveau individuel que collectif, en fonction de l'apprentissage et de la transmission sociale. Cela va de l'affirmation de soi à la barbarie. La vie est façonnée par l'agression. Lorsque l'évolution de l'homme lui a permis de dominer son environnement et de maîtriser des outils et des techniques de plus en plus sophistiqués, l'instinct est devenu préjudiciable et l'agressivité est devenue destructrice. Dans cette perspective, les manifestations destructrices de l'agressivité peuvent être considérées comme un produit de la culture.(Annick. H, et Radja. M, 2009, p.78).

Chapitre I : La violence conjugale

2- La violence conjugale :

2.1)- Aperçu historique du concept de violence conjugale :

Depuis des temps immémoriaux, la question de la violence envers les femmes persiste, comme en attestent des écrits anciens retrouvés dans l'Ancien Testament. Pendant de longues périodes, cette forme de violence était considérée comme relevant de la sphère privée, un problème réservé à deux adultes. Cette réalité perdurait même au cours du Moyen Âge, où l'État et l'Église reconnaissaient légalement le droit des maris à exercer des mauvais traitements envers leurs épouses. Il a fallu attendre 1890 pour qu'une première loi voie le jour au Canada, mettant fin à ce privilège légal accordé aux maris. En 1929, les femmes obtiennent enfin la reconnaissance de leur statut juridique de "personnes", et en 1940, elles obtiennent le droit de vote au Québec.

Cependant, c'est à partir de la fin des années 1970 que l'on observe réellement un changement significatif dans les mentalités et les valeurs liées aux relations entre hommes et femmes. C'est à ce moment-là qu'émerge le mouvement féministe, porté par l'engagement des femmes au Québec. En 1973, grâce à l'aide des religieuses, la première maison d'hébergement destinée aux femmes victimes de violence est fondée. En 1986, le ministère de la justice du Québec met en place une politique d'intervention spécifique vis-à-vis de la violence conjugale. Il devient alors primordial de développer des ressources adéquates afin de répondre aux besoins des victimes, mais aussi des auteurs de ces actes violents. Ainsi, cette problématique oppressive ne se limite plus uniquement aux couples, mais concerne l'ensemble de la famille, de la communauté et de la société dans son ensemble.(Chantal. C, 2009).

2.2)- La définition de la violence conjugale :

Définition psychologique :

La violence conjugale peut être définie comme un processus où l'un des partenaires exerce des comportements agressifs et violents envers l'autre au sein d'une relation intime et privée. (Gustave. N, 2003, p.110).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

La violence conjugale englobe tous les actes de violence dirigés spécifiquement contre les femmes, entraînant ou pouvant entraîner des préjudices physiques, sexuels ou psychologiques, y compris la menace de tels actes. Cela inclut également la contrainte et la privation arbitraire de liberté, qu'elles se produisent dans la sphère publique ou privée (Maryase. F, 2003, p.110).

2.3)- Les causes de la violence conjugale :

Chapitre I : La violence conjugale

La violence conjugale ne se limite pas à un groupe social, économique ou culturel spécifique. Elle n'est pas non plus un destin inévitable, car la violence n'est pas innée, elle est apprise. Les expériences collectives et individuelles, la construction sociale et l'influence de la belle-famille (beaux-parents, belles-sœurs, beaux-frères), en particulier dans notre société, ainsi que l'impact d'une culture patriarcale, peuvent pousser certains hommes à adopter des comportements sexistes et violents envers les femmes. Cela peut être à l'origine de la violence au sein du couple.

De plus, certains facteurs peuvent aggraver ou augmenter les risques de violence conjugale, tels que l'historique personnel de l'homme violent ou des périodes de fragilité et de vulnérabilité qu'il peut traverser. D'autres facteurs peuvent déclencher ou aggraver la violence conjugale, tels que la période de grossesse.

Selon le rapport Henrion, certains hommes ont plus de propension à la violence que d'autres. Il est remarquable de constater le manque d'informations sur les agresseurs et les raisons de leur comportement.

La reconnaissance des pressions psychologiques a permis de décrire une forme contemporaine de domination d'un sexe sur l'autre, dans un contexte social où la relation de couple est censée être égalitaire et où la violence physique est interdite.(Ounissa. D, 2009, p.73).

2.4)- L'escalade de la violence conjugale :

La violence au sein d'un couple se développe de manière graduelle, avec une évolution progressive allant de manifestations moins graves à des comportements de plus en plus dangereux.

1- Harcèlement psychologique

2- Développement de violences verbales

3- Passage à des agressions physiques

4- Risque d'homicide

Chapitre I : La violence conjugale

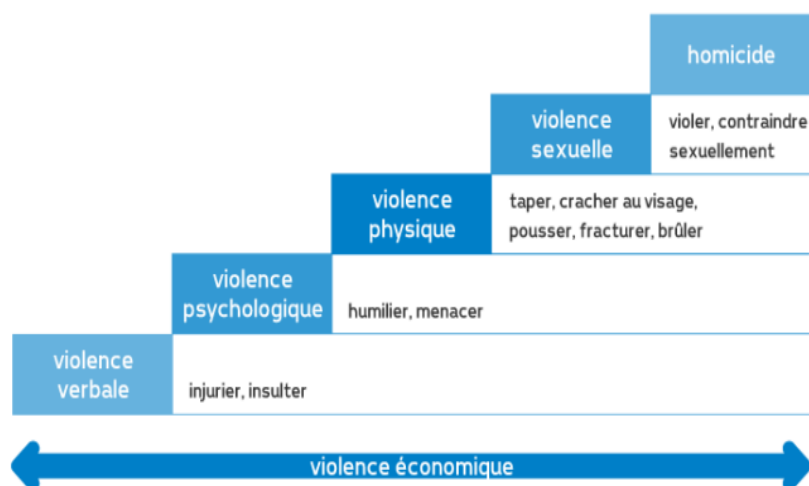


Figure n°01 : Schéma qui représente l'escalade de violence conjugale.
(Evelyne. J, 2007, p.20).

2.5)- Le cycle de la violence conjugale :

La violence conjugale se déroule généralement selon un cycle composé de différentes étapes. Ce schéma est présent dans de nombreux cas, bien que sa durée et son intensité puissent varier.

Étape 1 : Tension croissante

Le conjoint crée un climat de tension à la maison par ses paroles et ses attitudes. Il critique et dévalorise constamment sa partenaire, remettant en question ses compétences et sa valeur. La femme ressent de la peur et de l'incertitude, elle craint de déplaire, de commettre des erreurs et devient anxieuse et paralysée. (Evelyne. J, 2007, p.18).

Étape 2 : Crise

La tension atteint son paroxysme et le conjoint passe à l'acte. Il exerce différentes formes de violence, que ce soit psychologique, verbale, physique, etc. Il "explose" et laisse éclater sa colère. La conjointe se retrouve humiliée et désespérée face à cette agression. (Evelyne. J, 2007, p.18).

Chapitre I : La violence conjugale

Étape 3 : Justification

Après la crise, le conjoint minimise et invalide son comportement violent. Il se déresponsabilise et rejette la faute sur sa partenaire, l'accusant de ne pas l'avoir écouté ou d'avoir provoqué sa réaction. La femme se sent responsable des actes commis à son égard et commence à douter d'elle-même, se convainquant qu'elle ne comprend rien, qu'elle exagère ou qu'elle est trop sensible. À mesure que le cycle se répète, elle se perçoit de plus en plus comme incompetente et assume la responsabilité de la violence de son conjoint.(Evelyne. J, 2007, p18).

Étape 4 : Lune de miel

Après la crise, le conjoint exprime des regrets et promet de ne pas recommencer. Il devient soudain affectueux, attentionné et agréable. La conjointe se laisse prendre par cet espoir et croit que l'homme peut réellement changer. (Evelyne. J, 2007, p.18).

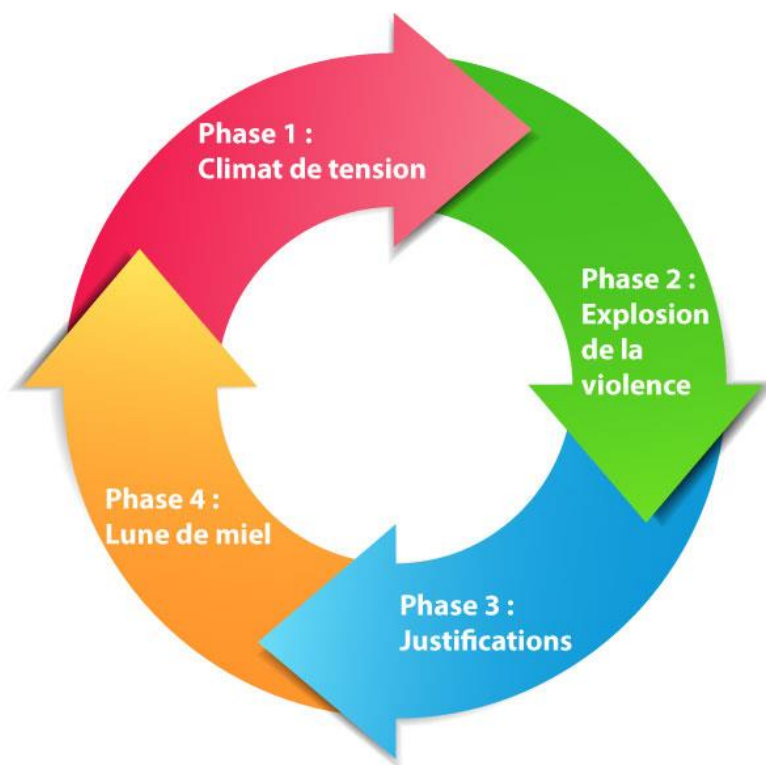


Figure n° 02 : Le cycle de la violence conjugale selon(Evelyne. J, 2007. p.18).

Chapitre I : La violence conjugale

2.6)- Les manifestations de la violence conjugale :

a) La violence physique :

Parmi les tactiques utilisées par les partenaires agressifs pour exercer leur pouvoir sur leurs victimes, la violence physique est la forme la plus évidente et la première à être reconnue. Elle peut se manifester de différentes manières, comme des gestes de bousculade, de bras serré, de tirage de cheveux, de morsure, de gifles, de coups de poing ou de pied. Parfois, des objets tels qu'un couteau, une chaise ou une bouteille en verre peuvent être utilisés pour frapper. Ces actes laissent souvent des marques visibles sur la femme, comme des coupures ou des fractures. (Bernier. D, et All, 2005, p.15).

b) La violence sexuelle :

La violence physique peut parfois évoluer vers la violence sexuelle. Cette dernière ne se limite pas seulement à des actes sexuels non désirés (qui vont du harcèlement à l'intimidation, voire au viol), mais elle atteint la femme dans son intégrité même. Cette forme de violence peut également impliquer la pornographie, notamment lorsque la femme est forcée de faire ou de regarder des choses contre son gré. Pendant la grossesse, cette violence peut être particulièrement présente. Par exemple, le conjoint peut refuser d'avoir des relations sexuelles en trouvant le corps de la femme repoussant, ou encore la contraindre à avoir des relations sexuelles sans son consentement, même immédiatement après la naissance de l'enfant. Il peut également imposer ou refuser l'utilisation de moyens de contraception. (Bernier. D, et All, 2005, p.13).

c) La violence économique :

La violence peut également se manifester sur le plan économique, lorsque le conjoint exerce un contrôle total sur les activités de la femme. Dans le cas d'une femme enceinte, cette forme de violence peut l'empêcher d'assurer une alimentation saine. L'homme peut également l'obliger à occuper un emploi qui dépasse ses capacités physiques, refusant ainsi de subvenir à ses besoins. (Bernier. D, et All, 2005, p.13).

d) La violence psychologique :

La violence psychologique se réfère aux actes qui nuisent à la santé mentale et affective d'une personne en ne fournissant pas un environnement approprié et positif. Elle peut prendre la forme de dévalorisation, de discrimination, de rejet, de menaces ou de surveillance excessive. Les violences psychologiques sont difficiles à objectiver pour un observateur extérieur et elles sont également difficiles à percevoir et à rapporter pour la victime elle-même. La honte, la culpabilité et l'estime de soi réduite ressenties par la victime à la suite de la violence psychologique favorisent le phénomène d'"emprise".(Evelyne. J, 2007,p.10).

Chapitre I : La violence conjugale

2-7)- La typologie de la violence conjugale :

La typologie de la violence conjugale selon le modèle théorique de Johnson (2008; 2013) identifie trois types de violence :

a) Le terrorisme intime : Il s'agit d'une forme de violence où le conjoint cherche à contrôler et dominer sa partenaire. Le conjoint utilise divers moyens de domination telle que le contrôle économique, l'isolement social ou physique, les insultes et la culpabilisation. Il peut également briser des objets, faire des menaces de violence physique ou de mort, ou s'en prendre aux enfants. (Lapierre. C, 2014, p.72-73).

b) La résistance violente : Ce type de violence survient lorsque la personne réagit à la violence de son partenaire sans chercher à exercer un contrôle sur lui. Il peut s'agir d'une réaction de résistance et de riposte face à la violence du conjoint, soit dès le début de la relation, soit plus tard lorsqu'elle réalise que les choses ne changeront pas ou qu'elle se sent davantage en danger. (Lapierre. C, 2014, p.73).

c) La violence situationnelle : Ce type de violence est le plus courant dans les relations conjugales. Elle est causée par une escalade de tensions liées à des conflits. Contrairement au terrorisme intime, la violence situationnelle ne s'inscrit pas dans une dynamique de contrôle constant de l'un sur l'autre. Bien que les gestes violents puissent parfois être similaires à ceux du terrorisme intime, la violence situationnelle se distingue par le fait qu'elle ne vise pas à exercer un contrôle continu sur le partenaire. (Lapierre. C, 2014, p.74).

