

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des lettres et sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Option : psychologie clinique

Mémoire préparé en vue de l'obtention du diplôme

De Master en psychologie clinique

Thème :

La dépression chez les femmes battues

Réalisé par :

M^{elle} : ABBAS Fatma

Encadré par :

M^r : BELBESSAI Rachid



Année universitaire 2012/2013

Remerciements

Je remercie le bon dieu de nous avoir mise sur la voie de savoir

Mes remerciements s'adressent à toute ma famille.

Je remercie plus particulièrement mon promoteur M^f Belbessai

Pour son aide et ses encouragements.

Je remercie les membres des jurés

Qui ont acceptés d'examiner notre modeste travail.

Mes sincères remerciements, à M^f le chef de service de la médecine légal,

A l'hôpital Franz fanon pour son soutien.

A toute l'équipe de services de la médecine légale.

Trouvez ici l'expression de mes remerciements les plus chaleureux.

A mes cas :

Hakima, Yasmina, Hanane, Nassira, Saida, Lydia, Lamia et Samira.

Je remercie tous mes amis, Nabil qui ma vraiment encouragé, Hinane, Lamia,

Farid, la psychologue Fatiha et surtout massiva qui m'a aider beaucoup

Merci a toi Massiva

Je remercie enfin,

Ceux et celle qui ont encouragé la réalisation de ce modeste travail.

Dédicace

Le Dieu tout puissant qui ma accorder le courage et la force pour réaliser ce

Travail que je dédie :

A mes parents qui sont la lumière de ma vie : maman Ouardia et mon père Lounas.

A la lumière de mes yeux mes sœurs : Tiziri et Massiva

A mes très chère frères : Samir, sofiane, et jugurtha.

A ma chère sœur Tiziri et Bilal

A tous mes amis et tous mes frères et sœurs en christ, a ma chère Latifa

A mes cousins et mon frère Kaci, Monhand et koukou.

A mes oncles Lakhdar qui comme mon frère.

A toutes mes tentes Malika et Mariama

A ma chère Dalida et son mari

A ma chère grande mère et grand père

A Samir et sa femme Malika

A tout ce qui mon aider Siham, Lynda, Nawal sans oublier la petite Anais

A ma chère maman que j'aime beaucoup

A toute la famille ABBAS.

Table des matières

Introduction générale.....	1
-Les objectifs de la recherche.....	2
-le cadre référentielle.....	2

Partie théorique

Chapitre I : La dépression

Introduction.....	5
1-Aperçus historique de dépression	5
2- Les différente définitions de la dépression.....	6
3-Les types de la dépression.....	7
4-Les symptômes de la dépression.....	9
5-Les modèles explicatif de la dépression.....	12
6-Trainent de la dépression	15
Conclusion.....	16

Chapitre II : La femme battue

Introduction.....	18
1-La femme et la féminité.....	19
2-La femme battue	19
3-L'origine de la violence faite aux femmes.....	21
4- Les différents niveaux d'escalade de la violence.....	21
5-Les types de la violence.....	23
6-La violence psychologique et la violence verbale.....	24
7-La réaction de la victime.....	25
8-Les conséquences physique et psychologique des femmes battues.....	26

9- certaines femmes demeurent dans des relations violentes.....	28
Conclusion.....	29

Partie pratique

1-La problématique et hypothèses de la recherche.....	31
---	----

Chapitre III : Méthodologie de recherche

1-La méthode de recherche.....	35
2- population de recherche.	36
3-Présentation de lieu de la recherche.....	36
4-Les outils de recherche.....	37
4-1-L'entretien clinique.....	38
4-2-L'entretien semi-directif.....	38
4-3-Le guide d'entretien.....	39
4-4-L'échelle de Beck.....	41
Conclusion.....	42

Chapitre IV : L'analyse des résultats et discussion des hypothèses.

1-Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de Beck.....	44
2-Analyse des résultats des 8 cas.....	71
3-Discussion des hypothèses.....	71
Conclusion générale.....	73
Bibliographie	77

Annexes

Introduction

Dans le monde le phénomène de la violence est très connu dans tous les pays, parmi les violences on trouve la violence faite aux femmes qui peut prendre différentes formes, Habituellement, un partenaire violent tente de dominer et de contrôler la femme en posant des gestes qui menacent sa santé physique et émotionnelle, sa sexualité, sa vie sociale, ses aptitudes parentales, sa situation financière, ses biens ou sa vie spirituelle, un épisode de violence peut parfois ne se produire qu'une fois dans la vie de certaines femmes on peut faire partie d'un cycle d'actes violents qui dure pendant des années.

La dépression est une maladie caractérisée par une modification de l'humeur et de la personnalité, c'est une altération à tonalité désagréable et douloureuse. Une maladie qui se manifeste par des troubles psychologiques, physiques et comportementaux.

La dépression est une maladie complexe dans son diagnostic et dans son traitement portant c'est une maladie qui se guérit mais aussi une maladie qui tue car elle reste la cause la plus fréquente de suicide.

La dépression chez la femme battue est l'un des troubles les plus difficiles et complexe à détecter et cela d'après les recherches effectuées par les chercheurs sur ce thème.

La femme reste toujours l'objet d'une domination, l'homme essaye toujours de montrer son pouvoir et force soit physique ou psychique face à la femme ce qui fait que la violence reste toujours la cause de la dépression chez ces femmes. Mais malheureusement ce phénomène est devenu une chose banale dans notre société, portant beaucoup de femmes sont assassinées par leur partenaire, son frère, ou un autre homme, la violence une acte infamant, il touche la femme dans son honneur et dans sa dignité, c'est une atteinte physique mais aussi psychique.

Dans notre recherche, nous avons deux grandes parties, la partie théorique et la partie méthodologique, d'abord la partie théorique qui comporte les objectifs de la recherche, ensuite deux chapitres : le chapitre de la dépression et le chapitre de la femme battue, ainsi dans la dixième partie nous avons la problématique avec ses hypothèses, et la méthodologie, par la suite nous avons présenté les cas avec lesquels nous avons travaillé, enfin la discussion de notre hypothèse, la conclusion de ce travail et la bibliographie sur laquelle nous sommes basés dans l'élaboration de ce travail.

1) Les objectifs de la recherche.

- Comprendre la mise en œuvre de la dépression.
- Connaitre la souffrance psychique de la femme battue.
- Evaluation du trouble dépressif en utilisant l’outil validé « BDI-II ».
- Reconnaître a quel point la violence influe sur l’apparition de la dépression.
- Savoir à quel degré la violence peut causer la dépression chez la femme battue.

2) Le cadre référentielle.

Dans notre recherche « la dépression chez les femmes battue » nous avons opté comme cadre référentielle, l’approche cognitive –comportemental parce qu’elle nous permet de détecter la dépression chez ces femmes, c’est une méthode efficace pour le trouble dépressif, en utilisant l’échelle de BDI-II qui permet de détecter le degré de la dépression et savoir a quel point la violence provoque le trouble de la dépression.

Partie théorique

Chapitre I: La dépression

Introduction

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

I-Aperçus historique de dépression

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes : la mélancolie, la dépression, la manie, terme ayant connu un sort plus chaotique.

La naissance de la notion de « dépression » est lente. son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50ap.J6C) : la maladie a pour origine un manque déséquilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer.

Au IV^e siècle, saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, Evagre le Pontique évoque désintérêt, qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur.

Rien de spécifique jusqu'au XVII^e siècle la dépression se perd dans la mélancolie l'hypocondrie, (les troubles nerveux). mais en 1678 Bâle, Johannes Hofer publie sa *Dissertatio de nostalgia* pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, de désespoir, la nostalgie c'est le mal du pays, forme atténuée de souffrance dépressive ! En 1733, George Cheyne invente le « spleen » (rate atrabilaire et morosité de l'humeur).

Il existe donc à l'âge classique des formes de dépression distinctes de la mélancolie. au XIX^e siècle. Esquirol (1818) reprend, dans son texte de suicide, le spleen et la nostalgie sans considérer comme causes suffisantes. J.P. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse », et bien d'autre. (Pardinielli.J.L et al, 2005, P9-14).

Le terme de dépression est relativement récent (Delasiauve, 1856). On parlait auparavant, depuis Hippocrate, de mélancolie. Celle-ci était considérée comme une affection de la bile noire, en référence à la théorie des humeurs qui a prévalu durant toute la médecine pré-moderne.

La mélancolie est donc longtemps restée considérée comme une maladie essentiellement somatique. Depuis Freud (1915), elle a été l'objet de nombreux travaux psychopathologique .cependant, le terme de mélancolie n'est plus guère utilisé dans le langage médicale .il a été remplacé par celui de dépression, qui connait par ailleurs depuis quelques décennies un succès considérable auprès du grand public. (Besançon .A. 2005, p48).

II -Définition de la dépression

La dépression est un phénomène relativement fréquent, sa définition n'est pas facile, même les spécialistes ne sont pas d'accord sur sa nature. C'est-à-dire s'il s'agit d'un phénomène biologique ou psychologique.

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. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante de parfois 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, P25).

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 –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, p79).

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, (Kleftaras.G. 2004, P 20).

La définition psychopathologique de la dépression diffère au sens ou 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 dépressifs via la mise en relation des formes clinique de la dépression et leur étiologie.

. (Pedielli.J.L et al, 2005, P77).

La dépression se définit surtout par ses manifestations psychologiques, comportementales, cognitives et biologiques.

III-Les 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.

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, P374).

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 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.

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 manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale (P.Pichot). 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, P89-94).

IV -Les symptômes de la dépression

En général les symptômes de la dépression sont variés et se manifestent souvent tant d'une manière psychologique, qu'organique, ils peuvent être classés en catégories suivante :

a)-symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, colère, hostilité, énervement, irritabilité.

b)-symptômes comportementaux : excitation, le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

c)-symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement : auto-accusation, faible estime de soi, sentiments de lassitude, de désespoir, pessimisme, idées de mort et de suicide.

d)-symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration.

e)-symptômes en rapport avec des changements organiques et des ennuis (symptômes neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbations du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du désir sexuel et plaintes somatiques. (Kleftaras.G. 2004, P 27-28).

Cependant, nous devons prendre en considération que ces mêmes symptômes peuvent être présents dans d'autres troubles en dehors de la dépression.

Klerman (1988) a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

1-Humeur dépressive : la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ceci est varier entre tristesse légère ou mélancolie.les dépressifs considèrent leur situation irréversible, peuvent pleurer souvent ,certains peuvent paraître de bonne humeur, sourire, malgré leur tristesse intérieure, ou leur désespoir, mais si un seul mot(bon ou mauvais) est prononcé, leurs défenses diminuent, ils fléchissent et il éclatent en sanglots.

2-Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles : beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer comme plaisantes comme les repas, les sorties ... etc rien ne leur fait plaisir. Dans le langage des comportementalistes on pourrait dire que ces activités ne sont plus stimulantes et ne l'intéressent plus.

3-Sensation de fatigue et perte d'énergie : les dépressifs se sentent souvent très fatigués, le manque de motivation, manque d'énergie, ils se plaignent de faiblesse, de

douleurs et d'épuisement, ils ont une difficulté à commencer une activité et même à la terminer.

4-Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement : les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent beaucoup à répondre aux questions qu'on leur adresse, ils agissent lentement les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres. Les thérapeutes souvent mentionnent qu'ils se sentent épuisés après un entretien avec un tel patient.

5- Changements dans l'appétit : beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids, un grand pourcentage de dépressifs qui varie entre 70% et 80%, souffre d'anorexie accompagnée de perte de poids, mais pour (Klerman.1978, Manos.1997). Au contraire un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation d'appétit et prend du poids à cause de l'accroissement de la consommation de nourriture.

6-Perturbation du sommeil : l'insomnie est un signe particulièrement fréquent de la dépression. L'insomnie peut survenir initialement (la personne ne peut pas s'endormir), d'habitude, l'insomnie initiale est plus liée à l'anxiété qu'à la dépression dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie.

7-Plaintes somatiques et dysphorie : souvent les dépressifs se plaignent de douleurs de différents problèmes organiques selon Klerman (1988) quelques-uns des problèmes les plus communs qu'ils présentent, douleurs en haut dos, des crampes musculaires, nausée, vomissements, bouche sèche, miction douloureuse ...etc. (Ibid. PP28-29).

8-Excitation : les dépressifs présentent parfois une agitation excessive. Une tension intérieure, ils bougent constamment, ils font les cent pas, ils remuent leurs mains, ils font des mouvements brusques, ces activités n'offrent aucun soulagement et ne font pas cesser l'état de tension.

9-Diminution du désir sexuel: pour les hommes le problème est directement lié à l'épuisement, au manque ou d'énergie perte général d'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelle, parfois les problèmes sexuels pourraient être dus ou traités médicamenteusement ou d'autre problème organiques ou psychogènes.

10-diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer : le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent, et souvent accompagné de problèmes de la mémoire, ils ont tendance à avoir des difficultés de concentration, et parfois ils ont des idées fixes, au point de présenter parfois un comportement obsessionnel.

11-Sentiments et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte : ces symptômes constituent une caractéristique principale de la dépression. Les dépressifs semblent se retirer de vie il se considère comme problématiques, ils expriment souvent sentiments de culpabilité et des remords pour des fautes ou des échecs du présent et de passé, la faible estime de soi, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être « un échec » et décevant pour son entourage.

12-l'anxiété : un pourcentage de dépressifs, qui varie entre 60% et 70%, mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée.

13-Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir : ces dépressifs se sentent impuissants et désespérés dans ce monde, étant donné cette conviction, le suicide peut paraître malheureusement comme le seul moyen possible d'échapper à cette réalité douloureuse.

14-Idees de mort et de suicide : beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide souvent ils disent : « Je voudrais échapper à tout cela ».Le suicide constitue la complication la plus grave et la plus dangereuse de la dépression, il faut être prudent, quand une personne mentionne le suicide, parce que, contrairement à ce que l'on croit, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le faire. (Op. cit pp30-32-33).

Tous les symptômes ne doivent pas être nécessairement présent pour que la dépression soit diagnostiquée, bien des choses dépendent de leur intensité, de leur gravité et de leur durée, toujours en rapport avec la situation clinique précise, à la quelle on se réfère.

V -Les modèles explicatifs

Chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle globale.

A- Le point de vu ethnopsychiatrique

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, P94).

B -Le Point de vu biologique

Elles sont nées a la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs (1957),par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action .cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neurotransmetteurs (noradrénaline ,sérotonine),il est réducteur, voir peut être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et sérotoninergique .une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiées par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances.

C –Le point de vu 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 le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique.une partie du Moi, identifié 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'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. . (Besançon .A. 2005, p57).

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 « des dispositions nerveuse » 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 répétitive. La dépression prend naissance et se développe autour des problèmes 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.L.et al 2005, P77-78).

D-le point de vu cognitivo-comportementaliste

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs.

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck .la dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible.

(Besançon .A. 2005, p57)

Le model cognitive de la dépression repose sur l'observation d'une altération du traitement de l'information chez les sujets déprimés.

