

République Tunisienne

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique
Université de Sousse

Faculté de Médecine Ibn El Jazzar

Année Universitaire 2023/2024

N°5237



THÈSE

pour le

DIPLOME NATIONAL DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 01/07/2024

Par

Sondes OUERGHI

Née le 18/10/1996 à (La Marsa, Tunisie)

TITRE	DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ACCOUCHANT À LA MATERNITÉ DE SOUSSE ET ÉTUDE DE SON ASSOCIATION AVEC LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
Mots-clés	<i>Violence conjugale-grossesse-violence envers le partenaire intime-anxiété-estime de soi-dépression-péripartum</i>

JURY:

Président : Pr. Sassi BOUGUIZANE
Membres : Pr. Meriem GHARDALLOU
Pr.Ag. Wathek THALJAWI
Rapporteur : Pr.Ag. Bochra Nourhene SAGUEM

DIRECTEUR DE LA THÈSE :

Dr Amel AMARA

Co-DIRECTEUR DE LA THÈSE :

Pr.Ag. Mouna DEROUCHE



**Enseignants de la Faculté de Médecine
« IBN EL JAZZAR » de SOUSSE
Année Universitaire 2023-2024**

Le Conseil Scientifique :

Doyen, Président du Conseil :	Pr. Hédi KHAIRI
Vice-doyens : <ul style="list-style-type: none"> - Vice-Doyen des affaires académiques - Vice-Doyen des affaires cliniques - Vice-Doyen Qualité et Développement Pédagogique - Vice-Doyen des affaires estudiantines - Vice-Doyen des TIC et enseignement à distance - Vice-Doyen de la coopération internationale - Vice-Doyen de la Recherche 	Pr. Mohamed BEN DHIAB Pr. Mehdi KSIAA Pr. Latifa LASSOUED Pr. Jihène BOUGUILA Pr. Maher MAOUA Pr. Asma ZORGATI Pr. Meriem GHARDALLOU
Directeurs Départements:	
<ul style="list-style-type: none"> - Département de Chirurgie « A » - Département de Chirurgie « B » - Département Médecine Interne « A » - Département Médecine Interne « B » - Département Santé Communautaire «A » - Département Santé Communautaire « B » - Département Sciences de Base « A » - Département Sciences de Base « B » 	Pr. Sofiène JERBI Pr. Nidhal MAHDHI Pr. SOUANI Yosra Pr. Makram HOCHLEF Pr. Jaleleddine CHEMLI Pr. Olfa EL MAALEL Pr. Soumaya MOUGOU Pr. Ag. Neila FATHALLAH
Représentants Corps « A »	Pr. Mohamed BEN DHIAB Pr. Mehdi KSIAA Pr. Nader NAOUAR Pr. Ag. Sofien ABDELKEFI Pr. Maher MAOUA Pr. Asma ZORGATI
Représentants Corps « B »	Pr. Ag. Wafa BENZARTI Pr. Ag. Waad FARHAT Pr. Ag. Eya HAMMAMI Pr. Ag. Nadia IDRIS Pr. Ag. Jihène SAHLI Pr. Ag. Nadia BEN ABDESSALEM

Représentants des étudiants :	
- « 1 ^{er} Cycle »	Mr. Mohamed EL GHALI
- « 2 ^{ème} Cycle »	Mr. Badreddine RABHI
- « 3 ^{ème} Cycle »	Mme. Rania NAKHLI
Associations et Société Civile :	
- Conseil Régional de l'Ordre des Médecins	Dr. Foued BOUZAOUËCH
- Établissements privés de santé	Dr. Khaled NEBLI
- Société UNIMED	Mr. Ridha CHARFEDDINE
- Directeur Régional de La Santé de Sousse	Dr. Mohamed ROUIS
- Directeur général C.H.U Farhat Hached	Mr. Lotfi BOUGHAMOURA
- Directeur général C.H.U Sahloul	Mr. Chaouki HAMOUDA
- Directeur général C.H.U Ibn El Jazzar Kairouan	Mr. Riadh KHELIFI
Secrétaire Général de la Faculté	Mr. Jamel GRASSA
<u>Autres Directions de la Faculté</u>	
- Comité d'Habilitation	Pr. Néjib MRIZAK
- Comité d'éthique	Pr. Souhaïel MLAYAH
- École Doctorale	Pr. Sihèm HMISSA
- Conseiller à la Recherche	Pr. Hassan GHANNEM
- Responsabilité Sociale	Pr. Ali MTIRAOUÏ
- Direction du Programme	Pr. Koussay ACH
- CESIME	Pr. Walid NAIJA
- Chirurgie expérimentale	Pr. Sassi BOUGUIZÈNE
Professeurs Émérites	
Pr. Mohsen JEDDI Pr. Ahmed Sahloul SOUSSI Pr. Bechir BEL HADJ ALI Pr. Khaled SAGUEM Pr. Hassan GHANEM Pr. Néjib MRIZAK Pr. Khalifa LIMAM	

Les enseignants de la FMS

Professeurs	MCA	Assistants
Anatomie		
GHANNOUCHI Slaheddine NAOUAR Nader MAAREF Khaled JARRAR Mohamed Salah (F)		LANDOLSI Mounir (M.A.U.) CHERMITI Wajdi
Anatomie Pathologique		
MOKNI Moncef SRIHA Badreddine HMISSA Sihem	MESTIRI OUANNES Sarra BDIOUI Ahlem ABDESSAYED Nihed	TLILI Taghrid MAJDOUB Wiem YACOUB Sarra CHIBA Dorra NFIKHA Zeineb BELKACEM Oussama (S) KRIFA Maroua (S) BACCOUCHE Atika (Sortante) CHAIEB Salma (Détachement)
Anesthésie-Réanimation		
CHELBI-DAHMANI Souad (S) CHAOUCH Ajmi (S) NAIJA Oualid (S) BEN JAZIA Khaled (FH) HAFSA Alaeddine (FH) BEN LETAIFA Dhafer (FH)	KHOUADJA Hosni (FH) BRAHIM Afraa (FH) AJINA Anissa (FH) CHRIGUI Raoudha (S) KAHLOUL Mohamed (S) BEN HAMADA Habiba (S) SOUII Slah (K)	GUELLIM Souha (S) NAOUAR Nizar (S) BEN HADJ KHELIFA Mohamed (S) HERCH Rahma (S) MLAYAH Salma (S) AJMI Mohamed (S) CHOUCHENE Syrine (S) SOUSSI Mohamed (S) FERHI Amine (K) KHECHINI Oumayma (K) THABOUTI Maroua (SB)
Biochimie		
CHARFEDDINE Bessem	BEN ABDALLAH Jihene	MRAD Saoussen BOUGHZALA Chaima ZAIRI Amira (M.C.U.) ZARROUK Amira (M.A.U.) MANSOUR Wejdene (M.A.U.) SMACH Mohamed Ali (A .U.)

Biophysique		
BEN FRADJ Maha (S)	NOUIRA-GNABA Manel (S) EZZINE Abir (S)	BEN SALEM Intidhar (M.A.U.) (F) LAOUANI Aicha (A.U.) (F) AJJEL Ridha (A.U.) BOUDRIGUA Hajer MENSI Sihem DARDOURI Taheni BETTAIEB Med Aymen
Carcinologie Médicale		
BEN AHMED Slim BEN FATMA Leïla HOCHLEF Makram CHABCHOUB Imène EZZAIRI Faten	BELAID Imtinène	GAMMOUDI Ahmed
Cardiologie		
HAJRI-ERNEZ Samia (FH) MAHDHAOUI Abdallah (FH) NEFFATI Elyès (S) GRIBAA Rim (S) SLIM Mehdi (S) BEN HALIMA Najeh (K)	HRAIECH Aymen BOURAOUI Hatem (FH) BOUHLEL Imène (FH) BEN ABDESSALEM Aymen (FH) MESSAOUDI Yosra (K)	BEN WANNES Sami (S) GHARDALLOU Houda BEN FARHAT Sameh (S) Faten YAHIA (S) Thabet Housseem (S) CHENITI GHASSEN (S) BEN ALI Imene (S) ELLINI Hamza (FH) Ben AMEUR Zied (FH) SAOUDI Wassim (FH) JAMEL Ahmed (K)
Chirurgie Cardio-Vasculaire & Thoracique		
JERBI Sofiène KORTAS Mohamed Chokri	MGARRECH Imene CHERIF Taïeb	BEN RADHIA Bechir TERZI Meriem
Chirurgie Générale		
BEN ALI Ali (S) BEN MABROUK Mohamed (S) EL GHALI Med Amine (S) SAKHRI Jaballah (FH) HMILA Fehmi (FH) SABRI Youssef (FH)	MIZOUNI Abdelkader (S) FARHAT Waad (S) HARRABI Fethia (S) AMMAR Housseem (S) Asma SGHAIER (FH) BEN SALAH Khalil (K) FAIDI Bilel (K) NEFIS Abdel Nacer (Kass)	DHOUIOUI Khaireddine (FH) MRAYDHA Med Hedi (FH) BOUAZZI Amel (S) DAMAK Nouha (S) BEN LETAIFA Mehdi (S) LEGHA Sami (S) SENDI Sihem (K) ZAIDI Bassem (K) KRICHENE Jihene (K) KARKNI Anis (SB) KAOUECH Aymen (SB)

Chirurgie Maxillo-Faciale		
SLAMA Abdelfettah AYACHI Samia	AYACHI Samia BEN REJEB Maha	ELLEUCH Amir ABDELMOULA Nihed SOUISSI ATEF
Chirurgie Plastique et Réparatrice		
MAHDHI Nidhal	CHAIEB Mariem	BEN KHEDHER Mariem
Dermatologie		
DENGUEZLI Mohamed GHARIANI Najet AOUANALLAH Amina MOKNI Sana	BEN EL KAHLA Marouane	GHARIANI Nadia LAHOUEL Maha BEN REJEB Mohamed SAAD Sarra ROUATBI Jacem MHKININI Haifa (K)
Endocrinologie		
CHAIEB-CHADLY Molka ACH Koussay MAAROUFI Amel	HASNI Yosra BEN ABDELKERIM Asma (Sortante) SAAD Ghada DEBBABI Wided (K)	ACH Taieb EL FEKIH Hamza HALLOUL Imen SAAFI Wiem CHERMITI Sondos (K) MARZOUK Hajer (K)
Gastro-Entérologie		
BEN SLAMA Aïda (S) KSIAA Mahdi (S) BEN JAZIA Ilhem (FH)	JAZIRI Hanene (S) ELLEUCH Nour (S) HAMMEMI Eya (S) AKKARI Imene (FH) MRABET Soumaya (FH)	DAHMENI Wafa (S) HARBI Raïda (FH) HAMDI Sarra (K) HASSINE Ameni (K)
Génétique		
ZEMNI Ramzi	CHABCHOUB Elyes	ATIG Ahlem DRIDI Hend
Gynécologie-Obstétrique		
KHAIRI Hédi CHAIEB Anouar KHELIFI Abdeljelil BOUGUIZANE Sassi HIDAR Samir LASSOUED Latifa HACHENI Faten FATNASSI Mohamed Ridha (K)	KAABIA Ons (Coop) DEROUCHE Mouna KOUIRA Mouna BANNOUR Badra BANNOUR Imen BOUCHAHDA Rim MKHININI Ines (K) MARWEN Nadia (K) ARMI Sawssam (Kass) RAGMOUN Houcem (MT)	CHELLY Syrine ABID Skander BAYAR Amal ALIMI Amal ERNEZ Safia GHZEL Sana (K)

Hématologie		
KHELIF Abderrahim BEN YOUSSEF Yosra ZAHRA Kmira	REGAIEG Haifa BEN SAYED Nesrine	CHANBEH Wafa GUERMAZI Monia SASSI Nadia
Histologie Embryologie		
SAAD Ali AJINA Mounir SENNENA SENDI Halima GRIBAA Moez MOUGOU Soumaya IBALA-ROMDHANE Samira HMIDA Dorra TRABELSI Mohamed Mounir (F)	OUAHCHI Ines DIMASSI Sarra	BANNOUR Aida (M.A.U.) BENZARTI Amira
Immunologie		
BEN HADJ SLAMA Foued	SAMMOUD Samar IDRISS Nadia	BEN LAMINE Zeineb BEN AHMED Mariem
Maladies Infectieuses		
HACHFI Wissem BELLAZREG Foued	BEN LASFAR Nadia ABID Maha	BEN SELMA Manel BEN TICHA Meriem ROUIS Sana (K) SAKLI Hela (K) CHAKROUN Hajer (K)
Médecine Communautaire		
NJAH Mansour (FH) MAHJOUB Mohamed (FH) BEN ABDELAZIZ Ahmed (S) SAID LAATIRI Houyem (S) BEN REJEB Mohamed (S) MALLOULI Manel (F) GHARDALLOU Meriem (F) MTIRAOUI Ali (F) HARRABI Imed (F) MARZOUGUI Latifa (K)	SAHLI Jihene (F) EZZI Olfa (FH) GHAMMEM Rim (FH) ZOMMIT Nawel (FH) BEN CHIKH Asma (S) BHIRI Sana (S) CHEBIL Dhekra (K)	LIMEM Manel (F) GHALI Hela (S) Amel AMARA (F) AMMAR Asma (FH hygiène) BANNOUR Rania CHELLY Souhir (FH/K) BEN FRADJ Sihem (FH/Épidéo) BEN KACEM Montaha (A.U) DHIFAOUI Zouhaier (nt.U)
Médecine Interne		
BEN FREDJ Fatma (S) GHANNOUCHI Neïrouz (FH)	ATIG Amira (FH) MZABI Anis (S) GUIGA Ahmed ANOUN Jihed (S) REZGUI Amel (s) DERBALI Fatma (SB)	BEN YAHIA Wissal (FH) THABET MAISSA (FH) BEN HASSINE Imene (S) BAYA Wafa (S) ADAILI Najeh (S)

Médecine Légale		
SOUGUIR Med Kamel BEN DHIAB Mohamed MASMOUDI Tasnim MLAYAH Souheil JEDIDI Maher	TURKI Elyès (K) MAJDOUB Wael (K) THALJAWI Wathek (SB)	MOSBAHI Amel (FH) ANNABI Khaled (FH) BEN DALI HSAN Amal (FH) MAKNI Chahnez (FH) GHARSALLEOUI sarra (FH) BEN ABDERRRAHIM Sarra (K) JAMMELI Kawther (SB)
Médecine Physique		
BEN REJEB Nejib JEMNI Sonia	WANNES Walid FRIGUI Sinène TOULGUI Emna MTAOUA Sahbi (K)	MONSER Rihab GADDOUR Mariem LAYOUNI Saoussen ELFENI Nedra (K) GHANMI Maroua (K) HARCHI Wafa (Kass)
Médecine de Travail		
CHATTI Souheil (FH) MAALEL Olfa (FH) BRAHAM Aicha (FH) KALBOUSSI Houda (FH) MAOUA Maher (FH)	KACEM Imen (FH) ALOUÏ Asma (FH) GADDOUR Asma (K)	CHOUCHENE Asma (FH) BOUHOULA Marwa (FH) SRIDI Chaima (S) FEKIH Amen (S) BELHADJ Narjes (S) CHELLY Farah (S) JAMMELI Imèn (K)
Médecine des Urgences		
BOUKEF Riadh ZORGATI Asma CHEBILI Naoufel (03)	BOUKADIDA Lotfi (S) LOGHMARI Dorra (03) MBAREK Rabeb (03) Mohamed Néjib KAROUI (FH) MEZGAR Zied (FH) KHROUF Meriem (FH) BEN SOLTANE Houda (FH) BOUHAMED Chefiaa (K) GHZEL Raja (K)	YOUSSEF Rim (S) LAAJIMI Sondes (S) YAKOUBI Hajer (S) JABALLAH Rahma (S) BREDII Haifa (03) CHEBBI NABIL (03) YOUNES Salma (FH) BOUKADIDA Asma (FH) LECHIOU Fatma (FH) BEN AMMAR Boutheina (FH) KADDECHI Rabia (SB) GAMMOUDI MOUNA (SB) KETATA Imen (K)

Microbiologie		
BOUKADIDA Jalel BOUALLEGUE Olfa HANNACHI Neïla MARZOUK Manel		AZZOUZI Farah
Néonatalogie		
MAHDHAOUINabiha NOURI Sonia (Coop)		MGHIRBI Oussama BARKA Mereim KHELIFI Ameni BRAHEM Donia TAAMLi Maha
Néphrologie		
ZELLAMA Dorsaf GUEDRI-SOUANI Yosra	MRABET Senda SAHTOUT Wissal AZZABI Awatef BEN AICHA Narjes	BOUKADIDA Raja THABET Nesrine MAHFOUDH Olfa DAHMEN Rihem TOUIL Ameni (K) GUESMI Rahma (Kass)
Neurologie		
BEN AMOR KAFFEL Sana	HASSINE Anis NAIJA Salma	REKIK Arwa JEMEI Khaoula JARRAR Emna
Neuro-Chirurgie		
	KSIRA Yadh	CHAABANE Mohamed BEN MESSAOUD Mahmoud BEN FREDJ Rihab SOMRANI Kaouther
Ophtalmologie		
MAHJOUB Hachmi GHORBEL Mohamed KRIFA Fethi KNANI ABBOUD Leila	YAKOUBI Salah MAHJOUB Ahmed BEN ABDESSALEM Nadia CHAABANI Lotfi (Kass)	ZAAFRANE Nesrine SELLEM Ilhem GHACHEM Mohamed CHAKROUN Hamza (K) BEN ABDEJLIL Aymen (K) NEFZI Dhouha (Kass)
O.R.L		
ABDELKEFI Mohamed (FH) KERMANI Wassim (FH)	MANI Radhouane (S) BELAKHDHER Mouna (FH) GHAMMEM Monia (FH) GNABA Khalil (K)	MEHERZI Abir (FH) OMRI Malika (FH) HOUAS Jihène (FH) ABED Wedd (K) LAKHBOU Amin (SB) MEHERZI Samia (SB)

Orthopédie		
BOUATTOUR Karim RBAI Hédi (K)	MTAOUMI Mourad KHALIFA Mohamed Ali TRIKI Mohamed Amine BEN MAATIGUE Mahmoud HAGUI Ali (Kass)	HASSINI Lassad BENZARTI Sofène CHTAI Sadok MHIRI Amir MANSI Zied (K) BEN FREDJ Aymen (K) HARRATHI Chawki (K)
Parasitologie		
FATHALLAH MILI Akila		YACOUB Alya CHOUAIEB Hamed ISMAIL Samar KHAMERI Imène (Assistante.U)
Pédiatrie		
CHEMLI Jaleddine (S) ABROUG SAOUSSEN (S) BOUGHAMOURA Lamia (FH) BOUGUILA Jihène (FH) TILOUCHE Samia (FH)	AJMI Houda (S) MABROUK Sameh (S) TEJ Amel (FH) SOYAH Nejla (FH) KEBAILI Raoudha (FH) EL MEJAOUEL Hussain (K)	MAJDOUB Fadoua (S) NOUIR Salsabil (S) BEN BELGACEM Hajer (FH) JABALLAH Nesrine (FH) ABDELBARI Maroua (FH) HAGGUI Bisma (SB) BRIKI Brahim (K)
Pharmacologie		
BEN SALEM Chaker SLIM GAHLICHE Raoudha	OUNI Bouraoui FATHALLAH Neila	
Physiologie		
ZAOUALI-AJINA Monia ROUATBI Sonia BEN SAAD Helmi ROUATBI SONIA LAATIRI Imed (P.U.)	GHANNOUCHI Ines GADDAS Meriem	SAIHI Ameni GUEZGUEZ Fatma
Pneumo-phtisiologie		
ABDELGHANI Ahmed GARGOURI Imène	AISSA Sana BEN JAZIA Rahma (K)	KNAZ Asma BEN BDIRA Baraa OMRANE Asma KACEM Ameni (K) KHARRAT Imen (K)

Psychiatrie		
NAKHLI Jaâfar	MTIRAOUI Ahlem SAGUEM Bochra Nourhene MANAI Jihene (K)	
Radiologie		
HASNI Ibtissem (S) EL MHABRECH Houda(FH) DAADOUCHA Abderrahmen (K) AISSA Amène (K)		BRAHAM Salem (FH) GUESMI Ayoub (FH) BEN AFIA Amira (S)
Radiothérapie		
TEBRA-MRAD Sameh KANOUN BELAJOUZA Samia	BOUZID Nadia	TBESSI Sabrine BETTAIEB Ons CHEMSI Amal
Réanimation Médicale		
HMOUDA Houssem (S) BOUSSARSAR Mohamed (FH) CHOUCHENE Imed (FH)	BEN SAIDA Imen (FH) AYECHI Jihène (K)	MEDDEB Khaoula (FH) ZGHIDI Maroua (FH) NOURI Emna (FH) TOUMI Radhouane (FH) BEN DABEBISS Rafla (S) ZOUARI Hajer (S) CHOUCHENE Salma (S) BEN ALI Yosri (K) ZORGATI Hend (K) BEN BRAIEK Dhouha (K)
Rhumatologie		
BOUAJINA Elyès	BACCOUCHE Khadija EL AMRI Nejla	DALDOUL Syrine FAKHFAKH Rim KHALIFA Dhouha
Urologie		
BEN SORBA Nabil JAIDANE Mehdi HMIDA Wissem BOUASIDA Khairreddine NAOUAR Sahbi (K) BRAIEK Salem (K)	TLILI Ghassen BEN KHELIFA Badreddine BEN OTHMANE Mouna	SLAMA Adel LOGHMARI Ahmed BEN ABDALLAH Wajdi LAHOUAR Rayen (K) GAZZEH Wael (K) BEN AHMED Khaled (SB)

قسم أبقراط

أمام أساتذة هذه الكلية و بمحضر زملائي الكرام و تبعا للقيم العالية التي سطرتها
لنا تقاليدنا, فإني أقسم بالله:

أن أكون مخلصا في عملي, متمسكا بالنزاهة و الشرف.

أن أعالج مجانا الفقراء و ذوي الحاجة و أن لا أتقاضى أجرا غير مناسب على ما
أقدمه من عمل.

أن لا تنظر عيناى إلى ما لا يهمهما في البيوت التي أدخلها.

أن يكتف لسانى الأسرار التي تعهد إلي و أن لا أساهم و أن لا أشجع على الجريمة
و تدهور الأخلاق.

أن أكون معترفا بجميل أساتذتي فأعلم أبناءهم كما تعلمت منهم

أن أكون شاكرا الله على منه و نعمه حتى أمضي أيامي و ليالي في خدمة عباده
فأخفف من آلامهم و أعالج أمراضهم و أواسي قلوبهم.

أسألك اللهم الرضى إذا ما ألزمت بهذه البنود و العفو و المغفرة عند كل تقصير.

Serment D'hippocrate

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je dédie cette Thèse

À ma chère mère Fawzeya ,

Tu as été la source de lumière qui a guidé chacun de mes pas vers ce moment. Ta force, ta persévérance et ton amour infini ont été les piliers sur lesquels j'ai bâti chaque succès. Tu as sacrifié tant de tes propres rêves pour me permettre de réaliser les miens. Chaque page de cette thèse porte ton empreinte, car c'est grâce à toi que je suis devenue la personne que je suis aujourd'hui.

Merci pour ton soutien inconditionnel, pour tes encouragements sans fin et pour avoir cru en moi même dans les moments les plus difficiles. Cette thèse est dédiée à toi, ma mère, mon modèle et ma source d'inspiration éternelle.

À mon père adoré Hassan,

Ton dévouement et ta détermination ont été une source constante d'inspiration pour moi. Tu as travaillé sans relâche, jour après jour, pour me soutenir et me donner les meilleures chances dans la vie. Chaque obstacle sur mon chemin a été allégé par ta force et ton soutien inébranlable.

Ta sagesse et ton exemple m'ont guidé tout au long de cette aventure académique, me montrant l'importance du travail acharné, de la patience et de la résilience. Cette thèse est un témoignage de ton amour et de ton engagement envers mon succès. Je te suis profondément reconnaissante pour tout ce que tu as fait et continue de faire pour moi.

À mes précieux frères Foued , Mohamed et sa femme Najla et à ma sœur Awatef,

Même à travers les kilomètres qui nous séparent, votre amour inconditionnel a toujours enveloppé mon cœur. Vous m'avez toujours considérée comme la fleur de notre famille, un titre que je porte avec une immense gratitude et fierté. Cette thèse est une célébration de notre lien indéfectible, tissé de souvenirs précieux et de moments partagés. Merci pour votre amour infini qui transcende toutes les distances. Vous êtes mes trésors les plus chers, et cette dédicace vous est dédiée avec tout mon amour et ma reconnaissance éternels.

Mon cher frère Houssem, ma chère sœur Nawel et son mari Leo,

Vous êtes bien plus que des membres de ma famille, vous êtes mes confidents, mes défenseurs et mes inspirations constantes. Votre gentillesse et votre soutien inconditionnel ont été les piliers sur lesquels j'ai pu construire mes rêves et surmonter les défis. Chaque jour passé à vos côtés est un privilège. Votre présence douce et bienveillante illumine ma vie de manière indescriptible. Que notre lien spécial continue de grandir et de s'épanouir, car vous êtes mes trésors les plus précieux. Merci d'être les merveilleux frère et sœur que vous êtes, je vous aime plus que les mots ne puissent l'exprimer.

À mes nièces Sophie, Nadine et Elaa , à mes neveux Adam, Nadhir et Skander , chaque jour, je suis remplie d'une fierté immense en vous voyant grandir. Je vous encourage à poursuivre vos rêves avec passion et à embrasser chaque opportunité qui se présente à vous. Je suis impatiente de voir chacun de vous réaliser de grandes choses dans la vie.

À mon oncle bien-aimé Houssem, à sa femme Sonia et à ses chers enfants, Votre soutien et votre affection ont été une source constante de réconfort et de force tout au long de ma vie.

À ma chère tante Mbarka Votre amour et votre soutien ont été comme un phare dans ma vie, éclairant mon chemin avec bienveillance et chaleur.

À mes chers cousins Walid et Akrem, je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour les liens familiaux qui nous unissent. Chaque rencontre, chaque échange et chaque souvenir partagé ont laissé une empreinte précieuse dans mon cœur.

À ma seconde famille,

À la mère et à la grand-mère de mon fiancé, Hajer et Hedïa OMRANI, vous êtes devenues bien plus que des beaux-parents pour moi ; vous êtes devenus des piliers de soutien et des sources d'inspiration. Votre accueil chaleureux et votre amour inconditionnel ont enrichi ma vie de manière profonde. Merci pour votre gentillesse, votre générosité et pour les valeurs familiales que vous incarnez si admirablement.

À mon cher fiancé Akîl Nagati,

Depuis que tu es entré dans ma vie, tu as rempli mon monde de bonheur, de soutien et d'une profonde affection. Tu es mon rocher, mon meilleur ami et mon partenaire dans tous les défis et les triomphes de la vie. Chaque jour passé à tes côtés est une bénédiction que je chéris profondément. Cette thèse est dédiée à toi, non seulement pour être l'amour de ma vie, mais aussi pour être celui qui m'inspire à atteindre de nouveaux sommets. Merci pour ton amour inconditionnel, ta compréhension infinie et pour rendre chaque jour plus lumineux à mes côtés. Je suis là où je suis et qui je suis grâce à toi .

Je suis tellement reconnaissante de t'avoir dans ma vie et j'ai hâte de continuer à construire notre avenir ensemble, main dans la main.

À mes chers amis Chaima Selmi, Rihab Soltani, Chaima Hasni, Ichraïk Ben Salah, Nesrine Ketatni, Jihen Chaali, Souaad Boujeh, Housseem Gboubi, Fadi Ben Ali, Farouk Hasni, Amine Toumi, Youssef Hannachi, Fayssel Aridhi, Montassar Mhadheb, Aymen Abidi, Oussema Mokaddem, Rami Gharbi, Sami Touta

À travers les années et malgré les distances, vous avez été les gardiens précieux de mes souvenirs les plus chers et les compagnons de mes aventures les plus folles. Nos rires partagés, nos secrets échangés et nos moments d'insouciance restent gravés dans mon cœur comme des trésors inestimables. Merci d'avoir été là pour moi dans les bons moments et dans les moments difficiles, pour votre soutien inconditionnel et pour les souvenirs précieux que nous avons créés ensemble.

À mon amie de toujours Chaima Saadaoui, depuis que nos chemins se sont croisés au collège, tu as été une constante dans ma vie, une présence précieuse qui a illuminé chaque étape de mon parcours. À travers nos rires partagés, nos confidences intimes et nos aventures insouciantes, tu as été bien plus qu'une amie ; tu es devenue ma confidente la plus proche, mon soutien le plus solide et une partie indispensable de mon histoire. Merci d'être toujours là, d'être celle sur qui je peux compter en toute circonstance.

À mes chères Haïfa Khemiri et Farah Ouali

Vous êtes les piliers solides sur lesquels repose mon cœur. À travers les hauts et les bas de la vie, vous avez été mes confidentes les plus fidèles, mes soutiens les plus forts et mes partenaires de rires infatigables. Cette thèse est dédiée à notre amitié exceptionnelle, qui a survécu à toutes les épreuves et a grandi encore plus forte avec le temps. Merci d'avoir été là pour moi à chaque étape, pour votre écoute attentive, vos conseils avisés et votre amour inconditionnel.

À mes amis Ramy Letifi et Housseem Khachlouf,

Vous êtes la preuve vivante que les amitiés véritables traversent le temps et l'espace. Ramy, depuis nos jours à la faculté, tu as été un compagnon fidèle, un soutien constant et un ami précieux dont la présence et les conseils ont enrichi chaque étape de ma vie académique et au-delà. Housseem, tu as prouvé être un ami incroyable, rempli de gentillesse, de soutien et d'une énergie positive qui illumine mes journées.

À mes prunelles Maissa Tej, Syrine Saadoun, Sabrina Ourari, Shadha Blangi et Khawla Ben Younes merci d'être mes compagnes de route dans cette aventure appelée vie, pour les hauts et les bas que nous avons partagés et pour l'amour sincère que vous avez toujours manifesté à mon égard. Que notre amitié continue de grandir, de s'épanouir et de nous apporter bonheur et réconfort tout au long de nos vies.

À mes chers amis Housseem Boukhili, Anas Mbaraki, Hamed Kallel, Mariem Bouchendira, Hela Bouraoui, Rana Tabarki avec qui j'ai partagé tant de moments inoubliables, Nos années passées ensemble à la faculté restent parmi les plus précieuses de ma vie. Chaque jour était une nouvelle aventure, remplie de rires, de découvertes et de soutien mutuel. Vous avez été bien plus que des amis vous avez été mes compagnons de vie, mes confidents.

À mes amies Azza Benzina, Erij Akremi et Amani Melliti, Que notre amitié continue de grandir et de s'épanouir au-delà de nos années de lycée, car vous êtes et resterez toujours une partie essentielle de ma vie.