Il est important de noter que cette typologie met en évidence le désir de domination et de contrôle de la part de l'agresseur dans tous les types de violence conjugale, ce qui porte atteinte à l'intégrité psychologique et physique de la victime.

2-8)- Les conséquences de la violence conjugale :

a) Sur le plan physique : La violence peut causer diverses blessures physiques, allant des ecchymoses et des coupures à l'incapacité permanente et à la mort. La violence conjugale est également associée à un pourcentage élevé de meurtres de femmes commis par leurs partenaires intimes. Les agressions sexuelles peuvent entraîner des conséquences telles que fausse couche, grossesse non désirée/avortement et transmission de maladies sexuellement transmissibles. (Chantal. C, 2009, p.16-17).

b) Sur le plan socio-économique : Les femmes victimes de violence conjugale peuvent subir une diminution de leurs revenus, une perte d'emploi, un isolement social et un absentéisme fréquent au travail. Les coûts associés à la violence conjugale, tels que les services de santé, médicaux, sociaux et judiciaires, peuvent également avoir un impact économique important. (Chantal. C, 2009, p.17).

Chapitre I : La violence conjugale

c) Sur le plan psychologique et psychiatrique : Les conséquences psychologiques de la violence conjugale peuvent inclure des troubles psychosomatiques, des troubles émotionnels tels que l'anxiété et la dépression, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation et des troubles cognitifs tels que des problèmes de mémoire et de concentration. (Valerie. A, 2015, p.39-40).

d) Sur le plan gynéco-obstétrical et sexuel : Les femmes victimes de violence conjugale peuvent présenter des conséquences gynécologiques telles.

2-9)-Existe-il un profil d'un conjoint violent :

Il est difficile de dresser un portrait type de l'homme violent. Bien qu'il puisse être utile d'établir certaines caractéristiques communes chez les agresseurs, il n'existe pas de modèle précis. Il est souvent surprenant de constater que les hommes violents peuvent initialement se montrer gentils envers leur partenaire. Tous les hommes violents ne présentent pas nécessairement une faible estime de soi ou d'autres traits psychologiques associés à la violence. Certains ont peut-être été témoins de la violence de leur père envers leur mère, tandis que d'autres ont pu être victimes de violence de la part de leurs parents. Dans certains cas, ces hommes peuvent être les seuls responsables de leurs actes violents, tandis que dans d'autres cas, la consommation d'alcool ou de drogues peut être un facteur contribuant.

Donc il n'existe pas de profil type pour les hommes qui commettent des violences envers leurs partenaires. Ces hommes peuvent être tout à fait ordinaires et aimables envers les autres, mais ils adoptent un comportement méprisant, autoritaire et dominateur envers leurs conjointes. Ils cherchent souvent à contrôler le comportement et la sexualité de leur partenaire. Les conjoints agressifs ont souvent une idée de la virilité qui inclut le contrôle de la fertilité. Le besoin de contrôle, le dénigrement de la victime et les changements de comportement, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du foyer, sont des caractéristiques courantes chez les hommes violents. Il est important de reconnaître que les hommes qui commettent des actes de violence sont responsables de leur comportement, tandis que leurs victimes ne sont pas responsables des mauvais traitements qu'elles subissent.

Il est souvent difficile pour un homme violent d'admettre sa violence. Les mots accompagnent souvent les actes de violence dans de nombreux conflits. Les mots choisis et leur intonation expriment les idées et les motivations qui dominent l'esprit à ce moment-là. Cependant, la violence n'est pas simplement un problème de communication, mais plutôt un problème de contrôle et de gestion des émotions. Les hommes violents peuvent ressentir un sentiment d'impuissance, de désespoir et de violence intérieure insupportable, ce qui peut conduire à des actes violents.(Annick. H, et All, p.49-50).

Chapitre I : La violence conjugale

2-10)- Le profil de la femme violentée :

Une femme victime de violence conjugale est une femme qui subit des violences physiques, qui est menacée de les subir ou qui est confrontée à des scènes de violence qui laissent présager qu'elle sera victime de violences physiques, verbales, psychologiques, sexuelles ou économiques. Ces violences se produisent dans le cadre d'une relation de couple.

Dans un contexte traditionnel, l'image de la femme dominée et soumise à l'autorité prédomine, et tout écart par rapport à cette image est souvent sanctionné, parfois même par des violences physiques ou homicides. Malgré l'évolution des mentalités, les femmes continuent de faire face à des difficultés au sein de leur foyer et dans la société en général.

L'absence de dialogue est une caractéristique fréquente dans les foyers où la violence conjugale sévit. Les femmes violentées ont souvent du mal à discuter avec leur partenaire ou à exprimer leur avis sur certains sujets. La peur est un sentiment récurrent chez les femmes victimes de violence. Elles craignent les menaces et de la violence de leur partenaire, et elles craignent que la violence ne s'intensifie si elles se défendent. La honte est également un sentiment très présent, poussant les femmes à dissimuler la violence qu'elles subissent. Lorsque la violence est fréquente, un climat d'angoisse et de peur s'installe. De nombreuses femmes craignent d'être tuées et croient que leur partenaire est capable de passer à l'acte. Cette terreur de la mort imminente explique pourquoi elles peuvent se retrouver incapables de réagir. Elles doivent souvent se taire pour survivre. De plus, les femmes éprouvent une profonde honte lorsque la violence a lieu en public, car l'auteur des violences est l'être censé les aimer.

De nombreuses femmes violentées se trouvent dans une situation ambivalente où elles hésitent entre partir ou rester. Elles quittent parfois leur conjoint pour voir si elles peuvent survivre en dehors de cette relation, puis elles reviennent pour vérifier si la situation peut changer. Cette période permet aux femmes de prendre conscience de leur situation et de sortir du cycle de la violence.

La dépression et la peur font partie intégrante de la vie d'une femme victime de violences conjugales. La peur et l'insécurité sont étroitement liées à la violence psychologique et verbale. Les menaces et les avertissements violents amènent la femme à se soumettre à son conjoint par peur d'être agressée ou même tuée. Les violences verbales infligées par le conjoint peuvent également entraîner une perte d'estime de soi et une profonde honte chez la femme battue. Elle se replie souvent sur elle-même, incapable de demander de l'aide par honte. Le soutien des amis et de la famille est souvent impensable pour la femme battue. Elle se sent prise au piège, sans issue. Les insultes et les propos dégradants utilisés par le conjoint visent à rabaisser l'intégrité de la femme, ce qui constitue la forme la plus destructrice de violence conjugale, pouvant même conduire au suicide dans certains cas. (Annick. H, et All, p.56-57).

Chapitre I : La violence conjugale

2.11)- Les théories explicatives de la violence conjugale :

A- La théorie cognitivo-comportementale

Elle explique les violences conjugales en se concentrant sur les activités cognitives de l'agresseur. Selon cette approche, l'agresseur est conscient, délibéré et stratégique dans ses comportements violents. Les émotions vécues par l'agresseur et la victime sont variées, allant de l'insécurité à la colère, en passant par la tristesse, la culpabilité, la honte et d'autres sentiments. L'estime de soi joue un rôle important, et lorsque celle-ci est menacée, cela peut conduire à des réactions violentes. La théorie cognitivo-comportementale met l'accent sur la gestion de la colère de l'agresseur et les stratégies utilisées pour la contrôler.(Chamberland. C, 2003, p.339).

B- La théorie systémique

Elle aborde les violences conjugales en considérant le couple comme un sous-système familial dans lequel chaque membre joue un rôle dans les interactions, y compris les interactions violentes. Cette approche remet en question l'idée selon laquelle la violence conjugale serait uniquement masculine et motivée par la domination. Selon la théorie systémique, la violence conjugale est un phénomène interactif et non individuel, résultant des dynamiques relationnelles plutôt que de facteurs intrapsychiques. Les comportements de chaque conjoint sont à la fois la cause et la conséquence des violences conjugales, et chacun assume une part de responsabilité. Cependant, il est souligné que personne ne mérite d'être abusé ou violenté, quel que soit son rôle dans l'interaction violente. (Bounah. H, 2011, p.53).

C- L'approche féministe

Elle considère la violence conjugale comme une manifestation des inégalités de genre au sein des relations de couple. Selon cette perspective, la violence conjugale est un exercice de pouvoir et de contrôle exercé par les hommes sur les femmes, en raison des structures patriarcales de la société. Cette approche met l'accent sur l'inégalité des pouvoirs, la domination masculine et la légitimation de la violence masculine. Elle souligne que la violence conjugale est un phénomène unilatéral et exclusivement masculin, tandis que la violence des femmes est souvent considérée comme défensive et bilatérale. L'approche féministe met en évidence les facteurs sociaux et culturels qui contribuent à la violence des hommes envers les femmes, en se concentrant sur les structures patriarcales de la société. (Bounah. H, 2011, p.53).

2.12) - La pénalisation des violences conjugale selon la législation algérienne :

En vertu de la législation algérienne, la violence est réprimée et considérée comme un délit. Le Code pénal algérien, notamment les articles 269 à 295, prévoit des dispositions spécifiques relatives à la

Chapitre I : La violence conjugale

violence et à ses conséquences. Discutons en détail les différents aspects liés au coût de la violence selon la législation algérienne.

Violences physiques :

L'agression physique, les coups et blessures volontaires, ainsi que toute autre forme de violence physique sont réprimés par la loi.

L'article 267 du Code pénal algérien établit que toute violence ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) de plus de 15 jours est punissable d'une peine de prison et d'une amende.

Les auteurs de violences physiques peuvent être condamnés à des peines de prison allant jusqu'à plusieurs années, en fonction de la gravité des blessures infligées (L'article 267 du Code pénal algérien).

Violences psychologiques et morales :

La législation algérienne reconnaît également les violences psychologiques et morales.

L'article 300 du Code pénal algérien dispose que toute violence psychologique ou morale habituelle infligée au sein de la famille constitue un délit passible de sanctions pénales.

Les auteurs de violences psychologiques peuvent être condamnés à des peines de prison et à des amendes, en fonction de la gravité des sévices et de leur impact sur la victime. (L'article 300 du Code pénal algérien).

Violences sexuelles :

Les violences sexuelles, y compris le viol, sont également réprimées par la législation algérienne.

L'article 341 du Code pénal algérien établit que le viol est un crime passible de peines de prison allant jusqu'à la réclusion à perpétuité, en fonction des circonstances aggravantes.

La législation algérienne prévoit également des dispositions spécifiques pour d'autres formes de violences sexuelles, telles que l'agression sexuelle, l'inceste, le harcèlement sexuel, etc. (L'article 341 du Code pénal algérien).

Réparation des dommages :

Outre les peines criminelles infligées aux auteurs de violences, la législation algérienne prévoit également la possibilité de demander une réparation des dommages causés.

Chapitre I : La violence conjugale

Les victimes de violences peuvent demander une indemnisation pour les préjudices physiques, psychologiques et matériels subis.

Les tribunaux algériens peuvent ordonner aux auteurs de violences de verser des dommages et intérêts aux victimes, afin de les dédommager de manière appropriée.

Prise en charge des victimes :

La législation algérienne reconnaît l'importance de la prise en charge des victimes de violences.

Les victimes de violences conjugales ont droit à une assistance médicale, psychologique, juridique et sociale.

Des structures et des services spécialisés sont mis en place pour accompagner les victimes, les orienter vers les ressources nécessaires et les aider dans leur processus de guérison.

Synthèse

La violence conjugale, malgré sa présence omniprésente et universelle, demeure un problème social complexe et persistant. Un tiers des femmes dans le monde ont déjà été victimes de cette forme de violence, qui a des conséquences néfastes sur leur bien-être physique et psychologique. Il est impératif d'accorder une attention sérieuse à cette problématique, car elle constitue un véritable enjeu de santé publique.

A blue horizontal scroll with a dark blue outline and rounded ends. The scroll is slightly curved, giving it a three-dimensional appearance. It is positioned in the center of the page.

Chapitre II :

La dépression et la violence

Chapitre II : La dépression et la violence

Préambule :

La dépression est l'une des maladies mentales les plus fréquentes dans notre société. Elle est caractérisée par le découragement, la tristesse, l'irritabilité, l'impression de ne pas avoir de valeur comme individu et la perte d'intérêt pour les activités autrefois appréciées.

1-Aperçu historique sur la dépression :

L'histoire du terme « dépression » dérive du latin *deprimerai* qui signifie « presser de haut en bas ». Aujourd'hui le mot dépression décrit une multitude du phénomène : météorologique, économique. (Fondaci. C, 2009, p.12).

Dans l'église, le mot dépression est nommé par « *acedia* », du grec qui signifie « négligence », celui qui était atteint, était représenté la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, soumis à « un fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fidèles » et qui leur masque la voie du salut. (Lafaye. A, 2009, p.42).

La mélancolie religieuse remplace l'acédie dans le XVII^{ème} siècle et qui est une forme sévère de la dépression selon les critères retenus actuellement.

Au milieu du XIX^{ème} siècle, la dépression apparaît dans la terminologie de psychiatrie qui explique certains traits de la symptomatologie dépressive. (Ibid. p.42).

Au cours du XX^{ème} siècle, la dépression avait le statut d'une entité nosologique, le modèle comportemental, dans la perspective béhavioriste qui conçoit la dépression comme un comportement inadapte résultant d'un apprentissage. (Lafaye. A, 2009, p.43).

2- Epidémiologie de la dépression :

La maladie dépressive est une des pathologies psychiques les plus fréquentes dans le monde. A l'échelle d'une vie entière, de 6 à 10% des hommes et de 12 à 20% des femmes seront, à un moment ou un autre, confrontés à la dépression. (Dictionnaire. Médicale, 2012, p.259).

3- Définition de la dépression :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

Chapitre II : La dépression et la violence

S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante de par où l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.25).

La dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-t-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy. N, 2003, p.79).