Le déprimé interprète les informations afférentes de la vie quotidienne de façon excessivement négative, à travers des schémas cognitifs définissent inconsciemment des objectif de vie inaccessibles tels que par exemple « être le meilleur professionnellement, vouloir être apprécié et aimé par tous ».En lien avec ces schémas dépressogènes, la distorsion cognitive entraînent l'émergence de pensée dépressives par un traitement biaise de la réalité. L'inférence arbitraire est la plus fréquente des distorsions cognitive décrite chez les déprimés un autre point elles entraînent un jugement fossé par l'interprétation hâtive négatif et arbitraire d'évènement de la réalité par exemple « ma collègue de bureau ne ma pas proposé du café ce matin elle n'est plus satisfaite de notre collaboration, je ne suis a la hauteur je vais perdre mon travail ». L'abstraction sélective permet aux déprimés d'extraire et de polarisé son attention sur des points négatifs de son existence quotidienne au dépend des éléments positifs de la réalité .la maximalisation et la minimisation complète ce procédé cognitif en augmentant l'importance des expériences négatives et en minimisant les expériences positives, la surgénéralisation consiste à généraliser ce vécu a l'ensemble de la vie du patient.

L'ensemble de ces perturbations cognitives entraînent une perspective de soi, de l'environnement et du temps figée dans une perspective négatives, constituant la triade cognitive décrit par Beck cliniquement, l'incapacité a se projeter dans l'avenir,

l'anticipation douloureuse des événements à venir, les sentiments d'ennui traduisent une distorsion de la perception du temps vécu. Des « gouffres » accaparent le sujet de façon morbide et semblent provoquer la suspension du temps réel. La vision négative de soi et la perte de l'estime de soi s'expriment par une auto-accusation et une culpabilité inadaptées. Elles sont associées à une vision négative de l'environnement ressenti comme inutile, insécurisant, voire hostile.

Les théories comportementales sont fondées sur l'exploration des comportements animaux dans les situations expérimentales. On a ainsi observé que l'administration du choc électrique répété entraîne chez les animaux un renoncement à éviter des chocs ultérieurs. Autrement dit, l'animal ne sait plus faire face et se soumet aux stressants extérieurs dans une position d'impuissance, pour les comportementalistes déprimés adoptent ce fonctionnement traduisant l'impuissance apprise ou « learned helplessness » dans des situations stressantes répétées. (Michèle .L.1998, p2).

En général, la thérapie cognitive dure de trois à six mois, elle utilise à la fois des techniques cognitives et des techniques comportementales pour modifier les systèmes de croyances des sujets dépressifs en leur apprenant à différencier les faits de leur appréciation subjective.

Le thérapeute a un rôle actif et il met l'accent sur les problèmes concrets et actuels du patient. Il se sert de techniques comportementales et cognitives dont le but est d'apprendre au patient à tester ses distorsions logiques et ses postulats dépressogènes aussi bien au cours des séances de thérapie que lors « d'épreuves de réalité » dans la vie de tous les jours. C'est une thérapie structurée où le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur un « agenda » de séance qui précise les thèmes sur lesquels vont porter chaque séance. Le style de la thérapie est directif et l'accent est mis sur une relation de collaboration. (Cottraux .J .2001, P167-168).

VI-Traitement de la dépression

Les moyens thérapeutiques sont de deux ordres, « chimique » (médical) et psychique (psychologique). Il n'y a pas de supériorité 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.

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 contre-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, P45-46).

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 perdus.

- 1)-Les antidépresseurs Tricycliques :Athymil, floxuftral, Prosac, défanyl, Stablon, Deroxat, Divarius, Séropram, Séplex, Norset, Zoloft, 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, P55-60).

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 se nourrir de la joie et des richesses intérieures de celui qui se dévoue pour eux.peu à peu l'existence prédépressive devra se réorienter sans qu'il en naisse une nouvelle culpabilité.

(Debray. et Nollet.2001, P139).

A –les thérapies d'inspiration analytique :

Leurs méthodes et principes reposent sur l'évocation par le souvenir donc la remémoration et la compréhension des conflits psychique infantiles par le déprimé. Elles visent à un changement intérieur par un travail intérieur. Ce changement doit aboutir 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.L. et al 2005, P120).

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 transformation les informations reçus 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. P121).

Conclusion

La dépression est l'une des maladies mentales les plus fréquents dans notre société, suite des événements assez difficile à supporter ou à surmonter, cette maladie nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique, pour que la personne atteinte puisse dépasser sa souffrance et retrouver sa vie qu'il a perdue.

Chapitre II: la femme battue

Introduction

La violence contre les femmes est très fréquente dans notre société où elles sont considérées comme une chose banale, on en parle peu à commencer par les victimes qui se taisent soit parce qu'elles les considèrent comme normales, soit qu'elles ont honte ou alors parce qu'elles ont peur. de nombreuses expressions décrivent la violence faite aux femmes, dont femme violentée, femme battue, femme victime de violence conjugale, conjointe maltraitée.

1- La femme et la féminité

Selon le (Le grand dictionnaire de la psychologie. 2000, p 368).
La féminité : Ensemble de caractéristiques plus fréquentes ou plus marquées en moyenne dans la population féminine que dans la population masculine.

Les caractéristiques de la féminité découlent de ce qui précède. On pourrait d'ailleurs la définir par ce qu'elle n'est pas. La féminité réelle n'est pas faiblesse, elle n'est pas impuissance, elle n'est pas tout ce qui fut raconté à son sujet. La féminité est une puissance ; elle représente l'accumulateur de la personnalité. Si cette force devient fréquemment lourdeur inerte ou vapeur sans consistance, cela est dû à de nombreuses causes qu'il nous faudra essayer de détailler.

La féminité parce qu'elle est puissamment passive, est automatiquement calme. Elle est directement branchée sur le réel. Elle est à l'écoute des choses et des êtres. Elle est liée au temps. (Ibid P178).

1-2-La femme battue

Au sens strict du terme : les femmes battues sont les personnes de sexe féminin ayant subi des coups.

Au sens plus général : on regroupe sous ce terme toutes les femmes victimes de violence quel qu'elle soit, physique, sexuelle, psychologique.

(<http://www.droit-cours.fr/femmes-battues> consulté le 01/05/2013 à 15:15).

a)- L'agressivité et la femme

Selon **Konrad Lorenz** (1969) considère l'agressivité comme une pulsion propre à l'ensemble du monde animal, dont l'homme fait partie. L'agressivité serait un comportement inné, un instinct provenant de la sélection naturelle. Elle échapperait à notre contrôle et sa fonction serait la survie de l'espèce. L'agressivité augmenterait les chances de sa survie et de sa conservation. (Micheline.C, 2005, P30).

b)-la violence et la femme

Force brutale qu'un être impose à d'autres, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation ou la terreur. Elle est aussi présentée par toutes les conduites agressives qu'un sujet plus fort physiquement ou moralement fait subir à un plus faible : mauvais traitements, sévices sur le conjoint (femmes battues) ou même actions criminelles pouvant aller jusqu'au viol et meurtre par extension, les comportements violents vont se retrouver aussi bien dans le domaine de la délinquance que dans celui de la dangerosité, on sait que tout malade mental susceptible de devenir violent va être considéré comme dangereux et que sa violence, manifeste ou plus souvent potentielle, servira généralement d'argument pour justifier son internement.

(Le grand dictionnaire de la psychologie.2000, P 989).

Selon F.Héritier (1996) : « appelons violence toute contrainte de nature physique ou psychique susceptible d'entraîner la terreur, le déplacement, le malheur, la souffrance ou la mort d'un être animé ; tout acte d'intrusion qui a pour effet volontaire ou involontaire la dépossession d'autrui, le dommage ou la destruction d'objets inanimés » et encore : « quoi qu'il en soit, la violence n'est pas innée Chez l'homme, malgré la réalité des décharges d'adrénaline qui induisent certes une agressivité mais qui peut être maîtrisée. Elle est toujours construite en fonction de besoins, désirs, passions, et aussi rêve et folies meurtrières de gouvernants. Elle s'acquiert par l'éducation ». (Micheline.C, 2005, P34).

c)-la violence conjugale

Cette classe de violence est définie par la seule complémentarité dans les échanges interactifs : c'est-à-dire que l'un se pose comme dominant par rapport à l'autre, à qui il assigne la place de dominé et/ ou d'objet. C'est pourquoi, dans cette classe, on peut parler d'agresseur (position haute) et de victime (position basse), positions complémentaires l'une de l'autre avec perte de l'altérité. (Ibid. P36).

Les violences conjugales est tout comportement au sein d'une relation intime, qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à ces relations, dans la majorité des cas la violence conjugale est le fait de l'homme envers sa compagne.

d)-La violence contre les femmes

L'Organisation des Nations Unis (1993) propose une définition suivante : « La violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant au susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels

actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». (Laughrea. k et all, 1996, P95).

La violence faite contre les femmes peut être un acte, commis en public ou en privé, qui entraîne ou qui risque d'entraîner un traumatisme ou une souffrance au niveau physique, sexuel ou psychologique chez une femme, y compris les menaces d'un acte semblable, la coercition ou la privation arbitraire de liberté.

3 -L'origine de la violence faite aux femmes

-Dans sa déclaration sur l'élimination de la violence faite aux femmes, adoptée en 1993, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que « cette violence est la manifestation de rapports de force historiquement inégaux qui ont abouti à la domination des hommes sur les femmes ».

-La violence contre les femmes se perpétue malheureusement d'une génération à l'autre. Ainsi, dans la plupart des sociétés, on confère aux garçons et aux hommes le statut de dominants, en public comme en privé, alors que les filles et les femmes doivent se conformer à un modèle féminin basé sur la dépendance et la soumission. Bien que la drogue, l'alcool, les difficultés personnelles ou économique favorisent l'expression de la violence et y soient souvent associés, la violence contre les femmes trouve sa véritable source dans les rapports de domination.

-La violence est le moyen choisi par un individu pour exercer contrôle et domination sur une autre personne, et affirme son pouvoir sur elle. L'égalité dans les relations entre hommes et femmes est donc la meilleure façon de prévenir la violence contre les femmes. ([http:// esls.net/parents/violence.htm](http://esls.net/parents/violence.htm)).consulté Le 04/04/2013.

4 -Les différents niveaux d'escalade de la violence

Si l'agressivité peut être définie comme un comportement d'attaque, celle-ci est plus ou moins violente.il existe toute une gamme d'agressivité, entre ces deux extrêmes : de l'agressivité pathologique, qui est destructrice et explosive, à une autre simplement gênante pour la société. Comme nous l'avons vu précédemment, quelle qu'en soit la forme, le dénominateur commun en est la dévalorisation de l'autre et celle-ci se manifeste (et donc peut se détecter) par des paroles, des attitudes et des actes. On va s'appuyer sur les travaux de Jean-Pierre Noé pour présenter les différents niveaux d'escalade de la violence et/ou agressivité en commençant par le plus grave.

4 -1-Le niveau dramatique de la violence : le meurtre

Il s'agit ici du niveau le plus grave concernant la violence, car la personne va jusqu'à tuer quelqu'un. Celle-ci croit « qu'elle n'a pas d'autres moyens pour assurer sa survie ou son pouvoir » que de tuer l'autre. Elle n'a pas intégré l'interdit protecteur : « tu ne tueras point ! ». Ne l'ayant pas intégré, elle continue à agir de façon instinctive, ce qui a comme conséquence qu'en cas de danger, elle tue. Une chose est alors essentielle : rappeler la loi et, si elle a été jusqu'au meurtre, c'est bien sûr la prison. En effet, si elle n'a pas la compétence personnelle de l'intégrer la loi, elle se trouve donc dans la dépendance que quelqu'un l'intègre pour elle et lui impose. Si elle prête, elle peut aussi entamer un travail thérapeutique profond.

4-2-La violence physique

Nous savons qu'il y a encore beaucoup de personnes qui considèrent normal de battre quelqu'un, et qu'il n'y a, selon elles, pas d'autre option vis-à-vis de leur conjoint, de leurs enfants ou de quelqu'un d'autre. Peut-être que ces personnes n'en sont, cependant, capables d'aller jusqu'à la violence physique. Elles veulent « faire mal » : battre ou bousculer violemment une personne, envoyer des projectiles, envahir l'espace de l'autre, intimider en utilisant sa force... Elles peuvent se montrer très agitées, avec un comportement désordonné : gesticuler dans tous les sens (désorienté dans le temps et dans l'espace), fuir, être sourdes à tout ordre et inconscientes du danger, risquant éventuellement leur vie et celle de ceux qui l'entourent. de plus, ce comportement par son effet contagieux peut mettre les autres en péril. la violence malheureusement, nous l'observons tous les jours. ces personnes doivent être accompagnées pour résoudre leurs dysfonctionnements. C'est, une fois de plus, quelque chose qui ne peut se régler sans consulter un professionnel. La décharge physique est essentielle pour permettre à la personne de réguler elle-même toute cette énergie qu'elle ne sait exprimer que par le corps. Comme aide au travail thérapeutique elle peut choisir de pratiquer certains exercices comme couper du bois, faire un sport de combat, pratiquer le squash ou des arts martiaux... tout ce qui lui procurera une intense décharge physique. (Chevalier.C, 2007, PP158-159-160).

4 -3-la violence verbale

Le troisième niveau concerne la violence verbale et nous disons même qu'il y a des mots qui tuent ; ici, il s'agit d'une violence verbale qui a comme objectif de faire mal au niveau psychique ; chercher à « tuer l'autre » d'une autre manière que purement physique. la personne peut se mettre à hurler, utiliser les insultes, un ton et un regard menaçants, les humiliations, trouver des phrases « qui tuent »...

Ex : la personne qui prend un rôle « parent condamnant » : « Tu es incompetent, condamné, rayé ». Elle est sûre de son bon droit, peut justifier qu'elle avait bien raison et que, si elle vous condamne, elle est dans son droit. Si vous discutez avec elle : « Je trouve que tu es un peu dure ! » : elle vous rétorquera : « Mais si je fais ça, c'est pour son bien ! Personne ne lui dit, moi je le fais et j'en ai droit ! » Cela dit, la personne peut aussi faire tout cela de manière plus subtile et dans ce cas, le langage du corps aura toute son importance, car il traduit l'intention agressive d'un contenu verbal en apparence neutre. La personne utilisera des mimiques de désapprobation, des petits sourires dévalorisants, un haussement de sourcil, des silences provocateurs, etc.

Mais cette forme de violence est parfois difficile à définir ; dans une violence physique, la victime peut en faire preuve, car elle aura une marque sur son corps ; dans le cas d'une violence verbale, la preuve sera plus difficile, car il s'agit de quelque chose de subjectif. Pour la victime, la situation est vraie, c'est son vécu, mais une autre personne pourrait le vivre différemment. Les paramètres culturels rentrent en jeu. La violence reçue dépend, d'une certaine façon, de la fragilité du récepteur, de l'intensité destructrice de l'émetteur, et du décalage entre les seuils d'énergie de l'un et de l'autre. Sur ce plan nous ne fonctionnons pas tous de la même manière.