À mon amie Sabeh, Tu es mon rayon de soleil du matin, À travers nos aventures partagées, nos rires contagieux et nos moments de complicité profonde, tu as enrichi ma vie d'une manière qui dépasse toute mesure.

À mon ami Najd Khalfaoui, Cette thèse est dédiée à toi, pour ton dévouement sans faille, ta présence constante et ton encouragement qui ont fait toute la différence. Je ne cesserai jamais de te remercier.

À mes collègues de travail, à mes maîtres et à toute l'équipe de la base militaire de l'Aouina, Lieutenant Colonel Ben Jrad, Lieutenant Colonel Jounaidi, Commandant Souissi, Manel Mlaouah, Hazem, Mansour, Amin, Hassan, Senda... Et toute autre personne avec qui j'ai fondé un lien à l'infirmerie... Travailler avec vous est une expérience qui dépasse largement les attentes professionnelles. Chaque jour, je suis inspirée par votre dévouement, votre expertise et votre esprit d'équipe qui font de notre environnement de travail un lieu où il fait bon être. Cette thèse est dédiée à vous tous, pour la façon dont vous enrichissez ma vie professionnelle et personnelle. Merci pour votre soutien inconditionnel, votre collaboration exceptionnelle et l'ambiance magnifique que nous créons ensemble.

À toutes les personnes que j'ai omises de citer, Ce projet n'aurait pas été possible sans le soutien et l'influence de nombreux individus exceptionnels, même si je n'ai pas pu les mentionner individuellement ici. Que ce soit par des encouragements, des conseils précieux, ou simplement par votre présence inspirante, vous avez tous contribué à ma réussite d'une manière ou d'une autre.

Remerciements

À l'honorable Maître et Président du jury, Monsieur le Professeur Sassi

BOUGUIZANE,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour votre rôle essentiel en tant que président du jury de ma thèse. Votre expertise, votre attention et votre soutien tout au long de ce processus ont été inestimables. Votre engagement envers l'excellence académique et votre guidage précieux ont été déterminants dans la réalisation de ce travail de recherche. Merci d'avoir consacré votre temps et votre énergie à évaluer ce travail avec rigueur et bienveillance. Votre présence à la tête de ce jury a été un honneur et une inspiration pour moi.

À notre estimée Maître et juge, Madame la Professeure Meriem GHARDALLOU,

Je tiens à vous remercier chaleureusement d'avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Votre expertise approfondie et votre réputation d'excellence dans le domaine de médecine communautaire ont été une source d'inspiration tout au long de mon parcours de recherche. Vos commentaires éclairés et vos suggestions constructives ont été d'une valeur inestimable pour affiner et améliorer mon travail. Merci beaucoup pour votre contribution significative à ma réussite académique.

À l'honorable Maître et juge, Monsieur le Professeur agrégé Wathek THALJAOUY,

Je souhaite exprimer ma sincère reconnaissance pour votre rôle en tant que membre du jury de ma thèse. Votre expertise dans le domaine de médecine légale et votre engagement envers l'excellence académique ont été une source d'inspiration constante pour moi. Vos commentaires détaillés et vos suggestions ont enrichi mon travail de recherche et ont contribué de manière significative à sa qualité et sa pertinence.

*À notre estimée Maître et rapporteur de thèse, Madame la Professeure agrégée Bochra
Nourhene SAGUEM*

Je tiens à vous adresser mes sincères remerciements pour votre rôle essentiel en tant que rapporteur et membre du jury de ma thèse. Votre expertise et votre engagement envers l'excellence académique en psychiatrie ont été une source d'inspiration tout au long de ce parcours académique. Vos évaluations rigoureuses, vos commentaires détaillés et vos recommandations avisées ont été cruciaux pour affiner et enrichir mon travail de recherche. Merci infiniment pour votre contribution précieuse et pour avoir joué un rôle déterminant dans la réussite de ma thèse.

À notre Maître et directrice de thèse, Dr Amel AMARA,

C'est avec une profonde gratitude que je souhaite vous remercier pour votre soutien inébranlable tout au long de ce parcours académique. Votre expertise éclairée, votre dévouement sans faille et votre encouragement constant ont été des piliers essentiels dans la réalisation de cette thèse. Vos conseils avisés, votre patience et votre capacité à me pousser à donner le meilleur de moi-même ont été une source d'inspiration quotidienne. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir eu la chance de bénéficier de votre mentorat et de votre guidance tout au long de cette expérience enrichissante. Merci infiniment d'avoir cru en moi et d'avoir été une directrice de thèse exceptionnelle.

Je vous remercie de tout mon cœur .

À notre estimée Maître et co-directrice de thèse, Madame Mouna DERWICH,

Je tiens à exprimer toute ma gratitude pour votre précieuse guidance en tant que co-directrice de ma thèse. Votre expertise remarquable en gynécologie et votre dévouement envers l'avancement des connaissances dans ce domaine ont été des piliers essentiels de mon parcours académique. Votre capacité à combiner rigueur scientifique et compassion humaine a profondément enrichi mon approche de la recherche. Je suis honorée d'avoir bénéficié de votre mentorat et de votre expertise tout au long de cette expérience enrichissante.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	3
1. TYPE DE L'ETUDE.....	3
2. POPULATION DE L'ETUDE	3
2.1. LES CRITÈRES D'INCLUSION.....	3
2.2. LES CRITÈRES DE NON-INCLUSION.....	3
2.3. LES CRITÈRES D'EXCLUSION.....	3
2.4. TAILLE D'ÉCHANTILLON ET ÉCHANTILLONNAGE.....	3
3. MATÉRIELS	4
3.1. LES VARIABLES OPÉRATIONNELLES	4
3.1.1. Le partenaire intime.....	4
3.1.2. Violence du partenaire intime.....	4
3.1.3. Violence physique	4
3.1.4. Violence sexuelle.....	4
3.1.5. Violence psychologique	5
3.2. DESCRIPTION DE L'OUTIL CHOISI (annexe1)	5
4. ANALYSE STATISTIQUE	8
5. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	9
RESULTATS	10
1. ETUDE DESCRIPTIVE.....	10
1.1. POPULATION DE L'ETUDE.....	10
1.2. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES FEMMES DE NOTRE ETUDE..	10
1.2.1. Répartition des femmes selon l'âge.....	10
1.2.2. Répartition des femmes selon l'origine géographique	10
1.2.3. Répartition des femmes selon le niveau socio-économique.....	11
1.2.4. Répartition des femmes selon l'état civil	11
1.2.5. Répartition des femmes selon le niveau scolaire.....	12
1.2.6. Répartition des femmes selon la profession	13
1.2.7. Répartition des femmes selon la profession du partenaire	13
1.2.8. Répartition des femmes selon les habitudes de vie	14

1.2.8.1. Tabagisme :	14
1.2.8.2. Alcool :	14
1.2.8.3. Toxicomanie :	15
1.2.9. Répartition des femmes selon les antécédents gynéco-obstétricaux	16
1.2.9.1. Gestité/Parité :	16
1.2.9.2. Terme actuel de la grossesse :	16
1.3. ANTECEDENTS.....	17
1.3.1. Répartition des femmes selon les antécédents médicaux et l'état de santé ...	17
1.3.2. Répartition des femmes selon les antécédents psychiatriques :	20
1.3.3. Répartition des femmes selon l'antécédent du vécu des expériences traumatisantes (traumatisme antérieur) :	25
2. VIOLENCE CONJUGALE :	26
2.1. VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES VECUS PAR LES FEMMES DE L'ETUDE	26
2.2. VIOLENCES PHYSIQUES VECUS PAR LES FEMMES DE L'ETUDE.....	32
2.3. VIOLENCES SEXUELLES VECUES PAR LES FEMMES DE L'ETUDE	38
3. RESULTATS DES ECHELLES DE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE.....	44
3.1. Qualité de sommeil.....	44
3.2. Anxiété	45
3.3. Dépression du péri-partum.....	45
3.4. Estime de soi.....	46
4. ETUDE ANALYTIQUE	47
4.1. ASSOCIATION ENTRE CHAQUE TYPE DE VIOLENCE AVEC LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET LES DONNEES DE SANTE (ETAT DE SANTE, ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES, HABITUDE DE VIE)	47
4.1.1. Violence psychologique	47
4.1.1.1. Résultats de l'analyse univariée :	47
Tableau II récapitule les différents résultats de l'analyse univariée.....	47
4.1.1.2. Résultats de l'analyse multivariée	50
4.1.2. Violence physique	51
4.1.2.1. Résultats de l'analyse univariée :	51
Tableau V récapitule les différents résultats de l'analyse univariée.	51
4.1.2.2. Résultats de l'analyse multivariée :	55
4.1.3. Violence sexuelle.....	56
4.1.3.1. Résultats de l'analyse univariée :	56

4.1.3.2. Résultats de l'analyse multivariée :	58
4.2. ASSOCIATION DE LA VIOLENCE AVEC LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	58
4.2.1. Qualité de sommeil	58
4.2.2. Anxiété	59
4.2.3. Dépression du péripartum.....	60
4.2.4. Estime de soi.....	61
DISCUSSION.....	63
1. RÉPONSES AUX OBJECTIFS ET PRINCIPAUX RESULTATS.....	63
2. DISCUSSION DES RESULTATS	64
2.1. CONTEXTE DE LA VIOLENCE CONJUGALE EN TUNISIE	64
2.1.1. Cadre légal et politiques publiques :	64
2.1.2. Facteurs socioculturels contribuant à la perpétuation de la violence conjugale en Tunisie	65
2.2. PREVALENCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	66
2.3. MANIFESTATIONS DE LA VIOLENCE CONJUGALE PENDANT LA GROSSESSE	67
2.3.1. Types et fréquences de violence.....	67
2.3.1.1. Violence psychologique	67
2.3.1.2. Violence physique	68
2.3.1.3. Violence sexuelle.....	68
2.3.2. Caractéristiques des agresseurs de violence conjugale envers les femmes enceintes en Tunisie	69
2.4. CONSEQUENCES PHYSIQUES DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LA SANTE DES FEMMES ENCEINTES	70
2.5. IMPACT DE LA VIOLENCE CONJUGALE SUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES ENCEINTES	72
2.5.1. Violence conjugale et qualité de sommeil.....	72
2.5.2. Violence conjugale et anxiété.....	72
2.5.3. Violence conjugale et estime de soi	73
2.5.4. Violence conjugale et dépression du péri-partum	74
2.6. FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES A LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.....	75

2.6.1. Facteurs individuels :	75
2.6.2. Facteurs relationnels et socioculturels	76
2.7. STRATEGIES DE PREVENTION ET D'INTERVENTION POUR LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES	77
2.7.1. Sensibilisation et éducation des professionnels de santé sur la violence conjugale chez les femmes enceintes en Tunisie	77
2.7.2. Mise en place de protocoles de dépistage systématique de la violence conjugale chez les femmes enceintes en Tunisie	77
2.7.3. Accompagnement psychologique et social des femmes enceintes victimes de violence conjugale en Tunisie	78
2.7.4. Interventions auprès des agresseurs de violence conjugale envers les femmes enceintes en Tunisie	79
2.8. ROLE DES MEDECINS DANS LA DETECTION ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE	79
3. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	81
3.1. FORCES DE L'ÉTUDE	81
3.2. LIMITES DE L'ETUDE	81
4. RECOMMANDATIONS	82
CONCLUSION	84
RÉFÉRENCES	87
ANNEXES	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des participantes selon leur origine géographique (n=275)	10
Figure 2 : Répartition des femmes selon leur habitat (n=364)	11
Figure 3 : Répartition des participantes selon leur état civil (n=368)	12
Figure 4 : Répartition des participantes selon leur niveau scolaire (n=370)	12
Figure 5 : Répartition des femmes selon leurs profession (n=353).....	13
Figure 6 : Répartition des femmes selon la profession du partenaire (n=345).....	13
Figure 7 : Répartition des participantes selon le statut tabagique (n=376)	14
Figure 8 : Répartition des participantes selon leur statut d'alcoolisme (n=370).....	15
Figure 9 : Répartition des femmes selon leur statut de toxicomanie (n=373).....	15
Figure 10 : Répartition des femmes selon leur parité (n=181).....	16
Figure 11 : Répartition des femmes selon leur terme de grossesse (n=108)	16
Figure 12 : Répartition des femmes selon leur état de santé durant la dernière année (n=380)	17
Figure 13 : Répartition des participantes selon le nombre de visites médicales durant la dernière année (n=380).....	17
Figure 14 : Répartition des femmes selon leur impression sur la visite médicale durant la dernière année (n=375).....	18
Figure 15 : Répartition des femmes selon la prise de congé ou antécédent d'incapacité durant la dernière année (n=377).....	18
Figure 16 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'hospitalisation durant la dernière année (n=376).....	19
Figure 17 : Répartition des femmes selon les antécédents de problèmes somatiques durant la dernière année (n=382).....	19
Figure 18 : Efficacité de la vie sexuelle la dernière année (n=370)	20
Figure 19 : Répartition des femmes selon leur antécédents psychiatriques (n=378)	20
Figure 20 : Répartition des femmes selon leur antécédent familial psychiatrique (n=376)	21
Figure 21 : Répartition des femmes selon leur demande d'aide d'un psychiatre (n=374)..	21
Figure 22 : Répartition des femmes selon leur sensation de frustration (الاحباط) durant la dernière année (n=378).....	22
Figure 23 : Répartition des femmes selon leur sensation de dépression durant la dernière année (n=376).....	23

Figure 24 : Répartition des femmes selon leurs troubles de sommeil la dernière année (n=381)	23
Figure 25 : Répartition des femmes selon leur sensation d'évitement durant la dernière année (n=378).....	24
Figure 26 : Répartition des femmes selon leur sensation d'indifférence durant la dernière année (n=375).....	24
Figure 27 : Répartition des femmes selon leur antécédent de traumatisme (n=376)	25
Figure 28 : Répartition des femmes selon la sensation de répression antérieure (n=381) ..	26
Figure 29 : Répartition des femmes selon la sensation de peur antérieure (n=378).....	27
Figure 30 : répartition des femmes selon l'antécédent de menace ou de contrôle antérieure (n=381)	27
Figure 31 : Répartition des participantes selon leur antécédent d'agression psychique (n=138)	28
Figure 32 : Répartition des femmes selon l'existence d'une souffrance à la suite de la violence psychologique (n=384)	28
Figure 33 : Répartition des femmes selon la demande d'aide en cas de souffrance d'agression psychique (n=130).....	29
Figure 34 : Répartition des femmes selon l'auteur de l'agression psychique (n=130)	30
Figure 35 : Répartition des femmes selon l'auteur de l'agression psychique	30
Figure 36 : Répartition des femmes selon leur confession de violence psychologique (n=125)	31
Figure 37 : Répartition des femmes selon leur confession de violence psychologique à leur gynécologue (n=91).....	31
Figure 38 : Répartition des femmes selon leur antécédent de violence physique en vous battant, en vous frappant au visage, en saisissant violemment votre corps ou en vous enfermant (n=363)	32
Figure 39 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression par coup de poing (n=368)	33
Figure 40 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression par arme blanche, couteau, strangulation (n=360)	33
Figure 41 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression physique durant la grossesse (n=140)	34
Figure 42 : Répartition des femmes selon l'existence d'une souffrance de violence physique (n=384).....	35

Figure 43 : Répartition des femmes selon leur demande d'aide en cas de souffrance d'agression physique (n=153)	35
Figure 44 : Répartition des agresseurs physiques par fréquence (n=153).....	36
Figure 45 : Répartition des agresseurs physiques par fréquence (n=153).....	36
Figure 46 : Répartition des femmes selon la confession d'agression physique (n=169)	37
Figure 47 : Répartition des femmes selon la confession d'agression physique à leur médecin (n=123).....	37
Figure 48 : Répartition des femmes selon l'antécédent d'attouchement sexuel (n=372)....	38
Figure 49 : Répartition des femmes selon l'antécédent de viol (n=372).....	39
Figure 50 : Répartition des femmes selon l'antécédent d'harcèlement sexuel (n=372).....	39
Figure 51 : Répartition des femmes selon l'antécédent d'obligation de nudité sexuelle (n=371)	40
Figure 52 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression sexuelle durant la grossesse (n=23)	40
Figure 53 : Répartition des femmes selon leur demande d'aide en cas de souffrance d'agression sexuelle (n=23).....	41
Figure 54 : Répartition des agresseurs sexuels des participantes selon le genre (n=23)	41
Figure 55 : Répartition des agresseurs sexuels (n=23)	42
Figure 56 : Répartition des femmes selon leur confession d'agression sexuelle à leur médecin (n=26).....	42
Figure 57 : Répartition des femmes selon l'existence d'une souffrance de violence sexuelle (n=383)	43
Figure 58 : Répartition des résultats de l'échelle de qualité de sommeil (n=384)	44
Figure 59 : Résultats de l'échelle de l'anxiété dans notre population (n=382)	45
Figure 60 : Résultats de l'échelle de dépression péripartum dans notre population (n=324)	45
Figure 61 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi dans notre population (n=343).....	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Tableau récapitulatif des résultats des échelles de l'anxiété, de la dépression, de l'estime de soi et la qualité de sommeil.....	46
Tableau II : Association entre la souffrance de violence psychologique et les données sociodémographiques et données de santé	49
Tableau III : Facteurs associés à la souffrance de la violence psychologique	50
Tableau IV : Relation entre la souffrance de violence physique et les données sociodémographiques et données de santé	53
Tableau V : Facteurs associés à la souffrance de la violence physique	55
Tableau VI : Relation entre la souffrance de violence sexuelle et les données sociodémographiques et données de santé	57
Tableau VII : Facteurs associés à la souffrance de la violence sexuelle	58
Tableau VIII : relation entre la qualité de sommeil et la souffrance de violence.....	59
Tableau IX : Relation entre l'anxiété et la souffrance de violence	60
Tableau X : Relation entre la dépression péripartum et la souffrance de violence	61
Tableau XI : Relation entre l'estime de soi et la souffrance de violence	62

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU	: Centre Hospitalo-Universitaire
DPM	: Dépression du Péri Partum
EDS	: Edinburgh Depression Scale
ENVEFF	: Enquête Nationale sur les Violences Envers les femmes en France
ENVEFT	: Enquête Nationale Sur la Violence à l'Égard des femmes en Tunisie
GAD-7	: The Generalized Anxiety Disorder 7
NORAQ	: NorVold Domestic Abuse Questionnaire
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PSQI	: Index de qualité du sommeil de Pittsburgh
RSE	: Échelle de Rosenberg sur l'Estime de Soi
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TCC	: Thérapies Cognitivo-Comportementales
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPI	: Violence du Partenaire Intime

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La violence conjugale demeure un fléau silencieux qui touche des millions de personnes à travers le monde. C'est un problème complexe et multidimensionnel qui affecte non seulement les victimes , mais aussi leurs familles, leurs communautés et la société dans son ensemble. (1)

Cette forme de violence, définie comme tout acte, qu'il soit physique, psychologique, économique ou sexuel, occasionnant des préjudices ou des souffrances aux personnes impliquées dans une relation intime (2) .

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'un tiers des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant été en couple ont subi, à un moment donné, diverses formes de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire (3).

En Tunisie, la violence conjugale persiste comme une réalité préoccupante, affectant significativement les femmes mariées ou en couple, avec une prévalence estimée à 47% (4).

Cette forme de maltraitance, souvent omniprésente dans les relations conjugales, revêt une pertinence accrue durant la grossesse. Au cours de cette période vulnérable, la violence conjugale exerce non seulement un impact délétère sur la santé mentale et physique de la femme enceinte, mais compromet également sa santé reproductive, engageant ainsi le pronostic vital et fonctionnel du nouveau-né à venir.

Les données statistiques révèlent une prévalence de 57% chez les femmes enceintes, particulièrement sensible aux différents abus. D'autant plus que leur dépendance économique, émotionnelle et physique peut être exacerbée pendant cette période (5).

Ces comportements violents, qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychique d'une personne, restent encore un sujet tabou et sont largement sous-estimés. Ils ont des conséquences lourdes en matière de santé, avec des troubles physiques, psychiques, des complications gynéco-obstétricales, ainsi qu'un coût élevé en santé publique qui est estimé par exemple en Australie les femmes qui ont signalé des violences conjugales ont généré des coûts totaux moyens plus élevés de 12 772 dollars (6) .

La violence conjugale pendant la grossesse a des conséquences néfastes sur la santé mentale des femmes concernées. Des recherches ont démontré que les femmes enceintes victimes de violence sont plus susceptibles de développer des troubles de stress post-traumatique, des symptômes dépressifs et de l'anxiété. Ces femmes sont deux fois plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression que celles qui n'étaient pas exposées à la violence conjugale.

Il est important de noter que la violence conjugale peut également avoir des effets néfastes sur la santé des enfants à naître. Des études ont montré que les femmes enceintes victimes de violence étaient plus susceptibles de donner naissance à des bébés prématurés, de faible poids à la naissance et présentant des problèmes de développement. Ces conséquences sur la santé des nouveau-nés soulignent l'importance de prendre des mesures pour prévenir et traiter la violence conjugale chez les femmes enceintes (7) .

La société tunisienne doit prendre conscience de l'ampleur de ce fléau chez les femmes enceintes et agir pour y mettre fin. Des mesures doivent être prises pour sensibiliser le public sur les conséquences néfastes de la violence conjugale pendant la grossesse, renforcer les services de soutien aux victimes et promouvoir l'éducation des professionnels de la santé sur la détection et la prise en charge de ce problème.

Bien que de nombreuses études existent sur la violence conjugale, celles axées spécifiquement sur les femmes enceintes restent relativement limitées. Une exploration approfondie de sa prévalence, des facteurs de risque, et des répercussions , et donc une priorité à aborder.

Ce travail cherche à:

- Déterminer la prévalence de la violence conjugale tout type inclus (physique, sexuel et psychologique) chez les femmes venant accoucher à la maternité de l'hôpital Farhat Hached.
- Étudier les détresses psychologiques pouvant y être associés (dépression, anxiété et évaluation du self-esteem).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. TYPE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique qui a porté sur un échantillon de parturientes hospitalisées pour accouchement à la maternité du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse du 01/04/2023 à 30/09/2023.

2. POPULATION DE L'ÉTUDE

Les participantes répondaient aux critères d'inclusion et de non-inclusion suivants :

2.1. LES CRITERES D'INCLUSION

- Toute patiente enceinte ou ayant accouché et hospitalisée au service de maternité de l'hôpital universitaire Farhat Hached de Sousse.
- Patientes majeures (âge >18 ans), informées et consentantes.

2.2. LES CRITERES DE NON-INCLUSION

- Toute patiente ayant refusé de participer à l'étude.

2.3. LES CRITERES D'EXCLUSION

-Fiche mal remplie rendant impossible l'exploitation des données.

2.4. TAILLE D'ÉCHANTILLON ET ÉCHANTILLONNAGE

La taille minimale requise pour cette étude a été calculée selon la formule suivante :

$$NSN = p * q * (z\alpha)^2 / i^2$$

En considérant une prévalence de 47,6 % , étant la prévalence des femmes âgées de 18 à 64 ans qui ont déclaré avoir subi au moins une des formes de violence durant leur vie (8) , un intervalle de confiance de 95%, un niveau de précision de 5%, la taille minimale d'échantillon a été estimée à 384.

Un échantillonnage par convenance était utilisé.

3. MATÉRIELS

3.1. LES VARIABLES OPÉRATIONNELLES

3.1.1. Le partenaire intime

Un partenaire intime est une personne avec laquelle la femme entretient une relation personnelle étroite qui peut se caractériser par les éléments suivants : connexion émotionnelle, contact régulier, contact physique continu et/ou un comportement sexuel, l'identité en tant que couple ou familiarité (9) .

3.1.2. Violence du partenaire intime

La violence exercée par le partenaire intime comprend la violence physique, sexuelle, le harcèlement et l'agression psychologique par un partenaire intime actuel ou ancien (9) .

3.1.3. Violence physique

Elle est définie par l'utilisation intentionnelle de la force physique avec le potentiel de causer la mort, un handicap, une blessure ou un préjudice. Il peut s'agir de frapper, de pousser, de donner des coups de poing, de griffer (10) .

3.1.4. Violence sexuelle

Elle est définie par l'ensemble des actes suivants, qu'ils soient tentés avec ou sans le consentement libre de la victime.

- Viol ou pénétration de la victime : Ceci inclut les viols ou les tentatives de viol, vaginale, orale ou anale non désirée.
- Contact sexuel non désiré : il s'agit notamment d'attouchements intentionnels de la victime soit directement ou à travers les vêtements, sur les organes génitaux, l'anus, l'aîne, les seins, l'intérieur des cuisses ou les fesses sans le consentement de la victime.

- Expériences sexuelles non désirées sans contact : Il s'agit d'expériences sexuelles non désirées qui ne sont pas de nature physique et qui se produisent sans le consentement de la victime. (9)

3.1.5. Violence psychologique

L'utilisation de la communication verbale et non verbale avec l'intention de nuire à une autre personne sur le plan mental ou émotionnel, et d'exercer un contrôle sur une autre personne.(9)

3.2. DESCRIPTION DE L'OUTIL CHOISI (ANNEXE1)

- Nous avons utilisé une fiche de recueil des données portant sur les données épidémiologiques suivantes :

L'âge, le sexe, l'origine géographique, le niveau socioéconomique, l'état civil, le niveau d'études, le type du logement, la profession, la profession du partenaire et les habitudes de vie ;

Pour la consommation tabagique : Nous nous sommes renseignés sur l'âge de début de la consommation, le nombre de cigarettes consommées par jour le dernier mois, la fréquence de consommation de cigarette.

Pour la consommation d'alcool : Nous avons relevé l'âge de début de consommation et la fréquence de consommation d'alcool.

Pour la consommation de substances illicites : Nous nous sommes informés sur l'âge de début de consommation, la fréquence de consommation et le type de la substance.

- Les antécédents médicaux de la patiente soit psychiatrique (anxiété, dépression , dépression du péri partum ou autre) et obstétriques (gestité , parité , avortement , et terme actuel de la grossesse) .

❖ **Dépistage de la violence conjugale :**

➤ **Le questionnaire NORAQ :**

Nous avons utilisé la version validée en arabe du questionnaire NORAQ (NorVold Domestic Abuse Questionnaire) pour dépister les différents types de violence conjugale chez les participantes. Cette version a démontré une très bonne fiabilité et validité (11) . Cette version est composée des dimensions suivantes :

- 1) neuf questions d'évaluation de la santé physique et mentale
- 2) des mesures des trois types de violence au cours de la vie : émotionnelle (12 questions) , physique (11 questions) et sexuelle (12 questions) ;
- 3) un questionnaire général détaillé sur la maltraitance.

Le contenu des questions allait de l'abus léger à l'abus sévère au cours de la vie. Les femmes qui ont signalé plus d'un degré ont été classées en fonction de l'acte de violence le plus grave. Les violences émotionnelles, physiques et sexuelles ont été définies par une réponse positive à une ou plusieurs de ces questions.

Les violences sexuelles ont été définies par une réponse positive à une ou plusieurs des trois ou quatre questions sur chaque type de violence dans NORAQ.

Si une femme avait subi une violence, on lui demandait de continuer à répondre à des questions plus détaillées de 6 items, par exemple, qui était l'auteur, quand l'abus s'est produit, etc. On lui a également demandé d'estimer à quel point elle souffre actuellement de ces expériences abusives.

La souffrance actuelle est mesurée sur une échelle de 10 points : "0 = aucune souffrance, 10 = souffrance terrible.

Les réponses aux variables de la souffrance ont été dichotomisées dans l'analyse : pas de souffrance (0) et souffrance (1-10) (12).

Le questionnaire se termine par des questions spécifiques sur la maltraitance, comme le fait d'avoir signalé une maltraitance à la police ou la crainte d'être victime d'abus à l'avenir.

❖ **Impact de la violence conjugale sur la détresse psychologique :**

Les échelles utilisées pour évaluer l'impact de la violence conjugale sur la détresse psychologique concernant l'estime de soi, les troubles de sommeil, l'anxiété et la dépression. Toutes les échelles sont des instruments d'auto-évaluation. Il y a des instructions écrites au début du questionnaire avec une brève explication.

➤ **L'échelle de Rosenberg sur l'estime de soi (RSE) (Annexe2)**

Les deux facteurs « estime de soi positive » et « estime de soi négative » de l'échelle de Rosenberg sur l'estime de soi (RSE) mesureront l'estime de soi globale et le concept de soi. Les items 1, 3, 4, 7 et 10 (satisfait de soi, ayant de bonnes qualités, égal aux autres, se sentant précieux et une attitude positive) appartenaient au facteur « estime de soi positive ». Les items 2, 5, 6, 8 et 9 (pas bon du tout, pas fier, se sentant inutile, manquant de respect et ressentant un échec) étaient des composantes du facteur « estime de soi négative ». Chaque élément des deux facteurs avait quatre choix de réponse (1 = tout à fait d'accord, 2 = d'accord, 3 = en désaccord, 4 = fortement en désaccord), ce qui donne un score de 10 à 40. Des scores positifs d'estime de soi inférieurs indiquent une estime de soi plus élevée tandis que des scores négatifs d'estime de soi inférieurs indiquent une estime de soi négative plus élevée (13).

➤ **Index de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) (Pittsburgh Sleep Quality Index) (Annexe 3)**

L'Index de la Qualité du Sommeil (PSQI), est l'un des rares instruments d'évaluation combinant à la fois les composantes quantitatives et qualitatives du sommeil. Il a été créé pour mesurer la qualité du sommeil et dépister ses troubles dans la population générale, pour une période d'un mois. Le PSQI, comprend 19 questions d'auto-évaluation et cinq questions posées au conjoint ou compagnon de chambre (s'il en est un), seules les questions d'auto-évaluation sont incluses dans le score. Les 19 questions d'auto-évaluation se combinent pour donner 7 « composantes » du score global, chaque composante recevant un score allant de 0 (aucune difficulté) à 3 (difficultés sévères). Les 7 composantes sont : « Qualité du sommeil », « Latence du sommeil », « Durée du sommeil », « Efficacité habituelle du sommeil », « Troubles du sommeil nocturne », « Utilisation d'un médicament du sommeil », « Mauvaise forme et somnolence durant la journée ». Les composantes s'additionnent pour donner un score global allant de 0 à 21 points. La valeur

seuil permettant de distinguer les « bons » et les « mauvais » dormeurs est à 5. Les sujets avec un PSQI supérieur à 5 sont considérés des dormeurs avec une mauvaise qualité du sommeil (14).