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organique. (Kleftarass. G, 2004, p.20).

La définition psychopathologique de la dépression diffère au sens où elle tient compte, en plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs. Les cliniciens portent regard et un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressif via la mise en relation des formes cliniques de la dépression et leur étiologie. (Pardinielli. J, et All, 2005, p.77).

4- Types de la dépression :

Les types de la dépression selon le DSM IV.

a) Le trouble dépressif majeur : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs (c'est-à-dire humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).

b) Le trouble dysthymique : est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associés à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

c) Le trouble dépressif non spécifié : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

d) Le trouble bipolaire I : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.

Chapitre II : La dépression et la violence

e) **Le trouble bipolaire II** : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par ou moins un épisode hypomaniaque.

f) **Le trouble cyclothymique** : est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

g) **Le trouble bipolaire non spécifié** : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

h) **Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale** : est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

i) **Le trouble de l'humeur induit par une substance** : est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique

j) **Le trouble de l'humeur non spécifié** : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre trouble dépressif non spécifié et trouble bipolaire non spécifié (exemple : crise d'agitation).(DSM-IV-TR, 1996, p.374). A ces types essentiels on ajoute des différents types de la dépression selon Pewzner Evelyne, les différences sont quelquefois évidentes. Parfois on doit les rechercher soigneusement.

1) - **La dépression psychogène** : la dépression est habituellement compréhensible, liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui lui arrive est selon lui la faute des autres et il a tendance à se poser en victime, bien plus qu'en coupable, ce qui est évidemment fort différent de la problématique mélancolique.

2) - **La dépression mélancolique** : il est difficile, voire impossible, de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourraient être à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance : tout vient de

Chapitre II : La dépression et la violence

lui, tout est de sa faute, il manque de volonté ; bref, tout le mal qui lui arrive, tout le mal dont il souffre ne peut venir que de lui-même. Lui-même qui est évidemment fort.

3) - La dépression masquée : on parle de « dépression masquée » lorsque le trouble de l'humeur, loin d'être au premier plan, est « masqué » par l'importance des manifestations somatique et des plaints hypocondriaques. Autant de symptômes qui semblent constituer désormais pour le patient le seul langage par lequel il peut exprimer sa souffrance. Le seul moyen de communiquer avec autrui.

4)- La dépression d'involution : elle a été individualisée par Kraepelin en 1896.on la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution, à la condition que ce sujet n'ait pas présenté antérieurement de manifestations maniaco-dépressives et que sa dépression ne soit pas manifestation secondaire à une atteinte organique cérébrale (Pichot. P.).

L'anxiété y serait plus importante, le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose maniaco-dépressive. Soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépression d'involution est fort controversée à l'heure actuelle. (Pewzner. E, 2000, p.89-94).

5) - Les symptômes de la dépression selon le DSM :

Les symptômes qui apparaissent de la dépression lorsqu'on a une humeur triste, perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, au moins deux semaines, et que le sujet doit présenter au moins quatre symptômes suivants :

- Le changement de sommeil.
- Changement de l'appétit ou du poids.
- Changement de l'activité physique et intellectuelle.
- Réduction de l'énergie.
- Idée de dévalorisation ou de culpabilité.
- Difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions.
- Idées de mort récurrentes, idées suicidaires ou tentative de suicide.

(DSM-IV. 2003, p.397).

6) - Les causes de la dépression :

La situation : la dépression est souvent déclenchée par des situations de vie très stressantes. Si vos tentatives visant à améliorer ou à accepter ces situations ont été vaines, il se peut que vous commenciez à vous sentir dépassé et désespéré. Alors le risque de vivre un épisode dépressif augmente. (Green. D, Berger, 2005, p.13).

Chapitre II : La dépression et la violence

La pensée : les pensées de chaque personne déterminent la façon dont elles vivront l'expérience. Des recherches scientifiques ont démontré que les personnes déprimées ont souvent une vision déformée de la réalité qui peut déclencher la dépression ou en aggraver les symptômes.

L'émotion : la personne déprimée est accompagnée par un profond désespoir, un sentiment de détresse persistant. La dépression est souvent suivie d'un sentiment d'anxiété profond.

La physiologie : une théorie sur la dépression suggère qu'elle serait causée par des modifications au niveau de fonctionnement du cerveau, « un déséquilibre chimique » la recherche a démontré que chez certaines personnes déprimées, il y avait des neurotransmetteurs moins actifs dans le cerveau.

L'action : la dépression a souvent des répercussions importantes sur le comportement.
(Bloch. H, 1999, p.260).

Afin de décrire les différentes causes de la dépression, on va enchaîner avec un autre point qui concerne les approches cliniques de la dépression.

7) - Les approches de la dépression :

Approche biologique :

La contribution de la biologie à la dépression est le rôle de deux neurones transmetteurs, la sérotonine et la norépinephrine a également été établie.

La diminution ou l'augmentation dans leur cerveau étant respectivement réunies à l'apparition de l'épisode dépressif ou des entreprises de user aux techniques d'imagerie cérébrale afin de mieux interpréter les causes et les conséquences de ces troubles, ils ont notamment utilisé « IRM » pour prouver que le cerveau des individus souffrent d'un trouble bipolaire réagissent différemment, suivant que la personne se trouvait en phase dépressive ou en phase maniaque, la participation de la biologie à l'étiologie des troubles de l'humeur est également confirmée par la démonstration de certains facteurs génétiques qui font varier l'origine de ces troubles. (Gerrin. R, et All, 2008, p.411).

Approche cognitive comportementale :

Le model cognitif de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez le sujet déprimé.

Le décalage cognitif permet l'émergence de la pensée dépressive par un traitement faible de la réalité. L'inférence arbitraire est la plus fréquente de la distorsion cognitive décrite chez les déprimés un autre

Chapitre II : La dépression et la violence

point elle entraîne un jugement fossé par l'interprétation hâtive négative et arbitraire d'événement de la réalité.

L'abstraction élective admet aux déprimés d'extraire et de concentrer son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne qui concerne des éléments positifs de la réalité, la maximalisation et la minimisation entière. Ce procédé cognitif augmente l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives.

L'ensemble de ces troubles cognitifs entraînent une perception de soi, de l'environnement et de temps figé dans une perspective négative, constitutive la triade cognitive exposée par Beck cliniquement, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, l'anticipation douloureuse des événements à venir, les sentiments d'ennui expliquent une anormalité de la perception du temps vécu. Des événements « gouffre » prennent le sujet de façon morbide et semblent encourager la suspension du temps réel. La vision négative du soi et la perte de l'estime de soi s'exprime par une auto dévalorisation, une auto accusation et une culpabilité inadaptée. Elles sont associées à une vision négative de l'environnement éprouvé comme inutile, insécurisant, voir hostile. (Levy. M, 1998, p.02).

La dépression selon Beck :

Le model cognitif de la dépression de Beck. Il existe des pensées dysfonctionnelles, produites par des schémas cognitifs provenant d'interprétation des événements extérieurs baissés dans un sens toujours négatif.

Selon lui, les pensées d'un déprimé pourraient se résumer dans trois catégories : la vision négative de soi, du futur, et de l'environnement constituant la triade cognitive. (Cottraux. J, 2005, p.04).

Le point de vue ethno-psychiatrique :

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité. En rapport elle-même avec les caractéristiques familiales, sociale et religieuses de la culture considérée. (Pewzner. E, 2000, p.94).

Le point de vue psychanalytique :

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » en 1916, alors qu'Abraham travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans

Chapitre II : La dépression et la violence

le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi mélancolique, une partie du Moi, identifiée à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objets, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (Besançon A. 2005, p.57).

Les travaux sur la dépression de Karl Abraham (1911) sont antérieurs à ceux de Freud, ils stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « dispositions nerveuses » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses tendances sadiques sont retournées contre lui-même.

Pour Karl Abraham le mélancolique possède « un sadisme refoulé dans l'inconscient » et se satisfait de sa situation car il « tire son plaisir de ses souffrances » pour aborder la thématique des dépressions. En 1916, K. Abraham va s'appuyer sur la compréhension de patients souffrant de mal être pour étayer ses réflexions. Il y constate des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents.

Ces événements, liés à l'évolution prégénitale, influencent et déterminent le dépassée au niveau œdipien, fera revivre et stimulera par renforcement de façon régressive des conflits prégénitaux non résolus qui enclencheront ainsi une réponse dépressive narcissiques d'origine orale, le dépressif en dépendra par le biais excessif de la gratification orale-narcissique étayée par un objet extérieur.

Les contributions de Karl Abraham à ce propos permettront d'aller plus en avant dans la compréhension de ces troubles dits de l'humeur grâce aux travaux de Freud qui, dans ce domaine, restent un référentiel majeur dans la compréhension de la dépression du point de vue psychanalytique. (Pedinielli. J, et All, 2005, p.77-78).

7.1- La dépression chez les femmes :

La psychiatrie attribue actuellement ce phénomène soit à des facteurs biologiques (effet des déséquilibres hormonaux et à certaines périodes de la vie féminine), soit à une vulnérabilité de la femme à des facteurs psychoaffectifs (perte d'objet ou estime de soi) et sociaux, ceux-ci étant, selon certaines études épidémiologiques, plus importantes que les facteurs biologiques, les études anglo-saxonnes sur le rôle des événements vitaux, dans l'étiologie dépressive montrent l'existence d'un lien significatif entre un événement traumatique constitutif d'une perte d'objet ou estime de soi et la dépression. (Kaes. R, et All, 2005, p.115).

Une relation de cause à effet est ainsi établie entre un événement objectif, repérable et datable dans le temps, et un phénomène dépressif à partir de l'antécédence de l'événement sur le phénomène dépressif.

Chapitre II : La dépression et la violence

La notion importante de « résistance individuelle » aux traumatismes. P. Marty fait justement remarquer que « l'origine extérieur » du traumatisme ne porte pas en elle-même une valeur objectivement appréciable comme il faut aussi observer que « la perte d'un proche peut ne pas être plus traumatisante, chez un individu adulte, qu'un jour chez un autre, par exemple, le sentiment provoqué par le passage d'une poussière dans un noyau de soleil » (Ibid.).

La question de vulnérabilité plus grande de la femme à ses facteurs psychoaffectifs, sociaux et traumatisme telle qu'elle a pu être objectivée dans ses études épidémiologiques.

Certains grands événements biologiques qui s'accompagnent de modifications hormonales comme la poussée mammaire, les premières règles et la ménopause, sont tenus pour responsables des dépressions survenant à l'adolescence et le sevrage qu'à la personne dans les cinquantaines.

Mais ces événements biologiques qui ponctuent en effet le cours de la vie féminine sont également des événements psychiques majeurs exposant aussi en tant que tels, à des expériences de perte d'objet et de mise en question de la valeur et de l'estime, impliquant les remaniements psychiques profonds, parmi ces expériences, ce sont l'image de soi, son unité, son intégrité. (Kaes R. et All, 2005, p.115).

7.2 - La dépression et la violence :

La dépression est un problème de santé mentale qui est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (Seedat. S, et All, 2009, p.785-795).

Selon l'OMS en 2013, comparativement aux femmes non victimaires, les femmes victimes de violence conjugale ont presque deux fois plus de risque de souffrir de dépression. (Woods. S, 2000, p.41-57).

Une étude a montré que les femmes victimes de violence conjugale sont 2,3 fois susceptibles de signaler des symptômes dépressifs mineurs et 2,6 fois plus susceptibles de signaler des symptômes dépressifs sévères par rapport à celles qui n'ont jamais subi une telle violence. (Bonomi. A, 2009, p.1692-1697).

D'autres études corroborent cette prédominance de symptômes dépressifs chez les victimes de violence conjugale par rapport à la population générale, indiquant également que ces symptômes sont à la fois plus sévères et durables en fonction de la gravité de la violence exercée par le partenaire intime. Aussi, être dans une relation conjugale abusive augment-elle le risque d'épisode dépressif majeur. (Ehrensaft. M, 2006, p.885-892).

Chapitre II : La dépression et la violence

8) - Traitement de la dépression :

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres ; « chimique » (médical) et psychique (psychologique). Il n'y a pas de suprématie ou d'efficacité d'un moyen sur l'autre. Les deux sont utiles et vitaux au dépressif pour un mieux-être. Ces deux moyens sont complémentaires et indispensables au traitement de la dépression.

8.1-Médical :

Le traitement dépend naturellement de l'étiologie, de la gravité des troubles, de la personnalité du sujet et de la qualité du soutien de l'entourage.

L'hospitalisation sera systématique en cas de mélancolie ou en cas d'idées suicidaires importantes, de forte culpabilité ou de tentative de suicide.

Les antidépresseurs sont souvent nécessaires, en n'oubliant pas leurs indications et leurs effets latéraux possibles, en sachant qu'ils n'agissent qu'après 15-20 jours qu'il faudra les poursuivre pendant au moins six mois avant d'envisager de les arrêter progressivement. (Godfryd. M, 2002, p.45-46).

Les antidépresseurs ont pour but de faire disparaître le l'humeur dépressive et de redonner au patient le dynamisme et sens du plaisir qu'il a perdu.

1)-Les antidépresseurs Tricycliques : Athymil, floxufal, Prosac, défanyl, Stablon, Deroxat, Divarius, Séropram, Séplex, Norset, Zolof, Ixel, Effexor.

2)-Antidépresseurs de nouvelle génération : Marsilid, Moclamine.

3)-Antidépresseurs de la Monoamine Oxydase ou IMAO.

A ces médicaments essentiels, on ajoute très souvent, de façon auxiliaire, d'autres psychotropes, ayant un effet sédatif: des tranquillisants, des neuroleptiques, d' autres produits sont utilisés pour régulariser l'humeur. Aussi bien chez le déprimé que chez le maniaque, ce sont le lithium.