En revanche, il peut être difficile à faire comprendre à quelqu'un qu'on s'est senti sous une forme de violence, c'est une expérience « personnelle ». (Ibid, PP160-161).

5-catégorisation des types de violence

Les violences contre les femmes s'exercent dans contextes privés (famille, couple) ou publics (travail, école, espaces collectifs). de nature verbale, psychologique, physique ou sexuelle, les violences se manifestent au travers de paroles, de comportements, d'actes, de gestes. Elles peuvent être institutionnelles ou interpersonnelles. Les violences institutionnelles relèvent des systèmes de répression ou de contrôle de l'état. Bien que modelées par les règles de fonctionnement des institutions (famille, école, monde du travail, système de protection sociale, de santé, de sécurité publique), les violences interpersonnelles sont les moins visibles, car souvent les plus cachées, notamment lorsqu'elles sont perpétrées dans la sphère privée. Les violences apparaissent ainsi comme un phénomène polymorphe dont les modes de classification sont complexes et variables.

Parmi les nombreuses classifications, la déclaration de l'ONU(1993) sur l'émanation de la violence à l'égard des femmes précise dans son article 2 : « La violence à l'égard des femmes englobe, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après :

a)-La violence physique , sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups , les sévices sexuels infligée aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres

pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation ;

b)- La violence physique sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité, y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée ;

c)- La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'état, où qu'elle s'exerce.

La traite des femmes à des fins d'exploitation sexuelle, l'esclavage domestique, les violences des droits humains lors des guerres sont davantage des violences institutionnelles, de l'Etat ou de la grande criminalité. La lutte contre ces exactions relève en général de traités et de commissions, voire d'organismes spécifiques. Spécialisée dans ces domaines, l'ONG Amnesty international a démarré en 2004 une campagne « Halte à la violence contre les femmes », qui englobe toutes les formes de violence sexuelles. (Jaspard.M, 2005, P8-9).

6-La violence psychologique et la violence verbale

Ce sont deux formes de contrôle et de domination qui ne laissent pas de trace... visible trop de gens considèrent que, s'il n'y a pas de marques, cela signifie que ça ne fait pas mal. C'est faux ! Les blessures laissées par la violence psychologique et violence verbale sont profondes et causent énormément de souffrances aux personnes qui en sont victimes.

a)-La violence psychologique : consiste à dévaloriser l'autre par des attitudes et des propos méprisants, par l'humiliation ou par le chantage. Elle peut aussi prendre la forme d'un contrôle exercé par l'amoureux, le conjoint ou l'ex-conjoint envers sa partenaire. Cette dernière a plutôt tendance à s'isoler et elle risque de devenir plus vulnérable aux autres formes de violence. La violence psychologique porte atteinte à l'estime de soi et à la confiance

Des exemples de violence psychologique

a)- Traiter régulièrement sa partenaire de « bonne à rien ».

b)- Lui interdire de fréquenter ses amis, filles ou garçons, ou sa famille.

c)- Contrôler ses activités.

d)- La dénigrer, la bouder pendant des jours, la culpabiliser et lui faire porter la responsabilité de la violence.

b)-La violence verbale : elle se manifeste des cris, des insultes, des propos dégradants ou sarcastiques, des hurlements, des menaces Elle crée un sentiment d'insécurité, de peur, et peut aller jusqu'à une profonde détresse psychologique. Cette forme de violence est malheureusement plus fréquente qu'on le pense. Ainsi d'après une enquête de santé Québec menée au des années 1990, sur 1 823 femmes interrogées, un peu plus du quart ont avoué avoir subi de la violence verbale plus de 6 fois au cours des 12 derniers mois

Des exemples de violence verbale

- a)-Crier à propos de tout et de rien à la maison.
- b)-Se moquer de sa partenaire, de ses goûts ou de ses choix.
- c)- Menacer de se suicider ou même de la tuer lorsqu'elle remet la relation en question. ([http:// esls.net/parents/violence.htm](http://esls.net/parents/violence.htm)).consulté Le 04/04/2013.

7- La réaction de la victime

Le sentiment d'infériorité peut se manifester en seul domaine (réaction d'une femme envers les hommes, par exemple).il peut également imprégner tous les actes.les symptômes les plus courants sont : une sensation sourde d'agir « comme si »on était coupable ; l'impression d'être à peine toléré par « les autres », etc.

1)-Le sentiment d'infériorité produit :

- a)-La sensation pénible d'être « moins » que les autres.
- b)- L'impression d'être en dessous de la norme (telles beaucoup d'adolescentes, véritablement hantées par l'anxiété de n'être pas comme tout le monde).
- c)-La sensation de n'être pas à la hauteur de la tâche que nous nous somme fixée ou que nous impose la société.

La timidité et l'agressivité pathologique sont, bien entendu, des effets immédiats du sentiment d'infériorité.

2)-La femme réagit au sentiment d'infériorité :

- a)-Soit par une compensation qui lui donne une sensation de puissance et de la supériorité. « Je suis moins que...» Devient « je dois tout faire pour paraître plus que... ».

b)-Soit par déclaration de guerre généralisée. C'est le cas de nombre d'adolescentes qui, se croyant mal aimées, ruminent leur hostilité contre le monde entier, et se montrent d'une invraisemblable arrogance.

c)-Soit par un altruisme exagéré. Souvent des femmes, qui sentent inconsciemment « indigne » de vivre, vont tenter de payer leur droit à compte d'elles-mêmes, et jusqu'à la mort, s'il le faut. Inconsciemment, d'ailleurs, elles désirent cette mort. Elles pourraient dire : « je m'acquitte de mon sentiment d'infériorité en me détruisant pour les autres. » c'est la névrose d'échec.

d)-Soit par la débâcle totale. Beaucoup de femmes, convaincues de leur insuffisance. Sombrent dans un aigre pessimisme. Elles se suicident affectivement. Leur estimation d'elles –mêmes tombe à zéro. Incapables d'entreprendre seules quoi que ce soit, elles attendent tout de l'homme (envers qui elles entretiennent une forte hostilité inconsciente).certaines se croient maudites ; on leur a jeté un sort, il s'agit ici d'un masochisme moral très profond. Elles refusent alors de s'attribuer la moindre réussite, qu'elles imputent à un « hasard ». ([http:// esls.net/parents/violence.htm](http://esls.net/parents/violence.htm)).

8-Les conséquences physique et psychologique des femmes battues

Ce n'est que récemment que les revues médicales- de santé publique, d'épidémiologie ou de spécialités telles que la psychiatrie ou la gynécologie – obstétrique souligne l'importance de la violence envers les femmes, s'efforcent de mesurer les conséquences en termes de santé pour la population féminine, incitent à un rôle de dépistage plus actif de la part des soignants.

a)-physique :

La violence physique englobe les gestes suivants : bousculer, gifler, donner des coups de poing ou de pied, mordre, brûler, tirer les cheveux, utiliser une arme, menacer une personne avec une arme... etc. cette violence a une incidence énorme sur la santé et le bien être des femmes les coûts mesurable en matière de la santé

Les violences peuvent altérer la santé de différentes façons. Les homicides en constituent la forme extrême : en 1988,il y avait environ 110 homicides de femmes tuées par leur conjoint ou partenaire chaque année, les violences physique ont des conséquences directes, de gravité variable selon l'intensité des coups reçus : fractures, entorses plaies (Berrios et Grady, 1991) .Les cliniciens des services d'urgence qui reçoivent les femmes battues décrivent les atteintes au visage : Fracture du nez, des dents ou des membres supérieurs ; entorse ou fracture des doigts , des poignets, luxation des épaules. Ils décrivent également des brûlures et des contusions provoquées par divers objets, comme des tabourets, des bouteilles ou d'autres

instruments ménagers. En cas de rapports sexuels forcés, des atteintes traumatiques du périnée ou du bas de l'abdomen sont rapportées. Les conséquences des violences sexuelles ont fait l'objet de plusieurs publications qui montrent les risques de maladies sexuellement transmissibles, de troubles fonctionnels gynécologiques et de douleurs pelviennes chroniques. Plusieurs études ont montré que les violences durant la grossesse, et certaines rapportent un excès de morbidité périnatale lié aux violences dont les femmes enceintes sont victimes.

Plusieurs auteurs mentionnent que, dans les couples où la femme est victime de violence, la grossesse est un moment sensible où la violence a pu débiter ou s'accroître ; certains rapportent que la période qui suit une naissance est une période à risque élevé. Les auteurs avaient montré, à l'aide de données Nationales de 1985, que le pourcentage de femmes victimes de violences conjugales était plus élevé pour les femmes enceintes durant la période de référence a permis de conclure qu'il s'agissait d'un effet d'âge, les femmes enceintes étant plus jeunes que l'ensemble des femmes adultes. A âge égal, l'excès de fréquence n'était pas retrouvé pour les femmes enceintes. La violence conjugale pendant la grossesse a été rapportée avec des fréquences variant de 1% à 20%. (Jaspard.M, et al, 2000, PP35, 36,37).

b)-psychologique :

La violence psychologique varie en intensité et ses conséquences sont diverses. Insulter un partenaire, jurer contre lui, le rabaisser, le menacer ou terroriser, détruire ses biens, l'isoler de ses amis et de sa famille, et le traiter avec une possessivité irrationnelle ou jalousie extrême sont tous des comportements représentatifs de la violence psychologique, qui n'a d'autre but que le contrôle de l'autre. En détruisant la confiance en soi de l'autre personne, l'agresseur tente de limiter son autonomie.

Les pathologies associées sont les troubles dépressifs, l'anxiété, le syndrome post-traumatique, des troubles de la personnalité et des comportements auto-agressifs (Boudreaux et al, 1998). Les violences dans l'enfance sont très associées à la présence de symptomatologie dépressive à l'âge adulte ; les violences physiques à l'âge adulte sont très liées à la détérioration de l'estime de soi. Les tentatives de suicide sont plus nombreuses parmi les femmes victimes de violence que dans la population générale. Une étude, réalisée en France auprès de femmes ayant contacté un service spécialisé pour victimes de viol, décrit une fréquence élevée de trouble psychiatrique six mois après l'évènement, L'intensité et l'aspect systématique des associations retrouvées conduit à se poser la question du rôle des violences subies par femmes comme explicatif de l'excès de la morbidité dépressive dans la population féminine comparativement à la population masculine. (Ibid, P238).

En réalité, il est impossible de faire une distinction entre la violence psychologique et la violence physique car, quand un homme tape sa femme, son intention n'est pas de lui mettre un œil au beurre noir, mais de lui montrer que c'est lui qui commande et qu'elle n'a qu'à bien se tenir, l'enjeu de la violence est toujours la domination.

b-1-les conséquences immédiates

1 -Décès : à l'échelle internationale, on évalue de 40% à 70% la population des meurtres de femmes qui sont commis par leurs partenaires intimes, habituellement dans le contexte d'une relation marquée par la violence. Seule une faible proportion des hommes victimes de meurtre sont tués par une partenaire intime et lorsque cela arrive, ces femmes agissent habituellement pour se défendre ou en réaction à un agresseur.

2–Blessures incapacité permanente : La violence est une source importante des blessures infligées aux femmes qui vont de coupures et d'ecchymoses jusqu'à l'incapacité permanente et la mort.

3-Grossesse non désirée/Avortement.

4-Maladie transmises sexuellement, VIH/SIDA.

5-Traumatisme affectif.

(<http://www.craiw-icref.ca> P8 Consulté le 15-01-2013 à 14 :22).

b-2- Les conséquences à long terme

1- Les femmes qui ont vécu des agressions physiques ou sexuelles, dans l'enfance ou à l'âge adulte, risquent plus de connaître des problèmes de santé tels des blessures, des douleurs chroniques, des troubles gastro-intestinaux, de l'anxiété et de la dépression clinique.

2-Suicide : Les femmes qui ont été agressées sexuellement ou physiquement sont sensiblement plus susceptibles que les autres femmes d'attenter à leur vie.

9- certaines femmes demeurent dans des relations violentes soit :

1-Par peur : Les femmes sont parfois assassinées au sauvagement agressées lorsqu'elles tentent de fuir ou prés avoir quitté un partenaire violent .entre 1974 et 1992, six fois plus de femmes ont été tuées par leur mari au cours de la séparation que durant la cohabitation.une femme peut penser qu'il vaut mieux garder son partenaire

à vue plutôt que d'être pourchassée et tuée, elle peut croire l'agresseur qui menace de la tuer avec ses enfants si elle part, dans certains cas, elle aura raison. même si les forces policières et le système judiciaire ont fait des progrès depuis les années 1980 en matière de violence faite aux femmes, ces instances ne protègent pas encore adéquatement les femmes des agresseurs identifiés.

2-Par manque de ressources ou endroit où aller : en générale, les femmes gagnent moins d'argent que les hommes pour un travail exigeant des compétences équivalentes et celles constituent la majorité des pauvres. Bien des femmes restent dans une relation violente parce qu'elles n'ont tout simplement aucun autre endroit où aller vu les lacunes de logements à prix abordable, les salaires inférieurs versés aux femmes et le manque de places dans les garderies subventionnées, ces facteurs les empêchent de trouver l'emploi rémunéré et la formation qui leur permettraient de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

3-Parce que la violence fait partie de la vie : Une femme peut avoir grandi en voyant sa mère être battue et en voir conclure que la violence est un élément habituel des rapports de couple. Un agresseur peut utiliser des vidéos sadomasochistes et glisser vers une culture de films et d'amis violents, ce qui submerge la femme de messages culturels où la violence envers les femmes est présentée comme non seulement acceptable, mais normale et désirable.

4-Par amour ou loyauté : Les hommes agresseurs se présentent souvent comme très romantiques et charmeurs au début de la relation. de plus, chaque épisode d'agression est souvent suivi d'une nouvelle « période de séduction » où l'homme s'excuse, offre des cadeaux ou jure que ça ne se reproduira jamais, qu'il faut mettre l'agression sur le compte des difficultés qu'il traverse et qu'il a plus que jamais besoin de la femme qu'il aime. Voilà l'homme dont elle est tombée amoureuse, avec qui elle a eu des enfants, à qui elle a promis de l'accompagner toute sa vie « pour le meilleur et pour le pire ». Ce n'est pas un lien facile à briser.

5-Par piètre estime de soi : Une femme peut avoir été battue et violée depuis tellement longtemps qu'elle commence à croire l'agresseur qui lui dit qu'elle est sans valeur, bonne à rien, qu'elle ne s'en tirera jamais ou qu'elle mérite son sort, chaque acte de violence physique, sexuelle et psychologique détruit son âme un peu plus. (<http://www.craiw-icref.ca> P8 Consulté le 15-01-2013 à 14 :22).

6-Par gêne ou par honte : Certaines femmes pensent qu'elles sont à blâmer pour la violence infligée, qu'elles devraient être capables de « sauver » leur mariage, d'aider leur conjoint violent. Pour elles, quitter la relation équivaut à un honteux constat d'échec. Dans les communautés et les réseaux où les femmes battues ne disposent

d'aucun soutien ou presque et où les gens se font dire qu'il est mal vu de « laver son linge sale » en public, les femmes peuvent préférer éviter l'anathème qui retomberait sur elles et leurs enfants.