➤ **Le questionnaire de l'anxiété « GAD-7 » (Annexe 4)**

Le questionnaire « GAD-7 » calcule le résultat en donnant 0, 1, 2 ou 3 points respectifs aux choix des réponses « jamais », « plusieurs jours », « plus de la moitié des jours », « presque tous les jours ». Le résultat total du questionnaire « GAD-7 » varie entre 0 et 21 points. Les résultats de 5, 10 et 15 représentent des seuils pour détecter de l'anxiété légère, modérée ou sévère. (15)

➤ **Edinburgh Depression Scale (EDS) (Annexe 5)**

Edinburgh Depression Scale (EDS) a été utilisée pour mesurer les symptômes dépressifs. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation validée en 10 points, spécifique à la période périnatale, présentant une cohérence interne élevée (0,77). Chaque point comporte quatre options, qui sont notées 0, 1, 2 ou 3, avec un score total compris entre 0 et 30. L'échelle évalue l'intensité des symptômes dépressifs au cours des 7 derniers jours. Les symptômes dépressifs majeurs ont été définis comme ayant un score total EDS ≥ 13 . Nous avons appliqué deux seuils pour distinguer les symptômes dépressifs modérés et majeurs, à savoir ≥ 10 et ≥ 13 . (16)

La dépression du post partum selon le DSM-V est considérée lorsqu'une patiente présente un épisode dépressif majeur accompagné de l'apparition du péripartum, c'est-à-dire une tristesse générale, de l'anxiété, un découragement, une culpabilité, un ralentissement psychomoteur avec des troubles de la concentration et de la mémoire, une anhédonie, des difficultés d'endormissement, des insomnies, une perte de libido, des troubles de l'appétit, et ce, pendant la grossesse et après l'accouchement. (17)

4. ANALYSE STATISTIQUE

La saisie et l'analyse des données ont été faites par le logiciel SPSS Windows 26.0 (statistical package for social science).

Les variables quantitatives ont été décrites avec des moyennes \pm leurs écarts-types et les valeurs maximales et minimales. Dans les distributions asymétriques testées par le test de

Kolmogorov Smirnov, la médiane a été utilisée comme mesure de la centralisation et les quartiles Q1 et Q3 comme mesure de la dispersion. Les variables qualitatives ont été décrites par des fréquences absolues et des pourcentages et comparées par le test du Chi-deux de Pearson lorsque les conditions de validité le permettaient, si non, le test exact de Fisher a été utilisé. Le test « t » de Student était utilisé pour comparer les moyennes et le test U de Mann Whitney si la distribution était anormale.

La régression logistique binaire descendante pas à pas a été utilisée dans les analyses multivariées afin d'identifier les facteurs indépendants. Nous avons introduit dans cette analyse multivariée toutes les variables ayant une valeur de p inférieure ou égale à 20% lors de l'analyse univariée.

Le seuil de significativité est fixé à 5% et la force d'association est estimée par le calcul de l'Odds ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%.

5. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Nous déclarons que nous n'avons aucun conflit d'intérêts.

Le protocole d'étude a été soumis pour approbation au comité d'éthique de la faculté de médecine de Sousse.

Ainsi une autorisation de la part du chef de service de la maternité a été obtenue pour la distribution des questionnaires auprès des participantes.

L'accord de l'auteur de la version validé et publiée du questionnaire utilisé a été demandé et accordé.

L'investigateur a proposé aux parturientes de participer à cette enquête en leur expliquant le but de l'étude. Le consentement était éclairé. Les participantes ont consulté le contenu de l'auto-questionnaire.

La saisie des données de l'étude s'est faite en respectant l'anonymat.

RÉSULTATS

RESULTATS

1. ETUDE DESCRIPTIVE

1.1. POPULATION DE L'ETUDE

Au total 384 parturientes ont participé à notre étude.

1.2. LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DES FEMMES DE NOTRE ETUDE

1.2.1. Répartition des femmes selon l'âge

La moyenne d'âge des participantes était $29,75 \pm 5,65$ ans avec des extrêmes allant de 18 à 48 ans

1.2.2. Répartition des femmes selon l'origine géographique

Parmi les 275 femmes ayant répondu à cette question, 218 femmes (79,3%) étaient originaires du gouvernorat de Sousse et 57 femmes (20,7%) étaient originaires d'autres gouvernorats.

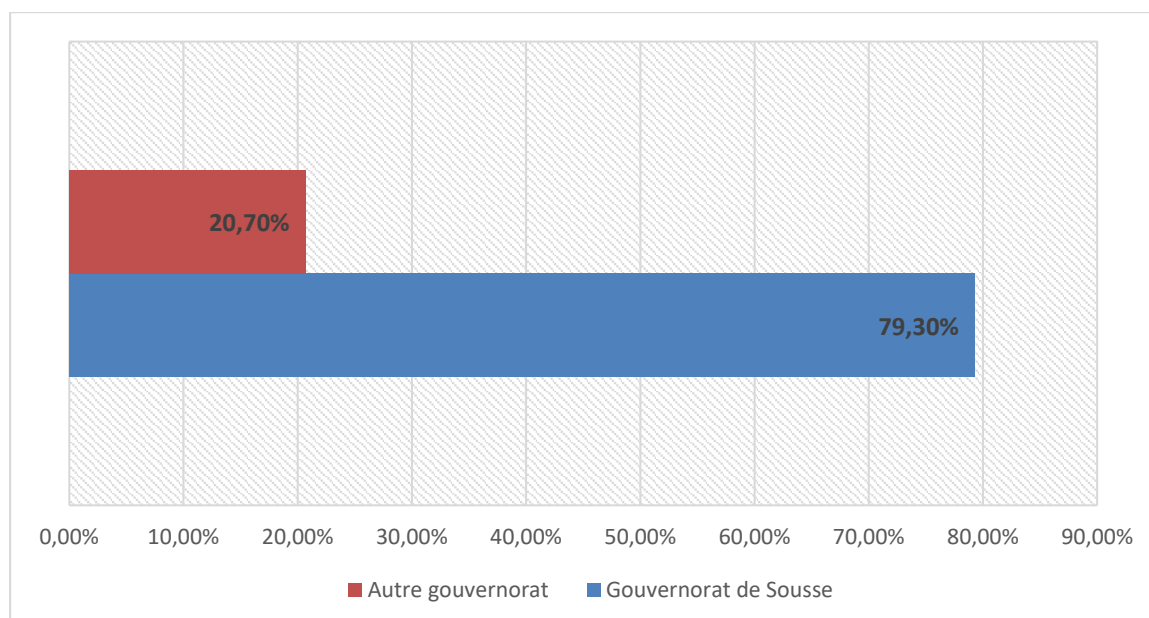


Figure 1 : Répartition des participantes selon leur origine géographique (n=275)

1.2.3. Répartition des femmes selon le niveau socio-économique

Parmi les 364 femmes ayant répondu à notre question, 214 (58,8%) étaient des locataires et 150 (41,2%) étaient propriétaires de leur propre maison.

La médiane du nombre de chambres dans la maison était de 2 avec IQR [2-3] , avec un minimum d'une chambre et un maximum de 7 chambres et la médiane des membres de familles était de l'ordre de 3 avec IQR [3-4] membres avec un minimum d'un membre et un maximum de 7 membres.

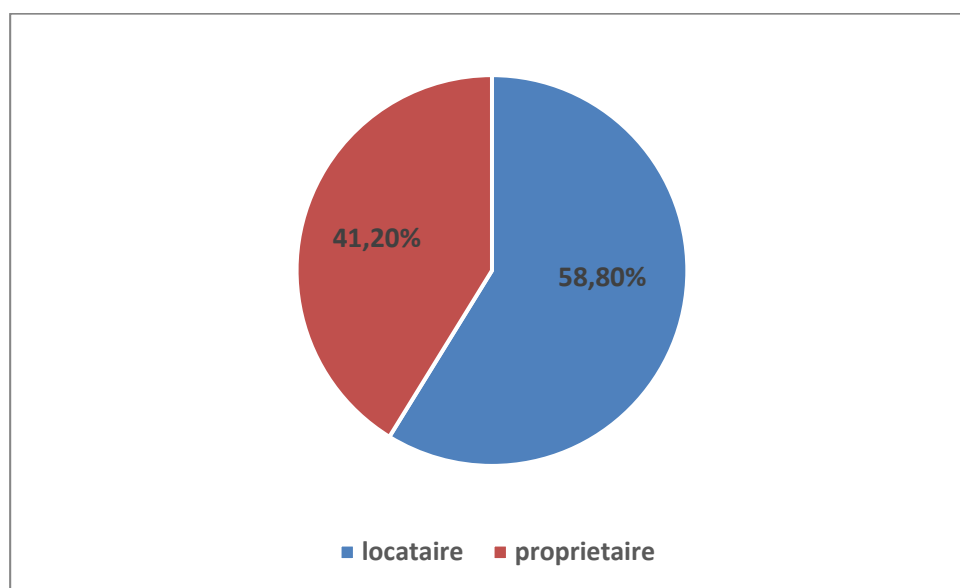


Figure 2 : Répartition des femmes selon leur habitat (n=364)

1.2.4. Répartition des femmes selon l'état civil

Parmi les participantes, 368 femmes ont répondu à cette question, dont une femme célibataire (0,3%), 2 veuves (0,5%), 6 divorcées (1,6%) et 359 mariées (97,6%).

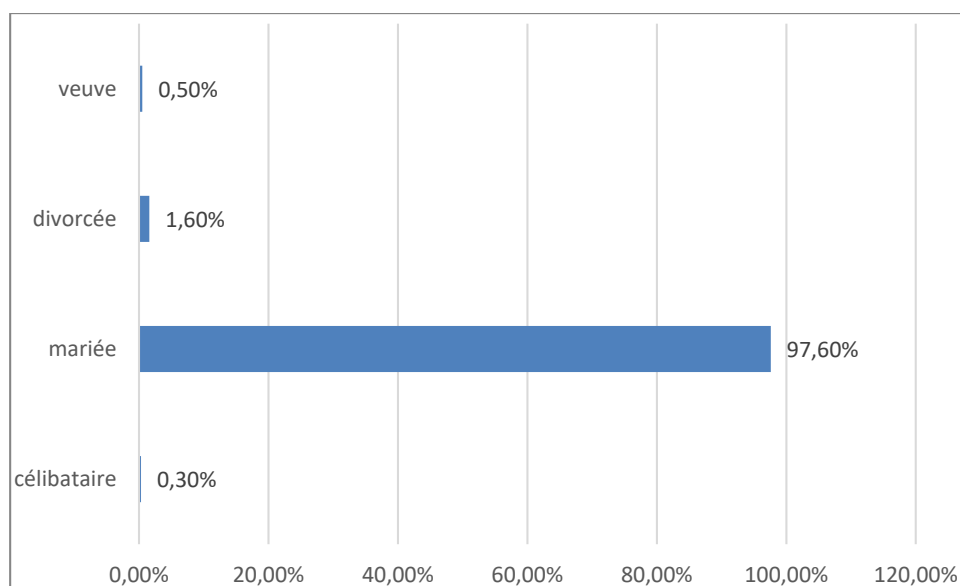


Figure 3 : Répartition des participantes selon leur état civil (n=368)

1.2.5. Répartition des femmes selon le niveau scolaire

Dans notre population, 19 étaient illettrées (5,1%), 97 avaient un niveau primaire (26,2%), 177 un niveau secondaire (47,8%) et 77 universitaires (20,8%).

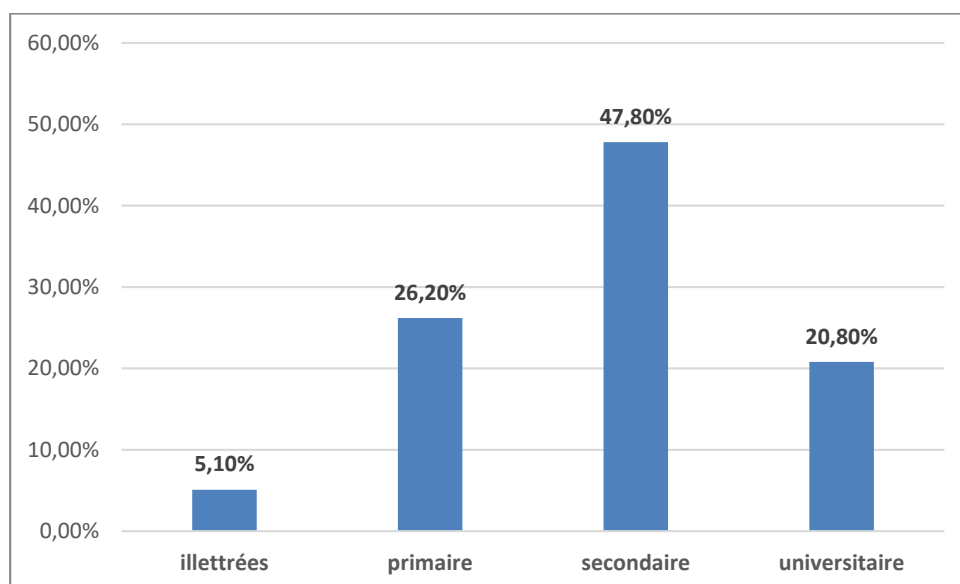


Figure 4 : Répartition des participantes selon leur niveau scolaire (n=370)

1.2.6. Répartition des femmes selon la profession

Parmi les 353 femmes ayant répondu, 205 (58,1%) étaient des femmes au foyer, 21 femmes (5,9%) travaillaient au secteur public, 102 femmes (28,9%) travaillaient au secteur privé, 2 femmes (0,6%) étaient retraitées et 23 (6,5%) étaient des étudiantes.

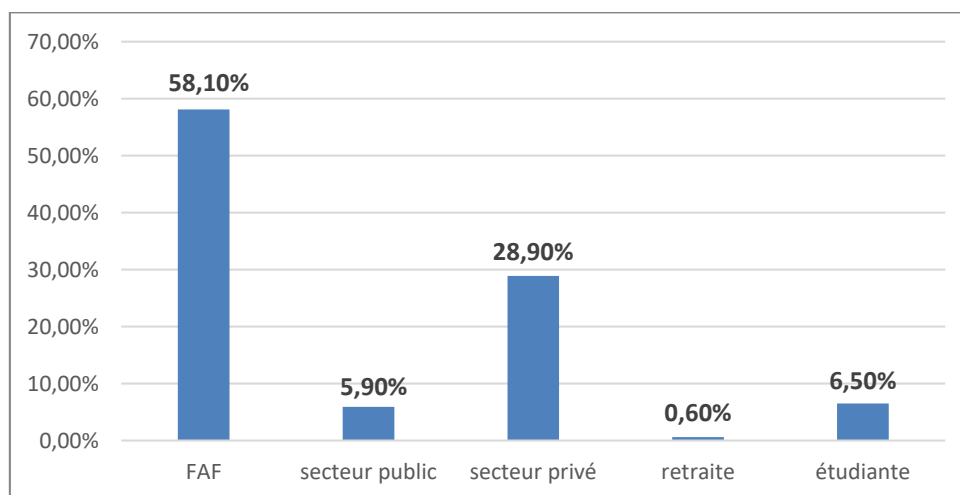


Figure 5 : Répartition des femmes selon leurs profession (n=353)

1.2.7. Répartition des femmes selon la profession du partenaire

Dans notre population, les conjoints étaient au chômage dans 3 cas (0,9%), ils travaillaient au secteur public dans 37 cas (10,7%), ils travaillaient au secteur privé dans 304 cas (88,1%) et un seul était retraité.

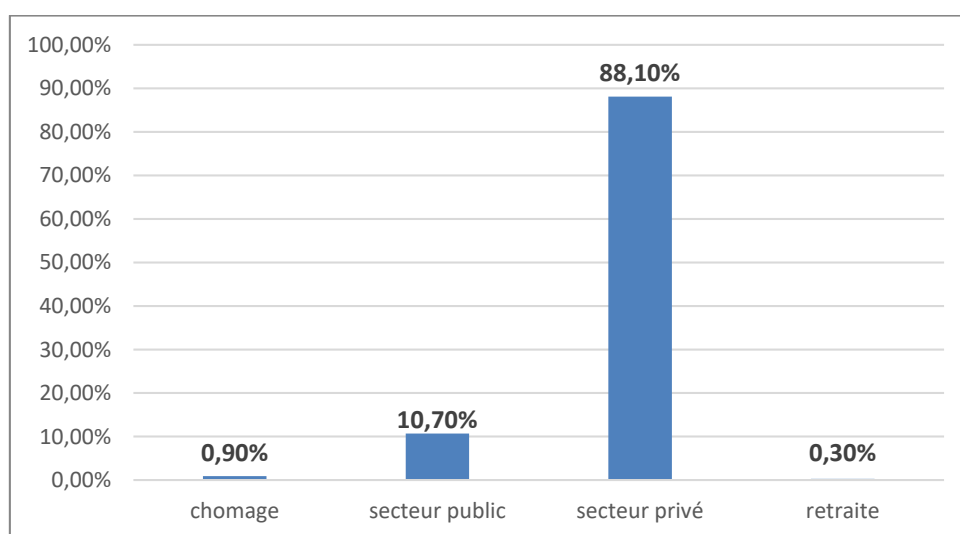


Figure 6 : Répartition des femmes selon la profession du partenaire (n=345)

1.2.8. Répartition des femmes selon les habitudes de vie

1.2.8.1. Tabagisme :

Au total 376 femmes ont répondu à cette question, dont 97 étaient tabagiques (25,8%) et 279 ne fumaient pas (74,2%).

Parmi celles qui fumaient, la moyenne d'âge de leur première cigarette était de $16,43 \pm 3,35$ ans, et la médiane du nombre de cigarettes fumées par jour était de 5 (IQR : 3-6) cigarette/jour avec un minimum d'une cigarette par jour et un maximum de 20 cigarettes (1 paquet) par jour.

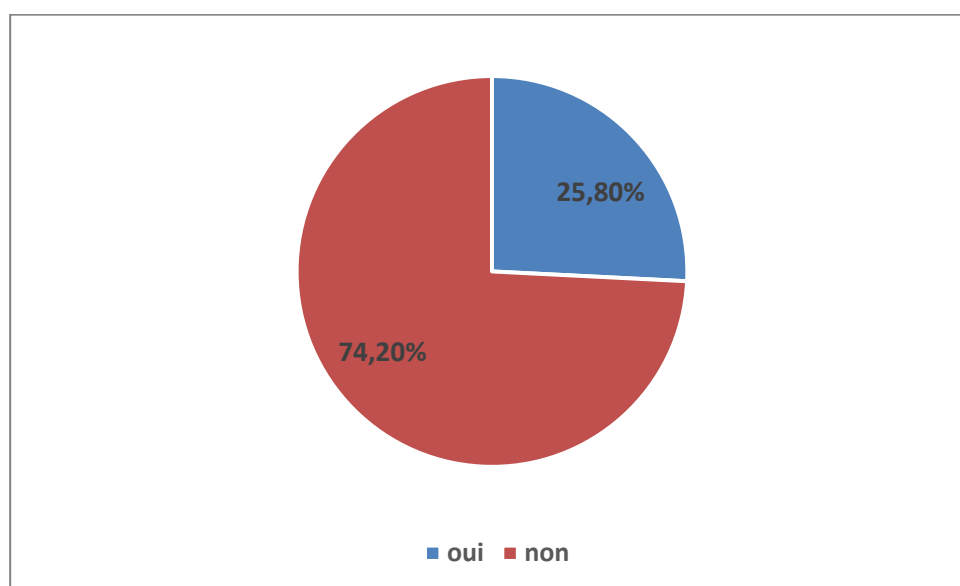


Figure 7 : Répartition des participantes selon le statut tabagique (n=376)

1.2.8.2. Alcool :

Au total, 9 femmes buvaient de l'alcool (2,4%) et 361 femmes n'en buvaient pas (97,6%).

Parmi celles qui consommaient de l'alcool, seulement 4 ont déterminé le nombre de verres qu'elles buvaient par jour qui était de 2 verres / jour.

En ce qui concerne l'âge de la première boisson alcoolique, seulement 5 femmes ont répondu à cette question, avec une femme ayant commencée à boire à l'âge de 16 ans, 2 femmes ont commencées à 18 ans, une femme à l'âge de 19 ans et une femme à l'âge de 21 ans.

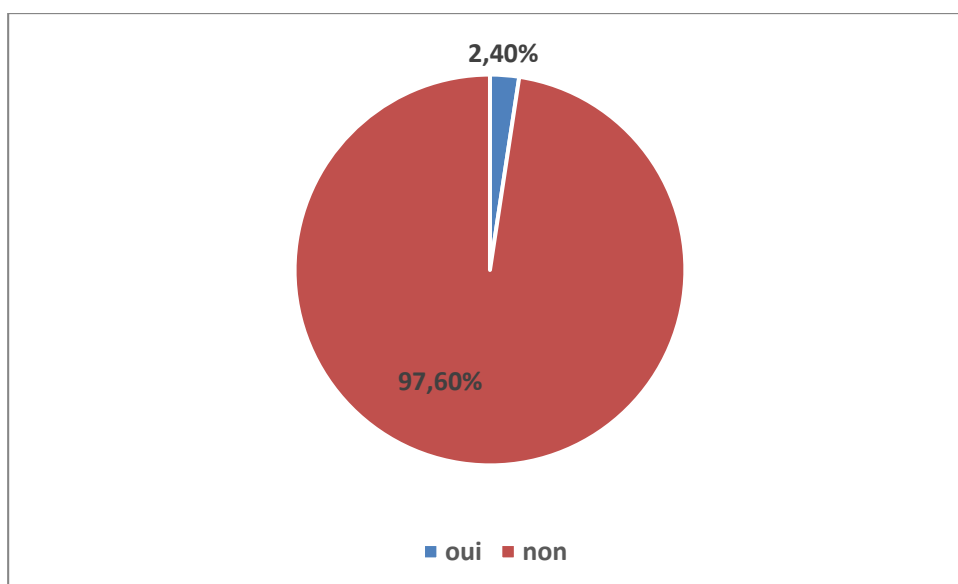


Figure 8 : Répartition des participantes selon leur statut d'alcoolisme (n=370)

1.2.8.3. Toxicomanie :

Au total 373 femmes ont répondu à notre question, dont 3 femmes (0,8%) consommaient une drogue. Une seule femme a décrit le type de drogue qu'elle consommait qui était le Cannabis.

L'âge de première utilisation des drogues était 20 ans dans un cas et 24 ans dans un autre cas.

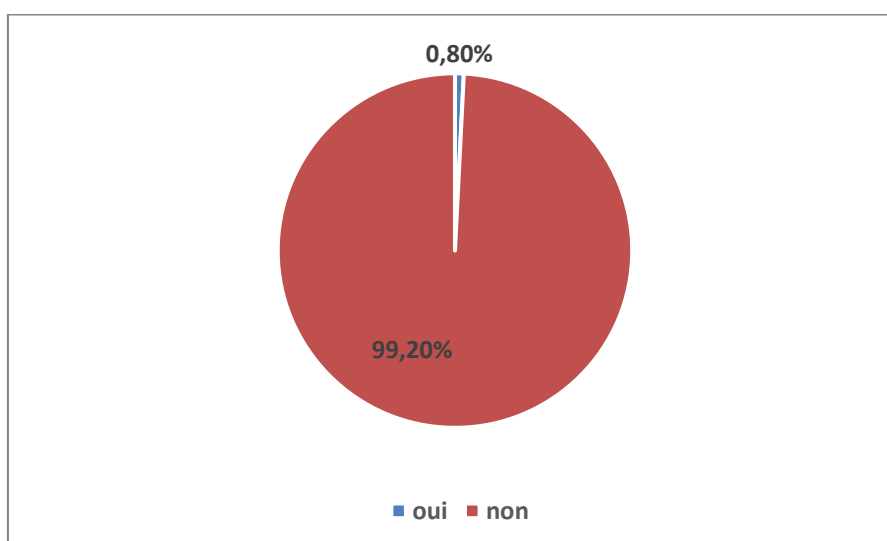


Figure 9 : Répartition des femmes selon leur statut de toxicomanie (n=373)

1.2.9. Répartition des femmes selon les antécédents gynéco-obstétricaux

1.2.9.1. Gestité/Parité :

Parmi les participantes, 46 femmes (25,4%) étaient des nullipares (P0), 109 femmes (60,2%) étaient des pauci pares (P1, P2) et 26 femmes (14,4%) étaient des multipares (\geq P3).

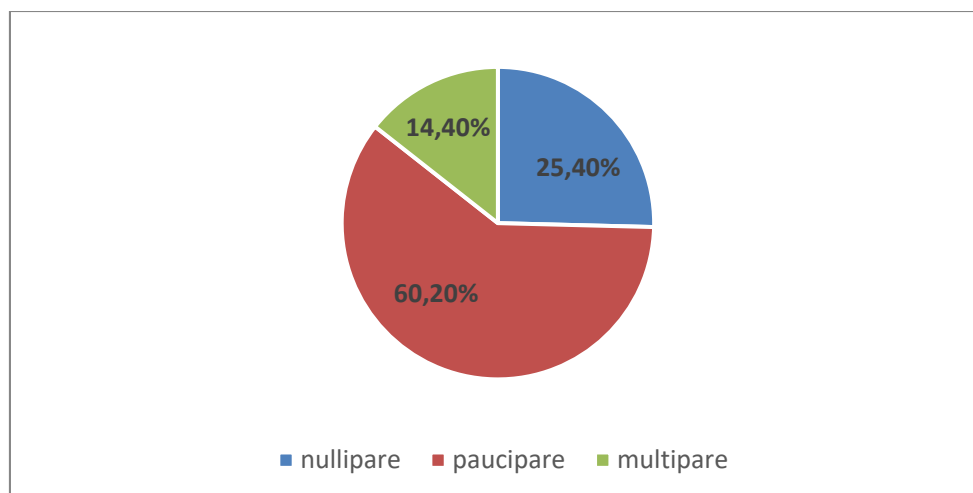


Figure 10 : Répartition des femmes selon leur parité (n=181)

1.2.9.2. Terme actuel de la grossesse :

Parmi les 108 femmes ayant répondu à la question, 49 femmes (45,4%) avaient un terme < 36 SA, et 59 femmes (54,6%) avaient un terme ≥ 36 SA.

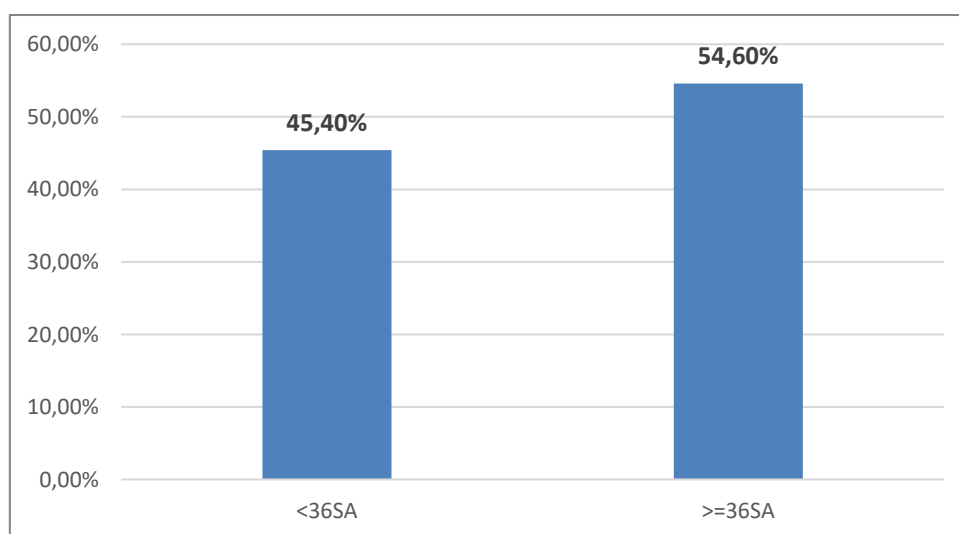


Figure 11 : Répartition des femmes selon leur terme de grossesse (n=108)

1.3. ANTECEDENTS

1.3.1. Répartition des femmes selon les antécédents médicaux et l'état de santé

Concernant l'état de santé durant la dernière année, 42 (11,1%) ont décrit leur état de santé comme « très faible » 117 (30,8%) « Assez faible », 153 (40,3%) « Assez bon » et 68 (17,9%) l'ont décrit comme « très bon ».

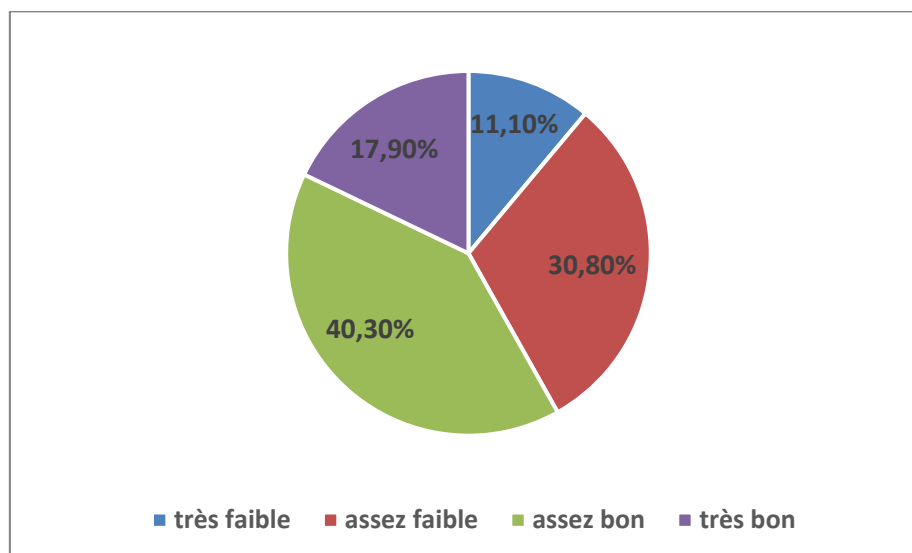


Figure 12 : Répartition des femmes selon leur état de santé durant la dernière année (n=380)

Concernant le nombre de visites médicales durant la dernière année, 147 (38,7%) ont faits « 1 à 3 visites », 166 (17,6%) ont faits « 4 à 6 visites » et 67 (17,6%) ont faits 7 visites ou plus.

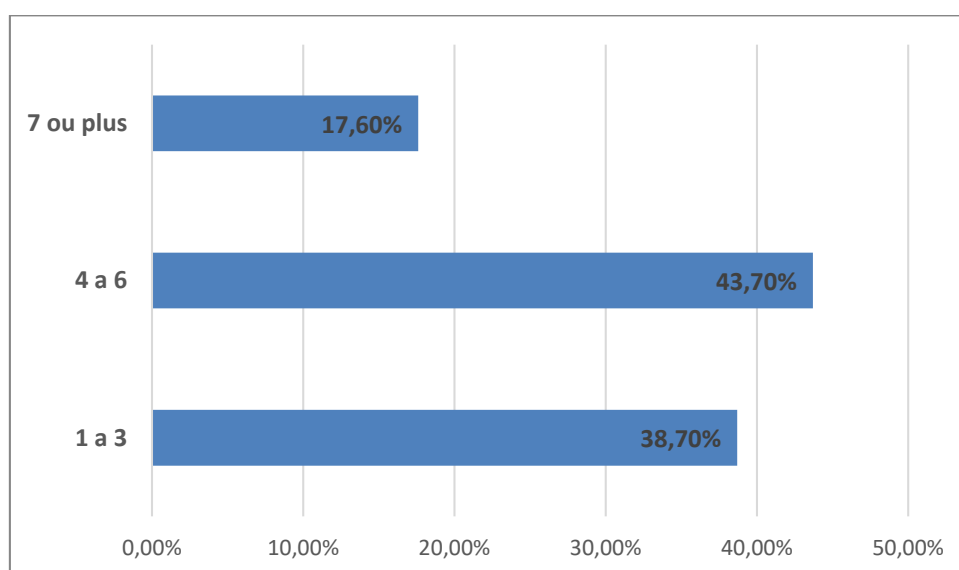


Figure 13 : Répartition des participantes selon le nombre de visites médicales durant la dernière année (n=380)

Concernant l'impression sur la visite médicale durant la dernière année, 39 (10,4%) ont rapporté une « mauvaise expérience », 99 (26,4%) une « mauvaise expérience avec quelques avantages », 163 (43,5%) une « bonne expérience avec quelques inconvénients » et 74 (19,7%) une « bonne expérience ».