L'électrochoc, crise d'épilepsie déclenchée de façon artificielle sous anesthésie générale, constitue une thérapeutique ancienne mais encor efficace utilisée dans certains cas particuliers.(Debray. Q, 2006, p.55-60).

8.2-Psychologique :

Le travail se fera sur les croyances dysfonctionnelles quand, chez le typus melancholicus. L'estime de soi parait foncièrement liée à un dévouement excessif qui amène le sujet à négliger tout loisir. Une argumentation serrée doit s'instaurer, où il sera longuement expliqué que l'équilibre des proches doit aussi

Chapitre II : La dépression et la violence

se nourrir de la joie des richesses intérieures de celui qui se dévoue pour eux peu-à-peu l'existence pré-dépressive devra se réorienter sans qu'il en naisse une nouvelle culpabilité. (Debray et Nollet, 2001, p.139).

A- Les thérapies d'inspiration analytique :

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc remémoration et la compréhension des conflits psychique infantiles par le déprimé. Elles visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement aboutit à un travail de deuil et de détachement. La thérapie menée auprès d'un sujet dépressif s'avère longue et délicate. Elle nécessite de l'écoute, de l'empathie et une compréhension psycho-socio-culturelle des phénomènes observés. (Pedinielli. J, et All, 2005, p.120).


B- Les thérapies cognitivo--comportementaliste :

La thérapie cognitive émet l'hypothèse que le facteur déclenchant de la dépression est la perturbation des processus qui agissent en transformant les informations reçues en représentations mentales.

C'est une thérapie à court terme qui s'intéresse exclusivement au comportement présent du sujet déprimé en y insufflant un travail de modification des contenus lugubres et dépressogènes du schéma de représentation mentale du sujet. Le but à atteindre est d'améliorer positivement les symptômes présents de la dépression immédiatement et instantanément au vu de la situation vécue au présent. Le but atteint doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engrangées et que ce dernier y substitue des pensées conformes à réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétations plus réalistes et adéquates aux situations vécues et à venir. (Ibid, p.121).

Synthèse

Malgré l'avancée scientifique, la dépression reste l'une des maladies les plus fréquentes dans notre société. Ceci suite à des difficultés au travail et perte de l'emploi, le découragement, échecs dans les études, tristesse, perte d'un être cher, etc. Le trouble dépressif nécessite l'accompagnement psychologique après avoir présenté pendant au moins deux (02) semaines une humeur dépressive, une perte d'intérêt et autres symptômes qui se caractérisent par le trouble de sommeil e d'appétit, perte d'esprit d'initiative, autopunition, retrait social, inactivité ainsi qu'une perte de plaisir.

A blue horizontal scroll with a dark blue outline and rounded ends. The scroll is unrolled in the center, with the top and bottom edges showing a slight curve as if they are rolled up. The text is centered on the unrolled portion.

Chapitre III : La partie méthodologique

Chapitre III : La partie méthodologique

Préambule :

Dans notre recherche, nous allons déterminer les étapes fondamentales de la méthodologie. En premier lieu, nous allons commencer à présenter la méthode de recherche, en passant par la pré-enquête, la présentation de groupes de recherche, puis les techniques et les outils de recherches utilisés. Le but de ce chapitre est de présenter les étapes méthodologiques suivies dans notre recherche.

1) - La méthode de la recherche :

Chaque recherche comporte un choix de méthode et d'approche. « Le choix d'une méthode et d'une technique est en fonction de deux types d'impératifs : ceux qui sont intrinsèques à la recherche et visent à obtenir la meilleure garantie scientifique et les impératifs extérieurs comme le temps, l'argent, la situation personnelle du chercheur ». (Foughali. M, 1983).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : l'un correspond au recours à des techniques et outils tels que les tests, échelles, entretiens, et un autre qui se définit par l'étude approfondie du cas.(Pedinielli. L, 2006, p.32).

Selon Beaugrand (1988), la méthode clinique fait partie des méthodes descriptives et historiques dont leur objectif, comme cité par K.Chahraoui Et H.Benony, « est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes ». (Chahraoui. K, et Benony. H, 2003, p.125).

Notre travail a pour objectif la description de la souffrance psychologique des femmes victimes de la violence conjugale, à savoir la dépression qui caractérise ces femmes.

Ce présent travail se base sur une étude descriptive dont le support est la réalisation et l'analyse des entretiens semi-directifs, échelle de Beck réalisés auprès des femmes victimes dans l'état prolongé.

Par conséquent, notre choix de la méthode clinique dans cette recherche nous permet de récolter et d'assembler toutes les informations qui conviennent sur le sujet et sur notre thématique par des outils, tels qu'entretien clinique, échelle de Beck.

La démarche descriptive fait appel à de nombreuses méthodes et techniques de recherches qualitatives et quantitatives (l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests psychologiques). (Fernandez. L, et M. Catteeuw, 2006, p.40).

Chapitre III : La partie méthodologique

Dans la recherche en psychologie, le clinicien cherche toujours à décrire le plus possible le problème actuel du sujet en prenant en considération les différentes circonstances (histoire du sujet, organisation de personnalité avec autrui, les cognitions, pensées, etc.). Pour cela il rassemble le maximum des données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, telle que l'observation, etc.

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

2)- La pré-enquête :

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête afin de proposer l'enquête proprement dit, elle se révèle utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses et construire notre guide d'entretien.

Cette étape préliminaire a été conduite afin de recueillir des données essentielles au développement de notre cadre théorique et à la préparation des outils de recherche.

La pré-enquête nous permet de fixer une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis mais aussi finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Action f. O, 187, p.120).

Notre pré-enquête s'est déroulée du 15 avril 2021 au sein de l'association AVIFE- Réseau Wassila, située à Draria, Alger.

Cette association se spécialise dans le soutien aux femmes victimes de violences conjugales, ce qui correspond parfaitement à la population cible de notre étude.

L'objectif principal de cette pré-enquête était de répondre à nos questions de recherche préliminaire et d'explorer les premiers contours de notre problématique concernant l'impact psychologique des violences conjugales notamment en termes de dépression. Pendant cette période d'un mois et demi, nous avons réalisé des rencontres avec des femmes victimes de violence conjugale.

Ces entretiens nous ont permis d'accorder à des témoignages riches et variés, révélateurs des souffrances psychologiques liées à ces violences.

Pour mener à bien cette exploration nous avons utilisé deux principaux : l'entretien semi-déductif et une échelle d'évaluation psychologique adaptée à la mesure de la dépression.

Chapitre III : La partie méthodologique

Les entretiens semi-directifs ont été privilégiés pour permettre une libre expression des participantes et pour approfondir la compréhension de leur vécu émotionnel et psychologique.

Ces échanges ont fourni des données qualitatives essentielles à l'identification des mécanismes de la dépression dans ce contexte.

Parallèlement l'utilisation d'une échelle d'évaluation psychologique nous a permis de quantifier certains aspects des symptômes dépressifs afin d'obtenir des indicateurs Plus objectifs grâce à cette pré-enquête, nous avons pu affirmer nos hypothèses de travail, tester nos outils de recueil de données et établir une meilleure compréhension des enjeux cliniques spécifiques à cette population.

Cela nous a également permis de justifier le choix des variables à observer et des critères d'inclusions des participantes pour l'étude principale.

La pré-enquête que nous avons réalisée, a pour objectifs, la connaissance du terrain, de la population et caractéristiques personnelles des femmes victimes de la violence conjugales au sein de l'association (AVIFE).

Avec le consentement verbal des patientes concernées à participer dans notre recherche, on a pu assister à plusieurs séances d'observation pour ensuite formuler notre guide d'entretien qui est constitué de quatre axes. Cette recherche nous a permis d'établir un bon contacte.

3)- Présentation de groupe de recherche :

Dans notre présente recherche, on a pu effectuer notre stage auprès de 04 cas du centre d'écoute de l'association.

Les critères d'inclusion	Les critères d'exclusion
a- Tous les cas de notre population d'étude sont de sexe féminin ; b- Les femmes ont subi de la violence de la part de leur conjoint ; c- Toutes les femmes sont à l'âge adulte et leurs âges est entre 33 et 56 ans.	- L'âge: inférieur à 18 ans. - Sexe: masculin. - Situation matrimoniale : célibataire. - Les femmes violentées par d'autres personnes que le mari.

Tableau N° 01 : Tableau Récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.

Chapitre III : La partie méthodologique

Dans le tableau suivant nous allons essayer de faire une récapitulation des différentes caractéristiques de nos sujets de recherche.

Cas	Âge	Niveau d'instruction	Profession	La durée de mariage	La durée de la violence	Le type de violence
1	47 ans	Secondaire	Femme au foyer	22 ans	17 ans	Violences verbales, Physique et psychologique
2	50 ans	Analphabète	Sans profession	28 ans	28 ans	Violences économiques, Physique et psychologique
3	56 ans	Analphabète	Sans profession	33 ans	25 ans	Violences verbales, Physique et psychologique
4	33 ans	Universitaire	Femme au foyer	10 ans	10 ans	Violences verbales, Physique et psychologique

Tableau N° 02 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.

Nous pouvons constater à partir du tableau ci-dessus que notre groupe de recherche composé de quatre (04) cas, âgés de 33ans et plus, qui ont des niveaux d'instruction variés et qui sont des femmes aux foyers et sans profession.

4)- Présentation du lieu de recherche :

Nous avons entamé notre stage au niveau de l'association L'AVIFE/Réseau Wassila; qui se situe à Draria (Alger), du 15 avril au 30 mai 2021.

4. a/- Présentation de l'association :

L'AVIFE/Réseau Wassila est une association algérienne de réflexion et d'action sur et contre les violences faites aux femmes et aux enfants.

Chapitre III : La partie méthodologique

Cette Association est animée par des femmes bénévoles qui militent depuis très longtemps en faveur de l'égalité des genres en matière de droits. Certaines de ces femmes enseignent et conduisent des recherches sur le genre au sein de l'Institution Universitaire. L'ensemble des membres de l'Association a régulièrement produit des textes, conduit des recherches, organisé des campagnes d'information, de sensibilisation et des plaidoyers en faveur de l'égalité entre les sexes, contre les violences à l'égard des femmes et des enfants et pour le respect des droits humains. Ces femmes ont mis en commun leurs compétences. Elles sont juristes, médecins, sages-femmes, assistantes sociales, psychologues, sociologues, etc.

4. b/- Statut juridique de l'association :

Créée en octobre 2000 de façon informelle, sous le nom de Réseau Wassila, et depuis 2009 sous forme associative (renouvellement de l'agrément sous le n°02/MJ/2018, par la wilaya d'Alger, daïra de Bouzareah), sous la dénomination de « AVIFE-Réseau Wassila ».

4. c/- Les objectifs de l'association :

- La défense des droits des femmes et des enfants victimes de violences, notamment le droit à l'intégrité physique et morale, le droit à la dignité, le droit à la Citoyenneté, etc.

- L'accompagnement des victimes dans la connaissance et l'accès à leurs droits et pour leur reconstruction.

4. d/- Historique de l'association :

Le Réseau Wassila est né le 5 octobre 2000, suite à la période de violence extrême que nous avons connue dans les années 90. Les femmes enlevées violées dans les maquis, torturées, assassinées, ont payé un lourd tribut à cette violence, comme victimes et comme armes de guerre. Elles ont été réduites en esclavage du fait de leur sexe, réduites à un statut infra-humain, justifié par des « fetwas » et des textes religieux, ainsi qu'une idéologie patriarcale qui a largement fait le lit de ces violences.

Cette violence extrême est la suite logique de toutes les formes de violence auxquelles elles sont soumises au quotidien, violences ordinaires et impunies du patriarcat. Les femmes ne pourront obtenir le statut de citoyenne, l'égalité des droits et l'accès égal aux ressources sociales tant que ces violences minent leur quotidien. Cette violence est un handicap majeur dans la vie des femmes. C'est la raison pour laquelle le RW fait de la lutte contre la violence contre les femmes et les enfants son objectif prioritaire dans sa lutte pour la revendication de l'égalité des droits, la citoyenneté et l'Etat de droit.

Chapitre III : La partie méthodologique

4. e/ Les activités de l'association :

L'Association reçoit les demandes d'aides de femmes victimes de violences à travers des appels anonymes et gratuits réceptionnés au centre d'écoute téléphonique quotidiennement (du dimanche au jeudi), ainsi que par le biais d'entretiens directs bihebdomadaires (permanences d'accueil) dans le même lieu, mis à la disposition de l'association AVIFE-Réseau Wassila par SOS Village d'Enfants à Draria.

L'Avife offre aux victimes une aide et un suivi juridique, psychologique et social, dans la mesure de ses moyens. Elle les accompagne dans leurs démarches administratives.

L'Avife a mené, en collaboration avec d'autres associations, des campagnes contre les violences faites aux femmes et aux enfants. Elle a géré des projets financés par des organismes nationaux et internationaux. L'Association bénéficie donc d'une expertise en gestion de projet.

L'Association a produit un film «Safia », relatant le combat d'une femme soutenue par l'Avife pour bénéficier de ses droits. Ce film a été primé. Elle a produit des spots audio et visuels dans le cadre de ses campagnes d'information et de sensibilisation. Les membres de l'Association ont eu à maintes reprises à intervenir dans les médias publics et privés qui les ont conviées. Dans le cadre de ses campagnes, les militantes d'AVIFE- Réseau Wassila œuvrent à une prise de conscience plus large des femmes, des hommes et de l'ensemble de la société des drames qui se nouent du fait de ces violences.

La crédibilité de l'Association réside dans sa présence sur le terrain : ses membres accompagnent les femmes et les enfants victimes de violence au quotidien.

La cohérence d'actions repose sur le fait que les militantes se définissent comme une Association « d'action » et de « réflexion ». Ce lien entre ces deux objectifs montre qu'elles œuvrent à ce que les activités, par-delà leur caractère ponctuel, permettent un accès plus grand des femmes aux droits humains (droits économiques, droits juridiques, droits sociaux). Leur connaissance du terrain a, par exemple, permis de vérifier si les textes de loi et les mesures adoptées sont réellement appliqués.