7-Par manque de soutien : Une femme peut avoir fait appel à des voisins qui n'ont pas voulu s'en mêler, à des membres du clergé ou à sa parenté qui lui ont dit de rester avec son mari coûte que coûte, à la police qui n'a rien fait, à un tribunal qui n'a donné à son agresseur qu'une condamnation avec sursis ou à un psychiatre ou un psychologue qui l'a blâmé de la violence subie.

8-A cause d'un parrainage d'immigration ou d'autres liens : Si le droit de séjour au payé étranger d'une femme dépend d'un partenaire agresseur ou si elle ne parle couramment aucune des deux langues officielles ou si elle dépend de l'agresseur pour les soins requis par une maladie ou un handicap, elle ne peut pratiquement pas partir.

9-Une étude interculturelle : a démontré que la pluparts des femmes agressées se servent de stratégies proactives pour maximiser leur sécurité et celle de leurs enfants. Quelques-unes résistent à l'agresseur et ripostent, quelques-unes s'enfuient et autres essaient de maintenir la paix en cédant aux exigences de leur partenaire. Ce qui peut ressembler à une absence de réactions à la violence peut en fait correspondre chez une femme à une stratégie réfléchie destinée à assurer sa protection et celle des enfants. (Ibid P10).

Conclusion

La peur, la honte ou la gêne peuvent maintenir les femmes et les filles victimes de violence dans l'isolement. Pourtant, il est très important de briser le mur du silence, de se confier et d'aller chercher de l'aide quelle que soit le forme de violence vécu.

La partie pratique

La problématique

Aujourd'hui, dans le monde le phénomène de la violence contre les femmes commence à être connu, chaque femme a besoin de se sentir aimée, protégée et être importante dans son entourage, mais malheureusement des mauvais traitements de négligence dont les femmes sont victimes dans leurs relations intimes familiales que ce soit avec leurs maris, leurs conjoints, leurs amants, des hommes qu'elles fréquentent ou des proches. La femme battue est victime d'une violence, peu-importe son origine éthique, son éducation, son identité culturelle, sa profession, sa religion, son orientation sexuelle, ou sa personnalité.

Selon le dictionnaire petit Larousse Le terme battre est défini comme suite « donner des coups, frapper, agiter avec un instrument » (Dictionnaire Larousse.1976, p110).

La dépression est considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. la notion d'humeur (ou de thymie) est défini 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, p48)

De nos jours, dans le monde occidental la fréquence de la dépression a augmenté considérablement jusqu'à prendre les dimensions d'une épidémie.

l'organisation mondiale de la santé, estime qu'après cents millions de personnes souffre à tout moment, de différents niveaux de dépression cliniquement reconnus, de ce fait ce trouble constitue un des problèmes les plus fréquents, et les plus graves de la santé publique, en plus il est estimé qu'un pourcentage variant entre 10% et 25% de population général présentera à un moment de sa vie des symptômes dépressifs évident.

Les symptômes dépressifs sont souvent liés à des douleurs somatiques ou un déclin psychologique et social et peuvent constituer des réactions à des expériences personnelles (par exemple : tristesse, deuil), à des situations social et économique contrariantes, ou encore à des affections organique. (Kleftaras.G. 2004, P13-22).

Lorsque l'humeur dépressive s'accompagne plutôt d'une perte d'appétit ou, au contraire, d'hyperphagie, d'insomnie ou d'hypersomnie, d'une difficulté de concentration et d'une faible estime de soi, le trouble est considéré en tant que dysthymique connu anciennement sous le nom de dépression névrotique. (Godefroid.J.2001, p696).

La problématique

Quand on parle de violence on trouve que, les attaques psychologique sont les plus dangereuses, elles font tout aussi mal que les agressions physiques et ont des conséquences plus graves, toutes les victimes le disent, il y a d'ailleurs des formes de violence où le partenaire ou l'agresseur, sans porter le moindre coup, réussit à détruire l'autre.

La dépression est dominée par l'association d'une humeur dépressive et d'un ralentissement psychomoteur la culpabilité, le désespoir, la vision pessimiste de l'existence et les signes somatique (insomnie, asthénie, modification en plus ou en moins d'appétit et du poids) complètent le tableau clinique et sont en proportions variable d'un sujet a l'autre.les idées de suicide mérite une attention particulière, elles constituent le facteur pronostique essentiel car tout déprimé présente un risque. (Doron.R. et al 1991, p 197).

Selon les données de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.), de 5 à 10 % de la population mondiale présenterait des troubles dépressifs de l'humeur. En France d'après un sondage de l'institut français d'opinion publique (I.F.O.P), réalise en 1987, il y aurait six à sept millions de personnes affectées par ce syndrome .les plus touchées sont les femmes (60%), mariées, appartenant à la classe ouvrière, et les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (enseignants, cadre, chefs d'entreprises), d'âge mûre (45 à 54). (Sillamy .N . 2003, p79).

La dépression est un sentiment lié au changement soudain d'une ligne de conduite ou de vie. L'angoisse signale la présence prochaine de ce changement, elle indique le danger latent mais imminent qu'est la dépression.les changement extérieurs pousse le sujet à exiger de lui-même des réadaptations intérieurs face à des situations engageantes .être prédisposé à la dépression vient de l'incapacité à pouvoir dépasser sans encombre les étapes nécessaires à l'évolution psychique.

L'expérience dépressive avec son cortège de sentiment pessimiste, d'insatisfaction, d'autodépréciation et de dévalorisation contribuant au développement d'idées d'indignité et de culpabilité, se substituera à cet échec psychique. (Pedieli.J.L. et al, 2005 p 122)

Le phénomène de la violence contre la femme provoque en elle un déséquilibre psychique et physique, le manque d'intérêt, de négligence et le sentiment de culpabilité provoque certainement un dysfonctionnement comportementaux qui varient en gravité et en durée.

La problématique

Environ 10% des femmes Algérienne seraient battues selon une enquête du ministère délégué chargé de la famille et de la condition féminine sur la prévalence de la violence contre les Algériennes âgées de 19 à 64 ans ,c'est au sein de la famille que les femmes sont plus fréquemment victimes de violence . Les statistiques officielles publiées en novembre 2005 parlent de treize femmes Algériennes décédées à la suite de coups et blessures qui leur ont été infligées par leur proche.

Les études a fait ressortir, également que le centre étatique de Bou Ismail a lui seul, accueilli près de 500 000 Algériennes qui ont avoué être victimes de violences physique répétées.(WWW .Algérie – femme .com. consulté le 28/11/2012

L'extension de ce phénomène devait amener une réaction de plusieurs centres dans des affaires concernant les femmes qui doit être mise en place pour faire face a ce phénomène, et aider les victime à dépasser leurs souffrances.

Toutes ces données nous amène à poser les questions suivante :

- Est-ce que les femmes battues développent une dépression ?autrement dit
- Jusqu'à a quel degré les femmes battues peuvent atteindre la dépression à un degré plus au moins élevé ?

-Hypothèses

- Les femmes battues développent une dépression.
- les femmes battues peuvent atteindre la dépression à un degré plus au moins élevé.

Chapitre III : La partie méthodologique

Introduction

Dans ce chapitre méthodologique on a présenté des différentes étapes qu'on a suivies tout au long de notre recherche concernant les femmes battues et leur réaction face à la violence, on a commencé tout d'abord par la démarche méthodologique de la recherche, la description du lieu de recherche, les caractéristiques du choix des cas de la recherche, et enfin les outils utilisés.

1- La méthode de recherche

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à la vie intérieure des victimes. Selon Lagache, 1949 la méthode clinique est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens , la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Bénony.H et Chahraoui.KH ,2003,P11).

La méthode clinique permet l'observation profonde et continue des cas connaîtront que cette dernière se centre surtout la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passée, arrivant à ses relations actuelles. Et tous cela se fait par une méthode qui est « Etude de cas » ou le clinicien chercheur tente de décrire le plus précisément possible le problème actuelles d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenu actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui mécanisme de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examen psychologique, témoignage des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet d'un contexte de ou sont pris en compte différents niveau d'observation et compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, évènement présents et passés.

De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Ibid, P125-126).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologique mais tente de resituer les problèmes d'un sujet dans un contexte de la vie où son pris en

compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'évènement présents et passés. De l'ensemble de ces données descriptives, le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique.

2- La population de recherche et les caractéristiques de choix

Toutes les femmes sont adultes âgées entre (20-50) ans notre recherche porte sur 8 cas Hakima âgée de 48, Yasmina âgée de 38, Hanane âgée de 21, Nassira âgée 50, Lydia âgée 36, Saida âgée 35, Lamia âgée de 22 et Samira âgée de 32 sont des femmes qui sont venues au service de médecine légale pour un certificat médicale des coups et blessures.

a)- Critères homogènes

1- Tous les cas de notre population d'étude sont du sexe féminin.

2- Toutes les femmes sont à l'âge adulte.

3- toutes les femmes sont mariées.

4- Les femmes ont subi des violences (toutes les femmes sont battues par un homme).

b)- Critères non pertinents

1- Les femmes qui refusent de participer à la recherche ne sont pas intégrées.

2- Leur niveau socioculturel est dissemblable entre les cas, ce phénomène se propage chez toutes les classes sociales.

3- Les femmes qui sont battues par une femme ne sont pas intégrées dans notre recherche.

3- le lieu de la recherche

La partie pratique de notre recherche a eu lieu aux niveaux de l'hôpital de « FRANTZ FANON » situé à l'ancienne ville de Bejaia. Cet hôpital s'est transformé à partir de 1^{er} janvier 2011 en une direction de Centre Hospitalier Universitaire de Bejaia (C.H.U). Plus précisément, c'est dans le service de « médecine légale » institué en 1994, qu'on a pu se rapprocher des femmes battues, et/ou des femmes victimes d'une violence. La période de notre stage est de 3 mois sont déroulés entre le 20 février jusqu'au 20 mai 2013.

3-1-Le nombre de personnel :

- Le chef de service
- Le médecin légiste chef
- Un médecin légiste
- Un infirmier
- Un secrétaire
- Un agent dans la morgue

3-2-Les fonctions de service sont :

- Délivrer un certificat médical des coups et blessures (volontaire et involontaire)
- Délivrer un certificat des violences sexuelles
- Autopsie
- Expertises médicaux légaux
- Examen médicaux légaux
- Estimation d'âge

4-Les outils de recherche

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (Aktouf.O, 1987, P81).

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique de type semi-directif et l'échelle de Beck.

4-1-L'entretien clinique

L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique par excellence. Il existe différentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue doit adopter à l'égard du sujet. On peut concevoir l'entretien comme le moment où peut se produire la « rencontre », au sens phénoménologique, du psychologue et du sujet, où peut s'établir ce champ

d'intersubjectivité qui est, pour certaine, le domaine d'application de la méthode clinique .(Rauchlin.M,2002,P113).

L'entretien clinique vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique de sujet en se centrant sur son vécu et mettent l'accent sur la relation

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les évènements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, fantasmes. Il apparait donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même.

(Bénony.H et Chahraoui.KH,1999, P12-13).

4-2-L'entretien semi-directif

Dans le cadre de notre recherche, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés.

Ce dernier se définit comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse » . (Angers.M, 1997, P144).

Pour Chiland.C « Comme la situation ou le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut ce préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance. Elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple » (Chiland.C, 1983, P11).

« Dans, ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun (propice) de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une

trame qui permet au sujet de dérouler son sujet. » (Chahraoui.Kh et Benony.H, 2003, P143).

L'entretien semi-directif a été proposé à des femmes d'une manière précise dans le but de recueillir les informations sur la vie de la victime, le diagnostic tourne ou Toure de la violence envers les femmes, ainsi que la réaction psychologique face a cette situation et cela permettre de recueillir les informations nécessaire.

4-3-Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute d'intervention de interviewer » dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celles- ci seront nécessairement identique pour tous les sujets.

(Bénony.H et Chahraoui.KH , 2000, P144).

Pour mener notre entretien en pratique, on a utilisé le guide d'entretien composé de trois axes :

Axe I : L'objectif de cet axe est recueillir des informations concernant la vie personnelle des femmes

- 1-Nom
- 2-prénom
- 3-Age
- 4-position dans la fratrie
- 5-Situation matrimoniale
- 6-Nombre d'enfants
- 7-Situation professionnelle
- 8-Niveau d'instruction
- 9-Situation d'habitat

Axe II: La dépression, l'objectif est de détecté les symptômes de la dépression chez les femmes battues

- 1-Comment avez-vous réagit et Quels étaient votre sentiments suit a ces violences ?
- 2-Vos comportements ont-ils changé après cette situation ?
- 3-Quel est votre état de santé actuelle ? Avez-vous consulté un médecin au spécialiste ?
- 4-Parlez moi de votre sommeil ?

5-Avez-vous eu un changement de la qualité de votre appétit, autrement dit - est ce que vous mangez bien ? Si oui pour combien de temps ?

6-Avez-vous envie souvent de pleurer ? Sentez-vous fatiguée et triste ?

7-Est-ce que vous avez assez d'énergie pour compléter vos tâches ?

8-Comment sont-elles vos capacités de concentration ?

9- Avez-vous des sentiments de culpabilité ?

10-Comment il est votre confiance en vous-même ?

11-Est-ce que vous vous critiquez ?

12-Avez-vous déjà pensé ou désiré se suicider ?

13-Qu'elle est votre vision pour l'avenir de votre devenir ?

14-Étiez- vous soutenu par quelqu'un ? Si oui Par qui ?

Axe III : la victime, recueillir les informations sur l'histoire de la violence ainsi que les informations concernant l'agresseur.

1-Depuis quand cette personne commence à être violent avec vous ?

2-Connaissiez- cette personne ?si c'est oui c'est qui ? -sexe

-âge

-niveau d'instruction

-travail

-motif de cette violence

3-Quel est votre sentiment envers cette personne ?

4-Est-ce que vous avez peur de cette personne ?

5-Est-ce que vous êtes obligé de rester avec lui ? Et pourquoi ?

6- Quelle sont les conséquences sur votre santé physique et psychologique ?

7-Cette situation a-t-elle des conséquences sur votre relation avec les voisins, amis ?

Si oui comment ? Comment ?

8-Avez-vous déjà déposé plainte contre votre agresseur ? Pourquoi ?

9-Si non, pensez –vous le faire un jour ?

4-4-L'échelle de Beck

Notre deuxième outil dans cette recherche est l'échelle de dépression Beck.

a)-L'inventaire de dépression de Beck :(Beck Dépression Inventory ou B.D.I. 1961, 1974) : sa version originale, américaine, comprend 21 items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante

d'un symptôme. Il existe une version française de cet instrument (Pichot) de 23 items et une version abrégée de 13 items.

(Pichot, cité par Boyer, p, Guelfi, J.D et Pull, C.B, 1983, P25).

b)-Historique : Durant trente cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez le sujet de la population normale .

La passation durait approximativement 10 à 15 minutes ; le calcul des notes en additionnant les évaluations de chacun des items.