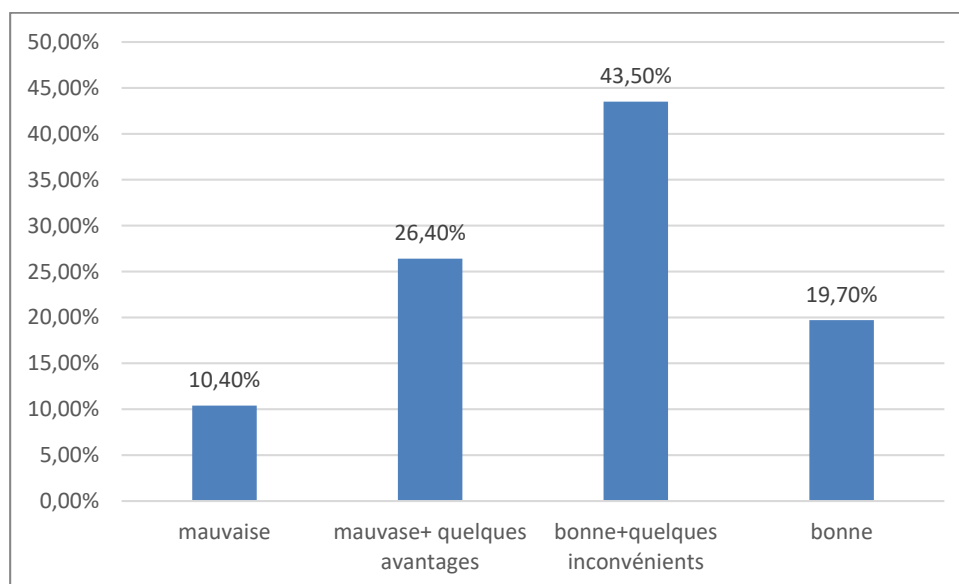


Figure 14 : Répartition des femmes selon leur impression sur la visite médicale durant la dernière année (n=375)

Concernant la prise de congé ou antécédent d'incapacité durant la dernière année, 128 femmes (33,9%) en ont eu.

La médiane du nombre de semaines de congé était de 2 (IQR : 1-3) semaines.

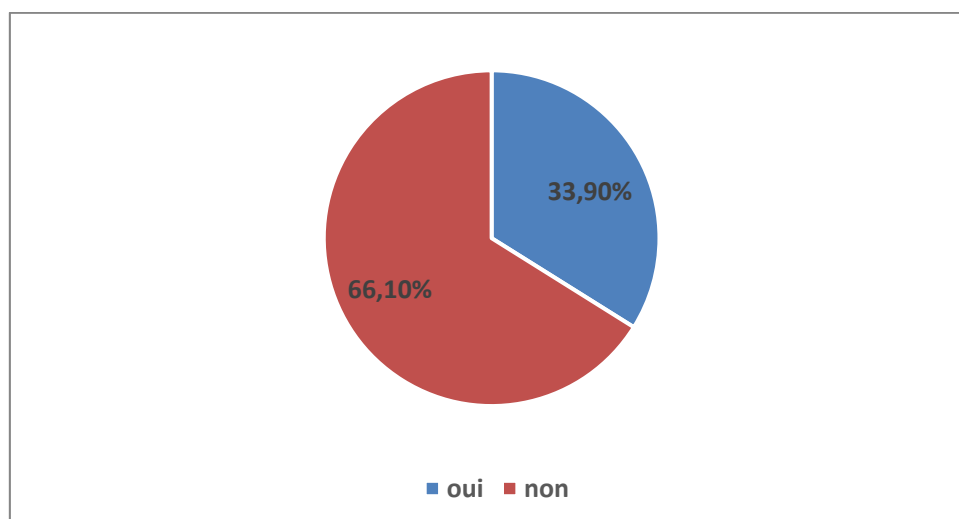


Figure 15 : Répartition des femmes selon la prise de congé ou antécédent d'incapacité durant la dernière année (n=377)

Concernant l'hospitalisation durant la dernière année, 82 femmes (21,8%) ont été hospitalisées.

La médiane du nombre de jours d'hospitalisation était 5 jours d'hospitalisation. Les extrêmes allaient de un jour jusqu'au 20 jours.

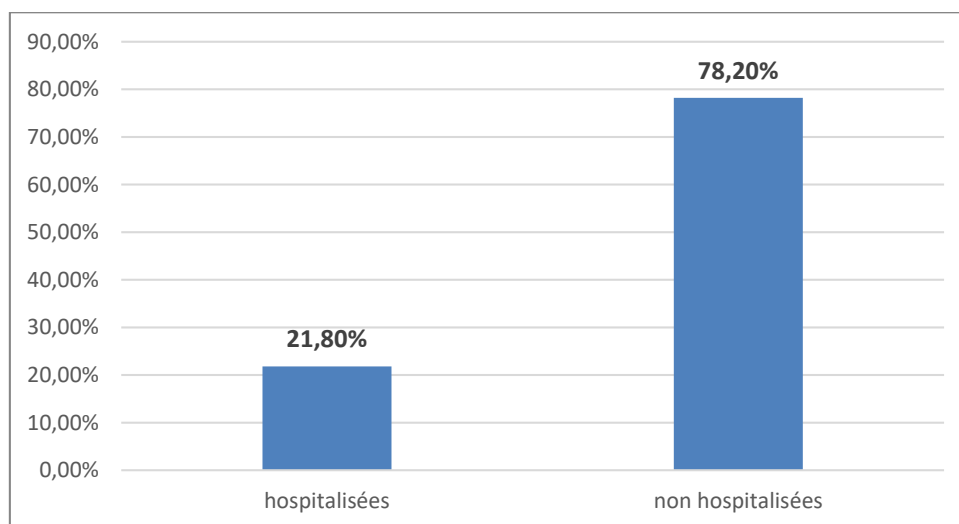


Figure 16 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'hospitalisation durant la dernière année (n=376)

Concernant les problèmes somatiques durant la dernière année, 68 femmes (17,8%) n'en rapportaient aucun problème, 88 femmes (23%) en ont eu « peu souvent », 158 femmes (41,4%) en ont eu « souvent » et 68 femmes (17,8%) en ont eu « très souvent ».

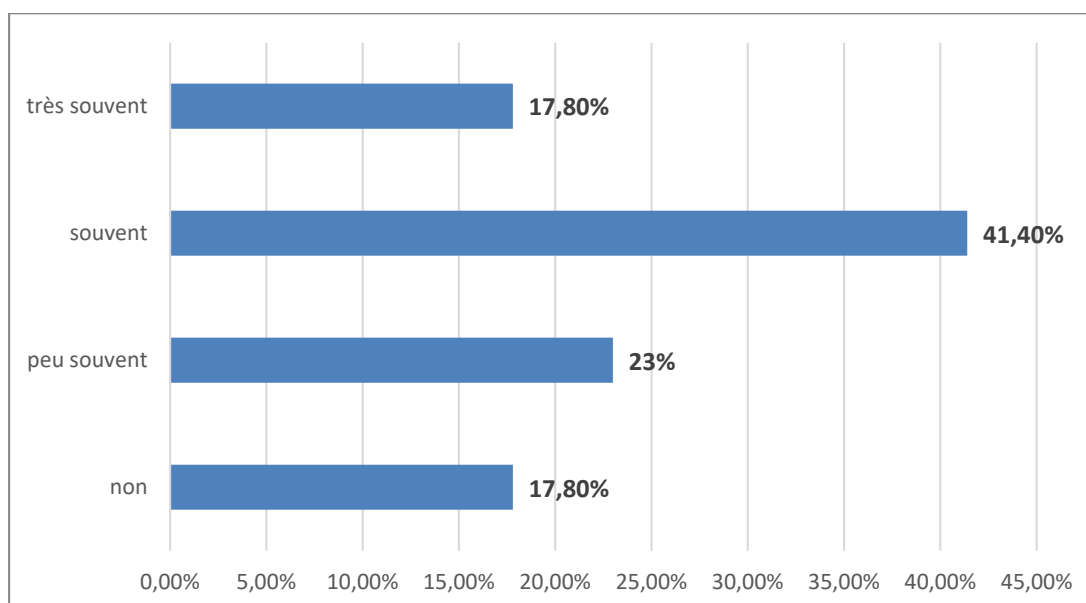


Figure 17 : Répartition des femmes selon les antécédents de problèmes somatiques durant la dernière année (n=382)

Concernant l'efficacité de la vie sexuelle durant la dernière année (câlins, masturbation, caresses, rapports sexuels...) , 60 femmes (16,2%) ont dit que c'était inefficace, 82 femmes (22,2%) ont dit que c'était « peu souvent » efficace, 106 femmes ont dit que c'était « souvent » efficace et 122 femmes (33%) ont dits que c'était « très souvent » efficace.

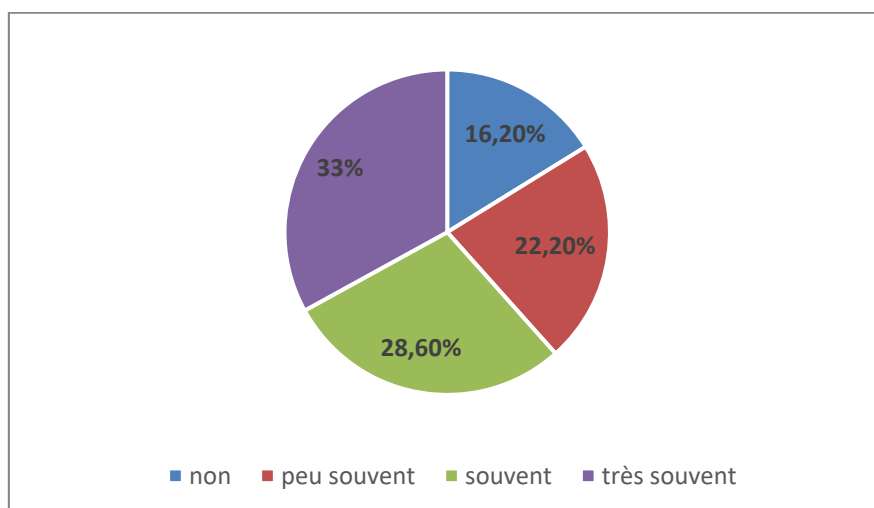


Figure 18 : Efficacité de la vie sexuelle la dernière année (n=370)

1.3.2. Répartition des femmes selon les antécédents psychiatriques :

Dans notre population, 45 (11,9%) avaient des antécédents psychiatriques et 333 (88,1%) n'en avaient pas.

Parmi ceux ayant des antécédents psychiatriques, 32 (71,11%) femmes étaient suivies chez un psychiatre.

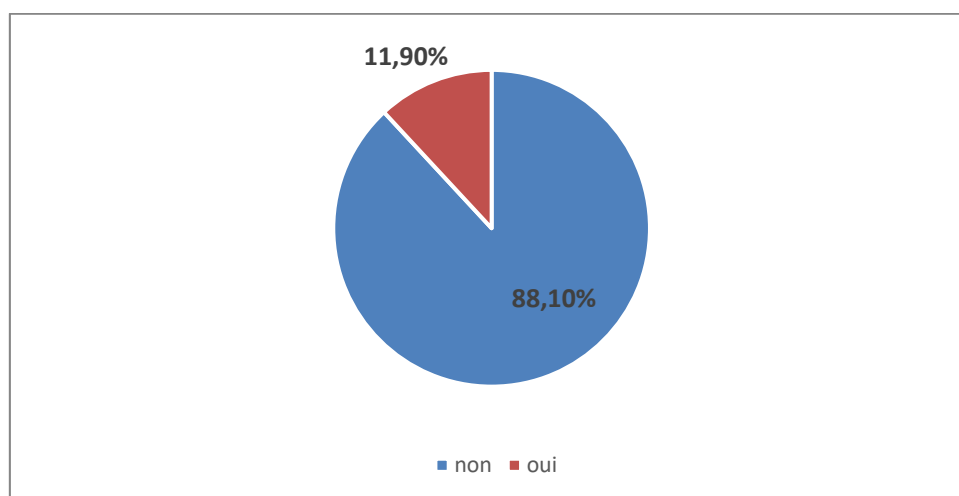


Figure 19 : Répartition des femmes selon leur antécédents psychiatriques (n=378)

Concernant les antécédents familiaux psychiatriques, 98 (26,1%) femmes avaient des antécédents familiaux psychiatriques.

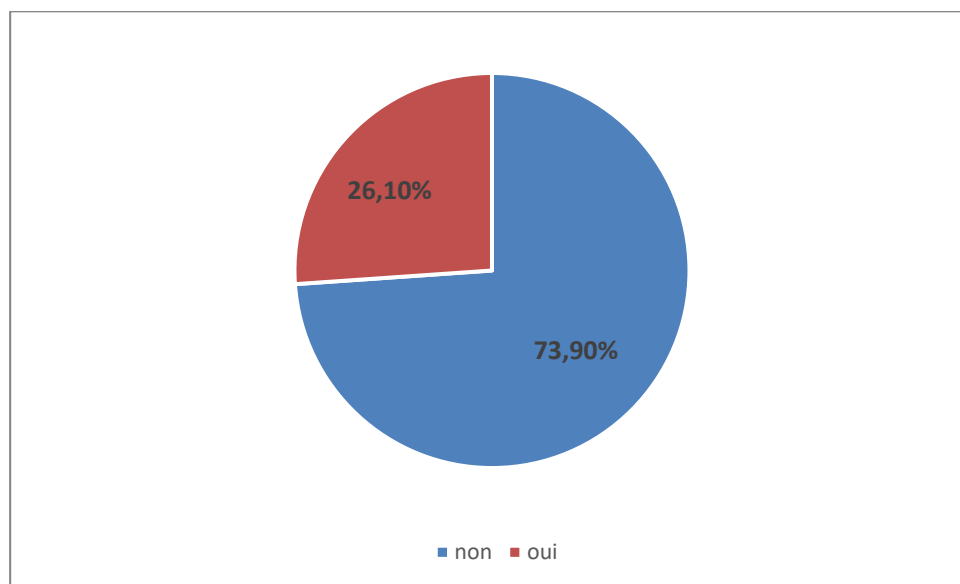


Figure 20 : Répartition des femmes selon leur antécédent familial psychiatrique (n=376)

Concernant la demande d'aide d'un psychiatre, parmi les 374 femmes ayant répondu à la question, 334 femmes (89,3%) ont dits qu'elles n'ont pas demandées de l'aide, 18 (4,8%) ont dits qu'elles ont demandées de l'aide la dernière année, et 22 (5,9%) ont dits qu'elles ont demandées de l'aide avant la dernière année.

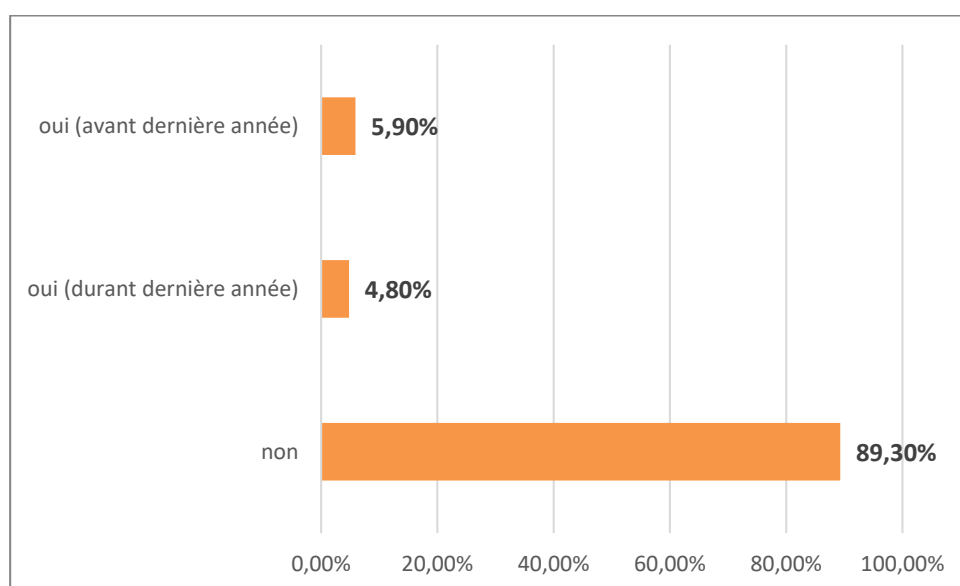


Figure 21 : Répartition des femmes selon leur demande d'aide d'un psychiatre (n=374)

Concernant la sensation de « frustration (الاحباط) d'une manière à avoir du mal à faire face à votre vie quotidienne » durant la dernière année, parmi les 378 femmes ayant répondu, 169 (44,7%) ont dits qu'elles n'ont pas eu cette sensation, 93 femmes (24,6%) ont dits qu'elles en ont eu « peu souvent », 99 (26,2%) ont dits qu'elles en ont eu « souvent » et 17 femmes (4,5%) ont dits qu'elles en ont eu « très souvent ».

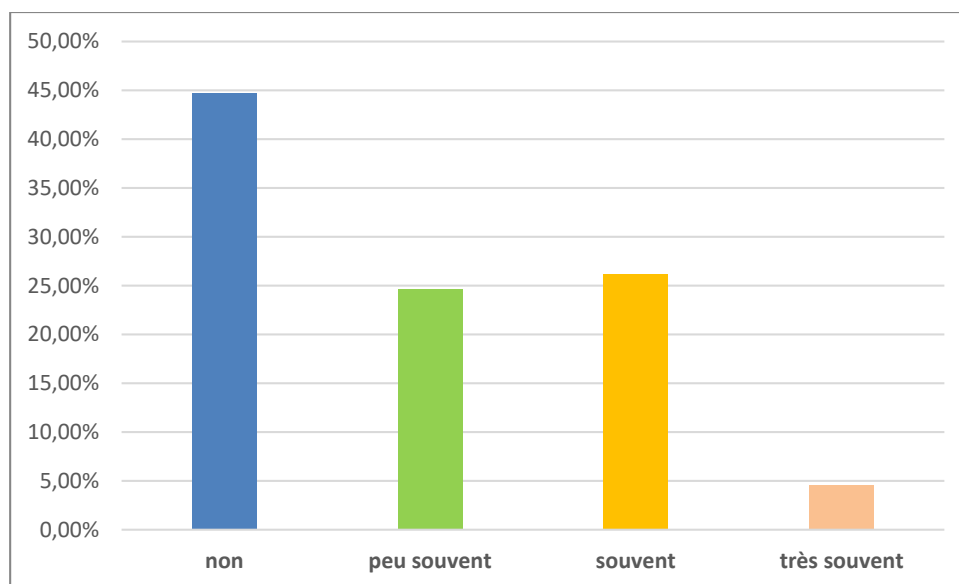


Figure 22 : Répartition des femmes selon leur sensation de frustration (الاحباط) durant la dernière année (n=378)

Concernant la sensation de “dépression d'une manière à avoir du mal à faire face à votre vie quotidienne” durant la dernière année, 172 (45,7%) ont dits qu'elles n'ont pas eu cette sensation, 94 femmes (25%) ont dits qu'elles en ont eu « peu souvent », 91 (23,7%) ont dits qu'elles en ont eu « souvent » et 19 femmes (5,1%) ont dits qu'elles en ont eu « très souvent ».

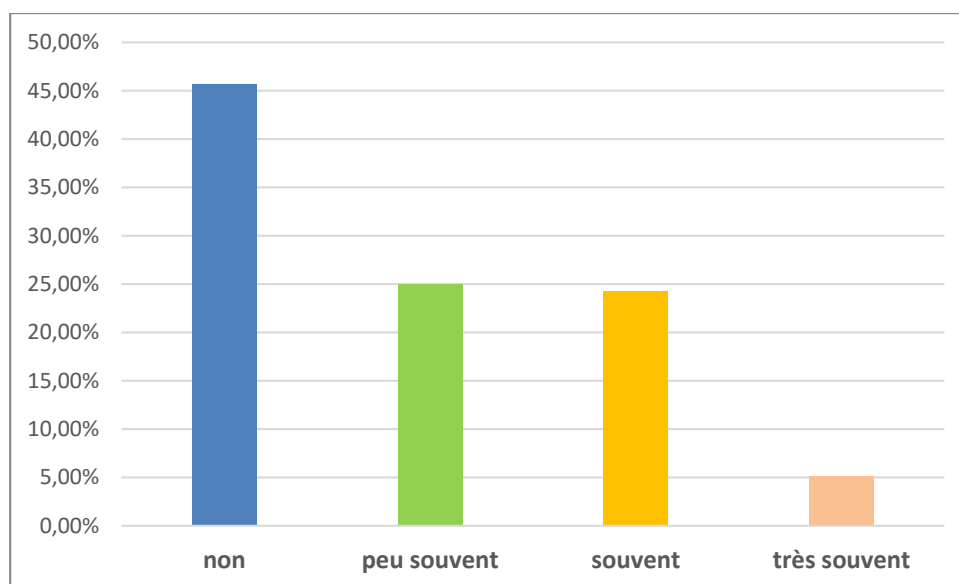


Figure 23 : Répartition des femmes selon leur sensation de dépression durant la dernière année (n=376)

Concernant la réponse à la question de « souffrance de troubles de sommeil dans la mesure où elle affecte votre vie quotidienne » durant la dernière année, 146 (38,3%) ont dits qu'elles n'ont pas eu ces troubles, 109 femmes (28,6%) ont dits qu'elles ont eu « peu souvent » des troubles, 92 (24,1%) ont dits qu'elles ont eu « souvent » ces troubles et 34 femmes (8,9%) ont dits qu'elles ont eu « très souvent » ces troubles.

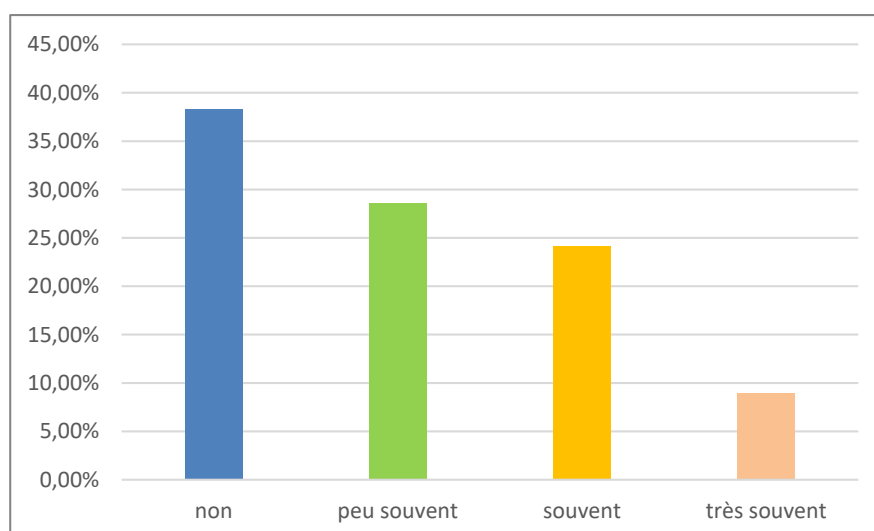


Figure 24 : Répartition des femmes selon leurs troubles de sommeil la dernière année (n=381)

Concernant les conduites d'évitement d'une situation qui rappelle un souvenir amer durant la dernière année, 270 (71,4%) ont dits qu'elles n'ont pas eu cette conduite, 57 femmes (15,1%)

ont dits qu'elles en ont eu « peu souvent », 37 (9,8%) ont dits qu'elles en ont eu « souvent » et 14 femmes (3,7%) ont dits qu'elles en ont eu « très souvent ».

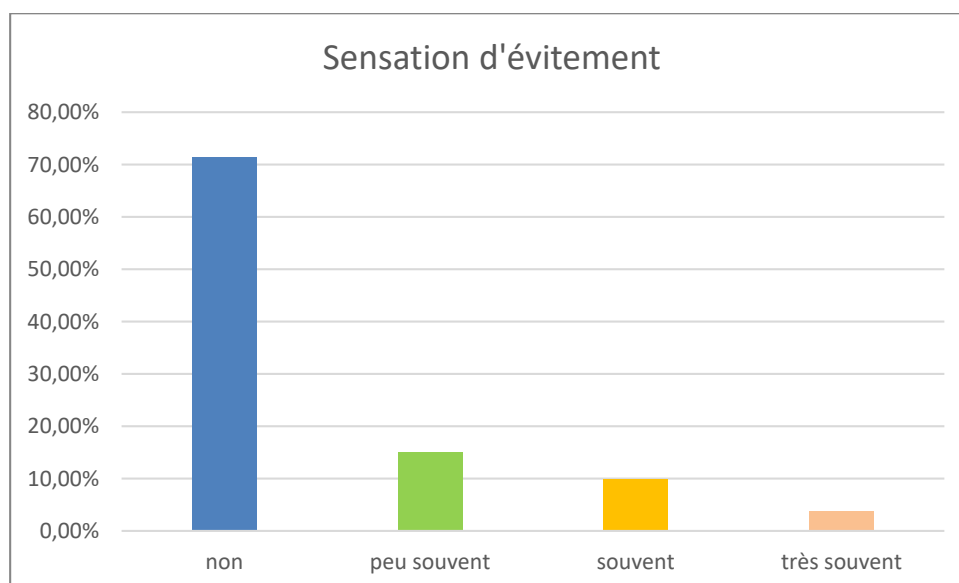


Figure 25 : Répartition des femmes selon leur sensation d'évitement durant la dernière année (n=378)

Concernant la sensation « d'apathie pour longue durée » (اللامبالاة) durant la dernière année, 230 (61,3%) femmes ont dits qu'elles n'ont pas eu cette sensation, 84 femmes (22,4%) ont dits qu'elles en ont eu « peu souvent », 41 (10,9%) ont dits qu'elles en ont eu « souvent » et 20 femmes (5,3%) ont dits qu'elles en ont eu « très souvent ».

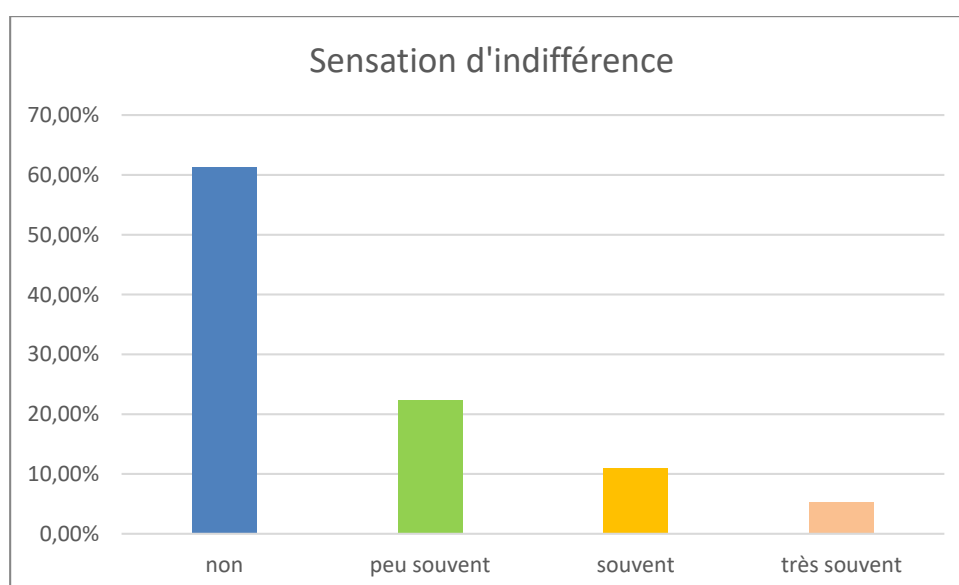


Figure 26 : Répartition des femmes selon leur sensation d'indifférence durant la dernière année (n=375)

1.3.3. Répartition des femmes selon l'antécédent du vécu des expériences traumatisantes (traumatisme antérieur) :

Au total, 281 (74,7%) femmes n'ont rapporté aucun « vécu d'une expérience qui rappelle un événement traumatisant qui l'ont tellement affecté et qu'elles ne pouvaient rien y faire » durant la dernière année, 52 (13,8%) ont « peu souvent » d'expériences traumatisantes, 34 (9%) en ont eu « souvent » et 9 (2,4%) en ont eu « très souvent ».

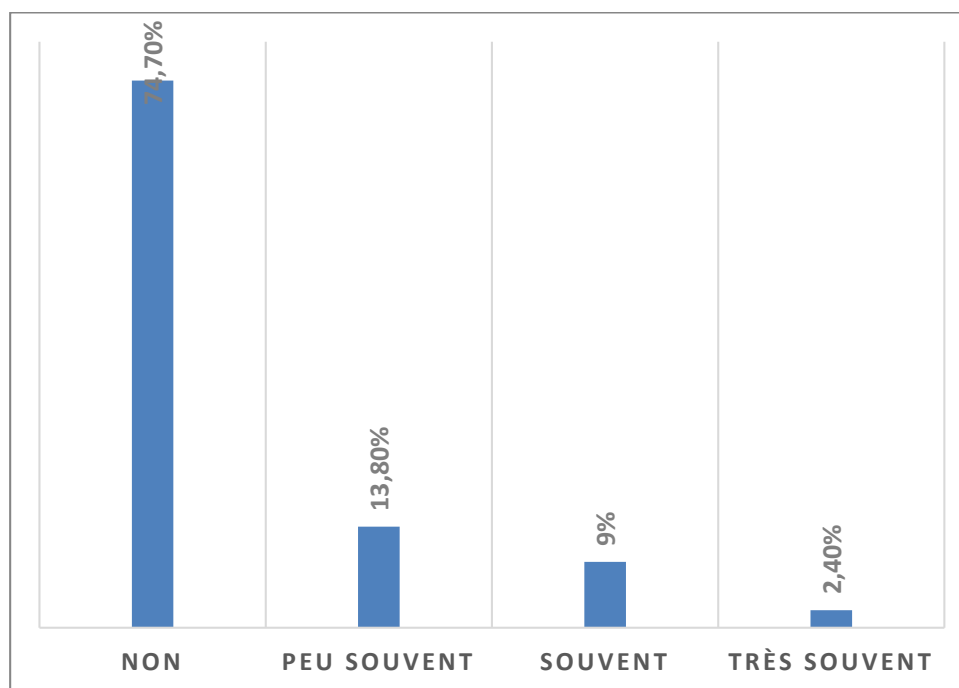


Figure 27 : Répartition des femmes selon leur antécédent de traumatisme (n=376)

2. VIOLENCE CONJUGALE :

2.1. VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES VECUS PAR LES FEMMES DE L'ETUDE

❖ **Avez-vous éprouvé la sensation antérieure d'être refoulées, humiliées ou dévalorisées ?**

Concernant la sensation d'être refoulées, humiliées ou dévalorisées, 239 (62,7%) femmes ont dits qu'elles n'ont pas eu cette sensation, 47 (12,3%) ont dit qu'elles ont eu cette sensation durant l'enfance, 40 femmes (10,5%) ont dits qu'elles ont eu cette sensation durant l'âge adulte et 55 femmes (14,4%) ont dits qu'elles ont eu cette sensation durant les deux âges.