De même, elles ont pu relever et évaluer les changements au niveau des institutions censées être en contact avec les victimes (santé- médecine légale notamment, services de sécurité, institutions juridiques).

Toutefois, là où les membres d'AVIFE-Réseau Wassila rencontrent des difficultés, c'est dans le domaine de la reconstruction des victimes par leur accès à une autonomie financière.

Chapitre III : La partie méthodologique

4. f/- Les Partenaires de l'Association :

Les partenaires actuels :

Leur action bénéficie actuellement des soutiens suivants :

- de donateurs privés algériens.
- d'artistes.
- de juristes
- de personnels de santé : médecins, psychiatres, juristes, psychologues, sages femmes.
- Mais aussi Femmes et enfants victimes de violences/ Ministères santé, justice, solidarité, éducation nationale/Police, gendarmerie/Médias/
- Mouvement associatif/ Ligues des droits de l'homme, Députés de l'APN et société civile.
- AVIFE-Réseau Wassila collabore également avec les médias : Journées d'étude avec des journalistes, interventions dans la presse écrite, la radio et la télévision.
- D'autres Associations.

4. g/- Par le passé, l'association a bénéficié d'autres soutiens :

- UNICEF.
- UNIFEM.
- La Société Générale.
- Terre des Hommes-Lausanne
- Médecins du Monde.
- Fondation pour le Futur.
- Fondation Neumann.
- Services Culturels Français.
- Une entreprise nationale « Sonelgaz ».

5) - Outils de recherche :

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en sciences humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficaces qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude.

Chapitre III : La partie méthodologique

Dans toute recherche donnée, nous trouvons plusieurs outils qui permettent d'évaluer notre groupe de recherche. Dans notre travail, nous avons choisis l'entretien clinique de recherche, particulièrement l'entretien semi directif avec un guide d'entretien assez riche, avec l'utilisation d'une échelle de dépression Beck.

a- L'entretien est défini comme une situation d'échange verbal entre deux personnes ou plus dans le but d'obtenir des informations sur le sujet.

L'Entretien est utilisé comme méthode d'observation pour juger de la personnalité d'un sujet. Ce procédé, qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus. Il est employé couramment en psychologie clinique. (Sillamy. N, 1991, p.101).

Donc, l'entretien est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue, qu'il soit à visée thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans le but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole.

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

c- Le guide d'entretien est un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. » (A.Blanchet, A., 1999, p.68).

Notre guide d'entretien se compose des axes suivants :

AXE 1: Informations concernant la victime et l'agresseur : recueillir les informations sur la femme violentée pour arriver à distinguer les catégories des âges et leurs niveaux d'instruction et aussi leur vécu psychique. Les types d'hommes violents, l'existence de mécanisme de défense, telle que l'identification à l'agresseur.

AXE 2: les données concernant la vie du couple (recueillies auprès de la victime): motif de rencontre entre la victime et son conjoint et décrire la situation qu'elle vit quotidiennement.

AXE 3: Acte de violence en constances et fréquences : décrivent les différents actes de violences et les événements qui propagent cette violence.

Chapitre III : La partie méthodologique

AXE 4: les conséquences de cette violence : voir l'influence de la violence conjugale sur l'entourage de la victime ainsi que son degré.

6) - Présentation de l'échelle de dépression de Beck :

Notre choix de l'échelle de Beck est pour mesurer le degré de dépression chez les femmes victimes de la violence conjugale. Elle contient 21 items. Cette échelle va nous permettre de répondre à l'objectif de notre recherche qui est celui de décrire la dépression chez les femmes victimes de la violence conjugale.

6. a/- Aperçu historique sur l'échelle de dépression BDI-II :

Cette échelle a été créée en 1961 par Beck. Elle est connue depuis 35ans dans le but d'évaluer la gravité de la dépression chez les patients. En 1971, Beck et ses collaborateurs ont modifiés la BDI en BDI-II puis elle a été publiée aux États-Unis en 1979.

Moran et Lambert (1983) ont montré que le BDI ne répond pas aux critères du DSM-III. Ils ont noté qu'aucun item du BDI ne permettait l'évaluation de l'activité psychomotrice et de l'agitation, qui constitue pourtant un critère pour le diagnostic des troubles dépressifs majeurs, dans le DSM-III. (A-T.Beck et All, 1998, pp.1-3).

Krames. I, et Flett,(1985), ont pu analyser la relation entre la BDI et le DSM-III. Ils ont conclu qu'il n'y avait pas d'items pour l'augmentation de l'appétit et de sommeil. En 1994, Beck et ses collaborateurs ont créé une nouvelle échelle.

La BDI-II constitue une importante révision de l'inventaire de dépression de Beck. Des items ont été réécrits, quatre items ont été supprimés et remplacés par quatre autres, deux items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. La BDI-II est destinée à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostics du DSM-IV. (Bouvardet. M, et Cottreaux. J, 2002, p.185-186).

6. b/- L'utilisation clinique de l'échelle :

Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez les patients (adultes et adolescents à partir de 16ans). Il a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères de DSM4 et non comme une mesure spécifique de diagnostic. Bien que le BDI2 soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devaient l'interpréter. (Beck. T, STEER. R, et Brown. G, 1998, p.46).

Chapitre III : La partie méthodologique

6. c/- Considération Générale :

Le BDII est un teste qui mesure le niveau de dépression. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation, si un patient est en état de lire et de comprendre les items.

Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

6. d/- Mode de passation :

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé aux sujets de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Ils peuvent entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent (59).

L'échelle de BDI-II est facile à administrer et à coter mais seuls les professionnels possédant une bonne expérience clinique qui pourraient l'interpréter. Le psychologue devra alors respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation du test. (Beck. T, 1998, p.06).

Nous avons choisi l'utilisation de l'échelle de Beck parce qu'elle est facile à appliquer et nous la maîtrisons.

Dans ce qui suit, nous passons à la présentation du deuxième outil dans notre travail.

6. e/- Temps de passation :

En général, 5 à 15 minutes suffisent pour compléter le protocole. Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps. L'échelle a été appliquée sur nos cas après les entretiens préliminaires qui ont duré une à deux séances. (Bouvard. M, et Cottreaux. J, 2002, p.188).

6. f/- Mode d'administration :

Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivantes : « ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin ces groupes, puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe,

Chapitre III : La partie méthodologique

y compris le groupe « modification dans les habitudes de sommeil » et le groupe « modifications de l'appétit ». (Beck. T, 1998, p.07-08).

6. g/- La cotation de l'échelle :

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3 points, si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisissez l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63. (Bouvard. M, et Cottreaux. J, 2002, p.182).

6. h/- Intérêt-limites :

Il permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer:

A- [0-11]: dépression.

B- Minimum [12-19]: dépression légère.

C- [20-27]: dépression modérée.

D- [28-63]: dépression sévère.

(Beck. T, et All, 1996, p.01-09).

6. i/- Interprétation des notes :

Le choix des notes seuil au BDI-II doit être basé sur les considérations cliniques ainsi que sur l'objectif de l'évaluation. Les études américaines ont utilisé différentes procédures permettant l'établissement des notes seuil pour l'évaluation de la gravité de la dépression chez des patients présentant un trouble dépressif majeur.

La décision d'adopter d'autres seuils pour le BDI-II doit s'appuyer sur les caractéristiques de l'échantillon et sur l'objectif de l'évaluation. Si le but de l'évaluation est d'être le plus fin possible dans le dépistage de la dépression, il faut alors baisser le seuil afin d'éviter les « faux négatifs ».

Dans ce cas, le nombre de « faux positifs » va augmenter, mais ceci peut être utile pour diagnostiquer tous les cas de dépression.

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet, certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer plus de symptômes qu'ils n'en ressentent en réalité et donc à élever leur note, alors que d'autres sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à baisser leur note. De plus, le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul

Chapitre III : La partie méthodologique

un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression. (Beck. T, 1998).

7)- Déroulement de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée au sein de l'association AVIFE, Réseau Wassila (Draria), du 15 Avril 2021 jusqu'au 30 Mai 2021, avait comme objectif de recueillir des informations sur notre population d'étude qui sont les femmes victimes de la violence. Mais avant d'entamer notre recherche, nous avons rencontré la présidente de ladite association et la psychologue responsable de ce service, à qui nous avons expliqué notre thème de recherche et son objectif afin de nous aider à constater notre population d'étude.

Après cela, on s'est rapproché des personnes ayant subi des violences conjugales pour faire des entretiens préliminaires avec elles, sur la situation qu'elles vivent, et les conséquences sur leur état psychique, qui nous a permis de constater chez elles une grande souffrance psychique, des douleurs morales s'ajoutent aux douleurs physiques. Cette recherche nous a permis de cerner notre question de recherche pour s'intéresser au trouble dépressif chez les femmes victimes.

La partie pratique de l'étude concerne le recueil des informations auprès des femmes victimes de violence conjugale et pour mieux cerner le fonctionnement psychique de ces femmes, il est préférable de se servir de l'entretien comme premier moyen dans une séance ou plus et la passation de l'échelle au cours d'une autre séance.

Dans notre recherche, en étant obligé de les faire en même temps, en une seule séance, débutant par l'entretien puis l'échelle parce que les sujets viennent à l'association quand elles sont libres donc on ne sait pas quand elles peuvent revenir à l'association AVIFE et aussi par rapport à la situation sanitaire (COVID 19).

Synthèse :

Nous avons abordé dans ce chapitre, qu'est la méthodologie de recherche, afin de permettre l'enchaînement des étapes de recherche pour arriver à des résultats. Il est important de spécifier les objectifs pour arriver à confirmer ou infirmer une hypothèse.

A blue scroll graphic with a dark blue border and rounded corners. The scroll is unrolled, showing the chapter title. The left edge has a vertical strip, and the right edge has a small circular detail at the top.

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

1)- Présentation et analyse des entretiens :

1.1)- Présentation du cas n° 01 (M^{me} Mehdia) :

Il s'agit de madame Mehdia une femme âgée de 47 ans, mariée et ayant de trois enfants un garçon et deux filles selon interlocutrice évolue dans une famille donc la situation socio-économique est aisée.

Mehdia est rapproché de l'association AVIFE par cause de violence intentionnelle qu'elle subit par son conjoint et qui détériore sa qualité de vie et sa santé en générale.

Notre premier cas au quel on s'est intéressé dans cette présente recherche est une femme qui présente une souffrance psychique due à la situation conjugale mal traitée.

Cette dernière a pris le refuge de l'AVIFE espérant de trouver une aide psychologique et une solution à sa situation dramatique pour cela on l'a invité à participer dans notre travail qui traite de la même problématique.

Madame Mehdia a trouvé l'intérêt à participer et était complètement constante.

L'entretien s'est déroulé au siège de l'association AVIFE-Réseau Wassila à Alger. Mme Mehdia souffre de violences verbales et physiques, infligées par son mari. D'après ce qu'elle nous a raconté lors de nos entretiens cliniques, il ne la respecte pas et ne se soucie guère d'elle. Il l'insulte et la tabasse souvent en générant ainsi des sentiments d'infériorité et une profonde tristesse chez sa victime.

« Je n'ai plus jamais connu le bonheur depuis que je l'ai épousé. Je n'ai goûté qu'au malheur avec lui. Bien que je remplisse tous mes devoirs conjugaux envers lui et bien que nous ayons des enfants, je n'ai pas pu apprécier la maternité comme toutes les autres mamans. Parfois j'ai des excès de dépression et je reste longtemps fermée sur moi-même ; je ne parle à personne et je n'ai envie de rien, je m'abstiens même de manger. Je me sens coupable envers mes enfants et je sens que je ne vauds rien, et que je suis née pour vivre avec des chagrins. »

ملي تزوجنا ما فرحتش.

Mehdia au cours de l'entretien à l'évoque des crises de panique : « j'ai souvent des crises de panique jusqu'à ce que je ne me soucie plus de rien et que je ne profite plus des choses que j'aime. Je perds l'appétit et la nuit, je suis tellement fatiguée que je ne peux pas m'allonger ; je pense à la vie heureuse que chaque femme souhaiterait vivre avec son mari alors que pour ma part ... ».

نفكر فالحياة لي كل امرأة حابة تعيشها.

Concernant la vie sexuelle de Mehdia, elle rapporte qu'elle ne veut plus avoir des rapports sexuels avec son mari « parce qu'il me fait peur et aussi parce que je ne veux plus qu'il me touche. Mais je n'ai pas le choix, il m'y force, j'y suis obligée et ça m'affecte beaucoup. »

يخوفني و مارانش حابة يلمسني.

« Les enfants détestent leur père, ils ne veulent pas le voir. Leurs résultats scolaires sont mauvais. C'est à cause de lui, de la situation dans laquelle on se retrouve. De toute façon, lui, il s'en fout des enfants, il ne s'intéresse pas à eux, parfois c'est un homme, parfois c'est un monstre. »

ما علابالوش بالولاد، خطرات يكون راجل و خطرات يولي وحش.

1.2)- Présentation et analyse de l'échelle de Beck

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est Pas supportable.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisirs aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiments négatifs Envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique Envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensée sous désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	3	Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modifications dans les habitudes du sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modifications de L'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficultés à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		45	Dépression sévère.

Tableau n° 03 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 01

Lorsque ses parents étaient vivants, ils constituaient un recours pour Mehdia. Elle pouvait aller se réfugier, pour un temps, dans la maison paternelle. Mais actuellement, ses frères sont prêts à l'aider, à la recueillir, mais ils ne veulent pas des enfants. « Mes frères me disent : quittes-le et laisses-lui ses enfants. Ils oublient que ce sont aussi mes enfants et que je ne peux pas les abandonner et c'est justement pour mes enfants que je reste chez mon mari ».