En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia center for cognitive therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI-A ; dans cette version, les formulations différentes pour décrire des symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées (Beck et al, 1979). Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive (Le BDI-AI), établie en 1978, a été publiée aux Etats-Unis en 1979, Néanmoins, de nombreuses ultérieures continuèrent de citer la première version du BDI de 1961, Steer & Beck en 1985. En 1987 un manuel technique de BDI-AI a été publié aux Etats-Unis, L'édition du manuel de 1993 inclut de légères modifications des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptômes dépressifs. (Aaron, T, Beck et al, 1998, P1-2-3).

C-Création des items du BDI « Beck depression Inventory » : Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-II en 1994. Des items évaluant des critères de dépression du DSM- IV. Ont été créés : Agitation, Difficulté à se concentrer et perte d'énergie. Ces items ont été composés de 27 Items ; des études ont été effectuées sur un échantillon de 193 patients psychiatriques externes présentant divers troubles psychiatriques. Des analyses d'items et des analyses factorielles sur les réponses de cet échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive. (Aaron, T, Robert, A, Steer, Gregory, K, Brown, 1996, P4).

d- L'utilisation clinique : Le **BDI-II** permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans). Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du BDI-IV et non comme mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie. Bien que le

BDI-II soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devait l'interpréter. (Ibid.P6).

e- La consigne : il y a plusieurs modèles de consigne que le psychologue peut utiliser, mais la consigne que nous avons utilisé dans l'échelle est : « Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senties au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre place devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous avez 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 N°16(modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit) ».

F-Les notes seuils au BDI-II :

Note totale	Niveau
0-11	minimum
12-19	léger
20-27	modérés
28-63	sévère

(Beck.A et Steer.A et al 1998, P9).

Pour les questions de l'échelle dans certains cas on est obligé de les traduire en kabyle selon le niveau intellectuel et linguistique des femmes battue dans le but de recueillir des informations nécessaire.

Conclusion

Ce chapitre nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche clinique, et de connaître l'importance de l'étude de cas, ainsi que l'utilisation des techniques à suivre telles que l'échelle de dépression de Beck.

Chapitre IV : L'analyse des résultats et discussion des hypothèses.

I-Analyse de l'entretien et interprétation des résultats**1-1-Présentation et analyse de l'entretien****a)-Présentation de cas N°1 (Mme Hakima)**

Il s'agit de Mme Hakima âgée de 48 ans, femme au foyer, elle est la benjamine d'une fratrie de quatre enfants, son niveau d'instruction est moyen, mariée depuis 30 ans elle a 5 Cinq enfants et elle est venue pour la consultation médical chez le médecin légiste dans le but de délivrer certificat médical des coups et des blessures.

b)-Histoire de la violence

Hakima raconte que depuis qu'elle marié avec M^r AR qui est son mari n'a jamais cesser de la battre à la moindre raison, c'est-à-dire c'est un homme très violent avec elle et ses enfants, surtout les filles, il les considère comme une surcharge pour la famille, mais cette fois elle est venue avec un bras cassé et son Corps plein des coups bleu on disant que c'est son mari qui lui subit tout ça.

c)-L'analyse de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du bureau de médecin légiste de service de la médecine légal. D'après l'observation on a constaté pendant l'entretien que Hakima était calme, très motivé pour l'entretien, elle a très envie de parler à quelqu'un qui l'écoute et raconter sa souffrance psychique, elle considère cet entretien comme une occasion pour s'exprimer.

D'après l'analyse de l'entretien on a constaté que Hakima a très peur de son mari qui n'arrête pas de la menacer, cela éprouvé dans le passage suivant : « uggade ▽ a yi-ine ▽ axa ⇒ er yeqqar-iyi-id toujours a kkem-nyey, yerna a kkem-wtey s tcaurt », « j'ai peur de lui car il me dit toujours je vais te tuer avec une pioche ». après un silence elle reprenne en disant que « ssufri ▽ atas, şebrey yef lğal n warraw-iw mais tura eyiy ulac l'avenir yid-s kullec d aberkan », « j'ai beaucoup souffert, je suis rester avec lui a cause de mes enfants, mais maintenant je suis fatigué, il n'y a pas d'avenir avec lui toutes est noire ». cela veut dire qu'elle est pessimiste, désespérer et décourager.

Mme Hakima vit une situation stressante, et un état psychologique et psychique qui se dégrade de plus en plus, « eyiy, ur gganey ara, soufriy », « je suis fatigué, je ne dors pas, je souffre ». « ma d Imakla deg mi ara yi-iwwet ad byuy ad ččey kteṛ », « concernant mon appétit a chaque fois qu'il me battait je me met a manger son arrêt » Cela s'explique qu'elle a beaucoup plus d'appétit que d'habitude ainsi que les modification de sommeil et fatigue s'exprime presque dans tout les passage. elle développe de plus en plus un sentiment de haine vis-à-vis de son mari, ce qui la

pousse à vivre dans l'isolement « j'ai souvent envie de pleurer et rester seul loin de tous », « toujours ttruyey, thiziḡ iman-iw » et « j'ai essayé plusieurs fois de me suicider, en prenant l'esprit de sel mais j'ai penser à mes enfants », « seyyay aḡal d abrid ad nyey iman-iw s l'esprit de sel me |na xemmemey yef warraw-iw », elle a des sentiments ou des pensées suicidaire ainsi que des sentiment de haine envers son mari qui s'exprime plusieurs fois avec un air de tristesse.

Cependant elle affirme qu'elle est traitée comme une esclave « il m'interdit de sortir, et même d'avoir une carte identité mais cela m'intéresse pas si seulement il me battait pas » « ur yi-ttaḡḡa ara ad ffey même la carte identité yegguma a tt-s |uy, annect-a ur yi-tewqi | ara lukan kan ur yi-kkat ara » notre patiente a développé des sentiment d'infériorité, Hakima raconte que son mari AR âgé de 60 ans est inné d'une fratrie de 2 deux enfants, son niveau d'instruction est de primaire, c'est un homme qui ne travail pas, elle dit que son mari n'aime pas ses filles il dit « pourquoi elles sont nées des filles », « iwacu i d-lulent d tiqcicin » selon les dires de Mme Hakima M^f AR interdit à ses enfants de lui appeler « papa » alors ils l'appellent par son nom, elle affirme que même pendant la grossesse, il ne cessait de la battre et il n'arrête pas de la menace en disant « je te tuerais », « a kkem-nyey ». ce qui a fait qu'elle a très peur de lui, M^f AR il arrive des fois de dormir avec une pioche à sa portée.

Si on parle de devoir ou de rapport conjugal, elle l'accomplit difficilement car elle n'a plus envie d'avoir une relation avec lui selon elle « il ne cherche qu'à assouvir son plaisir, mais moi je ne sens rien », « ad yeḡdu kan ccyel-is ad iruḡ ma d nekk ur thussuy kra » ce passage éprouve que Mme Hakim n'a aucun intérêt pour la vie sexuelle, elle a tout à fait perdu le sens de la vie conjugale,

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

On peut conclure que Mme Hakima souffre d'une dépression, à un degré plus au moins élevé, provoqué par le comportement violent de son mari.

1-2-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°1

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 il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	2	Je suis déçu(e) par moi-même.
08	Attitude critique envers soi-même	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicider	2	J'aimerais me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	2	Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	Indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
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	Modification dans habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) 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.

Le score total	45	Dépression sévère
-----------------------	----	-------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas « 1 »

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II, on a remarqué que Hakima a mis beaucoup de temps pour répondre à aux questions de l'échelle, on se référait aux résultats obtenus et on a constaté que Hakima manifeste une dépression sévère avec un score de 45 sur les notes de seuil de BDI-II de Beck qui entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck révèle que Hakima a (2) réponse de degré (0) dans les items suivants : sentiment de culpabilité et indécision. Elle a aussi obtenue (2) réponse de degré (1) dans les items suivants : dévalorisation et attitude critiques envers soi comme elle a obtenue (5) réponse de degré (2) dans les items suivants : sentiment négatifs envers soi-même, pensée ou désir de suicide, pleurs, agitation, perte d'énergie, et (1) réponse de degré 2(b) dans l'item de modification de l'appétit.

Enfin le score qui contient (9) réponses de degré (3) sont les items suivant : tristesse, pessimisme, échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment d'être puni, perte d'intérêt, difficulté à se concentrer, fatigue et perte d'intérêt pour le sexe. Et (1) réponse de degré 3(b) de l'item de modification dans les habitudes de sommeil.

b)- Synthèse du cas N°1 de Mme Hakima :

D'après l'analyse de l'entretien on constaté que Mme Hakima développe une dépression engendré par l'acte de violence commis par son mari qui rend sa vie plus compliquer chaque jours, et qu'elle vit dans des difficultés immenses, selon l'analyse des résultats de l'échelle de Beck on peut conclure pour dire que Mme Hakima souffre d'une dépression sévère accompagner par des déférentes symptômes tel que la tristesse, la fatigue, le pessimisme, et surtout trouble de la sexualité.

1-3-Présentation et analyse de l'entretien

a)-Présentation de cas N°1 (Mme Yasmina)

Mme Yasmina âgée de 38 ans, femme au foyer, elle est benjamine d'une fratrie de 6 enfants, son niveau d'instruction est moyen, mariée depuis 11 ans elle a 2 enfants un garçon et une fille, elle est venue à la consultation médicale chez le médecin légiste dans le but de délivrer un certificat médical des coups et des blessures.

b)-Histoire de la violence

Mme Yasmina est mariée avec un homme qu'elle connaît avant son mariage, elle affirme qu'elle l'a aidé financièrement, car il n'a pas les moyens pour le mariage, elle ne peut pas attendre car elle est tombée enceinte avant le mariage, et la famille de Yasmina a découvert sa grossesse juste après son mariage, depuis cet événement sa famille ne veut rien savoir sur elle, et c'est là que son mari commence à être violent avec elle et elle n'a personne qui va l'aider ou la consoler, elle est venue à la consultation et tout son corps est couvert de coups bleus en disant que son mari lui fait tout ça.

c)-L'analyse de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du bureau de médecin légiste de service de la médecine légale. Au début Yasmina a peur, mais après qu'on a expliqué l'objectif de l'entretien, elle a accepté de parler avec nous, en disant qu'elle n'a jamais consulté un psychologue, ensuite elle commence à raconter toute sa vie depuis qu'elle est jeune, d'après l'observation on a constaté qu'elle était calme, motivée, le discours était direct.

L'analyse de l'entretien révèle que Yasmina a perdu le goût de vivre en disant que « j'ai mal à la tête, et fatiguée, j'ai perdu le goût de vivre » « iqr̥h̥-iyi uqerruy-iw, eyiy, digutiḡ, fecley », ensuite elle commence à parler en disant qu'elle regrette toute sa vie surtout son mariage « je me sens coupable » « d lafuḡ-iw » cela éprouve qu'elle a développé les sentiments de culpabilité, et si on parle de son sommeil « je sais pas ce qu'est m'arrive je mange beaucoup et je dors beaucoup » « ur zriḡ ara iwacu qley ggane∇, tetteḡ bezzaf » qu'elle dort plus que d'habitude et mange plus que d'habitude ce qui explique qu'elle a des modifications du sommeil et d'appétit, ainsi que les sentiments de haine envers son mari qui s'expriment presque durant l'entretien avec une grande tristesse, « keḡheḡ-t, issufri-yi » « je le déteste, il m'a fait souffrir » Mme Yasmina raconte qu'elle a beaucoup souffert dans la rue, car chaque fois qu'il la bat elle n'a aucun endroit où aller ni sa famille ni les proches en disant « iḡeḡ-iyi axateḡ

ur s liy hed » , juste après elle dit que son mari est alcoolique M^e BL âgé de 42 son niveau d'instruction est primaire comme maçon pour elle le motif de cette violence c'est l'effet de l'alcool et il a vendu tout a cause de l'alcool et la drogue , « yezzenz kullec bac a d-yay la drogue » « il a tout vendu pour acheter la drogue », et cela confirme que son mari est violent a cause de l'effet de la drogue et l'alcool, ensuite elle raconte qu'elle est triste et malheureuse qu'elle ne peut plus « j'ai complètement raté ma vie, je regrette toute ma vie » « ddunit-iw akk truḥ, ndemmey yef kullec» (silence et pleur) et cela montre qu'elle le sentiment d'avoir échoué le passé ainsi que les sentiment de culpabilité qui s'exprime presque dans tout les passages avec un aire de tristesse. Après un long silence avec des pleurs son arrêt elle reprenne en disant « je suis triste, je pleur tout le temps, j'ai aucun intérêt, je suis découragé » « ḥezney, d imettawen kan, ur yi-tewqie di kra, ulac l'espoir » d'après ses passages on a constaté que Yasmina a le sentiment de désespoir, et elle a perdu toute intérêt, un faible estime de soi. Et si on parle de la vie conjugal on trouve que M^f BL n'a aucun intérêt pour le sexe, elle dit « j'essai toujours de rapprocher de lui si non lui il ne vient pas vers moi » « d nekk i gettqeṛṛiben yer yur-s netta jamais ».

Après l'analyse de l'entretien on a détecté les symptômes de la dépression chez Mme Yasmina tel (pleur, tristesse, hypersomnie, perte d'intérêt, faible estime de soi, et les sentiments d'désespoir)

On peut conclure le contenu de l'entretien pour dire que Mme Yasmina a subit un traumatisme de violence qui provoque chez elle une dépression a un degré plus au moins élevé.

1-4-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°1

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 il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.

08	Attitude critique envers soi-même	3	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désir de suicider	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleur pour la moindre petite chose.
11	Agitation	3	Je suis si agité(e) ou tendu(e) je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
	13	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	3	J'ai sens que je ne vaux absolument rien.
15	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modification dans habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	2b	J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que soit.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) 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.

Le score total	52	Dépression sévère
-----------------------	-----------	--------------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas « 2 »

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II, Mme Yasmina a mit 20 minute pour le remplir. Et si on se réfère aux résultats obtenu par l'échelle on a trouve que Yasmina manifeste une dépression sévère avec un score de 52 sur la note de seuil de BDI-II de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle révèle que Yasmina a (2) réponse de degré (0) dans les items suivants : pensées ou désirs de suicide, indécision.

Comme elle a obtenue (3) réponses de degré (2) dans les items pleure, difficulté à se concentrer, perte d'intérêt pour le sexe. Elle a obtenue une réponse (1) de degré (2a) et une réponse (1) de degré (2b) des items suivante : modification de l'appétit, modification dans les habitudes de sommeil.

Enfin, les items qui comportent un score élevé de (15) réponses de degré (3) dans les items suivants : tristesse, pessimisme, échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni(e), sentiments négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi-même, agitation, perte d'intérêt , dévalorisation, perte d'énergie, irritabilité, difficulté à se concentrer et fatigue, elle a aussi obtenue.

b)-Synthèse de cas «2 »Mme Yasmina

Pour conclure l'analyse de l'entretien, on a remarqué que Yasmina présente des symptômes de dépression causé par l'acte de violence commis par son mari qui a rendu sa vie insupportable et indésirable ce qui a fait qu'elle souffre d'une dépression a un degré plus aux moi élevé, d'après l'analyse de l'échelle de Beck, on a constaté que Yasmina souffre d'une dépression sévère , présenté par les symptômes tel que : (le dévalorisation, pessimisme, perte d'intérêt , pleur, la fatigue , trouble sexuel).