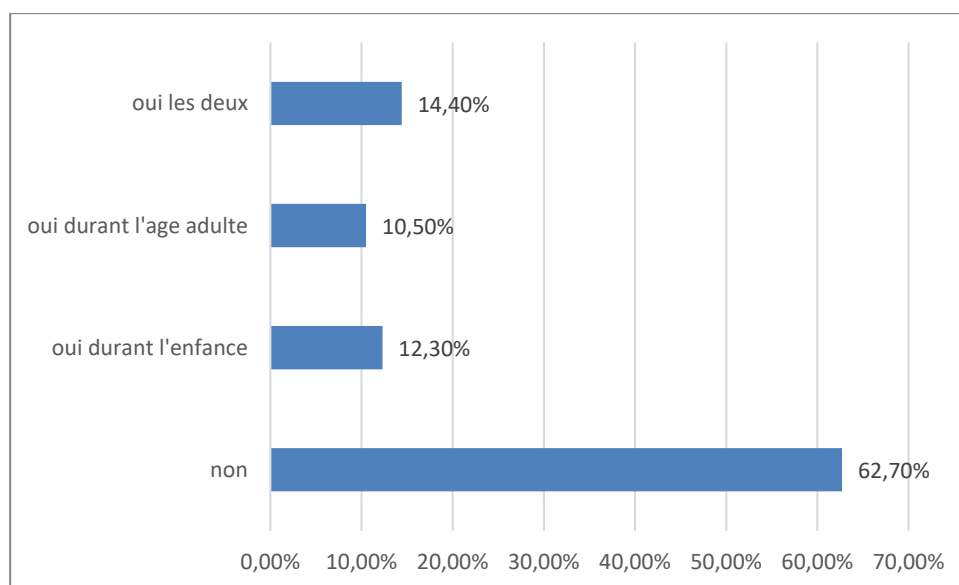


Figure 28 : Répartition des femmes selon la sensation de répression antérieure (n=381)

❖ **Avez-vous vécu régulièrement dans la crainte d'une personne pendant une longue période parce qu'elle vous a menacé ou a menacé un de vos proches ?**

Concernant la sensation de crainte/ peur antérieure, 378 femmes ont répondu à notre question, dont 301 (79,5%) ont dits qu'elles n'ont pas eu cette sensation, 24 (6,3%) ont dit qu'elles ont eu cette sensation durant l'enfance, 28 femmes (6,6%) ont dits qu'elles ont eu cette sensation durant l'âge adulte et 28 femmes (7,4%) ont dits qu'elles ont eu cette sensation durant les deux âges.

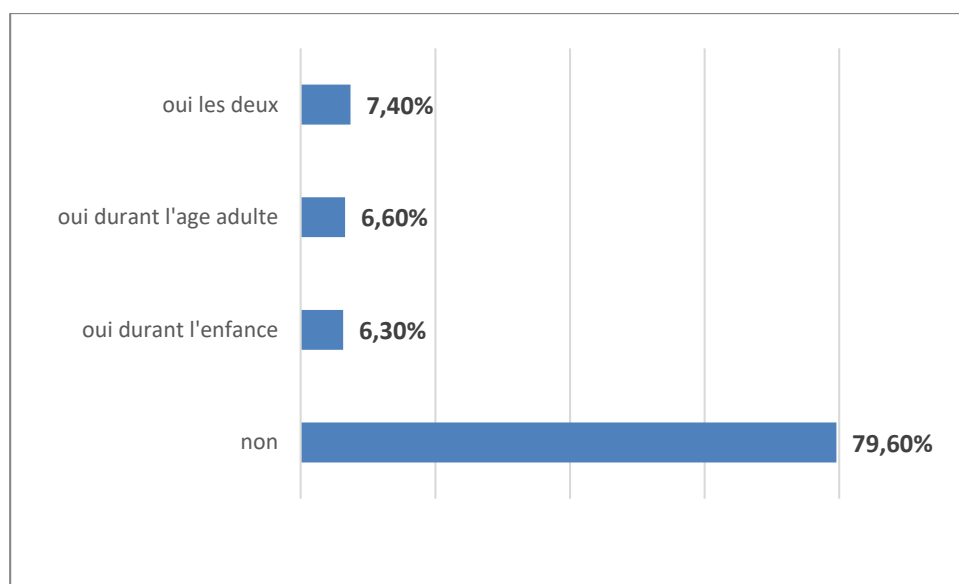


Figure 29 : Répartition des femmes selon la sensation de peur antérieure (n=378)

❖ **Avez-vous été régulièrement menacée ou contrainte par quelqu'un à limiter l'étendue de vos relations avec les autres ou à contrôler toutes vos actions et relations avec les autres ?**

Concernant l'antécédent de menace ou de contrôle antérieure, 321 (84,3%) femmes ont dits qu'elles n'ont pas été menacées, 13 (3,4%) ont dits qu'elles ont été menacées durant l'enfance, 26 femmes (6,8%) ont dits qu'elles ont été menacées durant l'âge adulte et 21 femmes (5,5%) ont dits qu'elles ont été menacées durant les deux âges.

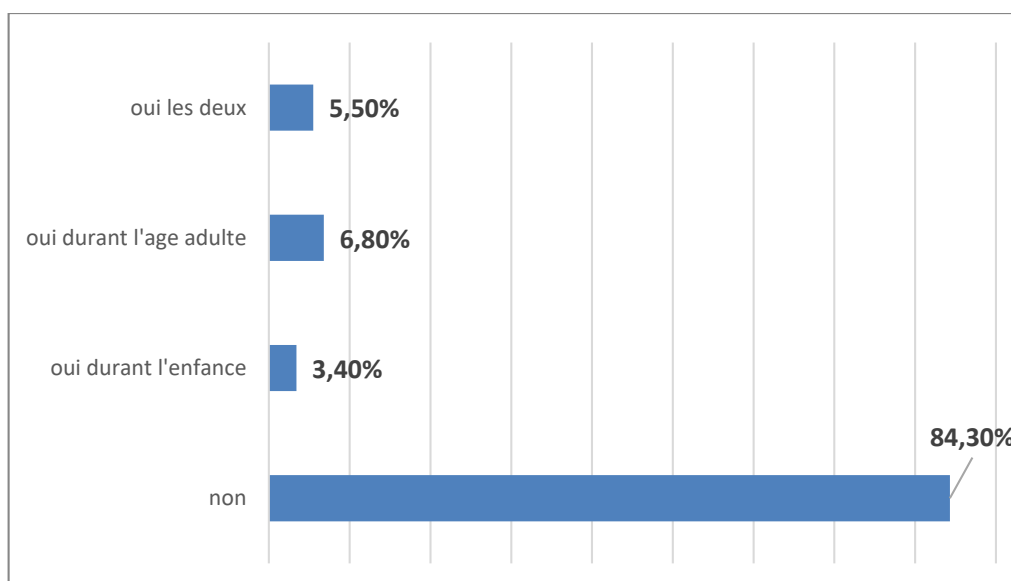


Figure 30 : répartition des femmes selon l'antécédent de menace ou de contrôle antérieure (n=381)

❖ **Avez-vous été victime d'un de ces types d'agression psychique durant la dernière année ?**

Au total 138 femmes ont répondu à la question d'antécédent d'agression psychique durant la dernière année, dont 85 (61,6%) ont été agressées. La moyenne d'âge de première agression psychique était de $17,78 \pm 4,6$ ans avec un minimum de 7 ans et un maximum de 30 ans.

Dans notre population, 246 femmes (64,1%) ont eu un résultat de l'échelle de conséquence de l'agression psychique = 0, et donc pas de souffrance de violence psychique, alors que 138 femmes (35,9%) ont eu un résultat de l'échelle entre 1 et 10, donc une souffrance existe. Parmi ces derniers, la moyenne de l'échelle de conséquence de l'agression psychique était de l'ordre $5,72 \pm 1,99$ avec un minimum de 1 et un maximum de 10.

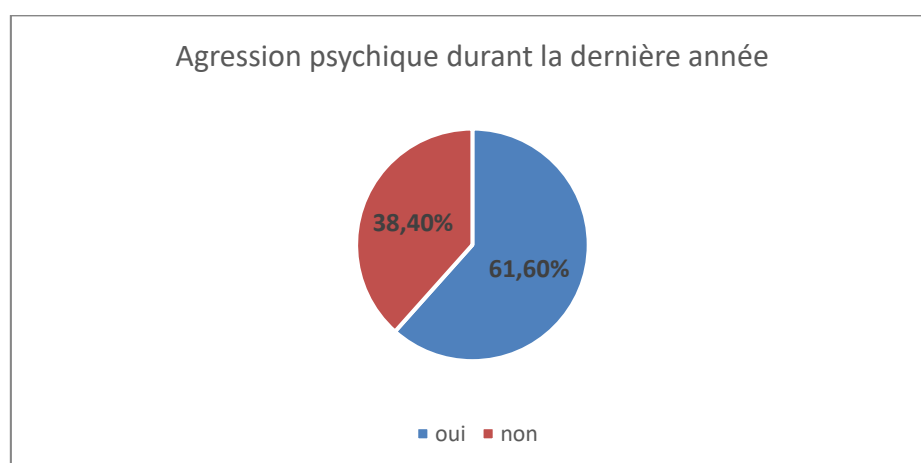


Figure 31 : Répartition des participantes selon leur antécédent d'agression psychique (n=138)

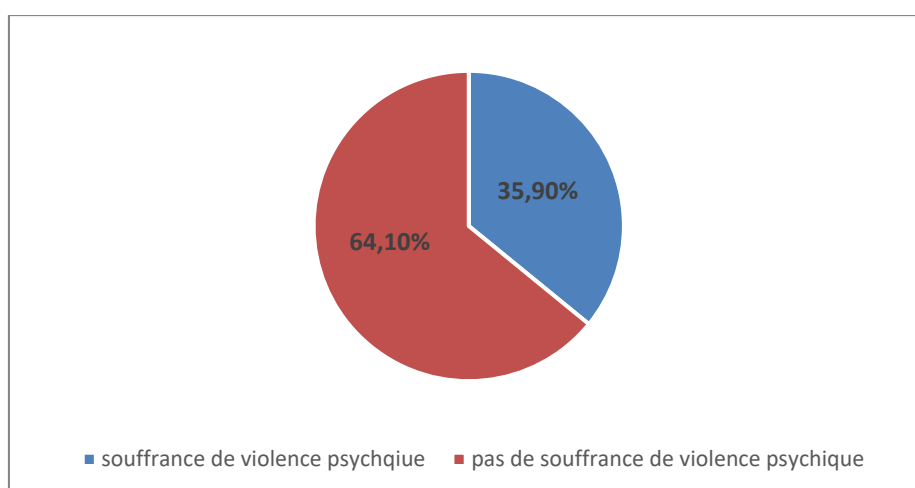


Figure 32 : Répartition des femmes selon l'existence d'une souffrance à la suite de la violence psychologique (n=384)

❖ **Avez-vous essayé de demander de l'aide en cas de souffrance d'agression psychique ?**

Concernant la demande d'aide en cas de souffrance d'agression psychique, 39 femmes (30%) ont dit qu'elles n'ont pas souffert, 73 (56,2%) ont dits qu'elles n'ont pas demandées de l'aide malgré leur souffrance et 18 femmes (13,8%) ont dit qu'elles ont demandées de l'aide.

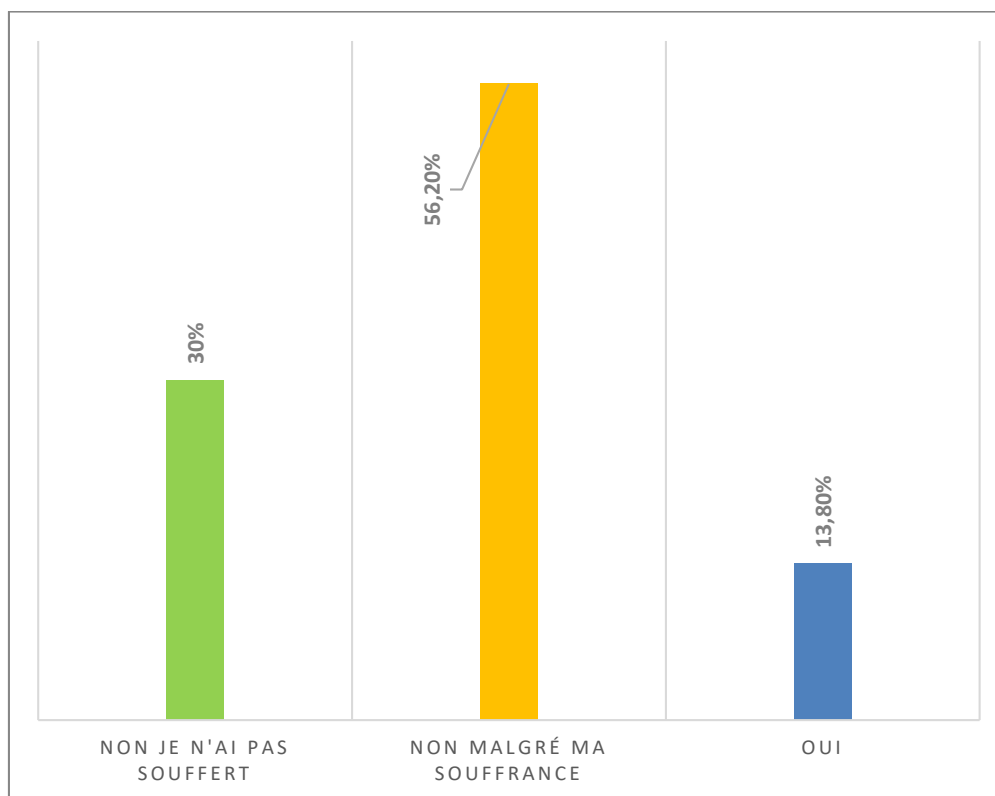


Figure 33 : Répartition des femmes selon la demande d'aide en cas de souffrance d'agression psychique (n=130)

❖ **L'auteur de l'agression psychique ?**

Les femmes ont dit que l'agression psychique a été causée par une femme dans 11,6% des cas, par un homme dans 66,7% des cas, par un ex-mari dans 3,8% des cas, par le mari actuel dans 42,9% des cas, par un beau père ou belle-mère dans 9,8% des cas, par les parents dans 39,8% des cas, par un frère ou une sœur dans 58,3% des cas, par les enfants dans 1,5% des cas, par un ami ou collègue dans 19,5% des cas, par une personne connue non familiale dans 13,6% des cas, par un inconnu dans 2,3% des cas et par quelqu'un d'autre dans 3,1% des cas.

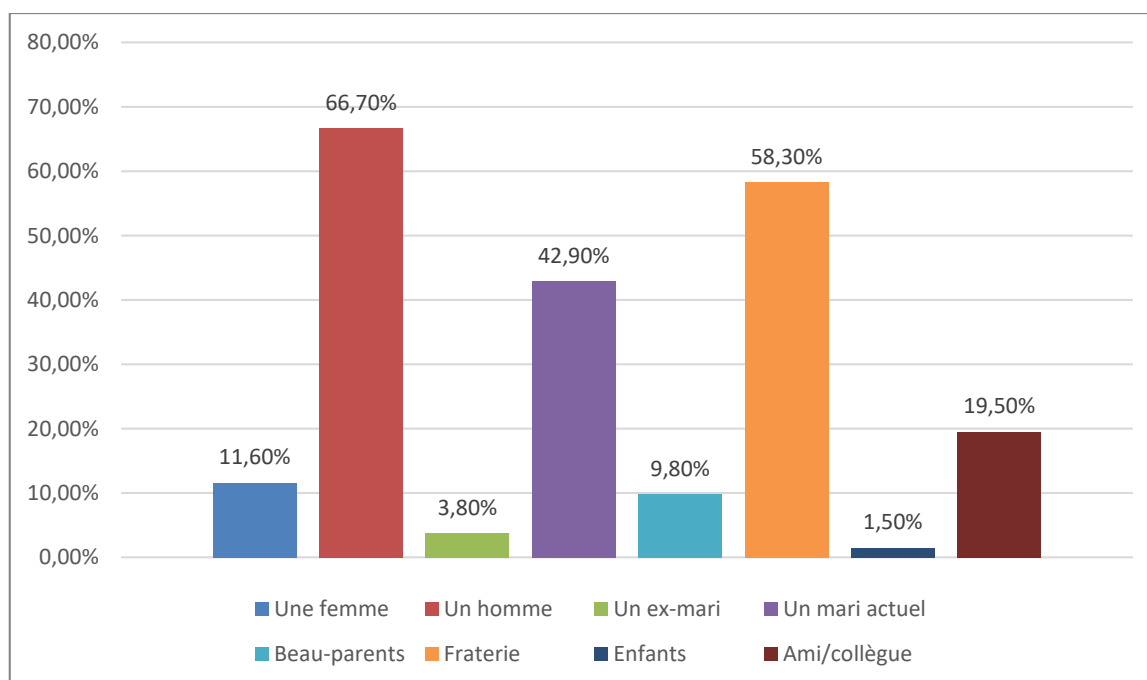


Figure 34 : Répartition des femmes selon l'auteur de l'agression psychique (n=130)

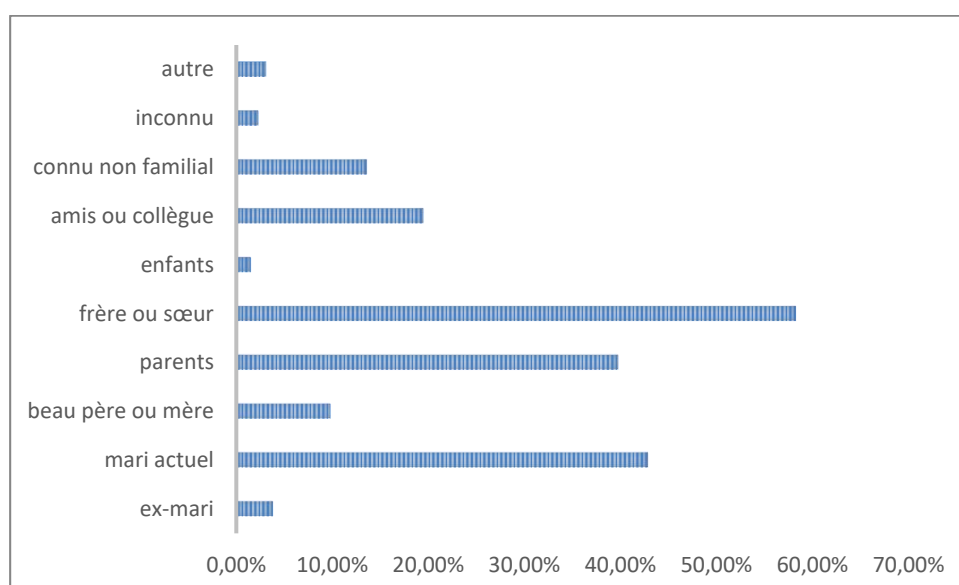


Figure 35 : Répartition des femmes selon l'auteur de l'agression psychique

❖ Avez-vous confessé à quelqu'un votre souffrance de violence psychologique ?

Concernant la confession de souffrance de violence psychologique, 62 (49,6%) femmes n'ont jamais confessées, 56 (44,8%) ont confessées partiellement et 7 (5,6%) ont confessées globalement.

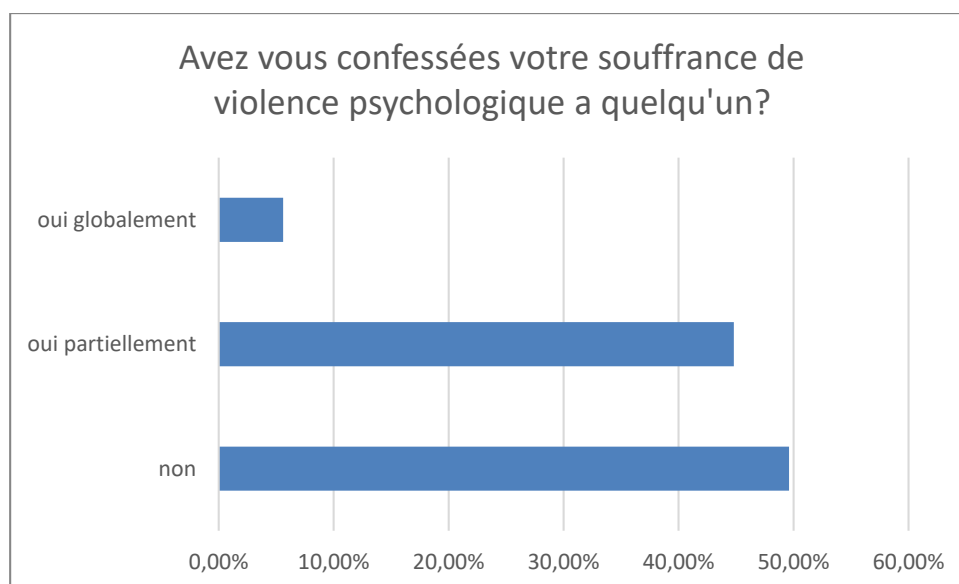


Figure 36 : Répartition des femmes selon leur confession de violence psychologique (n=125)

❖ **Avez-vous confessé votre souffrance psychique à votre gynécologue?**

Concernant la confession de souffrance de violence psychologique a un gynécologue, 82 (90,1%) femmes n'ont jamais confessées, 3 (3,3%) ont confessées et que leur médecin connait les détails, 3(3,3%) ont confessées à la demande du médecin et 3 (3,3%) ont confessées spontanément.

La moyenne d'âge de confession était de $22,56 \pm 5,42$ ans.

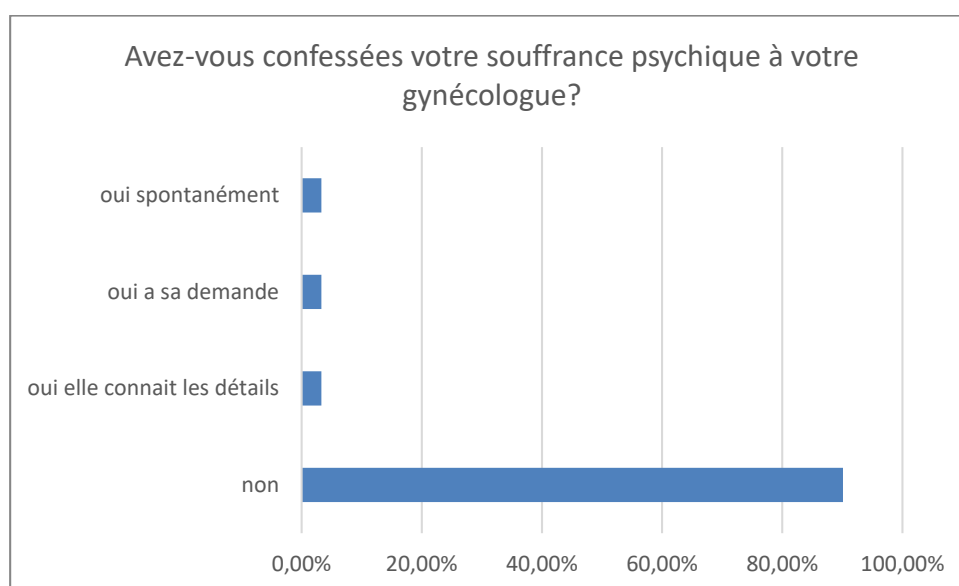


Figure 37 : Répartition des femmes selon leur confession de violence psychologique à leur gynécologue (n=91)

2.2. VIOLENCES PHYSIQUES VECUS PAR LES FEMMES DE L'ETUDE

❖ Avez-vous vécu un antécédent de violence physique en vous battant, en vous frappant au visage, en saisissant violemment votre corps ou en vous enfermant ?

Concernant l'antécédent de violence physique en vous battant, en vous frappant au visage, en saisissant violemment votre corps ou en vous enfermant, 208 (57,3%) femmes n'ont pas été agressées, 79 (21,8%) ont été agressées pendant l'enfance, 23 (6,3%) ont été agressées durant l'âge adulte et 53 (14,6%) ont été agressées durant les deux périodes.

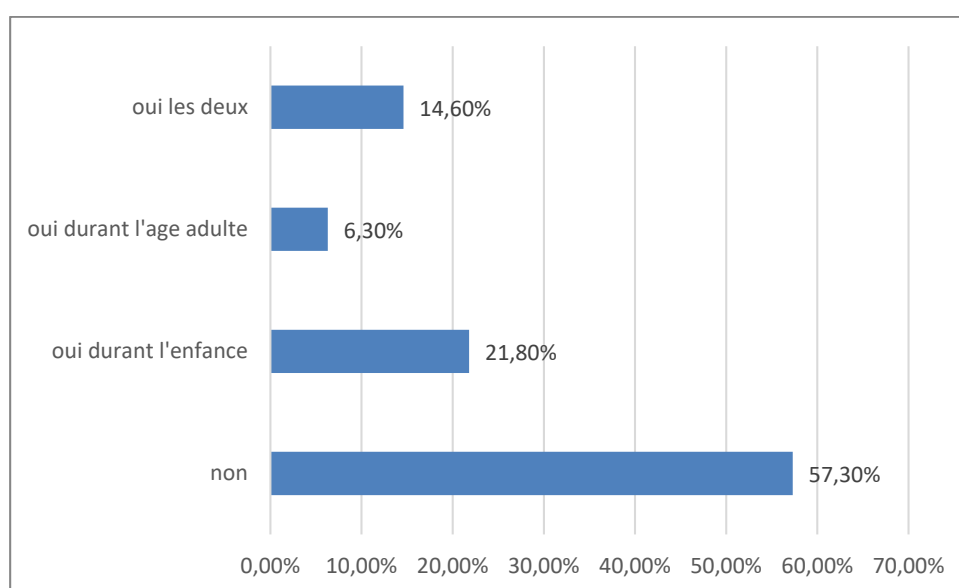


Figure 38 : Répartition des femmes selon leur antécédent de violence physique en vous battant, en vous frappant au visage, en saisissant violemment votre corps ou en vous enfermant (n=363)

❖ Avez-vous été frappé par un coup de poing, un objet, été poussé ou chose pareille ?

Concernant l'antécédent d'agression par un coup de poing, un objet, été poussé ou chose pareille, 217 (59%) femmes n'ont pas été agressées, 82 (22,3%) ont été agressées pendant l'enfance, 22(6%) ont été agressées durant l'âge adulte et 47 (12,8%) ont été agressées durant les deux périodes.

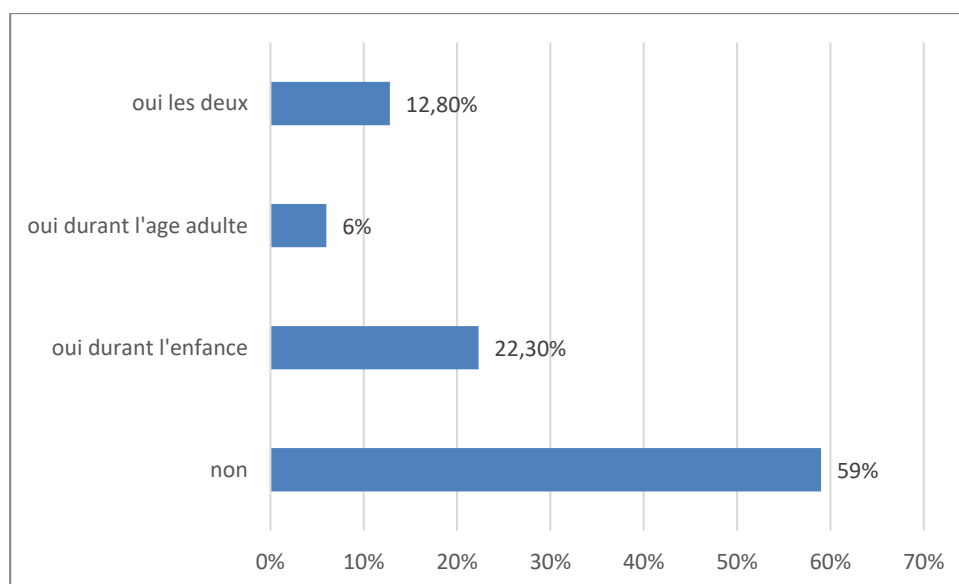


Figure 39 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression par coup de poing (n=368)

❖ **Avez-vous été menacé par une arme blanche, couteau, strangulation ?**

Au total 310 (86,1%) femmes n'ont pas été agressées par une arme blanche, couteau, strangulation..., 13 (3,6%) ont été agressées pendant l'enfance, 10 (2,8%) ont été agressées durant l'âge adulte et 27 (7,5%) ont été agressées durant les deux périodes.

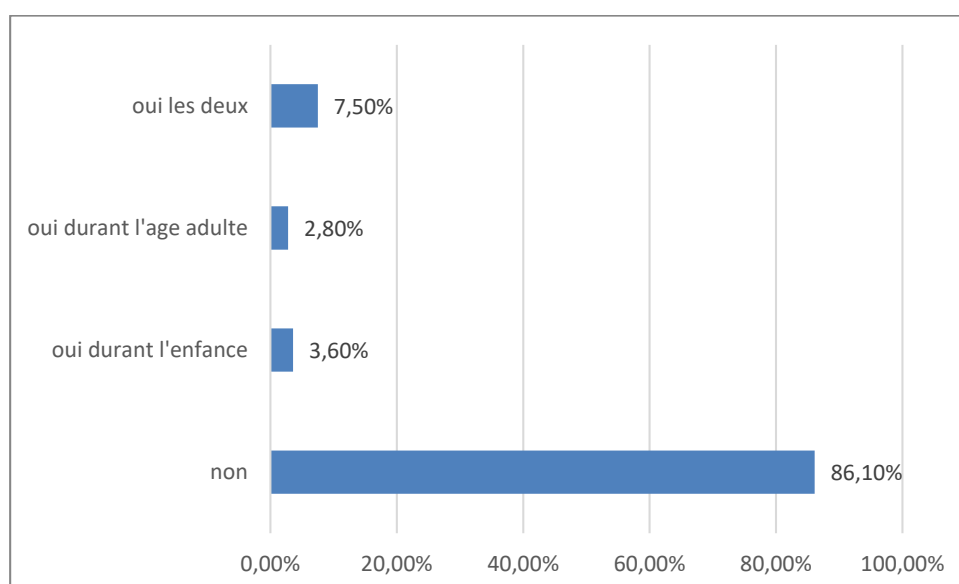


Figure 40 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression par arme blanche, couteau, strangulation (n=360)

❖ **Quel était votre âge lors de la première souffrance d'agression physique ?**

La moyenne d'âge de la première agression physique était de $15,28 \pm 6,9$ ans avec un minimum de 5 ans et un maximum de 34 ans.