Remarque : tout le long de l'entretien M^{me} Mehdia n'a pas arrêté de pleurer et de répéter qu'elle a vraiment peur de son mari.

L'entretien été très peu investi par M^{me} Mehdia. Les réponses aux questions posées ont été données, mais avec économie de mots et très peu d'association, voire d'absence d'association. En fait une seule chose revenait tout le long de l'entretien et s'imposait continuellement : c'est la peur et l'angoisse qu'elle ressentait et qui occupait toute sa sphère psychique.

Nous avons évoqué plus haut un état difficile, il faut ajouter que cet état est accompagné par le blocage de la pensée liée directement aux représentations d'un mari « violent » qu'on ne comprend pas et qui n'est pas prévisible.

Par contre elle a pu déposer plainte trois fois : en 2011, 2012 et en 2013. Mais ça a été rejeté à chaque fois. Mehdia envisage de demander le divorce.

A travers notre entretien, nous avons constaté que notre patiente présente plusieurs symptômes qu'on trouve chez une personne dépressive, comme la dévalorisation de soi, l'absence d'intérêt pour la vie conjugale, l'insomnie, la tristesse, etc.

On peut conclure que M^{me} Mehdia souffre d'une dépression à un degré élevé, provoqué par le comportement violent de son mari.

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de BECK BDI-II, M^{me} Mehdia a mit dix (10) minutes pour la remplir. Les résultats obtenus par l'échelle de M^{me} Mehdia manifestent une dépression sévère avec un score 45 sur les notes de seuil de BDI-II DE Beck, qui est entre 28 et 63.

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck a révèle qu'elle a une réponse de degré zéro (0) dans l'item suivant : pleurs.

Comme elle a obtenue cinq (05) réponses de degré un (01) dans les items suivants : sentiment de culpabilité, sentiment négatif sur soi-même, pensées ou désir de suicide, dévalorisation, difficulté à se concentrer.

Elle a obtenu aussi cinq (05) réponses de degré deux (02) dans les items suivants : pessimisme, perte de plaisir, perte d'intérêt, indécision, perte d'énergie. Et l'item qui a le plus de réponses sont les réponses de degré trois (03) avec huit (08) réponses dans les items suivants : tristesse, échecs dans le passé, sentiment

de d'être punie, attitude critique envers soi-même, agitation, irritabilité, fatigue et perte d'intérêt pour le sexe.

Enfin elle a obtenu une réponse de degré trois (03) Adans l'item suivant : modifications de l'appétit et une réponse de degré trois (03) B dans l'item suivant : modification dans les habitudes du sommeil.

1.3)- Synthèse du cas n° 01 (M^{me} Mehdia) :

D'après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que M^{me} Mehdia développe une dépression engendrée par l'acte de violence commis par son mari. Elle vit dans un cauchemar et au milieu d'immenses difficultés. Selon l'analyse des résultats de l'échelle de Beck, M^{me} Mehdia souffre d'une dépression sévère accompagnée par différents symptômes tels que l'humeur dépressive, la diminution de l'aptitude à penser, tristesse et diminution de plaisir.

2)- Présentation et analyse des entretiens

2-1)- Présentation du cas n° 02 (M^{me} Nouara) :

Nouara, une femme de 50 ans, est mère de trois (03) enfants dont deux (02) garçons et une (01) fille. Elle est analphabète et sans profession. Son aînée est une fille, étudiante en langue française, le second – un garçon, est étudiant en sport alors que l'autre garçon est lycéen.

Le mari, 60 ans, a arrêté sa scolarité au primaire. Il est agent de sécurité. M^{me} Nouara le présente comme consommateur de l'alcool.

Après l'examen clinique du médecin légiste, elle a bénéficié d'un mois d'incapacité. Au sein de sa belle-famille, son beau-frère bat sa femme également. Une fois, ce dernier a même frappé sa propre mère avec un ballet. Les cousins du mari, eux-aussi, battent leurs femmes.

Ainsi, c'est dans un univers de violences familiales que vit M^{me} Nouara. Les hommes de cette famille battent leurs femmes.

L'entretien s'est déroulé au siège de l'association AVIFE-Réseau Wassila à Alger. Comme la plupart des femmes interviewées, elle déclare s'être restée avec son mari pour ses enfants. Signalons que son père voulait bien l'accueillir mais sans les enfants.

Elle rapporte que parfois, lorsqu'elle se trouve au lit, son mari lui fait la promesse de ne plus recommencer. Il arrive ainsi à cet homme de se rendre compte que ses actes sont condamnables. Mais ses

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

promesses sont sans suite puisque, les violences, elles sont présentes depuis vingt-huit (28) ans maintenant.

Nouara décrit sa situation et déclare : « je me demandais si je devais vivre ou attendre la mort ? Vais-je quitter ce monde alors que mes enfants sont encore jeunes et ont encore besoin de moi ? ».

كُنت نتساءل لازم نعيش ولا نستنى حتى نموت ؟ نترك هاد الدنيا و نخلي ولادي لي مزالهم صغار و بحاجة ليا ؟

Quand a ses tentatives de se libérer de ce cauchemar, elle a entamé la procédure du divorce et c'est effectivement ce qui arriva. Mais après un certain temps et avec l'intervention des proches, elle est retournée au foyer conjugal, ce qui a aggravé son anxiété. Elle déclare qu'elle se sentait terrifiée quand elle s'apprête à dormir le soir.

Dans la maison familiale, chez ses parents, Nouara vit dans des conditions normales avec ses frères et sœurs. Tout le monde la soutient et essaie d'alléger ses souffrances.

Pendant la nuit, elle ne dort pas. Elle se réveille la plupart du temps avec des obsessions, de la peur et de l'anxiété, vivant ainsi de l'impact de la peur et de la tension.

Son regard sur l'avenir est pessimiste. Elle nous dit qu'elle ne pense à rien d'autre qu'à sa situation familiale qui se dégrade à cause de comportement violent de son mari et qu'elle a donc peur de laisser ses enfants.

Nouara est battue principalement quand elle réclame à son époux de subvenir aux besoins de ses enfants et du foyer en général. A ces moments-là, le mari s'emballe et s'emporte et devient agressif. En somme, M^{me} Nouara est battue pour des raisons économiques : il s'agit là de deux violences selon la classification qui est faite par des spécialistes désignant de violences physiques à propos des coups et de violence économique lorsqu'il s'agit de privatisation financière et de matériel. Parfois elle est battue lorsqu'elle reçoit l'aide financière de la part de proches ou de voisins qui, au courant de sa situation, veulent ainsi l'aider par leurs gestes.

M^{me} Nouara a toujours caché sa peine, sa haine ; elle veut se défendre et lui rendre les coups mais elle ne peut pas physiquement. Une fois, parce qu'elle essayait justement de se défendre face à son mari, elle est frappée avec une barre de fer, lui causant d'énormes blessures. C'était la première fois qu'elle vient s'établir un certificat médical chez le médecin légiste.

خفات دائما نواة ألمها و كراهيتها. كانت حابة تدافع على روحها و ترد الضربات بصح ما قدرتش. خطرة، كانت تحاول تدافع على روحها ضد راجلها، تعرضت للضرب بقضيب تاع الحديد، ما تسبيلها بإصابتها بجروح بالغة.

Ses enfants vivent l'enfer, le stress permanent, et le sentiment de quitter cette maison avec l'agressivité de leur père, et son petit enfant a connu l'échec scolaire, l'absentéisme et puis l'exclusion.

Nouara souffre d'une boule d'angoisse, un stress permanent surtout qu'elle se rappelle les violences vécues. Elle souffre d'une gastrite due à l'angoisse et des douleurs au niveau du bassin.

Après l'analyse de l'entretien on a observé les symptômes de la dépression chez M^{me} Nouara tels que l'insomnie, la culpabilité, la dévalorisation de soi, pessimisme...

Notre conclusion suite à l'entretien est que M^{me} Nouara subit un traumatisme de violence qui provoque chez elle une dépression à un degré élevé.

2.2) - Présentation et analyse de l'échelle de Beck

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

N°de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisirs aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiments négatifs Envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique Envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	3	Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modifications dans les habitudes du sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modifications de L'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficultés à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		36	Dépression sévère

Tableau n° 04 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 02.

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de BECK BDI-II, M^{me} Nouara a mis beaucoup du temps pour la remplir.

D'après les résultats obtenus par l'échelle, M^{me} Nouara manifeste une dépression sévère avec un score 36 sur les notes de seuil de BDI-II de BECK, qui est entre 28 et 63.

L'analyse des résultats de l'échelle de BECK a révélé qu'elle a sept (07) réponses de degré un (01) dans les items suivants : tristesse, pessimisme, perte de plaisir, sentiments négatifs envers soi-même, agitation, perte d'énergie, irritabilité. C'est ainsi l'item qui a le plus de réponses.

Comme elle a obtenu une (01) réponse de degré un (01) A dans l'item suivant : modification de l'appétit et une (01) réponse de degré un (01) B dans l'item suivant : modification dans les habitudes de sommeil.

Elle a obtenu six (06) réponses de degré deux (02) dans les items suivants : échecs dans le passé, sentiment de culpabilité, sentiment d'être punie, pensées ou désirs de suicide, pleurs, dévalorisation...

Enfin, elle a obtenu cinq (05) réponses de degré trois (03) dans les items suivants : perte d'intérêt, indécision, difficulté à se concentrer, fatigue, perte d'intérêt pour le sexe.

2.3)- Synthèse du cas n° 02 (M^{me} Nouara) :

En guise de notre conclusion, M^{me} Nouara vit dans une situation d'angoisse, d'anxiété et de souffrance psychique. Cela s'appuie sur l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de Beck, qui montrent qu'elle souffre d'une dépression à un degré élevé, développée par les actes violents qu'elle a vécus.

3)- Présentation et analyse des entretiens

3.1)- Présentation de cas n° 03 (M^{me} Amina) :

M^{me} Amina, une femme âgée de 56 ans et divorcée de son conjoint agressif, est analphabète. Elle est l'aînée de sa famille. Elle est née et a grandi à Alger, où elle a passé toute son enfance jusqu'à son mariage avec son cousin maternel. Amina dit qu'elle a eu un mariage d'amour et sa belle-mère a été contre ce mariage et pense que c'est ça l'origine de ses problèmes.

L'entretien s'est déroulé au siège de l'association AVIFE-Réseau Wassila à Alger. Nous avons appris que M^{me} Amina est mère de cinq (05) filles âgées de 30ans, 26ans, 23ans, 21ans, 18ans. Son mari, quant à lui, est âgé de 65 ans et est l'aîné de sa famille. Il est commerçant de son état et sa situation est stable. Il a toujours été en désaccord avec ses parents et particulièrement avec sa mère.

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

Selon Amina la première année de leur mariage est marquée de bonheur de respect mutuel d'entente et de communication après son comportement a changé et qu'il a commencé à l'a battre. Cette réalité lui est insupportable, notamment lorsqu'elle parle de la violence de son mari. En somme, M^{me} Amina est victime de violence conjugale, agression physique et verbale.

Ses problèmes familiaux et son anxiété sociale se sont aggravés avec le temps et par conséquent, ses peurs et ses comportements compulsifs injustifiés se sont multipliés en raison de la phobie violente du mari. « Les pressions psychologiques supplémentaires me poussent au bord de l'effondrement que je pouvais au paravent éviter » Dit-elle. Elle tremblait de peur au moment où son mari rentrait du travail, et elle devenait effrayée et triste à chaque fois qu'elle se souvenait des images et des formes de violences que son ex-mari pratiquait sur elle. Elle déclare : « Je pleure et j'ai l'impression que je vais mourir et je pleure jusqu'à ce que je ressente une douleur dans mon corps et mes poumons. » Cela s'accompagne souvent d'un sentiment de frustration, car elle ne peut pas faire de progrès dans sa vie. Cela développe les symptômes du trouble de la peur, de la dépression et des sentiments d'inadéquation. Il a fallu des années avant qu'elle ne trouve un refuge où elle puisse reprendre sa vie.

الضغوط النفسية الزائدة تدفعني إلى درجة الانهيار لي كان بمقدوري تجنبه سابقاً.

نبكي و نشعر بلي راح نموت.
نبكي حتى نشعر بألم في جسدي ورثتي.

M^{me} Amina souffre d'irritabilité chronique, de trouble de sommeil, d'instabilité de l'humeur et des difficultés à se souvenir des détails des événements ; un trouble qui nécessite des soins médicaux spéciaux prodigués par un psychiatre. Notre interlocutrice avoue avoir des difficultés de concentration, des pertes de mémoire - c'est ce que nous avons constaté tout au long de l'entretien où il lui arrivait de ne pas se souvenir de l'âge de ses enfants -, ces troubles cognitifs l'inquiètent beaucoup et lui font dire qu'elle perd la raison. Elle a pleuré tout long de l'entretien, s'est plainte tout le temps de la violence et des comportements de son mari.

تشتكي طول الوقت من عنف راجلها وسلوكه.

A propos des enfants, elle nous fait part de leur agressivité, de leurs recours à la violence. Ce sont les enfants qui poussent à la séparation et au divorce, dit-elle. Elle relève aussi les conséquences déplorables sur ces enfants, leur souffrance et leur lassitude de la relation parentale et du climat de violence qui les entoure.

Amina déclare avoir une enfance sans problèmes, au sein d'une famille parfaitement équilibrée. Elle ne se rappelle pas d'événements précis ou de problèmes particuliers ayant marqué sa vie de petite fille. Par contre, le choc à ses yeux était sa vie conjugale et la relation avec son mari. Elle ne rapporte aucun souvenir de sa vie et deux temps se dessinent dans la trajectoire de Amina : Celui d'avant, sans problème et celui du présent, douloureux, épuisant, insécurité...