1-5-Présentation et analyse de l'entretien

a)-Présentation de cas N° « 3 » Mme Hanane

Il s'agit de Mme Hanane âgée de 21 ans, elle est l'innée d'une fratrie de trois enfants, son niveau d'instruction est supérieure c'est une étudiante a l'université, marié depuis 2 ans, elle a une fille et elle est venue pour la consultation médical chez le médecin légiste dans le but de délivrer un certificat médical des coups et des blessures.

b)-histoire de la violence

Mme Hanane est mariée avec un homme qu'elle connaît avant sans mariage mais selon ce dire elle le connaît pas vraiment même lors de leur mariage la famille de son marie ne sont pas présent, depuis qu'elle as une fille il commence a être violent avec elle , on disant que je veux pas des enfants et après avoir fait des recherche Hanane a découvert que son marie est un délure de drogue ,elle est venu a la consultation est son corps plein des coups bleu ,

c) l'analyse de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du bureau de médecin légiste du service de la médecine légale d'après l'observation on a constaté pendant l'entretien que Hanane était très calme triste est soulagé car elle a trouvé enfin quelqu'un qui l'écoute son préjuger elle considère cet entretien comme occasion pour s'exprimer

cette analyse révèle que Mme Hanane a très peur et angoisser en disant « il me menace il me dit je te tuera » après un long silence elle reprenne « je veux plus voir ta mère et ton père chez moi » et « si tu me quitte je te tuera d'abord toi ensuite ta famille », ainsi elle dit qu'il n'as aucun amour pour sa famille ,il me dit toujours « on vas laisser notre fille a l'auberge je veux pas d'elle » elle confirme « je suis fatiguer ,toute est noire ,désespérer décourager, je dors pas, je mange pas, je ne veux plus de lui ». Mme dit Hanane que « j'ai essayer plusieurs fois de fuir de la maison car il ferme la porte quand il sort tous ça ne ma pas vraiment toucher si seulement il me bâter pas » on remarque dans se passage que Hanane cherche juste a être en paix malgré que son marie la mal traite ,a la veille de sa fuite de la maison elle raconte « il as rentrer de travail il ma dit tu vas enlever toute tes vêtement j'ai fait tous ça , il as commencer a me battre sans arrêt il as prit un couteau il m'a dit je vais t'égorger ,heureusement ma fille s'est réveillé elle commence a crier(Pleurs) silence »elle dit tous ça avec un aire de tristesse et des pleurs sans arrêt.

Son marie Me H âgé de 26 ans, son niveau d'instruction et moyen, travail comme commerçant c'est un homme qui as un passé à la prison, et si on parle de la vie conjugale on trouve qu'elle accomplit par obligation se passage l'épreuve « a chaque fois qu'il se rapproche de moi, il me frappe ensuite il accomplit le rapport » ce qui montre que Hanane a perdu toute intérêt pour le sexe.

À travers l'entretien nous avons constaté que notre patiente présente plusieurs symptômes qu'on trouve chez une personne dépressive, comme l'insomnie, trouble sexuelle, fatigue, des pleurs et la tristesse

Enfin on peut dire que Hanane présente les symptômes de la dépression un degré plus en moins élever provoque par l'attitude de son marie envers elle.

1-6-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°3

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 il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
06	Sentiment d'être puni(e)	2	Je m'attends à être puni(e).
07	Sentiments négatifs envers soi-même	0	Des sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
08	Attitude critique envers soi-même	2	Je me rapproche tout mes défauts.
09	Pensées ou désir de suicider	1	Il m'arrive de penser à me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
12	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
13	indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	1	Je n'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	1b	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	0	Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
20	Fatigue	1	Je me fatigue plus facilement. que d'habitude.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Le score total	40	Dépression sévère
-----------------------	----	-------------------

a)-L'analyse de l'échelle de cas N°3 Mme Hanane

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II, Hanane a mit 10 minute pour le remplir.

Et si on se réfèrent aux résultats de l'échelle on trouve que Hanane manifeste une dépression sévère selon le manuel de Beck, et d'un score de 40, selon les notes de seuil au BI-II qu'est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck BI-II révèle que Hanane a (3) réponse de degré (1) dans les items suivants : Penser ou désir de suicide, perte d'énergie et la fatigue. et une réponse de (1b) de degré (1), dans modification de l'appétit, Elle a obtenue aussi (5) de degré (2) dans les items suivants : Perte de plaisir, Sentiment de culpabilité, Sentiment d'être puni(e), Attitude critique envers soi-même, pleurs, Dévalorisation.

Enfin, pour les items qui comportent le score élevé elle a donné (7) réponse de degré (3) dans les items suivant : Tristesse, Pessimisme, Echech dans le passé, Agitation, indécision, Irritabilité, Perte d'intérêt pour le sexe. Et une réponse(1) de degré (3b) dans l'item suivant : Modification dans habitudes de sommeil.

b)-synthèse de cas N°3 Mme Hanane

En conclusion de l'analyse de l'entretien on a remarqué que Hanane présente des symptômes de la dépression a un degré plus aux moins élevé causé par les comportements violents de son mari, et l'analyse de l'échelle de Beck, on constaté que Hanane souffre d'une dépression sévère, présenté par les symptômes tel que : (le pessimisme, perte d'intérêt, insomnie, perte de plaisir, trouble sexuelle, et idées noires).

1-7 présentation et analyse de l'entretien**a)- présentation de cas n°4(Mme Nassira)**

Mme Nassira âgée de 50ans, elle occupe une 6^{eme} place dans une fratrie de 7 enfants, elle travail comme agent de cantine, marie depuis 24ans, elle a 3 enfants et elle est venue a la consultation médicale pour délivrer un certificat médicale des coups et des blessures.

b)-Histoire de la violence

Nassira raconte que depuis qu'elle est petite personne n'a jamais osé de lui faire du mal, ce n'est qu'après le mariage de sa fille que le mari de sa fille (Hanane), la

menace de la tuer il la giflé plusieurs fois mais cette fois ci, elle est hospitaliser car il a battu a mort avec des coups de pieds, il a même essayé de l'égorger.

c)-analyse de l'entretien

D'après l'observation, on a remarqué pendant l'entretien que Nassira est calme, sage elle a mal partout, elle n'arrive pas a bouger sa tête mais comme même, elle est motiver pour l'entretien mais elle ne peut pas parler beaucoup car elle a mal .tous ça s'est déroulé au sein de bureau de médecin légiste le service de la médecine légale.

L'analyse de l'entretien révèle d'abord que Nassira a subi un traumatisme suite a la violence selon (Sillamy .N . 2003, p272).un traumatisme est un choc violent susceptible de déclencher des troubles somatiques et psychique). Cela est révélé dans ses paroles « j'ai eu très peur et je savais pas quoi faire, j'étais vraiment choquer » on peut dire que Nassira est traumatisé parce qu'elle ne veut plus se souvenir de la scène de l'agression, et des faits passé ce qui a engendré en elle un comportement de l'évitement en disant « je ne veux plus me rappeler de ce jour la », après elle continue a dire « je n'arrive pas a dormir , ni a manger, je suis fatigué toute est noir » cela veut dire qu'elle n'a aucun intérêt pour quoi ce soit ,et elle a perdu toute énergie ,comme elle souffre de l'insomnie .M^r H âgé 26ans , son niveau d'instruction est moyen , travail comme commercent, c'est un homme très violent avec sa femme qui est la fille de Mme Nassira, elle dit que « je ne peux plus la voir souffrir comme ça , et j'ai décidé de la ramener chez moi » et depuis M^r H menace toute la famille , et surtout Mme Nassira, et depuis qu'elle a été battue par M^r H elle est devenu triste désespérer et décourager , le seul espoir pour elle c'est sa fille Hanane qu'elle aime beaucoup en disant « mon avenir je le voix en Hanane ma fille ».

En fin d'après l'analyse de l'entretins, On peut dire que Nassira souffre d'une dépression causé par l'acte de violence, et elle présente des symptômes de la dépression tel que, la fatigue, perte d'intérêt, idées noires etc....

On peut dire que le comportement violent de M^e H envers Mme Nassira a causé en elle une dépression a un degré plus au moins élevé

1-6-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°4

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	Pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.

03	Echec dans le passé	2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
04	Perte de plaisir	2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	2	Je suis déçu par moi-même.
08	Attitude critique envers soi-même	3	Je me rapproche tous les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désir de suicider	1	Il m'arrive de penser à me suicider.
10	Pleurs	2	Je pleure pour la moindre petite chose.
11	Agitation	0	Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	0	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que soit.
13	indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	1	Je n'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3a	J'n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'habitude.
20	Fatigue	2	Je suis fatigué 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.

Le score total	36	Dépression sévère
-----------------------	----	-------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas N°4

L'ors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II Nassira a mit 20 minutes pour la remplir

Les résultats obtenue par l'échelle, Nassira manifeste une dépression sévère avec un score 36 sur les notes de seuil de BDI- II de Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck a révèle qu'elle a (2) réponse de degré (0) dans les items suivants ; agitation, dévalorisation.

Comme elle a obtenue (4) réponses de degré (1) dans les items suivant ; tristesse, pense ou désirs de suicide, perte d'énergie, difficulté à se concentrer. Et l'item qui a plus de réponses c'est les réponses de degré (2) avec (9) réponse dans les items suivants : Pessimisme, Echec dans le passé, Perte de plaisir, Sentiment de culpabilité, Sentiment négatifs envers soi-même, Pleurs, indécision, Irritabilité, Fatigue.

Enfin elle a donne (4) réponses de degré (3) dans les items suivant : sentiment d'être puni (es) attitude critique envers soi même, perte d'intérêt pour le sexe, une réponse (1) de degré (3b) dans l'item de modification dans les habitudes de sommeil et une autres réponse (1) de degré (3a) dans l'item de modification de l'appétit.

b) -Synthèse de cas N°4 Mme Nassira

on guise de conclusion, que Nassira vit dans situation de l'angoisse ;de souffrance et de tristesse profonde .cela d'après l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de Beck qui montre qu'elle souffre d'une dépression a une degré plus au moins élevé ,développer par l'acte de violence qu'elle a subi, ce qui est influe sur la vie psychique et qui appuie sa dépression.

1-8 présentation et analyse de l'entretien

a)- présentation de cas n°5(Mme Lydia)

Mme Lydia femme au foyer âgée de 36 ans, elle est l'innée d'une fratrie de 5 enfants, son niveau d'instruction est secondaire, elle a un enfant de 20 moi, c'est une femme divorcé et elle vit avec ses frères et sœurs, elle est venue pour la consultation médical dans le but de délivrer un certificat médical des coups et blessures.

b)-Histoire de la violence

Lydia est battue par son frère, il la menace de la tuer, elle dit que depuis qu'elle est née ses frères n'ont cessé de la battre à la moindre raison, ainsi même ses sœurs la menacent, ils veulent qu'elle sorte de la maison selon elle, tous ses frères et sœurs sont malades, une sorte d'hérédité car sa mère était hospitalisée à l'hôpital psychiatrique, elle a juste son père à ces côtés, mais maintenant il est mort c'est une grande perte pour elle.

C)-L'analyse de l'entretien

D'après l'observation, on a remarqué que Lydia était motivée pour l'entretien, elle a très envie de parler à quelqu'un qui l'écoute, pour elle c'est une occasion pour s'exprimer, et tout ça s'est déroulé dans le bureau du médecin légiste, du service de la médecine légale.

Selon l'analyse de l'entretien on a constaté que Mme Lydia est découragée, désespérée en disant « je suis fatigué, je n'arrive pas à supporter tout ça » on remarque dans ce passage, qu'elle est fatiguée et découragée c'est comme si elle n'arrive pas à trouver une solution à tous ses problèmes, ensuite elle commence à blâmer ses frères et sœurs « se sont eux la cause de ma souffrance, ils veulent me faire sortir de la maison ».

Ensuite elle raconte qu'elle n'a personne ou le lieu où aller avec son fils, « tout le monde à la maison me menace, et mon grand frère me bâtonne toujours », selon les dires de Lydia, tous ses frères sont malades, une sorte d'hérédité car sa mère était hospitalisée plusieurs fois à l'hôpital psychiatrique, après elle dit que « je suis triste, je ne dors pas, je ne mange pas, il m'arrive même de penser au suicide ». On remarque ici qu'elle est vraiment découragée, et sa santé psychique se dégrade de plus en plus, pendant l'entretien elle n'arrête pas de parler de son père qui est mort « celui mon seul appui mais maintenant il est mort et depuis je suis déprimé ». La mort de son père c'est une grande perte pour elle, ce qui a aggravé sa situation et sa vie psychique qui va de plus en plus mal.

À travers l'entretien, nous avons constaté que Mme Lydia présente plusieurs symptômes comme la fatigue, la tristesse, la perte d'intérêt, l'asthénie, l'insomnie etc.

Enfin Lydia souffre d'une dépression à un degré plus ou moins élevé, provoquée par l'acte de violence causé par leurs frères et sœurs

1-8-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°5

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	2	Je suis tout le temps triste.
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé(e) face à me avenir.
03	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
04	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	0	Je me sens particulièrement coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	2	Je m'attends à être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	1	Des sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
08	Attitude critique envers soi-même	1	Je suis plus critique envers moi-même que je l'étais.
09	Pensées ou désir de suicider	1	Il m'arrive de penser à me suicider.
10	Pleurs	3	Je voudrai pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	2	Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresser 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	2	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1b	Je dors un peu moins que d'habitude.
17	Irritabilité	0	Je ne suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1b	J'n'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien

	concentrer		qu'habitude.
20	Fatigue	2	Je suis fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

Le score total	24	Dépression modérés
-----------------------	----	--------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas N°5

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BII-I, on remarqué que Lydia a mit 10 minute la remplir.

On s'est référé aux résultats de l'échelle obtenue, on a constaté que Lydia manifeste une dépression modérés avec un score de 24 sur les notes de seuil de BII-I de Beck qui est entre (20-27).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck révèle que Lydia a (4) réponses de degré (0) dans les items suivant : pessimisme, sentiment de culpabilité, dévalorisation, irritabilité. Elle a aussi obtenue (9) réponses de degré (1) dans les items suivant : échec dans le passé, perte de plaisir, attitude critique envers soi, perte d'intérêt, indécision, difficulté à se concentrer, perte d'intérêt pour le sexe, Attitude critique envers soi-même, Pensées ou désir de suicider .comme elle a obtenue (2) réponse de degré (1b) dans deux items suivants : Modification dans les habitudes de sommeil, Modification de l'appétit.