❖ **Avez-vous été agressé physiquement la dernière année ?**

Concernant l'antécédent d'agression physique durant la dernière année, 140 femmes ont répondu à la question, dont 47 femmes (33,6%) étaient victimes d'agression physique durant la grossesse et 93 femmes (66,4%) n'en étaient pas victimes.

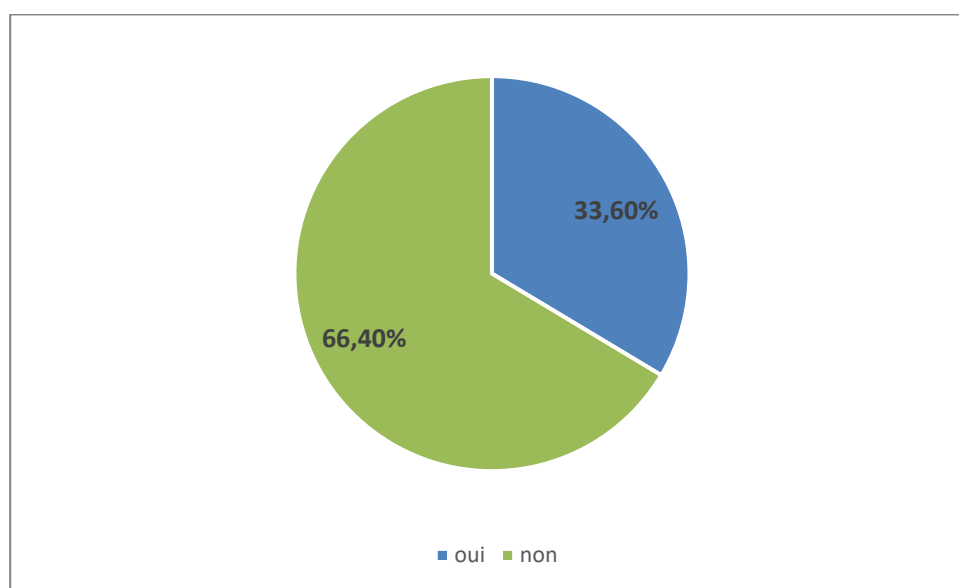


Figure 41 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression physique durant la grossesse (n=140)

❖ **Quel était le degré de votre souffrance de violence physique ?**

Dans notre population, 225 femmes (58,6%) ont eu un résultat de l'échelle de conséquence de l'agression physique =0, et donc pas de souffrance de violence physique, alors que 159 femmes (41,4%) ont eu un résultat de l'échelle entre 1 et 10, donc une souffrance existe. Parmi ces derniers, la moyenne de l'échelle des conséquences de l'agression physique était de $5,72 \pm 2,16$ avec un minimum de 1 et un maximum de 10.

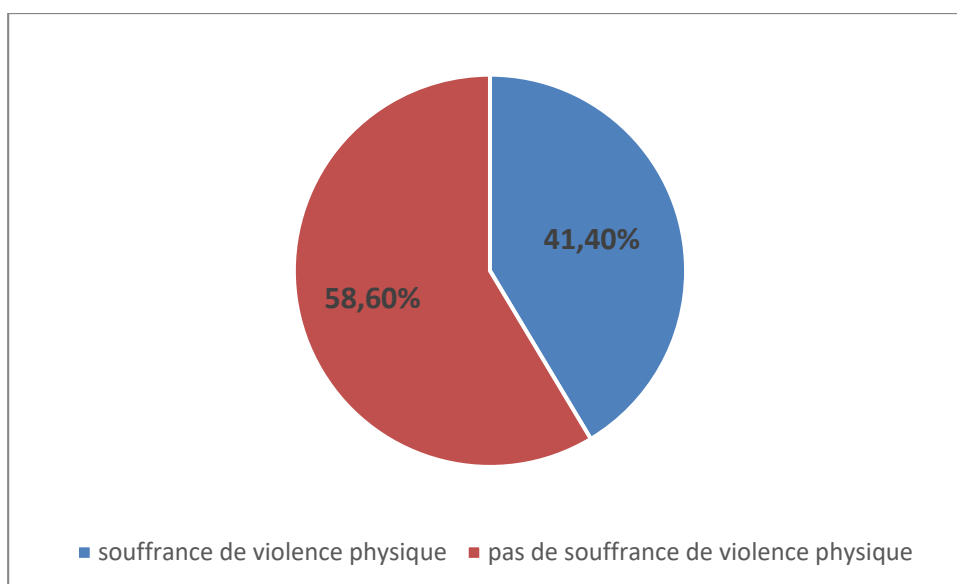


Figure 42 : Répartition des femmes selon l'existence d'une souffrance de violence physique (n=384)

❖ **Avez-vous essayé de demander d'aide pour diminuer la souffrance de violence physique ?**

Concernant la demande d'aide en cas de souffrance d'agression physique, 19 (12,4%) femmes ont demandées de l'aide, 62 (40,5%) ont dits qu'elles n'ont pas souffert et 72 (47,1%) ont dits qu'elles n'ont pas demandées d'aide malgré leur souffrance.

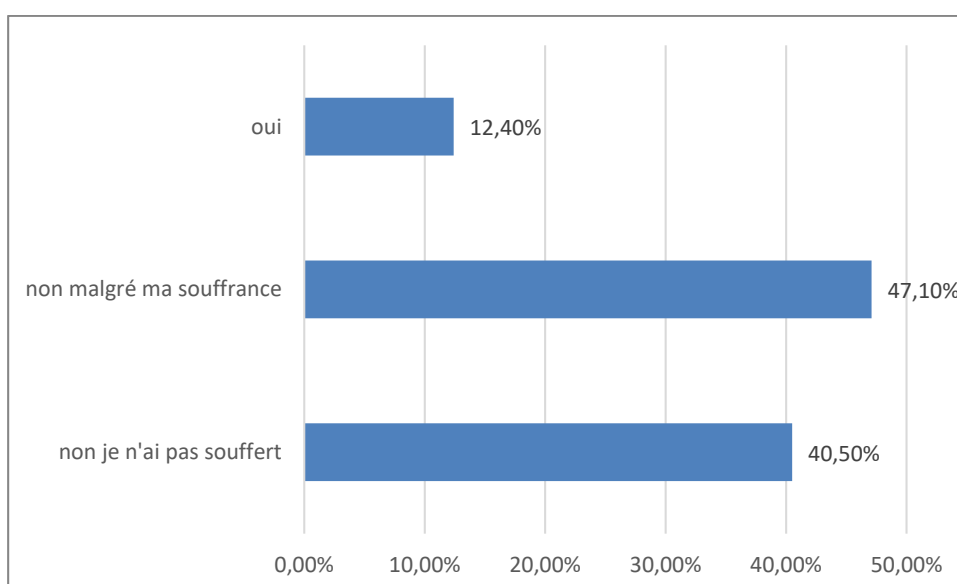


Figure 43 : Répartition des femmes selon leur demande d'aide en cas de souffrance d'agression physique (n=153)

❖ L'auteur de l'agression physique

Concernant la personne exerçant l'agression physique, les femmes ont renfermées avoir été agressées par une femme dans 17,9% des cas, par un homme dans 60% des cas, par un ex-mari dans 1,3% des cas, par le mari actuel dans 38,7% des cas, par un beau père ou belle-mère dans 8% des cas, par les parents dans 64,4% des cas, par un frère ou sœur dans 59,3% des cas, dans aucun cas par les enfants, par des amis ou collègue dans 16,7% des cas, par un connu non familial dans 4,7% des cas, par un inconnu dans 2% des cas et par d'autres personnes dans 3,4% des cas.

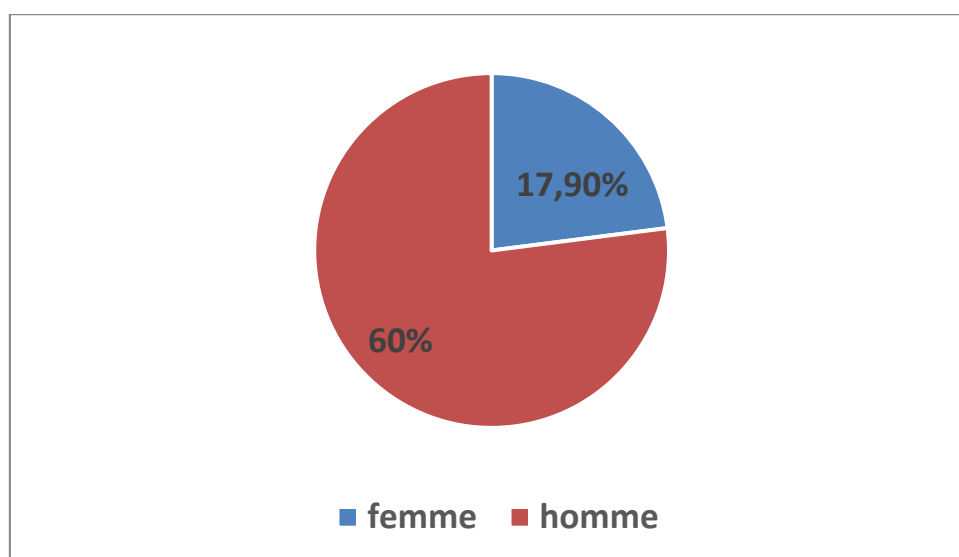


Figure 44 : Répartition des agresseurs physiques par fréquence (n=153)

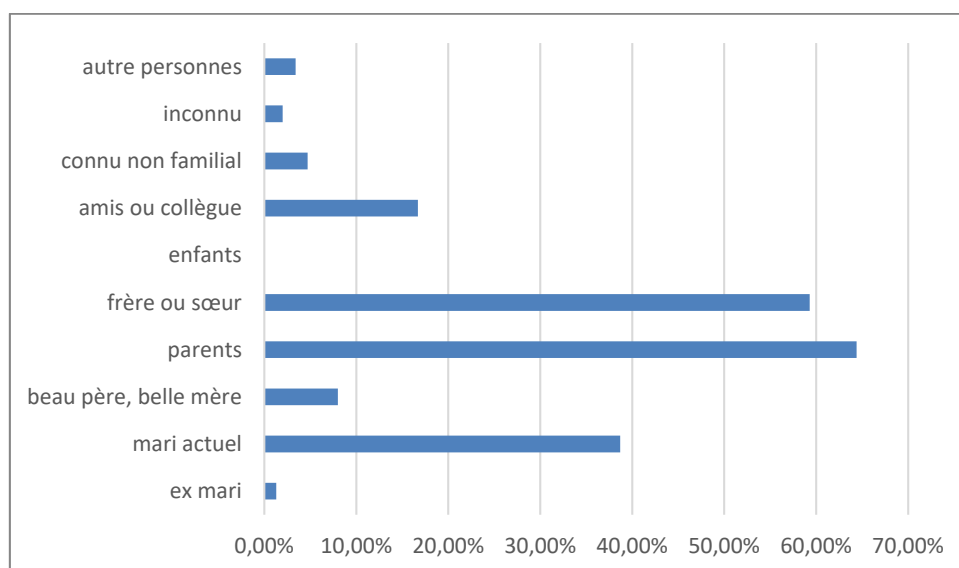


Figure 45 : Répartition des agresseurs physiques par fréquence (n=153)

❖ Avez-vous confessé une agression physique à quelqu'un ?

Au total, 60 femmes (37,7%) n'ont jamais confessé leur agression physique, 83 (52,2%) ont confessées partiellement et 16 (10,1%) ont confessées globalement. La moyenne d'âge de confession était de $20,74 \pm 6,24$ ans avec un minimum de 4 ans et un maximum de 34 ans.

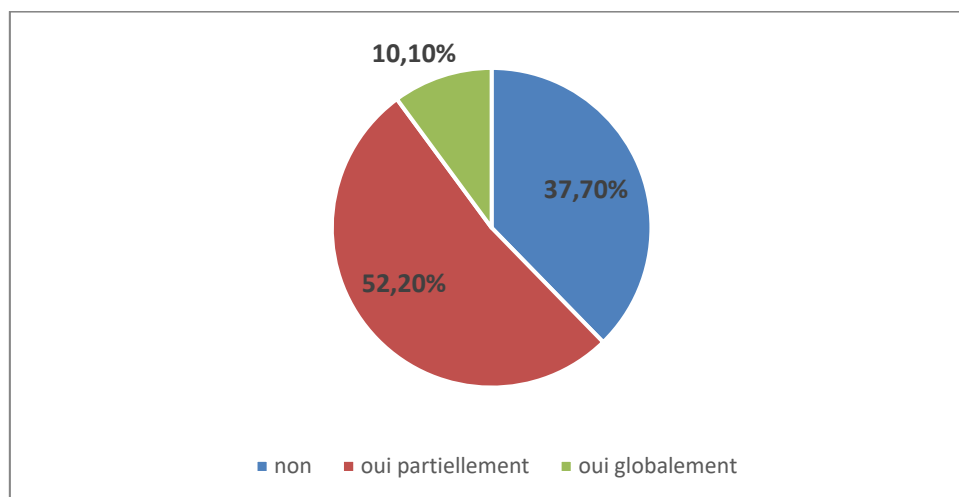


Figure 46 : Répartition des femmes selon la confession d'agression physique (n=169)

❖ Avez-vous confessé une agression physique au médecin?

Concernant la confession d'agression physique à un médecin, 106 femmes (86,2%) n'ont jamais confessé, 2(1,6%) ont confessées et que le médecin connaît les détails, 10 (8,1%) ont confessées à sa demande et 5 (4,1%) ont confessées spontanément.

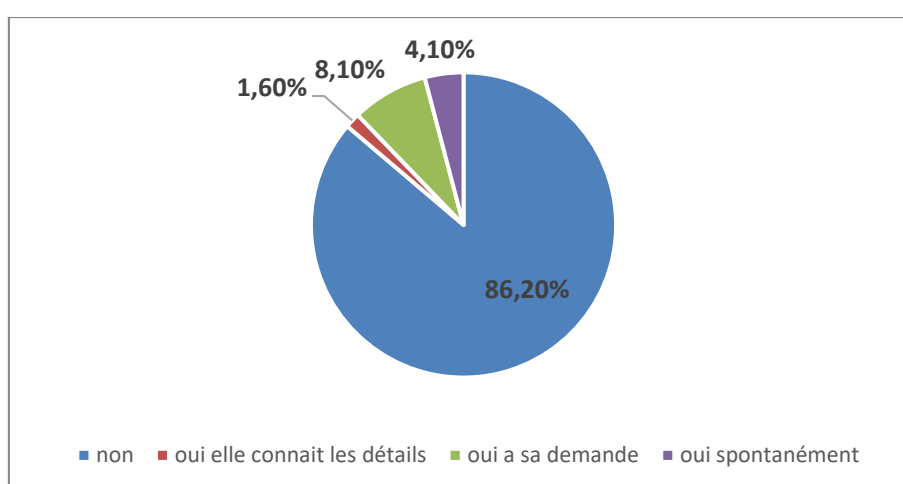


Figure 47 : Répartition des femmes selon la confession d'agression physique à leur médecin (n=123)

2.3. VIOLENCES SEXUELLES VECUES PAR LES FEMMES DE L'ETUDE

- ❖ **Quelqu'un a-t-il touché sans votre consentement vos organes génitaux, zones intimes ou utilisé votre corps pour ses désirs ou vous a forcé à toucher ses organes génitaux ?**

Concernant l'antécédent d'attouchement sexuel, 348 femmes (93,5%) ont dit qu'elles n'ont pas eu un tel incident, 13 femmes (3,5%) ont dit qu'elles ont eu cet incident durant l'enfance, 7 (1,9%) durant l'âge adulte et 4 (1,1%) durant les deux âges.

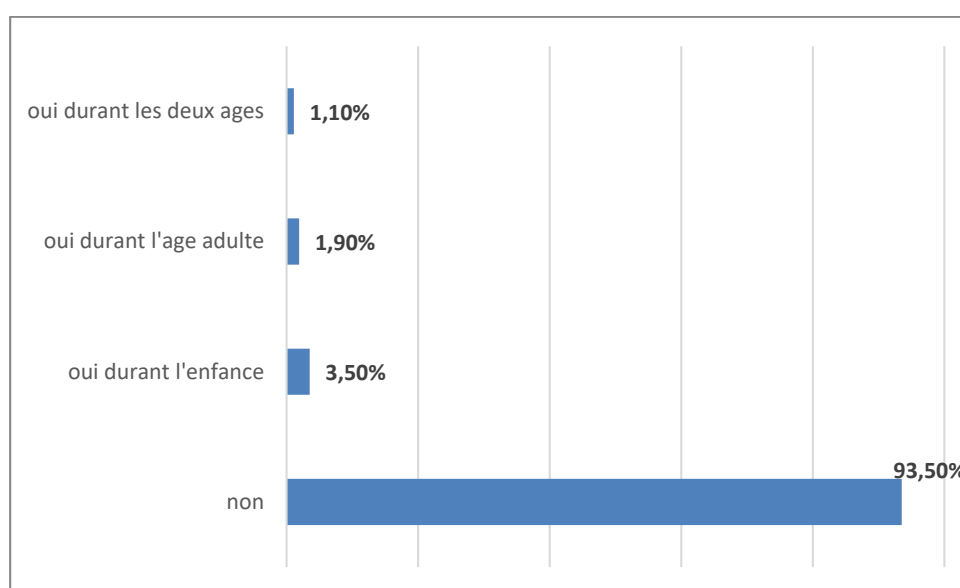


Figure 48 : Répartition des femmes selon l'antécédent d'attouchement sexuel (n=372)

- ❖ **Quelqu'un vous a-t-il violé ou fait introduit son organe génital dans l'un de vos orifices naturels ?**

Au total 372 femmes ont répondu à la question d'antécédent de viol, dont 355 femmes (95,7%) ont dit qu'elles n'ont pas eu un tel incident, 7 femmes (1,9%) ont dits qu'elles ont eu cet incident durant l'enfance, 4 (1,1%) durant l'âge adulte et 5 (1,3%) durant les deux âges.

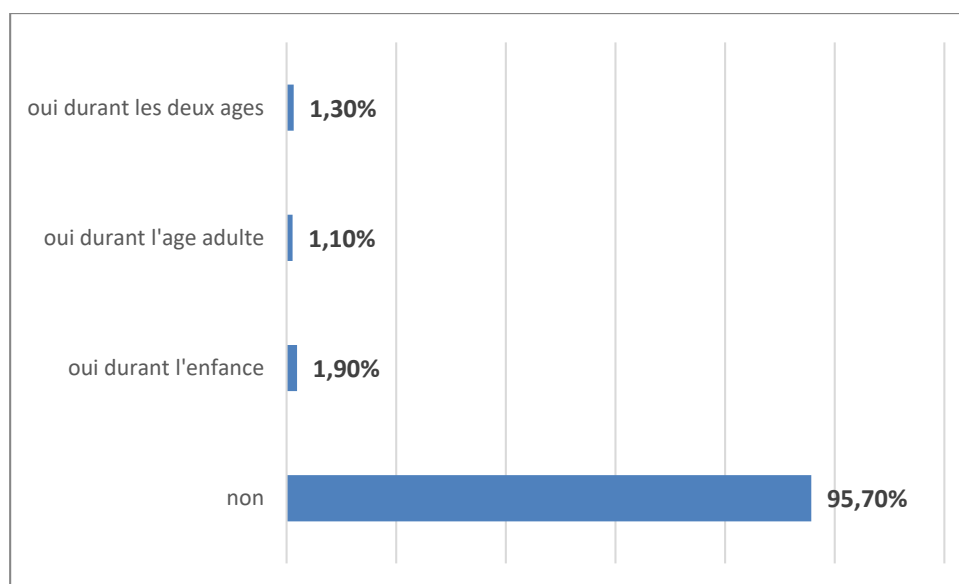


Figure 49 : Répartition des femmes selon l'antécédent de viol (n=372)

❖ **Quelqu'un a-t-il touché ou posé ses lèvres vos zones intimes ou vous a fait toucher son corps d'une façon sexuelle ?**

Concernant l'antécédent d'harcèlement sexuel, 349 femmes (93,8%) ont dit qu'elles n'ont pas eu un tel incident, 12 femmes (3,2%) ont dit qu'elles ont eu cet incident durant l'enfance, 7 (1,9%) durant l'âge adulte et 4 (1,1%) durant les deux âges.

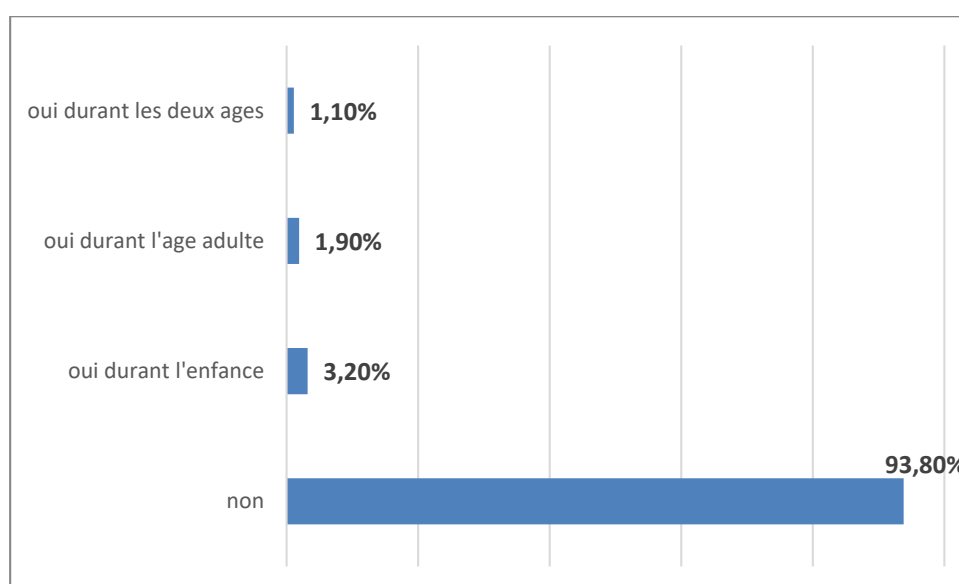


Figure 50 : Répartition des femmes selon l'antécédent d'harcèlement sexuel (n=372)

❖ **En vous humiliant sexuellement, quelqu'un vous a forcé à regarder des films pornographiques ou à vous enregistrer sur vidéo (nudité sexuelle) ?**

Au total 371 femmes ont répondu à la question d'antécédent d'obligation de nudité sexuelle, dont 363 femmes (97,8%) ont dit qu'elles n'ont pas eu un tel incident, 5 femmes (1,3%) ont dit qu'elles ont eu cet incident durant l'enfance, 1 (0,3%) durant l'âge adulte et 2 (0,5%) durant les deux âges.

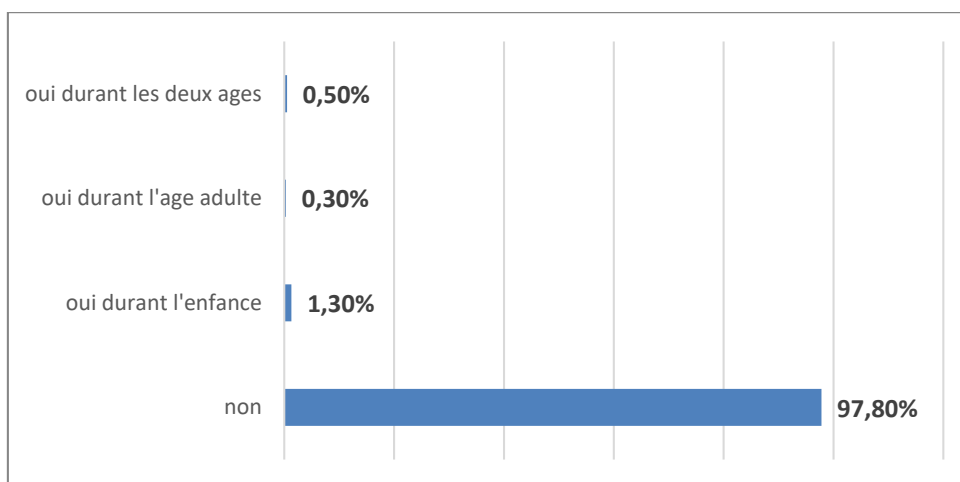


Figure 51 : Répartition des femmes selon l'antécédent d'obligation de nudité sexuelle (n=371)

❖ **Antécédent d'agression sexuelle durant la dernière année**

Seulement 23 femmes ont répondu à notre question d'antécédent d'agression sexuelle durant la dernière année (durant la grossesse), dont 7 femmes (30,4%) en ont été victimes et 16 (69,6%) n'en ont pas été victimes.

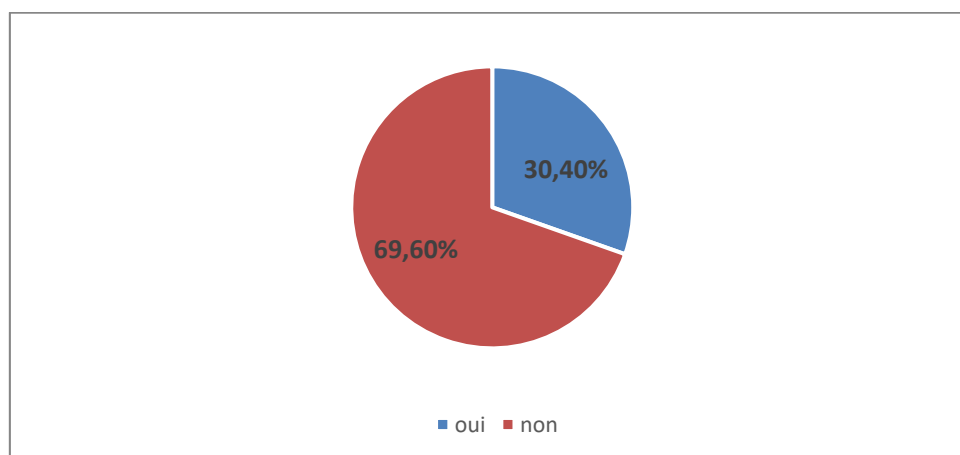


Figure 52 : Répartition des femmes selon leur antécédent d'agression sexuelle durant la grossesse (n=23)

Seulement 23 femmes ont répondu à notre question de demande d'aide en cas de souffrance d'agression sexuelle dont 4 femmes (17,4%) n'en ont pas souffert, 18 (78,3%) n'ont pas demandées de l'aide malgré leur souffrance et une femme (4,3%) a demandé de l'aide.

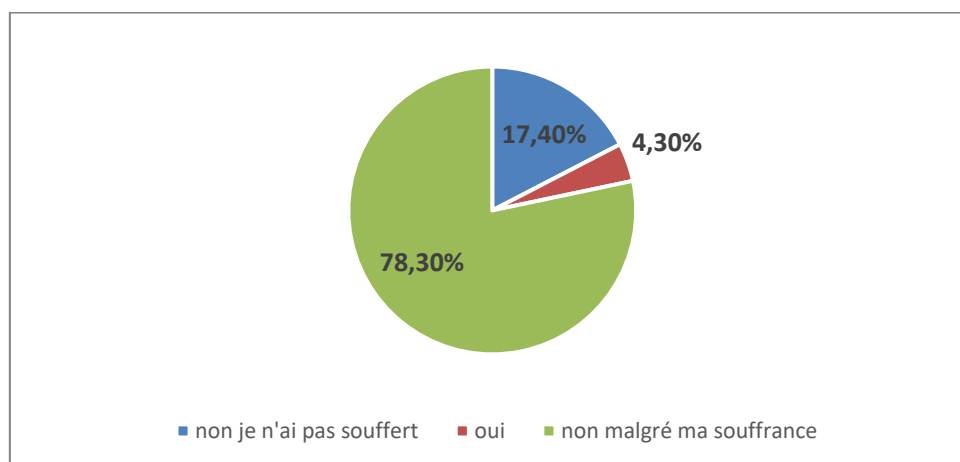


Figure 53 : Répartition des femmes selon leur demande d'aide en cas de souffrance d'agression sexuelle (n=23)

❖ L'auteur de l'agression sexuelle

Concernant la personne effectuant l'agression sexuelle, c'était un homme dans 59,1% des cas ; un ex-mari dans 4,2% des cas, le mari actuel dans 12,5% des cas, un beau père ou belle-mère dans aucun cas, les parents dans aucun cas, un frère ou sœur dans 4,2% des cas, les enfants dans aucun cas, les amis ou collègue dans 4,2% des cas, une personne connue non familial dans 29,2% des cas, un inconnu dans 16,7% des cas et une autre personne dans 25% des cas.

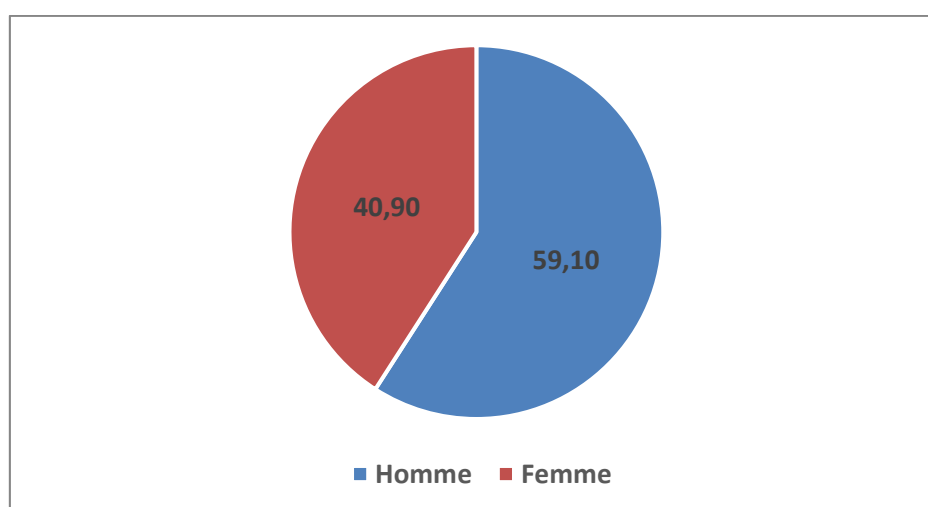


Figure 54 : Répartition des agresseurs sexuels des participantes selon le genre (n=23)

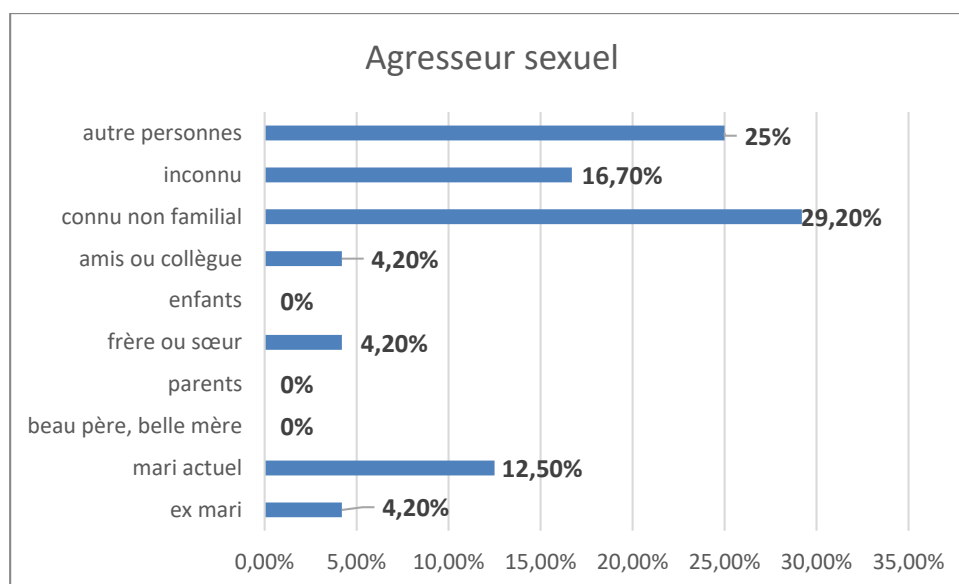


Figure 55 : Répartition des agresseurs sexuels (n=23)

❖ **Avez-vous confessé à quelqu'un votre antécédent d'agression sexuelle ?**

Au total 26 femmes ont répondu à la question de confession d'agression sexuelle à quelqu'un dont 21 femmes (80,8%) n'ont jamais confessé et 5 (19,2%) ont confessées.