La famille de Amina est au courant de sa situation. Elle y a déjà été accueillie lors d'une première séparation. Le milieu familial est présent, attentif et prêt à lui porter de l'aide. D'ailleurs, elle a reçu plusieurs coups de téléphone de sa famille au cours de l'entretien : les membres de sa famille s'inquiétaient pour elle parce qu'elle a été battue dans le passé.

A travers l'entretien, nous avons constaté que notre patiente présente plusieurs symptômes que nous trouvons chez une personne dépressive, comme l'anxiété, humeur dépressive, insomnie et la diminution de l'aptitude à penser.

Enfin, l'analyse du contenu de l'entretien prouve qu'Amina a subi un traumatisme qui provoque chez elle une dépression causée par le comportement violent de son mari ainsi que le rejet de sa belle-famille.

3.2)- Présentation et analyse de l'échelle de Beck

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

N° de L'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste et si malheureuse, que ce n'est Pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans Espoir et il ne peut qu'empirer.
03	Echecs dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me Plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiments négatifs Envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi- même n'ont pas changés.
08	Attitude critique envers soi-même	1	Je suis plus critique envers moi- même que je ne l'étais.
09	Pensées ou désirs de suicider	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	2	Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modifications dans Habitudes de sommeil	3b	Je me reveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modifications de l'appétit	0	Mon esprit n'a pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		29	Dépression sévère.

Tableau n° 05 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 03

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de BECK BDI-II, Mme Amina a mis un temps de quinze (15) minutes pour la remplir.

Les résultats obtenus par l'échelle, Amina manifesté une dépression sévère, avec un score de 29 sur les notes de seuil de BDI-II de BECK qui sont entre 28 et 63.

L'analyse des résultats de l'échelle de BECK a révélé qu'elle a neuf (09) réponses de degré zéro (0) dans les items suivants : sentiments négatifs envers soi-même, pensées ou désirs de se suicider, perte d'intérêt, indécision, dévalorisation, perte d'énergie, irritabilité, modifications de l'appétit, fatigue et c'est l'item qui a le plus de réponses.

Comme elle a obtenu deux (02) réponses de degré un (01) dans les items suivants : sentiment de culpabilité, attitude envers soi-même.

Par contre, elle a obtenu trois (03) réponses de degré deux (02) dans les items suivants : échecs dans le passé, agitation et difficulté à se concentrer.

Ensuite elle a obtenu six (06) réponses de degré trois (03) dans les items suivants : tristesse, pessimisme, perte de plaisir, sentiment d'être punie, pleurs et perte d'intérêt pour le sexe.

Enfin elle a une réponse de degré (03) B dans l'item suivant : modification dans les habitudes de sommeil.

3.3) - Synthèse n° 03 (Mme Amina) :

D'après l'analyse de l'entretien avec Mme Amina, nous avons constaté qu'elle développe une dépression engendrée par l'agression qu'elle a subi.

Selon les résultats de l'échelle de BECK, nous pouvons affirmer qu'elle souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : l'humeur dépressive, l'anxiété, l'insomnie, la fatigue et la peur...

4)- Présentation et analyse des entretiens

4.1)- Présentation de cas n°04 (M^{me} Fella) :

M^{me} Fella est une femme au foyer âgée de 33 ans. Elle est l'aînée d'une famille conservatrice et est titulaire d'un diplôme universitaire. Elle est mariée depuis 10 ans et elle est mère de trois (03) enfants : un (01) garçon âgé de douze (12) ans et deux (02) filles âgées respectivement de sept (07) et quatre (04) ans.

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

Le mari de Fella est, quant à lui, âgé de quarante-cinq (45) ans. Il est commerçant. À propos de ce dernier, Fella déclare qu'il a vécu dans un environnement violent. Il a toujours été nerveux, il consommait de la drogue et de l'alcool, jusqu'à présent d'ailleurs, il boit même à la maison. Il était le préféré de sa mère ; elle l'a toujours défendu. Il en a beaucoup souffert après la mort de sa mère.

Les scènes de violences sont apparues la première année de leur mariage. Cela dure donc approximativement depuis dix (10) ans. Mais, dit-elle, « je faisais comme si de rien n'était et je continuais à vivre normalement. » « Je menais ma vie comme tout le monde, je faisais mon ménage et je m'occupais de mes enfants, enfin j'accomplissais mon rôle de mère et d'épouse. »

تصرفت كي ما صرا والو و كملت نعيش نورمال.

D'après Madame Fella « depuis le début de mon mariage, les violences se sont amplifiées et il devenait de plus en plus dangereux, il m'insultait et me disait des mots obscènes devant mes enfants. »

ملي تزوجت زداد العنف و صبح خطير بزاف، كان يهينني و يقول كلام فاحش قدام ولادي.

L'entretien s'est déroulé au siège de l'association AVIFE-Réseau Wassila à Alger. Durant lesdits entretiens cliniques, nous avons constaté chez elle une sensibilité avec un degré élevé d'émotion, comme pleurer facilement et une faible confiance en soi. C'est ce qui a fait apparaître ses symptômes de fragilité psychologique comme dépression et tension psychologique. Car elle semblait confuse et peu sûre d'elle. Dans le milieu familial, Fella reçoit le soutien moral, les soins et l'amour des membres de sa famille.

Elle parlait d'elle, qu'elle a perdu de vue ses objectifs et le sens de la vie disant qu'elle n'aimait rien, qu'elle perdait la nature des choses. La nuit, « j'ai du mal à m'endormir et je me réveille souvent plusieurs fois et je passe des heures sans dormir. » « Je ne pouvais pas pratiquer mon hobby en tant qu'actrice, je souhaitais entrer dans le monde du théâtre et mon rêve était de devenir une actrice célèbre, mais... Je le regrette, » soupire-t-elle.

نلقى صعوبة في الرقاد، ودايما ما نوض شحال من خطرة و نمضي ساعات بلا ما نرقد.

Elle relève toutefois que les facteurs à l'origine de la violence de son mari sont multiples, met d'abord l'accent sur sa personnalité : « Il est très agressif, c'est sa nature. »

Mais il y a aussi la consommation d'alcool : « Il boit beaucoup et lorsqu'il est en état d'ivresse, il me bat, évoque aussi les problèmes avec la belle-famille et particulièrement avec la belle-mère. »

يشرب بزاف و كي يسكر يضربني، و كاين مشاكل مع دار راجلي وخاصة مع حماتي.

Fella déclare avoir toujours pardonné à son mari et qu'à chaque fois après les coups, elle se disait qu'il y a des femmes qui vivent des situations pires que la sienne : « je tourne la page et je m'occupe de mon foyer et de mes enfants. »

نقلب الصفحة و نتهلا ببيتي و ولادي.

Depuis quelque temps, elle trouve qu'il est de plus en plus violent avec elle et surtout avec les filles. Cette violence a des effets néfastes sur l'état physique et émotionnels des enfants. Elles sont maltraitées par le père. Elles ont très peur lorsque les disputes éclatent. Elles sont traumatisées à cause de la situation créée par le père et elles y sont malades. Elle a peur de rester avec lui et elle a peur surtout pour ses enfants. Elle décide alors d'aller voir le procureur pour déposer plainte pour coups et blessures volontaires. Elle vient de voir le médecin légiste pour qu'il lui délivre un certificat médical. Elle pense qu'en déposant plainte, il aura un peu peur, il n'osera plus la battre.

M^{me} Fella ne supporte plus les cris. « J'étais une femme très calme mais maintenant je suis devenue très nerveuse. » nous dit-elle. Elle a des tremblements au niveau des genoux et est constamment aussi stressée. كنت امرأة هادية بزاف مي دوكا وليت متوترة بزاف.

Fella a fait preuve d'une grande agitation tout au long de l'entretien, elle a même eu un malaise qui nous a obligés à écouter l'entretien. Faut-il souligner que nous lui demandions de parler de choses douloureuses, de se rappeler de certains moments de sa vie, ce qui a réactivé sa culpabilité et ses regrets concernant sa passivité ou le clivage qu'elle opérait pour survivre dans une situation de très grande violence.

A travers l'entretien, nous avons constaté que notre patiente présente plusieurs symptômes qu'on trouve chez une femme dépressive comme la dévalorisation de soi, la diminution de l'aptitude à penser, l'insomnie, la diminution du plaisir et de la tristesse.

Enfin, M^{me} Fella présente une dépression élevée, provoquée par le comportement violent de son mari.

4.2)- Présentation et analyse de l'échelle de Beck

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est Pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echecs dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiments négatifs envers soi-même	2	Je suis déçue par moi-même.
08	Attitude critique envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modifications de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		32	Dépression sévère.

Tableau n° 06 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 04.

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de BECK BDI-II, Fella a mis un temps vingt (20) minutes pour la remplir.

Les résultats obtenus par l'échelle, M^{me} Amina manifeste une dépression sévère avec un score 32 sur les notes de seuil de BDI-II de BECK qui est entre 28 et 63.

L'analyse des résultats de l'échelle de BECK a révélé qu'elle a quatre (04) réponses de degré zéro (0) dans les items suivants : agitation, indécision, perte d'Energie, irritabilité.

Comme elle a obtenu six (06) réponses de degré un (01) dans les items suivants : échecs dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, pensée ou désirs de suicider, perte d'intérêt, indécision et c'est l'item qui a le plus de réponses.

Ensuite quatre (04) réponses de degré deux (02) dans les items suivants : sentiments négatifs envers soi-même, pleurs, difficultés à se concentrer, fatigue, et une réponse de degré deux (02) A dans l'item suivant : modification de l'appétit.

Enfin, elle a obtenu cinq (05) réponses de degré trois (03) dans les items suivants : tristesse, pessimisme, sentiment d'être punie, attitude critique envers soi-même, perte d'intérêt pour le sexe.

4.3)- Synthèse cas n°04 (M^{me} Fella) :

D'après l'analyse de l'entretien, nous avons tiré la conclusion que Madame Fella a développé une dépression, engendrée par le comportement violent de son mari. L'analyse des résultats de l'échelle de BECK montre qu'elle souffre d'une dépression sévère accompagnée par des symptômes tels que l'insomnie, tristesse, diminution de plaisir et dévalorisation de soi.

5)- Synthèse générale des quatre (04) cas : (M^{me} Mehdiya, M^{me} Nouara, M^{me} Amina, M^{me} Fella)

Les résultats de notre recherche ont révélés que la femme victime de la violence conjugale souffre d'une dépression suite à un événement qu'elle a subi, selon les résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de Beck, nous avons constatés que les 04 cas souffrent d'une dépression sévère et représentée par les symptômes suivant : la diminution de l'aptitude à penser, tristesse et dévalorisation de soi, diminution de plaisir, humeur dépressif, anxiété, insomnie, fatigue, la peur.

6) –Discutions des hypothèses :

-Les femmes victimes de la violence conjugale développent une dépression.

Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des cas

Les résultats de notre recherche ont révélé que la femme victime de la violence conjugale souffre d'une dépression suite à un comportement ou un événement violent qu'elle a vécu ou subi. Selon les résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de BECK, nous avons constaté que les quatre (04) cas souffrent d'une dépression sévère.

La femme victime de la violence conjugale manifeste toujours des symptômes de la dépression : tels que l'humeur dépressive, la diminution de l'aptitude à penser, tristesse et la diminution de plaisir chez comme c'est le cas de M^{me} Mehdia.

M^{me} Nouara, quant à elle, souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes qui suivent : l'insomnie, la culpabilité, la dévalorisation de soi et le pessimisme. Nous avons aussi vu M^{me} Amina qui souffre d'une dépression sévère accompagnée par des symptômes, tels que : l'anxiété, humeur dépressive, insomnie et la diminution de l'aptitude à penser.

Enfin, M^{me} Fella souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : la dévalorisation de soi, diminution de l'aptitude à penser, insomnie, diminution de plaisir et la tristesse.

A partir des résultats obtenus dans, l'entretien et l'échelle de BECK, nous avons remarqué clairement la relation entre la violence et la dépression ; c'est-à-dire que la dépression est entraînée par la violence. Cela montre que nous avons confirmé la première hypothèse qui implique que la femme victime de la violence conjugale développe une dépression.

- Les femmes victimes de la violence conjugale peuvent atteindre un niveau de dépression élevé.

Tableau n° 07 : Les résultats de l'Inventaire de Dépression de Beck-2^{ème} édition.

Les résultats de l'inventaire		
Les cas	Score obtenus	Degré de dépression
Mehdia	45	Elevé
Nouara	32	Elevé
Amina	29	Elevé
Fella	32	Elevé

D'après ce tableau, nous remarquons que le degré de dépression chez les quatre (04) cas est élevé. Cela reflète l'étendue de la souffrance quotidienne qu'elles vivent avec leurs maris.

Donc, l'hypothèse qui dit : « Le degré de la dépression chez les femmes victimes de la violence conjugale est élevé » est confirmée, vu que les quatre (04) cas ont un degré de dépression élevé.

Exposer les femmes à la violence est contraire aux principes moraux. À ce stade, la victime se sent menacée ; c'est une atteinte à sa dignité, une restriction de sa liberté, un sentiment de culpabilité impardonnable et une humiliation sociétale. Ainsi, les effets psychologiques associés à la violence se concentrent dans l'inconscient, qui est la zone sombre invisible, préservant les formes de violence, qui amène la survivante à ressentir des complexes de peur, de mort et de culpabilité sans se rendre compte des causes de ce chaos émotionnel qui apparaît dans ses interactions avec la société.

Ce complexe, qu'est un résultat d'une violence psychologique, morale ou physique, est récupéré dans chaque situation similaire ou à chaque événement, il apparaît dans des symptômes de peur, de tremblement, de sueur, de rythme cardiaque rapide, et vit dans le subconscient qui contrôle ses actions.