Enfin, on trouve (6) réponses de degré (2) dans les items suivants : Tristesse, Sentiment d'être puni(e), Agitation, Perte d'énergie, Fatigue. Le score le plus élevé a obtenue(1) de degré(3) dans l'item de Pleurs.

b) -Synthèse de cas N°5 Mme Lydia

D'après l'analyse de l'entretien on a tiré une conclusion que Mme Lydia a développé une dépression a un degré plus au moins élevé, engendré par le comportement violent de son frère qui sa vie de plus en plus difficile, l'analyse des résultats de l'échelle de Beck montre qu'elle souffre d'une dépression modérés accompagner par des symptômes tel que la tristesse, la fatigue, les pleurs, idées noires...etc.

1-9 présentation et analyse de l'entretien

a)- présentation de cas n°6(Mme Saida)

Mme Saida âgée de 35 ans, elle occupe la 8^{ème} place d'une fratrie de 9 enfants, c'est une femme au foyer, son niveau est moyen, mariée de puis 17 ans, elle a 7 enfants et elle est venue à la consultation médicale dans le but de délivrer un certificat des coups et des blessures.

b)-Histoire de la violence

Saida est mariée avec un homme très violent, selon elle, le motif de la violence c'est que son mari est alcoolique, il la bâter a la moindre raison et même ses enfants la maltraitent, elle habite dans logement familial, ce qui a aggravé sa situation car même ses beaux frères la battaient et compris sa belle mère qu'elle considère comme la cause de sa souffrance.

c)-analyse de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du bureau de médecin légiste du service de la médecine légal, selon l'observation on a remarqué que Saida est vraiment triste et abattue, elle n'arrive même pas a parler, on a mit 5 minute pour la faire parler et pour qu'elle puisse dire le premier mot, elle veut rien savoir ou entendre.

L'analyse de l'entretien relève que Saida a vécue une situation difficile, en disant « j'ai mal même très mal, il me considère comme un animal », « ttwaqerhey, ttwaqerhey atas ihseb-iyi am lhayawan », d'après ce passage on a remarqué qu'elle n'arrive même pas a s'exprimer sa souffrance, elle se sens inferieure, elle n'arrête pas de dire « lukan kan arraw-iw ur ddan ara d babat-sen », « si seulement mes enfants ne sont pas du coté de leurs père », pour elle c'est une grande perte le fais que ses enfants ne l'aiment pas ,

depuis qu'on a commencer l'entretien elle arrête pas de parler de ses enfants qui la rejettent elle dit « qqaren-iyi-d toujours lukan ulac-ikkem a n lic bien, annect-agi akkit d babat-sen i ten-d-irran contre-iw même tamyar-iw tekkat-iyi mebla sebba » « ils me disent, si tu part on va vivre heureux tous ça c'est leurs père qui les a détourner contre moi, même ma belle mère me battait sans raison » elle vit vraiment dans une situation difficile, ce qui a fais que sa vie psychique va très mal de plus en plus , et cela est prouvé dans le passage suivant « je suis fatigué, je ne veux plus vivre, je dors pas, je mange pas, il n'ya rien qui m'intéresse dans cette vie, c'est injuste » « eyiy, byiy ad mtey, ur gganey ara, ur tettey ara, ulac lhağa i yi-hwan di ddunit-a d lehqer », l'analyse de ce passage montre qu'elle souffre de manque de sommeil, l'asthénie, la tristesse, et même la fatigue qui s'exprime presque dés le début de

Chapitre v Présentation, analyse et discussion des hypothèses

l'entretien, et elle n'arrive même pas à pleurer cela est éprouvé dans le passage suivant « uma d imettawen ulac » « j'arrive même pas à pleurer » elle est vraiment bouleverser en disant « sans parler de mon mari, à chaque fois il me battait devant tout le monde » « mebla ma nniy-d yef wergaz-iw yekkat-iyi zdat n warra-iw, ilewsan-iw, tamyart-iw ».

Pendant l'entretien Mme Saida parle d'une manière triste et difficile, elle est très longue, elle répond par oui, non, dès fois le silence. Nous avons l'impression qu'elle a la tête ailleurs, ce qui est indiqué qu'elle est bouleverser et abattue.

Enfin, l'analyse de contenu de l'entretien éprouve que Saida a subi un traumatisme qui provoque chez elle une dépression causé par le comportement violent de son mari ainsi que le rejet de sa famille (ses enfants) pour elle a aggravé sa situation psychologique.

1-10-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°6

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 il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	2	Je me sens coupable la plupart du temps.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	3	Je ne m'aime pas du tout.
08	Attitude critique envers soi-même	3	Je ne me reproche tout les malheurs qui arrivent.
09	Pensées ou désir de suicider	3	Je me suiciderai si l'occasion se présentait.
10	Pleurs	3	Je voudrai pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	2	Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13	Indécision	2	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modification dans habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.
17	Irritabilité	3	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	1b	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	2	J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	3	Je suis trop fatigué(e) 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.

Le score total	55	Dépression sévère
-----------------------	-----------	--------------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas N°6

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II, Mme Saida a mis beaucoup de temps pour la remplir.

En se référant aux résultats obtenus par l'échelle, Saida manifeste une dépression sévère selon le manuel BDI-II de Beck, d'un score de 55 selon les notes de seuil de BDI-II de Beck qui sont entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck BDI-II révèle que Saida a (1) réponse de degré (1) dans les items suivants : Dévalorisation, et une réponse (1) de degré (1b) de l'item Modification de l'appétit.

Comme elle a obtenu (3) réponses de degré (2) dans les items suivants : Sentiment de culpabilité, Agitation, Difficulté à se concentrer.

Enfin, pour les items qui comportent un score plus élevé, elle a obtenu (14) réponses de degré (3) dans les items suivants : Tristesse, Pessimisme, Echec dans le passé, Perte de plaisir, Sentiment d'être puni(e), Sentiments négatifs envers soi-même,

Pensées ou désir de suicider, pleurs, Perte d'intérêt, perte d'énergie, Irritabilité, fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe. Elle aussi obtenue (1) réponse de degré (3b) dans l'item de Modification dans habitudes de sommeil.

b) -Synthèse de cas N°6 Mme Saida

D'après l'analyse de contenu de l'entretien avec Saida, on a constaté qu'elle développe une dépression engendré par le comportement violent de son mari et tout sa famille, cette dernière a rendu la sa vie plus compliqué, et qu'elle vit dans des difficultés immenses, ainsi que les résultats de l'échelle Beck montre qu'elle souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : la tristesse, la fatigue, perte de plaisir, l'insomnie et aussi trouble sexuel.

1-11 présentation et analyse de l'entretien

a)- présentation de cas n°7(Mme Lamia)

Il s'agit de Mme Lamia âgée de 22 ans, elle occupe une 2^{ème} place dans une fratrie de 4 enfants, travail comme secrétaire, son niveau d'instruction est secondaire, c'est une femme divorcée, elle a une fille de 2 ans, elle est venue a la consultation médical chez le médecin légiste dans le but de délivrer un certificat médical des coups et des blessures.

b)-Histoire de la violence

Depuis qu'elle est dévorée et l'ami de son mari n'a cessé de la suivre et de la menacer, il a entré plusieurs fois chez elle et il a essayé de lui faire du mal, selon elle le motif de la violence c'est que l'ami de son mari a une sorte de vengeance envers son mari, c'est a cause de ça qu'il suit Lamia et sa fille.

c)-analyse de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du bureau de médecin légiste, du service de la médecine légal, selon l'observation on a constaté pendant l'entretien, que Lamia a très peur et stresser elle n'arrive même pas a rester calme, on a essayé de la calmer ensuite on a commencé l'entretien.

L'analyse de l'entretien montre que Mme Lamia a très peur de lui, cela est éprouvé dans le passage suivants : « j'ai très peur de lui, je n'arrive même pas rester calme, je suis stresser et angoisser » selon (Sillamy .N . 2003, p256) « le stresse c'est un mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H.Selye, pour désigner l'état dans le quel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques ».

Ensuite elle reprenne en disant « depuis qu'il m'a frappé, je ne peux ni dormir, ni manger, je n'arrive pas à faire quoi que ce soit », on remarque qu'elle souffre de manque de sommeil, elle a même perdu l'énergie de faire quoi que ce soit, elle dit « j'ai très peur pour ma fille », d'après l'analyse de ce passage on a constaté que Lamia veut juste protéger sa fille, elle a dit aussi « si seulement il me menace juste moi », cela veut dire qu'elle ne s'intéresse pas elle-même, elle a perdu tout intérêt pour sa vie, à chaque fois qu'on lui pose une question elle répond par « oui, non, je ne sais, je n'est marre, je vis juste pour ma fille » cela montre qu'elle a des idées noires, et elle a perdu tout intérêt, sa fille est la raison pour la quelle elle vit. elle a subi tout ça suite à la violence qu'elle a vécue et le comportement violent de M^r FR âgée de 28 ans qui a rendu sa vie plus compliqué.

Cependant elle reprenne en disant « c'est un cauchemar, il me laisse pas tranquille, il m'a arrive même de faire les cauchemars, je le vois toujours dans mes rêves », Lamia est vraiment traumatiser, elle n'arrête pas de dire qu'elle a peur de lui « je le déteste » cela montre qu'elle a des sentiments de haine envers M^e FR qui a rendu sa vie impossible et plus compliquer, et elle vit dans des dans des difficultés psychologique immense.

A travers l'entretien, nous avons constaté que notre patiente présente plusieurs symptômes qu'on trouve chez une personne dépressive comme la tristesse, perte d'intérêt, fatigue, idées noires...etc.

Enfin Mme Lamia présente une dépression plus au moins élevée provoqué par le comportement violent de M^e FR envers elle.

1-12-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°7

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 il ne peut qu'empirer.
03	Echec dans le passé	3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
04	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
05	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	3	J'ai le sentiment d'être puni(e).
07	Sentiment négatifs envers soi-même	0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.

08	Attitude critique envers soi-même	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicider	1	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne fais pas.
10	Pleurs	3	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	3	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire
12	Perte d'intérêt	3	J'ai du mal à m'intéresser à quoi que soit
13	indécision	3	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14	Dévalorisation	1	Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	1	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17	Irritabilité	0	Je ne suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	3a	Je n'ai pas d'appétit du tout.
19	Difficulté à se concentrer	3	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
20	Fatigue	2	Je suis fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant.

Le score total	46	Dépression modérés
-----------------------	----	--------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas N°7

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BI-II, Mme Lamia a mit 15 minute pour la remplir.

On se réfèrent aux résultats obtenue par l'échelle, Lamia manifeste une dépression sévère avec un score de 46 sur les notes de seuil de BI-II DE Beck qui est entre (28-63).

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck révèle que Lamia a (3) de degré(0) dans les items suivants : Sentiment négatifs envers soi-même, Attitude critique envers soi-même, Irritabilité. Elle a aussi obtenue (3) réponses de degré (1) dans les items suivants : Pensées ou désir de suicider, Dévalorisation, Perte d'énergie.

Comme elle a obtenue (2) réponses de degré (2) dans les items suivants : Fatigue, Perte d'intérêt pour le sexe,

Enfin, pour les items qui comportent un score élevé de(11) réponses de degré(3) dans les items suivants : Tristesse, Pessimisme, Echec dans le passé, Perte de plaisir, Sentiment de culpabilité, Sentiment d'être puni(e), Pleurs, Agitation, Perte d'intérêt, indécision, Difficulté à se concentrer. Elle a obtenue (1) réponse de degré (3b) dans l'item de Modification dans les habitudes de sommeil, et elle a donné une réponse de degré (3a) dans l'item de Modification de l'appétit.

b) -Synthèse de cas N°7 Mme Lamia

D'après l'analyse de l'entretien avec Lamia, on a constaté qu'elle développe une dépression engendré par l'agression qu'elle a subi, et depuis elle vit une situation difficile et plus compliquer, selon les résultats de l'échelle de Beck on peut dire qu'elle souffre d'une dépression sévère présenté par les symptômes suivants : le pessimisme, perte de plaisir, la fatigue, agitation, pleurs...etc.

1-13 présentation et analyse de l'entretien

a)- présentation de cas n°8(Mme Samira)

Mme Samira âgée de 32ans, femme au foyer, elle est la benjamine d'une fratrie de 4 enfants son niveau d'instruction est secondaire, marie depuis 11ans, elle a 3 enfants elle est venue a la consultation dans le but de délivrer un certificat médicale des coups et des blessures.

b) histoire de la violence

Depuis qu'elle est marie est sont mari n'a cessé de la battre, il es très violent avec elle, et même ses beaux frères la battait ainsi que sa belle mère et ses enfants sont maltraiter par leur père et leurs oncle qui les menace, tous ça la pousser a quitté son mari et elle veut prendre ses enfants avec elle.

c) l'analyse de l'entretien

L'entretien s'est déroulé au sein du bureau de médecin légiste du service de la médecine légale, d'après l'observation on a constaté que Samira est très triste, avant de parler elle commence déjà a pleurer, elle souffre énormément elle était calme et

motivé pour l'entretien car elle a trouvé quelqu'un qui l'écoute et qui la permet de s'exprimer,

Selon l'analyse de l'entretien on a constaté que Samira est très triste en disant « je suis fatigué il m'a beaucoup souffert(Des pleurs)silence » « εϋιϋ, iqehher-iyi atas » cela montre qu'elle a beaucoup souffert avec son mari ainsi elle reprenne en disant « je ne veux plus de lui, je le déteste, il a rendu ma vie impossible » « keḥhey-t, εϋιϋ deg-s, yerra tudert-iw d lmuḥal ». Elle a des sentiments de haine envers son mari qui s'exprime presque dans tous les passages et avec un air de tristesse ensuite elle se culpabilise en disant si ma faute « si seulement je ne suis pas marié avec lui, leur maison c'est un cauchemar c'est tout le monde qui me battait » « lukan ḡas ur zwiḡey ara yid-s axxam-nsen d acauchemar kkat-en-iyi akk-nsen » elle dit tout ça avec un air de tristesse, elle est vraiment malheureuse, et des pleurs sans arrêt, ensuite elle reprenne pour dire « je suis triste, je mange pas, je dors pas, j'ai mal toutes est noires » « toujours ur friḥey, ur zhiϋ, ur tetteϋ, ur gganey, kullec d aberkan » silence après elle reprenne pour dire « mes enfants sont mon seul espoir je vis pour eux, ils sont tout ce que j'ai au monde », Samira voyait son avenir en ses enfants .

Cependant, depuis qu'elle a commencé à parler elle n'arrête pas de parler de ses enfants qu'elle l'aime beaucoup, et des pleurs son arrêt, ainsi les sentiments de culpabilités, elle regrette d'avoir connu son mari, elle le considère comme une sorte de malédiction.

A travers l'entretien on a remarqué que Samira présente plusieurs symptômes de la dépression, tel que la tristesse, le pessimisme, la fatigue, les pleurs.

Enfin, Samira souffre d'une dépression à un degré plus au moins élevé provoqué par le comportement violent de son mari.

1-14-Présentation des résultats de l'échelle du cas N°8

N° de l'item	Items	Cotation	Expressions
01	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste.
02	Pessimisme	1	Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
03	Echec dans le passé	1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
04	Perte de plaisir	2	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qui me plaisaient.
05	Sentiment de culpabilité	3	Je me sens tout le temps coupable.
06	Sentiment d'être puni(e)	1	Je sens que je pourrai être puni(e).