Sur les 16 femmes ayant répondu à la question de confession d'agression sexuelle à un médecin, 13 femmes (81,3%) n'ont jamais confessé, une femme (6,3%) a confessé à sa demande et 2 (12,5%) ont confessé spontanément.

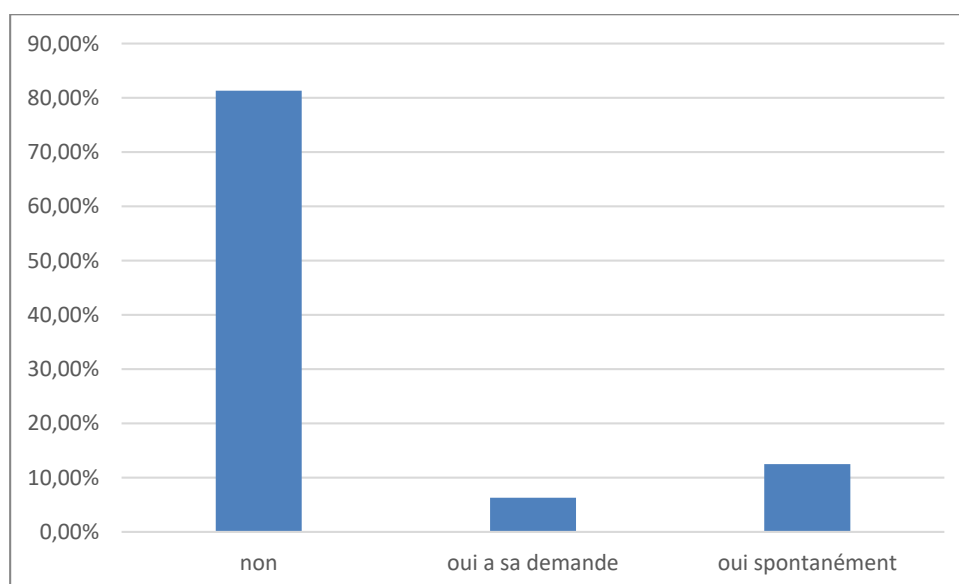


Figure 56 : Répartition des femmes selon leur confession d'agression sexuelle à leur médecin (n=26)

❖ Avez-vous porté plainte chez la police ou services sociaux ?

Deux femmes ont porté plaintes contre une agression sexuelle dont un cas était condamné à la prison pendant 2 mois.

La moyenne d'âge de la première agression sexuelle était de $15,69 \pm 3,94$ ans avec un minimum de 6 ans et un maximum de 22 ans.

Parmi les 23 femmes qui ont souffert de violence sexuelle (échelle de violence entre 1 et 10), la moyenne de l'échelle de conséquences d'agression sexuelle dans notre population était de $7,22 \pm 3,05$ avec un minimum de 1 et un maximum de 10.

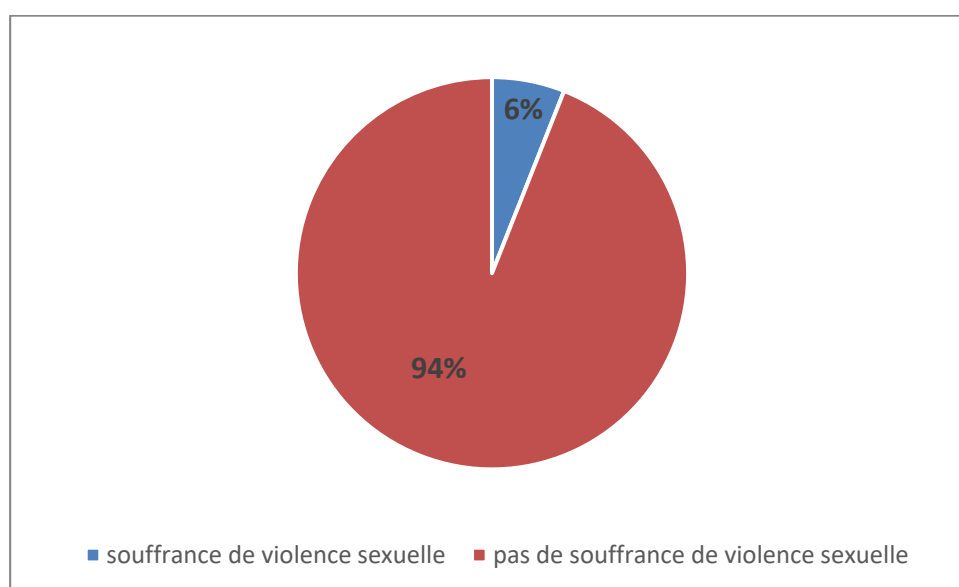


Figure 57 : Répartition des femmes selon l'existence d'une souffrance de violence sexuelle (n=383)

❖ Age de confession de violence sexuelle

Concernant l'âge de confession de violence sexuelle, il était de 18 ans dans un cas, 20 ans dans un cas et 22 ans dans un autre cas.

La moyenne de l'échelle de lien entre la violence sexuelle et la visite médicale, c'était de $6,76 \pm 3,71$ [minimum=0 et maximum=10].

❖ Avez-vous peur d'être victime de violence sexuelle ?

La moyenne de l'échelle de peur d'être victime de violence sexuelle était de $4,14 \pm 3,2$ [minimum=1 et maximum=10].

❖ **Quelle est la possibilité de tomber victime a la violence sexuelle durant le prochain mois ?**

La médiane de l'échelle de possibilité d'être victime de violence sexuelle le mois prochain était de 1 (IQR : [1-3]) [minimum=0 et maximum=10].

❖ **La lecture et la réponse à ce questionnaire vous donnent une sensation d'inconfort ?**

La moyenne de l'échelle d'inconfort lors du questionnaire était de $3,46 \pm 2,5$ [minimum=0 et maximum=9].

3. RESULTATS DES ECHELLES DE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE

3.1. QUALITÉ DE SOMMEIL

La moyenne du score de qualité de sommeil dans notre population était de $5,32 \pm 3,16$ avec un minimum de 0 et un maximum de 17.

Selon la classification, 154 femmes (40,1%) ont une mauvaise qualité de sommeil (score >5) et 230 femmes (59,9%) ont une bonne qualité de sommeil (score ≤5).

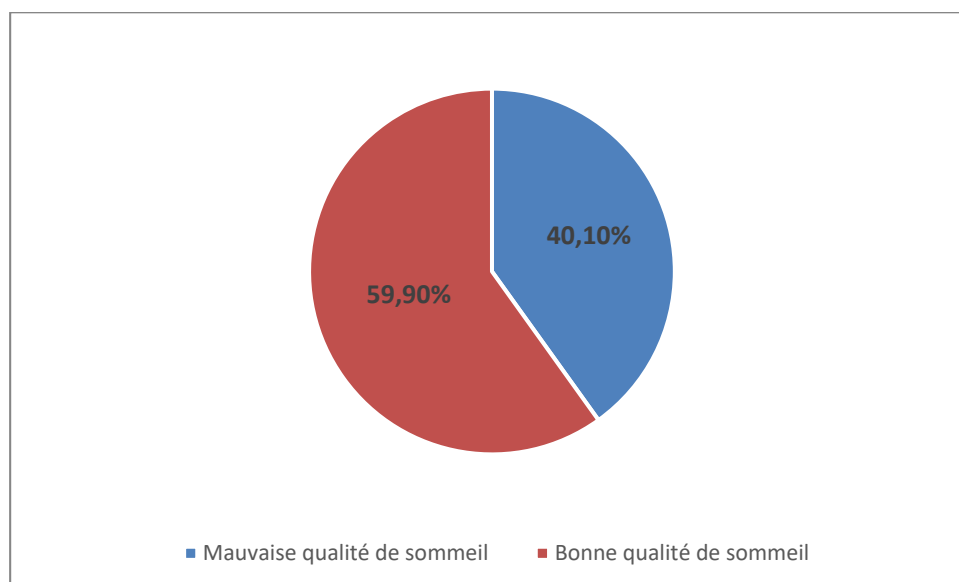


Figure 58 : Répartition des résultats de l'échelle de qualité de sommeil (n=384)

3.2. ANXIÉTÉ

La moyenne du score d'anxiété dans notre population était de $7,65 \pm 4,41$ avec un minimum de 0 et un maximum de 21. Selon la classification, 97 femmes (24,4%) ont une anxiété minime, 171 (44,8%) ont une anxiété légère, 90 (23,6%) ont une anxiété modérée et 24 femmes (6,3%) ont une anxiété sévère.

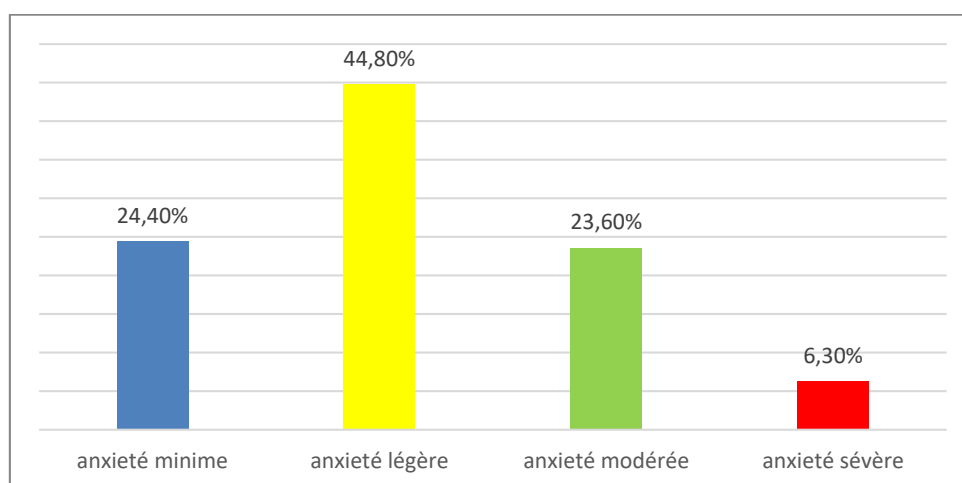


Figure 59 : Résultats de l'échelle de l'anxiété dans notre population (n=382)

3.3. DÉPRESSION DU PÉRI-PARTUM

La moyenne du score dans notre population était de $15,15 \pm 3,54$ avec un minimum de 6 et un maximum de 28. Selon la classification, 18 femmes (5,6%) ont des symptômes dépressifs légers, 48 femmes (14,8%) ont des symptômes dépressifs modérées et 258 (79,6%) ont des symptômes dépressifs majeurs.

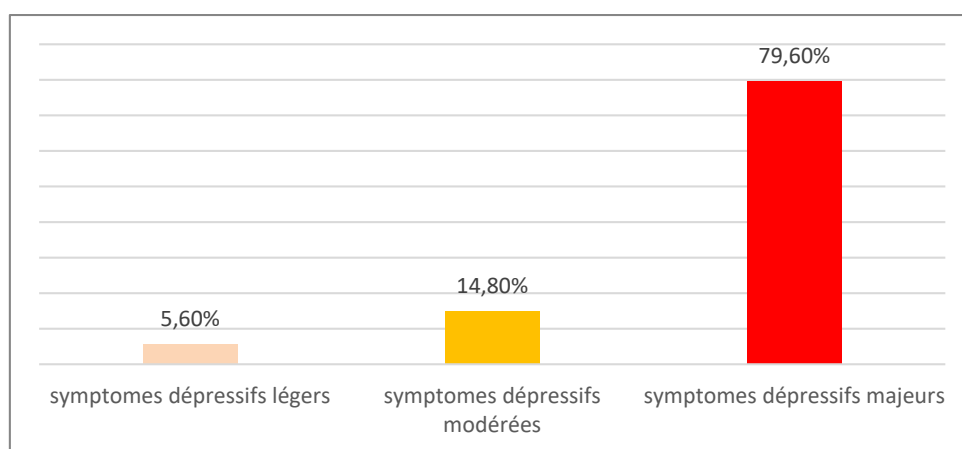


Figure 60 : Résultats de l'échelle de dépression péripartum dans notre population (n=324)

3.4. ESTIME DE SOI

La moyenne du score dans notre population était de $24,80 \pm 1,80$ avec un minimum de 20 et un maximum de 31.

Selon la classification, 154 femmes (44,9%) ont une estime de soi très faible (score <25), 188 femmes (54,8%) ont une estime de soi faible (score :25-31) et une femme (0,3%) a une estime de soi dans la moyenne (score : 31-34). Aucune femme n'avait une estime de soi fort (34-39) ou très fort (>39).

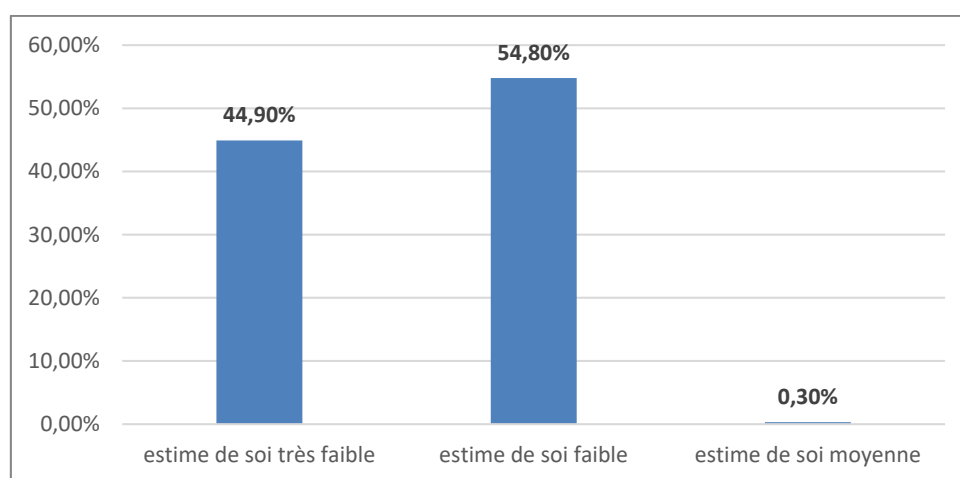


Figure 61 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi dans notre population (n=343)

Tableau I : Tableau récapitulatif des résultats des échelles de l'anxiété, de la dépression, de l'estime de soi et la qualité de sommeil

		Effectif (n)	Pourcentage (%)
Score anxiété (N=382)	Anxiété minime	97	25,4%
	Anxiété légère	171	44,8%
	Anxiété modérée	90	23,6%
	Anxiété sévère	24	6,3%
Score dépression péripartum (N=324)	Symptômes dépressifs légers	18	5,6%
	Symptômes dépressifs modérés	48	14,8%
	Symptômes dépressifs majeurs	258	79,6%
Score d'estime de soi (N=343)	Estime de soi très faible	154	44,9%
	Estime de soi faible	188	54,8%
	Estime de soi moyenne	1	0,3%
	Estime de soi forte	0	0,0%
	Estime de soi très forte	0	0,0%
Score PSQI (N=384)	Mauvaise qualité de sommeil	154	40,1%
	Bonne qualité de sommeil	230	59,9%

4. ETUDE ANALYTIQUE

4.1. ASSOCIATION ENTRE CHAQUE TYPE DE VIOLENCE AVEC LES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET LES DONNEES DE SANTE (ETAT DE SANTE, ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES, HABITUDE DE VIE)

4.1.1. Violence psychologique

4.1.1.1. Résultats de l'analyse univariée :

Tableau I récapitule les différents résultats de l'analyse univariée.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre le niveau d'éducation et la souffrance de violence psychologique ($p=0,017$). Les femmes ayant un niveau d'éducation primaire et secondaire avait une souffrance de violence psychologique plus que les autres femmes (dans 31,8% et 51,1% des cas, respectivement), tandis que celles ayant un niveau universitaire avaient moins de souffrance de violence psychologique

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre l'état de santé des femmes la dernière année et la souffrance de violence psychologique. Les femmes ayant un état de santé très faible avaient une souffrance de violence psychologique dans 16,9% des cas, contre 7,8% chez celles qui n'en avaient pas ; $p<0,001$.

De même pour l'hospitalisation la dernière année et la souffrance de violence psychologique. Les femmes ayant été hospitalisées ont souffert dans 30,9% de violence psychologique, comparé à 16,6% qui n'en avaient pas une souffrance ; $p=0,001$.

Une association statistiquement significative était aussi retrouvée entre les troubles de sommeil la dernière année et la souffrance de violence psychologique. Les femmes ayant eu peu souvent de troubles de sommeil ont souffert de violence psychologique dans 14,7% des cas, contre 5,7% chez celles qui n'en avaient pas ; $p<0,001$.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre les problèmes somatiques la dernière année et la souffrance de violence psychologique. Les femmes ayant eu très souvent des problèmes somatiques ont souffert de violence psychologique dans 29,7% contre 11,1% chez celles qui n'en avaient pas ; $p<0,001$.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'efficacité de vie sexuelle la dernière année et la souffrance de violence psychologique. Les femmes n'ayant pas une vie sexuelle efficace ont souffert de violence psychologique dans 28,7% des cas, cependant celles qui ne souffrent pas représentent 9% .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'antécédent d'expérience traumatisante la dernière année et la souffrance de violence psychologique. Les femmes ayant des expériences traumatisantes ont souffert souvent dans 18,5% des cas contre 3,7% qui n'en avaient pas; **p<0,001** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'antécédent psychiatrique et la souffrance de violence psychologique. Chez les femmes ayant des antécédents psychiatriques, 29,2% ont présenté une souffrance psychologique contre 2,1% qui n'en avaient pas. ; **p<0,001** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre le tabagisme et la souffrance de violence psychologique. Chez les femmes tabagiques 39,1% ont présenté une souffrance psychologique contre 18,1% qui n'en avaient pas, avec **p<0,001**.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'alcoolisme et la souffrance de violence psychologique. Parmi les femmes qui sont alcooliques, 5,1% ont une souffrance psychique. En revanche, celles qui ne souffrent pas représentent 0,9% ; **p = 0,014** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre la toxicomanie et la souffrance de violence psychologique. Les femmes toxicomanes souffrant de violence psychologique représentent 2,18% ; **p = 0,049**.

Nos résultats n'ont pas montré d'autres associations statistiquement significatives.

Tableau II : Association entre la souffrance de violence psychologique et les données sociodémographiques et données de santé

		Souffrance de violence psychologique				p
		Non		Oui		
		N	%	N	%	
Nullipare, pauci pare, multipare (N=181)	Nullipare	35	27,1%	11	21,1%	0,704
	Paucipare	76	58,9%	33	63,5%	
	Multipare	18	14,0%	8	15,4%	
Terme 36 SA (N=108)	<36SA	38	50,0%	11	34,4%	0,136
	>=36SA	38	50,0%	21	65,6%	
Niveau éducatif (N=370)	Aucun	13	5,5%	6	4,4%	0,017
	Primaire	54	23,0%	43	31,8%	
	Secondaire	108	46,0%	69	51,1%	
	Universitaire	60	25,5%	17	12,6%	
Origine (N=275)	Gouvernorat de Sousse	134	77,9%	84	81,6%	0,470
	Autre gouvernorat	38	22,1%	19	18,4%	
Habitat (N=364)	Propriétaire	98	42,6%	52	38,8%	0,477
	Locataire	132	57,4%	82	61,2%	
Profession mari (N=345)	Chômage	2	0,9%	1	0,8%	0,127
	Secteur public	30	13,5%	7	5,7%	
	Secteur privé	189	85,1%	115	93,5%	
	Retraite	1	0,5%	0	0,0%	
Profession femme (N=353)	FAF	135	59,0%	70	56,5%	0,275
	Secteur public	14	6,1%	7	5,6%	
	Secteur privé	60	26,2%	42	33,9%	
	Retraite	1	0,4%	1	0,8%	
	Étudiante	19	8,3%	4	3,2%	
État civil (N=368)	Célibataire	0	0,0%	1	0,8%	0,581
	Mariée	230	97,9%	129	97,0%	
	Divorcée	4	1,7%	2	1,5%	
	Veuve	1	0,4%	1	0,8%	
		Souffrance de violence psychologique				p
		Non		Oui		
		N	%	N	%	
Etat de santé durant la dernière année (N=380)	Très faible	19	7,8%	23	16,9%	<10 ⁻³
	Assez faible	61	25,0%	56	41,2%	
	Assez bon	110	45,1%	43	31,6%	
	Très bon	54	22,1%	14	10,3%	
Hospitalisation durant la dernière année (N=377)	Non	201	83,4%	94	69,1%	0,001
	Oui	40	16,6%	42	30,9%	
Trouble de sommeil durant la dernière année (N=381)	Non	124	50,6%	22	16,2%	<10 ⁻³
	Peu souvent	58	23,7%	51	37,5%	
	Souvent	49	20,0%	43	31,6%	
	Très	14	5,7%	20	14,7%	

	souvent					
Problèmes somatiques durant la dernière année (N=382)	Non	57	23,4%	11	8,0%	<10 ⁻³
	Peu	56	23,0%	32	23,2%	
	souvent					
	Souvent	104	42,6%	54	39,1%	
Efficacité vie sexuelle durant la dernière année (N=370)	Très	27	11,1%	41	29,7%	<10 ⁻³
	souvent					
	Non	21	9,0%	39	28,7%	
	Peu	40	17,1%	42	30,9%	
Expérience traumatisante durant la dernière année (N=376)	souvent					<10 ⁻³
	Souvent	75	32,1%	31	22,8%	
	Très	98	41,9%	24	17,6%	
	souvent					
Antécédent psychiatrique (N=378)	Non	211	87,6%	70	51,9%	<10 ⁻³
	Peu	16	6,6%	36	26,7%	
	souvent					
	Souvent	9	3,7%	25	18,5%	
Tabagisme (N=376)	Très	5	2,1%	4	3,0%	<10 ⁻³
	souvent					
	Non	236	97,9%	97	70,8%	
	Oui	5	2,1%	40	29,2%	
Alcoolisme (N=370)	Non	195	81,9%	84	60,9%	0,014
	Oui	43	18,1%	54	39,1%	
	Non	232	99,1%	129	94,9%	
	Oui	2	0,9%	7	5,1%	
Toxicomanie (N=373)	Non	236	100%	134	97,82%	0,049
	Oui	0	0,0%	3	2,18%	

4.1.1.2. Résultats de l'analyse multivariée

L'analyse multi variée a trouvé un seul facteur indépendamment associé à la souffrance de violence psychologique qui est le tabagisme, $p=0,002$, OR ajusté=5,155 IC95% (1,833-14,501).

Tableau III: Facteurs associés à la souffrance de la violence psychologique

Facteur	p	OR ajusté	IC 95%
Tabagisme	0,002	5,155	1,833-14,501

4.1.2. Violence physique

4.1.2.1. Résultats de l'analyse univariée :

Tableau *II* récapitule les différents résultats de l'analyse univariée.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la violence physique et le niveau d'éducation. Les femmes ayant un niveau d'éducation universitaire avaient une moindre souffrance de la violence physique (9,7% versus 28,7%); **$p<0,001$** .

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre l'état de santé des femmes la dernière année et la souffrance de violence physique. Celles qui ont un état de santé très faible et souffrent de violence physique représentent 14,5%, cependant 8,55% n'en souffrent pas ; **$p=0,037$** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre les troubles de sommeil la dernière année et la souffrance de violence physique. Les femmes ayant eu des troubles de sommeil très souvent ont souffert de violence physique dans 20,4% contrairement à celles qui n'en souffrent pas (seulement 5,4%) ; **$p<10^{-3}$** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre les problèmes somatiques la dernière année et la souffrance de violence physique. Les femmes qui éprouvent fréquemment des problèmes physiques sont victimes de violence physique dans 26,4% des cas, tandis que ce chiffre est de l'ordre de 11,7% pour celles qui n'en rencontrent pas ; **$p<10^{-3}$** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'efficacité de vie sexuelle la dernière année et la souffrance de violence physique. Les femmes ayant une vie sexuelle inefficace souffrant de violence physique représentent 26% alors que ce chiffre est de 9,3% pour celles qui n'en souffrent pas ; **$p<10^{-3}$** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'antécédent d'expérience traumatisante la dernière année et la souffrance de violence physique. Les femmes ayant vécu fréquemment des expériences traumatisantes souffrent de violence physique dans 14,3% des cas, contre 5,4% pour celles qui n'en ont pas vécu ; **$p<10^{-3}$** .

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'antécédent psychiatrique et la souffrance de violence physique. Les femmes ayant des antécédents psychiatriques souffrent de violence physique dans 24,8% des cas, tandis que celles qui ont des antécédents mais ne souffrent pas de violence physique représentent 2,7% ; $p < 10^{-3}$.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre le tabagisme et la souffrance de violence physique. Les femmes fumeuses souffrent de violence physique dans 40,1% des cas, tandis que celles qui sont fumeuses mais ne souffrent pas représentent 15,5% ; $p < 10^{-3}$.

Nos résultats n'ont pas montré d'autres associations statistiquement significatives.

Tableau IV : Relation entre la souffrance de violence physique et les données sociodémographiques et données de santé

		Souffrance de violence physique				p
		Non		Oui		
		n	%	n	%	
Nullipare, pauci pare, multipare (N=181)	Nullipare	35	25,5%	11	25,0%	0,786
	Paucipare	81	59,1%	28	63,6%	
	Multipare	21	15,3%	5	11,4%	
Terme 36 SA (N=108)	<36SA	37	49,3%	12	36,4%	0,212
	>=36SA	38	50,7%	21	63,6%	
Niveau éducatif (N=370)	Aucun	14	6,5%	5	3,2%	<10 ⁻³
	Primaire	50	23,1%	47	30,5%	
	Secondaire	90	41,7%	87	56,5%	
	Universitaire	62	28,7%	15	9,7%	
Origine (N=275)	Gouvernorat de Sousse	133	81,1%	85	76,6%	0,364
	Autre gouvernorat	31	18,9%	26	23,4%	
Habitat (N=364)	Propriétaire	95	44,8%	55	36,2%	0,099
	Locataire	117	55,2%	97	63,8%	
Profession mari (N=345)	Chômage	2	1%	1	0,7%	0,097
	Secteur public	29	13,9%	8	5,9%	
	Secteur privé	177	84,7%	127	93,4%	
	Retraite	1	0,5%	0	0,0%	
Profession femme (N=330)	FAF	124	58,5%	81	57,4%	0,139
	Secteur public	17	8,0%	4	2,8%	
	Secteur privé	54	25,5%	48	34,0%	
	Retraite	1	0,5%	1	0,7%	
	Étudiante	16	7,5%	7	5,0%	
Etat civil (N=368)	Célibataire	1	0,5%	0	0,0%	0,814
	Mariée	210	97,7%	149	97,4%	
	Divorcée	3	1,4%	3	2,0%	
	Veuve	1	0,5%	1	0,7%	
		Souffrance de violence physique				p
		Non		Oui		
		N	%	N	%	
Etat de santé durant la dernière année (N=380)	Très faible	19	8,55%	23	14,5%	0,037
	Assez faible	61	27,4%	56	35,4%	
	Assez bon	96	43,2%	57	36,0%	
	Très bon	46	20,7%	22	13,9%	
Hospitalisation durant la dernière année (N=377)	Non	180	81,4%	115	73,7%	0,073
	Oui	41	18,6%	41	26,3%	
Trouble du sommeil durant la dernière année (N=381)	Non	114	50,9%	32	20,4%	<10 ⁻³
	Peu souvent	49	21,9%	60	38,2%	
	Souvent	49	21,9%	43	27,4%	

	Très souvent	12	5,4%	22	20,4%	
Problèmes somatiques durant la dernière année (N=382)	Non	61	27,4%	7	4,4%	<10 ⁻³
	Peu souvent	60	26,9%	28	17,6%	
	Souvent	76	34,1%	82	51,6%	
	Très souvent	26	11,7%	42	26,4%	
Efficacité vie sexuelle durant la dernière année (N=370)	Non	20	9,3%	40	26,0%	<10 ⁻³
	Peu souvent	43	19,9%	39	25,3%	
	Souvent	61	28,2%	45	29,2%	
	Très souvent	92	42,6%	30	19,5%	
Expérience traumatisante durant la dernière année (N=376)	Non	188	84,7%	93	60,4%	<10 ⁻³
	Peu souvent	17	7,7%	35	22,7%	
	Souvent	12	5,4%	22	14,3%	
	Très souvent	5	2,3%	4	2,6%	
Antécédent psychiatrique (N=378)	Non	215	97,3%	118	75,2%	<10 ⁻³
	Oui	6	2,7%	39	24,8%	
Tabagisme (N=376)	Non	185	84,5%	94	59,9%	<10 ⁻³
	Oui	34	15,5%	63	40,1%	
Alcoolisme (N=370)	Non	212	98,6%	149	96,1%	0,173
	Oui	3	1,4%	6	3,9%	
Toxicomanie (N=373)	Non	217	100%	153	98,0%	0,072
	Oui	0	0,0%	3	2,0%	

4.1.2.2. Résultats de l'analyse multivariée :

L'analyse multivariée a trouvé que les facteurs associés indépendamment à la souffrance de violence physique étaient : l'antécédent psychiatrique, l'expérience traumatisante durant la dernière année, l'efficacité de vie sexuelle durant la dernière année, les problèmes somatiques durant la dernière année et les troubles de sommeil durant la dernière année (Voir Tableau IV) .