A blue horizontal scroll with a dark blue outline and rounded corners. It has a vertical blue bar on the left side and small circular details at the top corners, suggesting a rolled-up document.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale

La violence envers les femmes est un phénomène complexe et multiple, qui englobe la violence économique, physique, sexuelle et psychologique. Elle touche toutes les sociétés, développées ou en développement, toutes les classes sociales, et ses conséquences sont dévastatrices pour la société dans son ensemble. Nous n'avons pas le droit de rester silencieux. Malgré les instruments internationaux, régionaux et nationaux visant à prévenir la violence faite aux femmes, ainsi que les engagements des États à la sanctionner et éventuellement à l'éradiquer, cette violence persiste, voire augmente dans certains cas.

Nous pensons que ce phénomène a augmenté ces dernières années. En effet, on parle de deux millions de « femmes battues », mais ces chiffres sont sous-estimés. Malgré l'existence de dispositifs d'aide et de prise en charge, les femmes victimes hésitent encore à se faire connaître car c'est difficilement avouable. Il y a aussi le poids des idées reçues, la honte, le sentiment de culpabilité et d'échecs dont les femmes se sentent coupables.

L'origine réel des violences est souvent confondue avec les facteurs qui y sont associés tels que l'alcool ou le manque de communication. Bien que ces facteurs puissent favoriser l'expression de la violence et qu'ils soient présents dans plusieurs situations, la violence conjugale trouve sa véritable source dans les rapports de domination et d'inégalité entre les deux sexes.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder le sujet de la femme victime de la violence conjugale et la dépression. Nous avons abouti aux résultats qui confirment que la femme victime de la violence conjugale développent une dépression.

D'abord, nous avons effectué une étude sur quatre (04) cas pour démontrer la dépression sur la femme victime de la violence conjugale en Algérie. Durant cette étude, nous avons utilisé l'entretien clinique et l'échelle de BECKI-II pour évaluer le degré de la dépression chez les femmes. A partir de l'analyse des résultats obtenus, nous avons constaté que la dépression est causée par le vécu violent qu'ont subi ces femmes. Parmi Les symptômes : l'insomnie, diminution de l'aptitude à penser, diminution de plaisir, dévalorisation de soi, culpabilité, trouble sexuel, etc.

Si nous parlons de degré de la dépression, nous trouvons que la victime souffre d'une dépression élevée et cela a été démontré à partir des différents outils d'investigations utilisés tout au long de cette recherche.

Les résultats obtenus dans cette recherche ont montré à quel point la femme est maltraitée par l'homme et combien elle se sent inférieur. La culpabilité et la dévalorisation de soi, causées par un homme violent, font que la femme se sente moins que les autres.


Conclusion générale

Cette recherche nous a permis de réfléchir aux difficultés des femmes ayant été victimes de violences conjugales ainsi que l'aide, le soutien que l'assistante sociale peut leur apporter. Ceci en gardant à l'esprit la dimension éthique du respect de la vie privée et de la déontologie (non-assistance à personne en danger). Cela nécessite également un travail de compréhension de soi et de l'autre.

Il a effectivement été largement démontré que les complications psychiatriques secondaires aux violences chroniques sont majeures avec une augmentation de la mortalité (suicides, affections secondaires aux addictions...) et de la morbidité chez les victimes (dépression, ESPT...). Cette mortalité et cette morbidité sont également augmentées du fait des conséquences somatiques des violences physiques et sexuelles.

Beaucoup de pathologies psychiatriques trouvent leurs racines dans la violence et il semble donc essentiel, pour les praticiens, d'oser poser des questions en lien avec la violence, ce qui pourra constituer une forme de « libération » pour la victime et qui l'aidera très probablement à entrer dans un processus thérapeutique.

Pour finir, il semble important de pouvoir proposer des prises en charge psychologiques adaptées aux victimes de violence et notamment de violence conjugale, du fait de la spécificité de la symptomatologie psycho traumatique et de la nécessité d'un travail pluridisciplinaire en réseau. En effet, une évaluation globale de la situation de la victime est indispensable et repose sur les compétences de multiples partenaires (sociaux, judiciaires, médicaux, associations d'aides aux victimes...) dont la connaissance permettra une prise en charge de meilleure qualité.

A blue horizontal scroll with a dark blue outline and rounded ends. The scroll is partially unrolled, with the top and bottom edges showing a slight curve. The text is centered on the scroll.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Les ouvrages :

- 1- Actouf, O. (1987), Méthode des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Canada, Quebec, ed presse.
- 2- Arbiso, C. (2001). Psychologie clinique tome 1: individu, sujet et société pratiques et méthodes. France, Paris, ed Bréal.
- 3- Bayer, P. et All (2005). Manuel diagnostique des troubles mentaux. France, Paris, ed Masson.
- 4- Benony, M. (2003). L'entretien clinique. France, Paris, ed Dunod.
- 5- Bernier, D. (2005). Intervenir en violence conjugale.
- 6- Besançon, G. et All. (2005). Manuel de psychologie. France, Paris, ed Dunod.
- 7- Blanchet, A. (1999). Les techniques d'enquêtes en science sociales. France, Paris, ed Dunod.
- 8- Bouvard, M. (2002). Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité. France, Paris, ed Masson.
- 9- Chamberland, C. (2003). violence parentale et violence conjugale. Canada, quebec, ed presse, l'université de quebec.
- 10- Debray, O. et Nollet, D. (2001). Les personnalités pathologiques approche cognitive et thérapeutique. France, Paris, ed Masson.
- 11- Evelyne, J. (2007). Les violences conjugales. Algérie, Alger.
- 12- Fondacci, C. (2009). Les dépressions. France, Paris, ed Springer.
- 13- Godefroid, J. (2001). Psychologie Bruxelles de Boeck.
- 14- Graine, L. (2006). Être une femme en Algérie, action sociale, université Paris 8.
- 15- Gustave, N. (2003). Les blessures psychiques la force de revivre. France, ed Odile Jacob.
- 16- Chahraoui, k. (1999). L'entretien clinique. France, Paris, ed Dunod.
- 17- Jospard, M. (2005). Les violences contre les femmes. France, Paris, ed La découverte.

Liste bibliographique

- 18- Kleftaras, G. (2004). Dépression approche cognitive et comportementale. France, Paris, edle harmattan.
- 19- Pedrinielli, J. et Amel, B. (2005). Les états dépressifs. France, Paris, ed Armand Colin.
- 20- Pewzner, E. (2000). Introduction à la psychopathologie. France, Paris, ed Armand Colin.
- 21- Pansu, P. et Louche, C. (2009). La psychologie appliquée à l'analyse de problèmes sociaux. France, Paris, ed PUF.
- 22- DSM-iv-TR, (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Thèses:

- 1- Annick, H. (2009). Violence parentale et violence conjugale. Canada, université Québec.
- 2- Bounah, H. (2011). Approche cognitive des violences conjugale (mémoire du magister option psychologie de la violence. Algérie, université Mentouri Constantine.
- 3- Crete, Ch. (2009). Relation entre l'évaluation cognitive, le sentiment d'auto efficacité et le coping chez les femmes ayant été victimes de la violence conjugale. Canada, université de Québec.
- 4- Daoudi, O. (2009). Responsabilité pour violence conjugale à l'égard de la femme en droit comparé. Algérie, université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou. Ed. Scientifique.
- 5- Roulan, N. (2009). Les violences conjugales. Etude comparative entre Liban, France et Canada. Psychologue université Lumière. Lyon 11 ; université Libanaise. Français. NNTLYO 20025.

Dictionnaires:

- 1- Bloch, H. (1999). Grand dictionnaire de la psychologie. France, Paris, ed. Larousse.
- 2- Dorois, R. (1991). Dictionnaire de psychologie. France, Paris, ed. PUF.
- 3- Henviette, B. (1999). Grand dictionnaire de psychologie. France, Paris, ed. Larousse –Bodas
- 4- Sillamy, N. (1999). Dictionnaire de psychologie. France, Paris, Larousse.
- 5- Sillamy, N. (2003). Dictionnaire de la psychologie. France, Paris, ed. Larousse.

Liste bibliographique

Sites internet :

1- <http://oloi.org/10.1023/A:1022827915757>, Consulté le 07/06/2024 à 13h 00min.

2-<https://www.Algerie360.com/violences-faites-aux-femmes-quel-bilan-pour-lalgerie-en-en-2022/>, Consulté le 08/06/2024 à 16h00min.

3-<https://www.Algerie360.com/violences-faites-aux-femmes-quel-bilan-pour-lalgerie-en-en-2022/>, Consulté le 08/06/2024 à 16h00min.



Annexes

Annexes

Le guide d'entretien :

Axe 01 : les données concernant la victime et l'agresseur :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Vous vous êtes mariée à quel âge ?
- 4- Quel était la durée de votre mariage ?
- 5- Avez-vous des enfants ?
- 6- Si oui, combien ?
- 7- Vous subissez des violences avant votre mariage ?
- 8- Si oui, quand, par qui et quelle est votre réaction face à ces situations de violences ?
- 9- Quel est l'âge de votre conjoint ?
- 10- Quel est son niveau d'instruction ?
- 11- Quel est sa profession ?
- 12- Votre conjoint est-il fumeur, consomme-t-il de l'alcool, de la drogue ?
- 13- Que pensez-vous de sa vie avant votre mariage ?

Axe 02 : les données concernant la vie du couple :

- 1- Comment ont été les premières années de votre mariage, soit du côté relationnel, sexuel ?
- 2- Depuis quand sentiez-vous le changement ?
- 3- Depuis combien de temps subissez-vous des violences de la part de votre mari ?

Annexes

Axe 03 : actes de violences, circonstances et fréquences :

- 1- D'après vous quels sont les événements qui provoquent cette violence ?
- 2- Ces violences sont-elles fréquentes ?
- 3- Comment se font-elles ?
- 4- D'autres personnes sont-elles présentes lors de ces épisodes ?

Axe 04 : les conséquences de violences :

- 1- Quelles sont les conséquences de ces violences sur votre santé physique et psychique ?
- 2- Quelles sont les conséquences de ces violences sur vos enfants ?



Date:

année / mois / jour

L'échelle de dépression de Beck (la BDI-II).

Num _____ Situation de famille _____ O marié(e) D vivant en union libre
to divorcé(e) O veuf(ve)

e _____ Sexe _____ O M O F Profession _____ Niveau d'études

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 troupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces troupes pms, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit mieux comment vous vous sentez(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un énoncé, vous trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'un énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16.

<p>1 Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.</p> <p>2 Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3 Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4 Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5 Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6 Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7 Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8 Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9 Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
--	--

PsychCorp

Sous-total, page 1

Verso



Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Traduction et adaptation permises. Copyright © 1997 par Aaron T. Beck. Traduction française et adaptation canadienne copyright © 2005 par Harcourt Assessment, Inc., U.S.A. et Harcourt Assessment, une division de Harcourt Canada, Ltd. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit, ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'émulation et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Cahiers de notation du BDI-II, appelez le 1-866-335-8427

0-7747-5236-0

(modifications d'habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

(modifications d'habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

Annexes

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est Pas supportable.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisirs aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiments négatifs Envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique Envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensée sous désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	3	Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand- chose.
16	Modifications dans les habitudes du sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modifications de L'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficultés à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		45	Dépression sévère.

Tableau n° 03 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 01

Annexes

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
03	Echecs dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisirs aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiments négatifs Envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique Envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
10	Pleurs	0	Je ne pleure pas plus qu'avant.
11	Agitation	3	Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modifications dans les habitudes du sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modifications de L'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficultés à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		36	Dépression sévère

Tableau n° 04 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 02.

Annexes

N° de L'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste et si malheureuse, que ce n'est Pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans Espoir et il ne peut qu'empirer.
03	Echecs dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me Plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiments négatifs Envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi- meme n'ont pas changés.
08	Attitude critique envers soi-même	1	Je suis plus critique envers moi- même que je ne l'étais.
09	Pensées ou désirs de Suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	2	Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à restertranquille.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	Indécision	0	Je prends des decisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modifications dans Habitudes de sommeil	3b	Je me reveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modifications de l'appétit	0	Mon esprit n'a pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que cesoit.
20	Fatigue	0	Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		29	Dépression sévère.

Tableau n° 05 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 03

Annexes

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est Pas supportable.
02	Pessimisme	3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echecs dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiments de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiments négatifs envers soi-même	2	Je suis déçue par moi-même.
08	Attitude critique envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désirs de suicide	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modifications de l'appétit	2a	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	2	Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score total		32	Dépression sévère.

Tableau n° 06 : Présentation des résultats de l'échelle du cas n° 04.

Résumé

Cette étude propose de faire une description sur la souffrance psychique et psychologique de la femme victime de la violence conjugale, influençant sur l'apparition et le développement d'une dépression. C'est une recherche portant sur quatre (04) femmes mariées, âgées de 33 ans et plus. La variable dépendante ciblée dans notre recherche est la dépression.

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé la méthode clinique ainsi que des outils de recherche qui sont : l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de dépression de BECK (BDI-II). Les résultats obtenus dans notre recherche à partir de l'interprétation des données de l'entretien clinique et l'échelle de BECK utilisés dans notre étude indiquent que les sujets de notre groupe de recherche (1, 2, 3, 4) souffrent d'une dépression sévère.

Mots clés :

La violence, la violence conjugale, la dépression.

This study proposes to make a description of the psychic and psychological suffering of the woman victim of conjugal violence which influences the appearance and the development of a depression. It is a research relating to 4 married women aged 33 and moreover, the dependent variable targeted in our research is depression.

To carry out this work, we used the clinical method and research tools which are: the semi-structured clinical interview, the BECK depression scale (BDI-II). The results obtained in our research from the interpretation of clinical enteric data and the BECK scale used in our study indicate that the subjects of our research group (1,2,3,4) suffer from a severe depression.

Keywords :

Violence, domestic violence, depression.