07	Sentiment négatifs envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi-même	0	Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
09	Pensées ou désir de suicider	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 agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	2	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et choses.
13	indécision	0	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	1	Je n'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2a	Je dors beaucoup plus que d'habitude.
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1b	J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'habitude.
20	Fatigue	2	Je suis fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

Le score total	26	Dépression modérés
-----------------------	----	--------------------

a)-L'analyse de l'échelle du cas N°8

Lors de la passation de l'échelle de la dépression de Beck BDI-II, Samira à mit 15 minute pour la remplir.

Le résultat obtenu par l'échelle montre que Samira manifeste une dépression modérés selon le manuel de BDI-II de Beck, d'un score de 26, selon le seuil de BDI-II de Beck qui sont entre (20-27).

L'analyse des résultats de l'échelle révèle que Samira a (3) réponses de degré (0) dans les items suivants : attitude critique envers soi-même, agitation, indécision, elle aussi obtenue (1) réponse de degré (1b) dans l'item de modification de l'appétit.

Comme elle obtenue (10) réponses de degré (1) dans les items suivants : tristesse pessimisme, échec dans le passé, sentiment d'être puni (e) , sentiment négatifs en vers soi-même ,posées ou désirs de suicide , dévalorisation ,perte d'énergie , difficulté a se concentrer, perte d'intérêt pour le sexe , et (5) réponse de degré(2) dans les items suivants : perte de plaisir, pleurs , perte d'intérêt, irritabilité ,fatigue. Et aussi une réponse (1) de degré (2a) dans l'item de modifications les habitudes de sommeil.

Enfin, pour les items de degré (3) elle a obtenue (1) réponse, dans l'item de sentiment de culpabilité.

Synthèse du cas n°8 « Mme Samira »

D'après l'analyse de contenu de l'entretien avec Samira, on a constaté qu'elle a développé une dépression engendré par l'attitude violente de son mari, qui a rendue sa vie plus compliquer, selon les résultats de l'échelle de Beck on peut dire qu'elle souffre d'une dépression modérés présenté par les symptômes suivant : le pessimisme, perte d'intérêt, des pleurs, l'insomnie, la fatigué etc.

II-Analyse des résultats des 8 cas

D'après l'analyse de l'entretien on constaté que tous ces cas développent une dépression engendré par l'acte de violence qui a rendu leur vie plus compliquer chaque jours, et qu'elle vit dans des difficultés immenses, selon l'analyse des résultats de l'échelle de Beck on peut dire que toutes ces femmes souffrent d'une dépression accompagner par des déférentes symptômes tel que la tristesse, le dévalorisation, pleur, la fatigue, pessimisme, perte d'intérêt, le pessimisme, et surtout trouble de la sexualité. Ainsi que on a remarqué que le degré de la dépression se défère d'un cas a

un autre, profond pour les six cas, Hakima, Yasmina, Hanane, Nassira, Lamia et Saida et modéré pour les deux cas, Lydia et Samira , ce qui révèle que la femme battue souffre d'une dépression a un degré plus au moins élevé.

En ce qui concerne la violence et ses conséquences sur la victime et son avenir, on trouve des éléments communs presque a toutes ces femmes qui se caractérise généralement par le sentiment de culpabilité baisse estime de soi, trouble alimentaire, méfiance ou rejet des hommes, stress, pleur, insomnie, trouble sexuel et la dépression qui reste le trouble majeur chez eux.

On peut dire a partir de cette analyse que la plupart des femmes battues développe une dépression qui se diffère d'un cas à un autre.

-Discussion des hypothèses

-Les résultats de notre recherche ont révélé que la femme battue souffre d'une dépression suite a un événement violent qu'elle a subi, selon les résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de Beck on a constaté que six cas souffre d'une dépression sévère et deux cas souffre de dépression modéré, et cela quelque soit la violence, elle peut être physique, verbale ou psychologique. La femme battue manifeste toujours des symptômes de la dépression : la tristesse, la haine, sentiment d'impuissance, perte d'intérêt, sentiment d'infériorité, comme on a révélé des troubles sexuelles, ainsi que les idées ou les pensées suicidaires chez Hakima, et les troubles somatique tel que (la fatigue, l'insomnie, l'anorexie), Yasmina souffre d'une dépression sévère , présenté par les symptômes tel que : (le dévalorisation, pessimisme, perte d'intérêt , pleur, la fatigue , trouble sexuel), Hanane souffre d'une dépression sévère, présenté par les symptômes suivant : (le pessimisme, perte d'intérêt, insomnie, perte de plaisir, trouble sexuelle, et idées noires).Nassira souffre d'une dépression a une degré plus au moins élevé ,développer par l'acte de violence qu'elle a subi, ce qui est influe sur sa vie psychique et qui appuie sa dépression, Lydia souffre d'une dépression modérés accompagner par des symptômes tel que la tristesse, la fatigue, les pleurs, idées noires...etc, Saida souffre d'une dépression sévère présentée par les symptômes suivants : la tristesse, la fatigue, perte de plaisir, l'insomnie et aussi trouble sexuel. Lamia souffre d'une dépression sévère présenté par les symptômes tel que: le pessimisme, perte de plaisir, la fatigue, agitation, pleurs...etc. Enfin Samira souffre d'une dépression modérés présenté par les symptômes suivant : le pessimisme, perte d'intérêt, des pleurs, l'insomnie, la fatigué etc. Tous ces symptômes portent atteinte au comportement de ces femmes battues.

A partir des résultats obtenus dans l'entretien et l'échelle de Beck, on a remarqué clairement la relation entre la violence et la dépression c'est-à-dire que la dépression

est entraînée par la violence, cela montre qu'on a confirmé la première hypothèse qui implique que la femme battue développe une dépression.

-Les femmes victimes d'une violence souffrent d'une dépression avec des degrés différents pour chaque cas, selon les résultats obtenus de l'entretien et de l'échelle de Beck on a trouvé que le score total le plus élevé est celui de cas Yasmina avec 52 ce qui implique une dépression sévère et le score le plus diminuer de la recherche est celui de cas Lydia avec 24 ce qui donne une dépression modérée, ainsi le cas de Hakim implique une dépression sévère avec le score de 45, Hanane souffre de dépression sévère de 40, on trouve aussi avec Nassira 36 ce qui implique aussi une dépression sévère, et, Lamia souffre d'une dépression sévère avec le score de 46 et enfin Samira avec le score de 26 une dépression modérée, cela quelque soit les conditions présentés par chaque cas, des degrés de la dépression se varient d'une femme à une autre. Bien que les problèmes somatiques qu'elles présentent viennent renforcer le drame de ces femmes ce qui implique un déséquilibre psychique et qui cause une dépression plus au moins élevée suite à un comportement violent qu'elles ont subi, tout ceci vient confirmer la deuxième hypothèse qui implique que la femme battue peut atteindre la dépression à un degré plus ou moins élevé.

Conclusion

Conclusion

Dans le cadre de cette recherche nous avons essayé d'aborder le domaine de la femme battue ou la question de la violence, et la dépression et nous avons abouti les résultats qui confirment que la femme battue développe une dépression au sens propre de terme.

D'abord, nous avons effectué une étude sur huit 8 cas, pour démontrée la dépression sur la femme battue en Algérie, durant cette étude nous avons utilisé l'entretien clinique et l'échelle de Beck BDI-II, pour évaluer le degré de la dépression chez ces femmes, a partir de l'analyse des résultats obtenu, nous avons constaté que la dépression est causé par la violence que ces femmes ont subi par l'apparition des symptômes tel que : tristesse, pleur , insomnie , la culpabilité , manque d'estime de soi , irritabilité , et le trouble sexuel.

Si on parle de degré de la dépression, on trouve que la victime souffre d'une dépression plus au moins élevé et cela a été démontré a partir des différents outils d'investigations utilisé tout au long de cette recherche.

Par ailleurs, lors qu'une femme est maltraite, c'est virtuellement tous les aspects de sa vie qui peuvent être ébranlés, sa santé physique et sa santé mentale, sa capacité de travailler, ses relations avec ses enfants, les membres de sa famille et ses amis, son efficacité personnelle et la perception de son estime de soi , parfois , ses efforts pour faire face a la situation, dans certains cas les femmes sont assassinées par leurs partenaires violentes.

Ainsi, les résultats obtenus dans cette recherche ont montré a quel point la femme est maltraiter par l'homme, et elle se sent inférieure, la culpabilité et le manque d'estime de soi, causé par un homme violent, ce qui fait que la femme se sent moins que les autre.

Enfin , la femme battue reste toujours un sujet a aborder dans le futur, c'est un sujet très difficile a aborder , car la famille algérienne refuse de parler , notre société considère toujours l'homme est un signe de puissance est complet , et la femmes n'a qu'a faire ce que l'homme lui impose, nous avons vu que ce problème a fait l'objet de multiples travaux de recherches a travers le monde, mais chez nous c'est un sujet qu'est encore ignoré, la femme battue par la complexité de ses conséquences, mérite d'être étudié de près dans le futur afin de souligner la gravité de la maltraitance et de mieux définir ses causes, car chaque femme battue mérite d'avoir un soutien psychologique mais surtout familial et social.

La liste bibliographique

La liste bibliographique

-Les ouvrages

- 1-Beck A, (1998), « *Manuel de l'inventaire de dépression* », Paris, 2^{ème} édition centre de psychologie appliquée.
- 2-Besançon G, et al, (2005), « *Manuel de psychologie* », Paris, Dunot.
- 3-Chahraoui KH et Bénony B, (1999), « *L'entretien clinique* », Paris, Dunot.
- 4-Chahraoui KH et Bénony H, (2003), « *Méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique* », Paris, Dunot.
- 5-Chevalier C, (2007), « *faire face aux émotions* », Paris, inter éditions.
- 6-Cottraux J, (2001), « *Les thérapies comportementales et cognitives* », Paris, Masson.
- 7-Debray Q et nollet D, (2001), « *Les personnalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique* », Paris, Masson.
- 8-Debray Q, (2006), « *Psychiatrie, syndromes et maladies-soins infirmiers* », Paris, Ed Masson.
- 9-Angers M, (1997), « *initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* », Paris, Dunot.
- 10-Godefroid J, (2001), « *psychologie* », Bruxelles, deboeck.
- 11-Godfryd M, (1994), « *Les maladies Mentales de l'adulte* », Paris, Puf.
- 12-Kleftaras G, (2004), « *Dépression approche cognitive et comportementale* », Paris, L'Harmattan.
- 13-Michèle L, (1998), « *Les maladies de l'humeur dépression et manie* », paris, Ed Estem.
- 14-Micheline C, et al, (2005), « *vivre sans violence ?, dans les couples, les institution, les écoles* », France, ères.
- 15-Pedrinielli J-L et Amel B, (2005) « *les états dépressifs* », paris, Armand colin.
- 16-Pewzner E, (2000), « *introduction a la psychopathologie de l'adulte* », paris, Armand colin.
- 17-Ranchlin M, (2002), « *les méthodes en psychologie* », paris, 12^{ème} presses universitaires.

Bibliographie

- Manuel

-D S M – IV – TR, (1996), « *Manuel diagnostiques et statistique des troubles mentaux* », paris, Masson.

-Les Revues

1) Jaspard M et al, (2000), « *violences envers les femmes et effets sur la santé* » présentation ion et l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France paris, Enveff.

2)Loughrea K, et al (1996) , « *Existe –t-il un consensus social pour définir et comprendre la problématique de la violence conjugal ?* » in santé menté montal au Qué bec , vol , 21,n°2.

-Les dictionnaires

1) Dorons R et al, (1991), « *dictionnaire de psychologie* », paris, puff.

2) Henriette B rand et al, (1999), « *grand dictionnaire de psychologie* », paris, Larousse – bordas.

3) Le petit Larousse illustré, (1976), paris, Larousse.

4) Sillamy N, (1999), « *dictionnaire de psychologie* », paris, Larousse.

-Cites internet

1) WWW .Agérie – femme. Com.

2) [http:// www .droit – cours .Fr / femmes – battues](http://www.droit-cours.fr/femmes-battues)

3) [http:// asls – net /parant /violence. htm.](http://asls-net/parant/violence.htm)

4) [http:// www.craiw-iref.ca.](http://www.craiw-iref.ca)

Annexes

Guide d'entretien Clinique

Axe n°01: Les informations personnelles

1-Nom

2-prénom

3-Age

4-position dans la fratrie

5-Situation familiale

-célibataire

-Marié

-Veuve

6-Nombre d'enfants

7-Situation professionnelle

-Travaille

-Etudiante

-Femme au foyer

8-Niveau d'instruction

9-Situation d'habitat

Axe n°02 : Les renseignements sur l'état dépressif

1-Comment avez-vous réagit et Quels étaient votre sentiments suite à ces violences ?

2-Vos comportements ont-ils changé après cette situation ?

3-Quel est votre état de santé actuelle ? Avez-vous consulté un médecin ou spécialiste ?

4-Parlez moi de votre sommeil ?

5-Avez-vous eu un changement de la qualité de votre appétit, autrement dit - est ce que vous mangez bien ? Si oui pour combien de temps ?

6-Avez-vous envie souvent de pleurer ? Sentez-vous fatiguée et triste ?

7-Est-ce que vous avez assez d'énergie pour compléter vos tâches ?

8-Comment sont-elles vos capacités de concentration ?

9- Avez-vous des sentiments de culpabilité ?

10-Comment est votre confiance en vous-même ?

- 11-Est-ce que vous vous critiquez ?
- 12-Avez-vous déjà pensé ou désiré se suicider ?
- 13-Quelle est votre vision pour l'avenir de votre devenir ?
- 14-Étiez-vous soutenu par quelqu'un ? Si oui Par qui ?

Axe n°03 : Les informations concernant la victime

- e2-Depuis quand cette personne commence à être violent avec vous ?
- 3-Quel est votre sentiment envers cette personne ?
- 4-Est-ce que vous avez peur de cette personne ?
- 5-Est-ce que vous êtes obligé de rester avec lui ? Et pourquoi ?
- 6- Quelles sont les conséquences sur votre santé physique et psychologique ?
- 7-Cette situation a-t-elle des conséquences sur votre relation avec les voisins, amis ?
Si oui comment ? Comment ?
- 8-Avez-vous déjà déposé plainte contre votre agresseur ? Pourquoi ?
- 9-Si non, pensez-vous le faire un jour ?

BDI-II

Date :

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

1 Tristesse

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

2 Pessimisme

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

3 Echecs dans le passé

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

4 Perte de plaisir

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

5 Sentiment de culpabilisez

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

6 Sentiment d'être puni(e)

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

7 Sentiments négatifs envers soi-même

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

8 Attitude critique envers soi-même

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

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.

- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

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

11 Agitation

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

12 Perte d'intérêt

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

13 Indécision

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

14 Dévalorisation

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

15 Perte d'énergie

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

16 Modification dans les habitudes de sommeil

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

17 Irritabilité

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

18 Modification de l'appétit

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

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.

- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

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

21 Perte d'intérêt pour le sexe

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

Le score total	
-----------------------	--