Tableau V : Facteurs associés à la souffrance de la violence physique

Facteur		p	OR ajusté	IC 95%
Antécédent psychiatrique		0,007	5,325	1,569-18,075
Expérience traumatisante durant la dernière année	Non (référence)	0,003		
	Peu souvent	$<10^{-3}$	4,756	1,996-11,332
	Souvent	0,042	3,228	1,044-9,987
	Très souvent	0,424		
Efficacité vie sexuelle durant la dernière année	Non (référence)	0,004		
	Peu souvent	0,032	0,293	0,096-0,898
	Souvent	0,196		
	Très souvent	0,002	0,148	0,045-0,484
Problèmes somatiques durant la dernière année	Non (référence)	$<10^{-3}$		
	Peu souvent	0,168		
	Souvent	$<10^{-3}$	9,709	3,058-30,830
	Très souvent	0,001	9,098	2,349-35,237
Troubles de sommeil durant la dernière année	Non (référence)	0,026		
	Peu souvent	0,003	3,120	1,457-6,683
	Souvent	0,034	2,472	1,070-5,707
	Très souvent	0,109		

4.1.3. Violence sexuelle

4.1.3.1. Résultats de l'analyse univariée :

Tableau V récapitule les différents résultats de l'analyse univariée.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre le nombre de grossesses et la souffrance de violence sexuelle. Les femmes nullipares souffrant de violence sexuelle représentent 62,5%, tandis que celles qui ne souffrent pas de cette violence atteignent 23,7% ; **p=0,040**.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'hospitalisation la dernière année (durant la grossesse) et la souffrance de violence sexuelle. Les femmes ayant été hospitalisées ont souffert de violence sexuelle dans 39,1% des cas alors que celles ayant été hospitalisées et n'en souffrent pas représentent 20,6% ; **p=0,037**.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'antécédent d'expérience traumatisante la dernière année et la souffrance de violence sexuelle. Les femmes ayant vécu souvent des expériences traumatisantes et souffrant de violence sexuelle représentent 26,1%, tandis que celles qui n'en souffrent pas atteignent 7,9% ; **p=0,002**.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'antécédent psychiatrique et la souffrance de violence sexuelle. Les femmes ayant des antécédents psychiatriques et souffrant de violence sexuelle représentent 34,8%, tandis que celles qui n'en souffrent pas représentent 10,4% ; **p<10⁻³**.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre le tabagisme et la souffrance de violence sexuelle. Les femmes fumeuses souffrant de violence sexuelle représentent 56,5%, tandis que celles qui n'en souffrent pas atteignent 23,8% ; **p=0,001**.

Nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l'alcoolisme et la souffrance de violence sexuelle. Les femmes alcooliques ont souffert de violence sexuelle dans 18,2% des cas, tandis que celles qui n'en ont pas souffert représentent seulement 1,4% ; **p<10⁻³**.

Nos résultats n'ont pas montré d'autres associations statistiquement significatives.

Tableau VI : Relation entre la souffrance de violence sexuelle et les données sociodémographiques et données de santé

		Souffrance de violence sexuelle				p
		Non		Oui		
		N	%	N	%	
Nullipare, pauci pare, multipare (N=181)	Nullipare	41	23,7%	5	62,5%	0,040
	Paucipare	106	61,3%	3	37,5%	
	Multipare	26	15,0%	0	0,0%	
Terme 36 SA (N=108)	<36SA	45	44,1%	4	66,7%	0,281
	>=36SA	57	55,9%	2	33,3%	
Niveau éducatif (N=370)	Aucun	16	4,6%	3	13,0%	0,103
	Primaire	94	27,1%	3	13,0%	
	Secondaire	163	47,0%	14	60,9%	
	Universitaire	74	21,3%	3	13,0%	
Origine (N=275)	Gouvernorat de Sousse	207	79,9%	11	68,8%	0,285
	Autre gouvernorat	52	20,1%	5	31,3%	
Habitat (N=364)	Propriétaire	140	41,1%	10	43,5%	0,819
	Locataire	201	58,9%	13	56,5%	
Profession mari (N=345)	Chômage	3	0,9%	0	0,0%	0,889
	Secteur public	34	10,5%	3	15,0%	
	Secteur privé	287	88,3%	17	85,0%	
	Retraite	1	100,0%	0	0,0%	
Profession femme (N=330)	FAF	193	58,5%	12	52,2%	0,433
	Secteur public	20	6,1%	1	4,3%	
	Secteur privé	92	27,9%	10	43,5%	
	Retraitée	2	0,6%	0	0,0%	
	Étudiante	23	7,0%	0	0,0%	
Etat civil (N=368)	Célibataire	1	0,3%	0	0,0%	0,899
	Mariée	337	97,4%	22	100%	
	Divorcée	6	1,7%	0	0,0%	
	Veuve	2	0,6%	0	0,0%	
Souffrance de violence sexuelle						
		Non		Oui		P
		N	%	N	%	
État de santé durant la dernière année (N=380)	Très faible	38	10,6%	4	17,4%	0,535
	Assez faible	109	30,5%	8	34,8%	
	Assez bon	144	40,3%	9	39,1%	
	Très bon	66	18,4%	2	8,7%	
Hospitalisation durant la dernière année (N=377)	Non	281	79,4%	14	60,9%	0,037
	Oui	73	20,6%	9	39,1%	
Trouble de sommeil durant la dernière année (N=381)	Non	140	39,0%	6	27,3%	0,384
	Peu souvent	104	29,0%	5	22,7%	
	Souvent	84	23,4%	8	36,4%	
	Très souvent	31	8,6%	3	13,6%	
Problèmes somatiques durant la dernière année (N=382)	non	65	18,1%	3	13,0%	0,820
	Peu souvent	81	22,6%	7	30,4%	
	Souvent	149	41,5%	9	39,1%	

	Très souvent	64	17,8%	4	17,4%	
Efficacité vie sexuelle durant la dernière année (N=370)	Non	57	16,4%	3	13,0%	0,538
	Peu souvent	75	21,6%	7	30,4%	
	Souvent	98	28,2%	8	34,8%	
	Très souvent	117	33,7%	5	21,7%	
Expérience traumatisante durant la dernière année (N=376)	Non	270	76,5%	11	47,8%	0,002
	Peu souvent	48	13,6%	4	17,4%	
	souvent	28	7,9%	6	26,1%	
	Très souvent	7	2,0%	2	8,7%	
Antécédent psychiatrique (N=378)	Non	318	89,6%	15	65,2%	<10 ⁻³
	Oui	37	10,4%	8	34,8%	
Tabagisme (N=376)	Non	269	76,2%	10	43,5%	0,001
	Oui	84	23,8%	13	56,5%	
Alcoolisme (N=370)	Non	343	98,6%	18	81,8%	<10 ⁻³
	Oui	5	1,4%	4	18,2%	
Toxicomanie (N=373)	Non	348	99,4%	22	95,6%	0,174
	Oui	2	0,6%	1	4,4%	

4.1.3.2. Résultats de l'analyse multivariée :

L'analyse multivariée a trouvé que les facteurs associés indépendamment à la souffrance de violence sexuelle étaient : le niveau éducatif, l'antécédent psychiatrique et l'alcoolisme.

(Voir Tableau VI)

Tableau VII : Facteurs associés à la souffrance de la violence sexuelle

Facteur		<i>p</i>	OR ajusté	IC 95%
Niveau éducatif	Aucun (référence)	0,023		
	Primaire	0,003	0,046	0,006-0,354
	Secondaire	0,098		
	Universitaire	0,048	0,167	0,028-0,984
Antécédent psychiatrique		<10 ⁻³	7,236	2,452-21,358
Acoolisme		<10 ⁻³	18,437	4,194-81,044

4.2. ASSOCIATION DE LA VIOLENCE AVEC LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

4.2.1. Qualité de sommeil

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence psychologique et la qualité de sommeil. Parmi celles qui ont une mauvaise qualité de sommeil, 59,4% souffrent également de violence psychologique, tandis que 40,6% qui en souffrent et ont une bonne qualité de sommeil ; $p < 10^{-3}$.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence physique et la qualité de sommeil. Parmi les femmes qui souffrent de violence physique, 59,7% présentent également une mauvaise qualité de sommeil, tandis que 40,3% ont une bonne qualité de sommeil malgré cette souffrance ; $p < 10^{-3}$.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la qualité du sommeil entre les femmes souffrant de violence sexuelle et celles qui n'en souffrent pas : 52,2% des femmes souffrant de violence sexuelle ont une mauvaise qualité de sommeil, tandis que 47,8% ont une bonne qualité de sommeil.

Tableau VIII: relation entre la qualité de sommeil et la souffrance de violence

		PSQI>5 mauvaise qualité de sommeil		PSQI≤5 bonne qualité de sommeil		p
		N	%	n	%	
Souffrance de violence psychologique (N=384)	Non	72	29,3%	174	70,7%	$<10^{-3}$
	Oui	82	59,4%	56	40,6%	
Souffrance de violence physique (N=384)	Non	59	26,2%	166	73,8%	$<10^{-3}$
	Oui	95	59,7%	64	40,3%	
Souffrance de violence sexuelle (N=384)	Non	142	39,3%	219	60,7%	0,223
	Oui	12	52,2%	11	47,8%	

4.2.2. Anxiété

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence psychologique et l'anxiété. Les femmes souffrant de violence psychologique avaient une anxiété sévère dans 63,8% des cas et une anxiété minime à légère dans 23,9% des cas; $p < 10^{-3}$.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence physique et l'anxiété. Les femmes souffrant de violence physique avaient une anxiété sévère dans 59,5% des cas et une anxiété minime à légère dans 33,6% des cas; $p < 10^{-3}$.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence sexuelle et l'anxiété. Les femmes souffrant de violence sexuelle avaient une anxiété sévère dans 11,2% des cas et une anxiété minime à légère dans 3,7% des cas; $p = 0,025$.

Tableau IX: Relation entre l'anxiété et la souffrance de violence

	Score anxiété					p
	Anxiété minime à légère			Anxiété modérée à sévère		
		N	%	N	%	
Violence psychologique (N=382)	Non	204	76,1%	42	36,2%	<10 ⁻³
	Oui	64	23,9%	74	63,8%	
Violence physique (N=382)	Non	178	66,4%	47	40,5%	<10 ⁻³
	Oui	90	33,6%	69	59,5%	
Violence sexuelle (N=382)	Non	258	96,3%	103	88,8%	0,025
	Oui	10	3,7%	13	11,2%	

4.2.3. Dépression du péripartum

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence psychologique et la dépression. Les femmes souffrant de violence psychologique avaient une dépression modérée dans 29 cas (24,2%) alors que celles ne souffrant pas de violence psychologique avaient une dépression modérée dans 19 cas (9,3%) ; **p<10⁻³**.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence physique et la dépression. Les femmes souffrant de violence physique avaient une dépression modérée dans 28 cas (21,1%) alors que celles ne souffrant pas de violence physique avaient une dépression modérée dans 20 cas (10,5%) ; **p=0,001**.

Nos résultats ont montré une association statistiquement significative entre la souffrance de violence sexuelle et la dépression. Les femmes souffrant de violence sexuelle avaient une dépression modérée dans 33,3% des cas alors que celles ne souffrant pas de violence sexuelle avaient une dépression modérée dans 13,7% des cas ; **p=0,032**.

Tableau X : Relation entre la dépression péripartum et la souffrance de violence

		Score dépression péripartum						p
		Symptômes dépressifs légers		Symptômes dépressifs modérés		Symptômes dépressifs majeurs		
		N	%	N	%	N	%	
Souffrance de violence psychologique (N=324)	Non	5	2,5%	19	9,3%	180	88,2%	<10 ⁻³
	Oui	13	10,8%	29	24,2%	78	65,0%	
Souffrance de violence physique (N=324)	Non	6	3,1%	20	10,5%	165	86,4%	0,001
	Oui	12	9,0%	28	21,1%	93	69,9%	
Souffrance de violence sexuelle (N=324)	Non	16	5,2%	42	13,7%	248	81,0%	0,032
	Oui	2	11,1%	6	33,3%	10	55,6%	

4.2.4. Estime de soi

Nos résultats ont montrés une association statistiquement significative entre la souffrance de violence psychologique et l'estime de soi. Les femmes souffrant de violence psychologique avaient un estime de soi faible dans 63,6% des cas alors que celles n'en souffrant pas avaient un estime de soi faible dans 49,5% des cas ; **p=0,033**.

Les femmes souffrant de violence physique ont un estime de soi faible dans 58,9% des cas alors que celles n'en souffrant pas avaient un estime de soi faible dans 51,6% des cas. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Les femmes souffrant de violence sexuelle ont un estime de soi faible dans 65,2% des cas alors que celles n'en souffrant pas avaient un estime de soi faible dans 54,1% des cas. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Tableau XI: Relation entre l'estime de soi et la souffrance de violence

		Score d'estime de soi										P
		Estime de soi très faible		Estime de soi faible		Estime de soi moyenne		Estime de soi fort		Estime de soi très fort		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Souffrance de violence psychologique (N=343)	Non	107	50,0%	106	49,5%	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0,033
	Oui	47	36,4%	82	63,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Souffrance de violence physique (N=343)	Non	92	47,9%	99	51,6%	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	0,285
	Oui	62	41,1%	89	58,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Souffrance de violence sexuelle (N=343)	Non	146	45,6%	173	54,1%	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0,571
	Oui	8	34,8%	15	65,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	

DISCUSSION

DISCUSSION

1. RÉPONSES AUX OBJECTIFS ET PRINCIPAUX RÉSULTATS

Notre travail a révélé des constats significatifs concernant les femmes enceintes confrontées à la violence :

➤ **Concernant la violence psychologique :**

Une majorité significative 61,6% sur 138 de femmes enceintes ont rapporté avoir été victimes d'agression psychique, principalement par des hommes, dont le mari actuel dans près de la moitié des cas.

La souffrance due à la violence psychologique a été démontrée chez 35,9% des femmes, avec des conséquences notables sur leur santé mentale, notamment une prévalence accrue de troubles de sommeil (59,4%), d'anxiété modérée à sévère (63,8%), et de dépression modérée (24,2%) ainsi qu'une estime de soi plus faible (63,6%).

➤ **En ce qui concerne la violence physique :**

Un tiers (33,6%) sur 140 des femmes enceintes ont déclaré avoir subi des agressions physiques pendant leur grossesse, souvent perpétrées par des hommes, dont le mari actuel dans près de 40% des cas.

Les femmes souffrant de violence physique ont également présenté des niveaux plus élevés de souffrance et de détresse mentale, illustrés par une prévalence accrue de troubles de sommeil (59,7%), d'anxiété modérée à sévère (59,5%) , de dépression modérée (21,1%) et d' une estime de soi faible dans 58,9% des cas.

➤ **Et finalement pour la violence sexuelle :**

Bien que moins fréquente, environ un tiers (30,4%) sur 23 femmes enceintes ont signalé avoir été victimes d'agression sexuelle pendant la grossesse, principalement perpétrée par des hommes, avec une implication moindre du mari actuel.

Les femmes ayant subi des agressions sexuelles ont également présenté des niveaux significativement plus élevés de détresse mentale, avec une prévalence plus élevée d'anxiété

sévère (11,2%) , de dépression modérée (33,3%) , de troubles de sommeil (52,2%) et de faible estime de soi dans 65,2% des cas.

Ces résultats soulignent l'impact profond de la violence subie pendant la grossesse sur la santé mentale des femmes, mettant en évidence la nécessité de stratégies de prévention et de soutien appropriées pour atténuer ces effets néfastes.

2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

2.1. CONTEXTE DE LA VIOLENCE CONJUGALE EN TUNISIE

2.1.1. Cadre légal et politiques publiques :

La violence conjugale en Tunisie est un problème complexe et ancien qui remonte à plusieurs décennies. Les premières études sur la violence domestique dans le pays datent des années 1980, lorsque les chercheurs ont commencé à explorer ce phénomène préoccupant (18).

Cependant, au cours des dernières années, la sensibilisation à la violence conjugale a augmenté en Tunisie. Des organisations de défense des droits des femmes et des mouvements féministes ont joué un rôle clé dans la mise en lumière de ce problème et dans la promotion d'un changement social.

En 2010, suite à la révolution tunisienne, des initiatives juridiques ont été prises pour lutter contre la violence domestique. La constitution tunisienne adoptée en 2014 reconnaît explicitement le droit des femmes à vivre sans violence (19).

De plus, la loi n°58 de 2017 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée par le Parlement tunisien, criminalise spécifiquement la violence conjugale. Cette loi définit la violence conjugale comme "tout acte de violence physique, sexuelle, psychologique ou économique commis par le conjoint ou l'ex-conjoint". Les auteurs de ces actes sont passibles de sanctions pénales allant de six mois à trois ans de prison, voire davantage en cas de circonstances aggravantes, renforçant ainsi la protection des femmes contre les violences conjugales y compris les femmes enceintes. Cette loi reconnaît également le droit des femmes à un environnement familial sur et sain, en particulier pendant la grossesse (4).

En ce qui concerne les politiques publiques, la Tunisie a mis en place plusieurs mesures pour lutter contre la violence conjugale. Le ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance

joue un rôle central dans la promotion des droits des femmes et la protection des victimes de violence. Il coordonne des actions de sensibilisation, de prévention et de prise en charge des femmes victimes de violence, y compris les femmes enceintes (20).

Il est important de souligner que malgré ces avancées législatives et politiques, la violence conjugale reste encore largement sous-estimée et minimisée en Tunisie. Les stéréotypes de genre et les normes sociales patriarcales persistent, ce qui entrave souvent la prise de conscience de cette problématique et empêche les victimes de demander de l'aide.

2.1.2. Facteurs socioculturels contribuant à la perpétuation de la violence conjugale en Tunisie

En Tunisie, la perpétuation de la violence conjugale est influencée par plusieurs facteurs socioculturels profondément enracinés.

Tout d'abord, les normes de genre traditionnelles jouent un rôle significatif, favorisant souvent une culture de domination masculine et de soumission féminine. Cette dynamique crée un environnement où la violence peut être justifiée ou minimisée.

De plus, la stigmatisation sociale entourant le divorce et la séparation décourage souvent les femmes de quitter des situations abusives, les maintenant piégées dans des relations violentes.

Les pratiques matrimoniales traditionnelles telles que les mariages arrangés ou précoces peuvent également contribuer à la vulnérabilité des femmes en les plaçant dans des situations de pouvoir inégales (21).

De plus, le manque de sensibilisation et d'éducation sur les droits des femmes et la nature inacceptable de la violence conjugale laisse souvent place à une tolérance sociale accrue envers ce phénomène. Le manque d'accès aux ressources et aux services de soutien pour les femmes victimes de violence conjugale aggrave encore leur vulnérabilité.

En outre, les lacunes dans l'application effective des lois contre la violence domestique créent un sentiment d'impunité pour les auteurs de violence conjugale, renforçant ainsi le cycle de la violence (22).

Enfin, les pressions familiales et sociales pour maintenir l'unité familiale et préserver l'honneur familial peuvent dissuader les femmes de signaler ou de quitter des situations de violence conjugale.

Ensemble, ces facteurs socioculturels contribuent à perpétuer la violence conjugale en Tunisie, créant un défi complexe et profondément enraciné qui nécessite des interventions sensibles au contexte pour être adressé efficacement.

2.2. PREVALENCE DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Dans notre étude , 85 (61,6%) femmes enceintes ont subies une agression psychologique durant la grossesse, 47 femmes (33,6%) étaient victimes d'agression physique durant la grossesse et ce qui concorde avec la littérature , et uniquement 7 femmes enceintes (30,4%) étaient victimes d'agression sexuelle durant cette période parmi les 23 patientes qui ont subies de la violence sexuelle durant leurs vies , ce pourcentage est discordant avec la littérature pour des raisons différents comme on a mentionné auparavant principalement pour le caractère tabou de notre sujet et le biais de sous déclaration.

Des recherches internationales ont révélé que la violence à l'égard des femmes est bien plus répandue et sévère que prévu. Une analyse des études menées dans 35 pays avant 1999 a révélé que, à un moment donné de leur vie, entre 10 et 52 % des femmes ont déclaré avoir été physiquement , tandis que de 10 à 30 % ont été victimes de violences sexuelles de la part d'un partenaire intime (23) .

Une étude transversale a été menée dans une maternité à faible risque de la municipalité de Cariacica, Espírito Santo, de août à octobre 2017, un total de 330 femmes en post-partum ont été interrogées. Un questionnaire a été utilisé pour recueillir des informations sur les caractéristiques socio-économiques, comportementales, reproductives et cliniques, ainsi que sur les expériences de vie, objectivant une prévalence de la violence psychologique de 16,1 % de 7,6 % pour la violence physique, et de 2,7 % pour la violence sexuelle (24).

Dans la seule étude de prévalence rapportée jusqu'à présent au Canada, 6,6% des 548 femmes ont déclaré avoir été abusées pendant la grossesse (25).

Une autre étude transversale effectuée de décembre 2012 à janvier 2013 s'est déroulée dans la ville de Dakar, au Sénégal , a objectivé que sur les 31 femmes victimes, 4 (12,90 %) étaient en état de grossesse (26).

L'Enquête Nationale Sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie (ENVEFT) réalisée en 2010 sur 3873 femmes, âgées de 18 à 64 ans, a montré que 47.6% des femmes ont subi au moins une des formes de violence durant leur vie. Le partenaire intime reste le premier auteur de la violence physique dans 47.2% des cas, de la violence psychologique dans 68.5 %, de la violence sexuelle dans 78.2% et de la violence économique dans 77.9% des cas (22).

2.3. MANIFESTATIONS DE LA VIOLENCE CONJUGALE PENDANT LA GROSSESSE

2.3.1. Types et fréquences de violence

2.3.1.1. Violence psychologique

La violence psychologique est fréquente chez les femmes enceintes en Tunisie. Il s'agit d'une forme de violence plus insidieuse, qui vise à détruire l'estime de soi et à contrôler la vie de la femme enceinte. Les insultes, les humiliations, les menaces et le chantage émotionnel sont autant de comportements abusifs que ces femmes peuvent subir.

Notre étude a objectivé que 85 (61,6%) femmes enceintes ont été agressées psychiquement , un pourcentage qui dépasse significativement les valeurs de la littérature, en effet, la sensation de répression antérieure était trouvée chez 40 femmes (10,5%) durant l'âge adulte , par ailleurs 28 femmes (6,6%) ont dit qu'elles ont eu la sensation de peur antérieure et enfin 26 femmes (6,8%) ont dits qu'elles ont été menacées et contrôlées au cours de leurs vies .

La souffrance de la violence psychologique était par ailleurs notée chez 138 femmes enceintes (35,9%) .

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) est la première enquête française à grande échelle réalisée dans un but de santé publique. Elle a été réalisée entre mars et juillet 2000 sur un échantillon représentatif de 6 970 femmes de France Métropolitaine âgées de 20 à 59 ans. Cette enquête a objectivé que 23,5% des femmes ont subi une violence psychologique durant la dernière année (27).

Une étude menée à Bali concernant 612 femmes enceintes a objectivé que 33% des femmes ont subi une violence psychologique durant la grossesse (28) .

2.3.1.2. Violence physique

Parmi toutes les violences faites aux femmes, la violence conjugale est la plus représentée.

Nos résultats ont objectivé que 47 femmes (33,6%) étaient victimes d'agression physique durant la grossesse , et elles ont affirmé avoir été agressées par un homme dans 60% des cas et c'est le mari actuel dans 38,7% des cas.

Déjà, en l'an 2000, une première étude mondiale menée par l'OMS montrait qu'entre 13 % et 61 % des femmes avaient subi des violences physiques d'un partenaire intime (29) .

Dans le monde, 1 femme sur 3 a été victime de violences physiques ou sexuelles – le plus souvent par un partenaire intime , et près de 3 femmes tuées sur 5 en 2017 l'ont été des suites de violences infligées par leur partenaire ou par un membre de leur famille (30) .

Une étude menée en Asie a objectivé que la proportion de femmes ayant déjà subi la violence physique d'un partenaire masculin allait de 13 % au Japon à 61 % dans la province du Pérou (31) .

Ces violences peuvent prendre différentes formes et se manifester à différents degrés de sévérité. En ce qui concerne les violences physiques, elles peuvent inclure des coups, des gifles, des pincements, voire des agressions plus graves telles que des strangulations.

Dans notre étude, 6.3% des femmes ont été agressées par une gifle, 6% par un coup de poing, 2.8% par une arme blanche.

Selon une étude menée à Dakar, 31 femmes (51.7%) sur 60 ont été agressées physiquement , parmi elles 38.7% par des coups de poing, 12% par projection contre le mur, et 9.6% par étranglement ou par projection d'objet (26) .

2.3.1.3. Violence sexuelle

Dans un contexte plus large, la violence sexuelle englobe un ensemble d'actes qui portent atteinte à l'intégrité sexuelle d'une personne, qu'ils impliquent ou non un contact physique direct. Parmi ces actes figurent l'agression sexuelle, y compris le viol, la coercition pour

obtenir des faveurs sexuelles, les attouchements non désirés et le harcèlement sexuel. Lorsque l'on considère les relations conjugales ou les partenaires intimes, la violence sexuelle se manifeste principalement à travers des actes de contrainte sexuelle non consentie (32).

D'après nos résultats, parmi les 23 femmes ayant subi une violence sexuelle durant leurs vies, uniquement 7 d'entre elles (soit 30,4%) l'ont vécu durant leur grossesse. Par ailleurs durant l'âge adulte, 1,9% ont rapporté avoir subi des attouchements sexuels, 1,1% ont été victimes de pénétration sexuelle non consentie, 1,9% ont été harcelées sexuellement, et 0,3% ont été contraintes à se dénuder de manière non désirée.

D'après ces données publiées par l'OMS en 2018, il est estimé que 641 millions de femmes ayant été mariées ou en couple ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles au moins une fois depuis l'âge de 15 ans. De plus, il est estimé que 245 millions de femmes appartenant à cette catégorie ont été confrontées à des violences conjugales au cours des 12 derniers mois (33).

Selon le rapport de violences faites aux femmes et aux filles au Royaume du Maroc en 2019, environ 7 femmes sur 100 ont été victimes de violence sexuelle dans le cadre de leur relation conjugale ou avec leur partenaire intime au cours des 12 mois précédant l'enquête (soit 6,8%). La grande majorité de ces femmes (86%) ont été contraintes de consentir à des relations sexuelles par crainte des conséquences en cas de refus, tandis que 56,7% ont été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur volonté, et 12,7% ont été contraintes à des activités sexuelles considérées comme humiliantes (34).

2.3.2. Caractéristiques des agresseurs de violence conjugale envers les femmes enceintes en Tunisie

Au niveau mondial, environ 30 % de toutes les femmes en couple ont été confrontées à des violences physiques et/ou sexuelles perpétrées par leur partenaire intime. Dans certaines régions, ce chiffre monte jusqu'à 38 % des femmes ayant été victimes de violence conjugale (30).

Il est important de mettre en avant certaines caractéristiques des agresseurs de violence conjugale envers les femmes enceintes en Tunisie.

Dans notre population, les conjoints étaient au chômage dans 3 cas (0,9%), ils travaillaient au secteur public dans 37 cas (10,7%), ils travaillaient au secteur privé dans 304 cas (88,1%), un seul était retraité mais aucune corrélation statistiquement significative n'a été trouvée entre la profession du mari et l'un des types de violences.

Selon l'ENVEFT, la fréquence des violences physiques et psychologiques varie en fonction de l'âge du partenaire, en effet elle augmente de 17,7 % pour la tranche d'âge de 25 à 39 ans à 24,3 % pour celle de 60 ans et plus pour les violences physiques, et de 19,2 % à 28,5 % pour les violences psychologiques. Toutes les formes de violence sont également associées au niveau d'éducation du partenaire, avec une diminution de la prévalence lorsque le niveau d'éducation augmente. Par exemple, la prévalence des violences physiques passe de 29,7 % chez les partenaires analphabètes à 6,4 % chez ceux ayant un niveau d'éducation supérieur. En outre, les partenaires en recherche d'emploi présentent une prévalence plus élevée de violences physiques et psychologiques, atteignant respectivement 33,9 % et 46,8 %, contre 20,3 % et 23,7 % pour ceux qui travaillent (8).

Une étude qui a concerné 100 femmes victimes de violences âgées de plus de 18 ans, consultant aux urgences du CHU de Kairouan pendant 3 mois en 2017 a objectivé que 9 % des partenaires, ont eu des antécédents psychiatriques et 5 % ont même eu un casier judiciaire. Il a également été vérifié que la plupart des maris agresseurs étaient de jeunes partenaires intimes âgés de 39 à 51 ans (5).

2.4. CONSEQUENCES PHYSIQUES DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LA SANTE DES FEMMES ENCEINTES

La violence faite aux femmes est aussi importante dans la sphère domestique qu'en dehors. En France, 20% des homicides sont dus à des violences conjugales, et une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son conjoint. Selon le ministère de l'intérieur et des Outre-mer, en 2006, 168 décès ont été constatés, 192 en 2007 et 157 en 2008 (35).

Deux récentes études sur les homicides en milieu urbain mettent en lumière une tendance préoccupante à Chicago et à New York, la principale cause de mortalité maternelle est désormais le traumatisme, l'homicide représentant la plus grande proportion de ces décès traumatiques. Le décès maternel est défini comme un décès survenant pendant la grossesse ou dans les 90 jours suivant la fin de celle-ci. Ces études sont les premières à révéler

l'augmentation du nombre de décès maternels attribués à des homicides, du moins dans les zones urbaines (36).

Parmi les conséquences physiques les plus fréquentes, on retrouve les traumatismes corporels tels que les ecchymoses, les fractures et les blessures internes. Ces blessures peuvent résulter de coups, de chutes ou encore d'utilisation d'objets contondants lors des agressions. Les femmes enceintes victimes de violences conjugales présentent également un risque accru de complications obstétricales telles que les fausses couches, les accouchements prématurés et les complications placentaires.

Selon une étude menée en Tunisie , à Sfax sur 2909 patientes agressée ayant consulté l'hôpital universitaire Habib Bourguiba, la violence physique était plus fréquente en été et en automne, atteignant un pic en juillet et pendant les week-ends. Le délai de consultation variait de 1 à 30 jours dans les deux tiers des cas. L'auteur de la violence était un partenaire intime dans 38,2 % des cas. L'objet contondant était l'arme utilisée dans 82,8 % des cas. Les blessures étaient principalement situées dans les membres supérieurs (52,6 %), suivies de la tête et du visage (42,7 %), principalement des ecchymoses et des écorchures (37) .

Environ 40 à 45 % des femmes victimes de violence domestique sont contraintes par leur partenaire masculin à avoir des rapports sexuels. Cette contrainte sexuelle entraîne probablement une augmentation des maladies inflammatoires pelviennes, un risque accru de maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, des lésions vaginales et anales, des infections de la vessie, des troubles sexuels, des douleurs pelviennes et d'autres problèmes de santé génito-urinaires (25) .

Il est important de souligner que les conséquences physiques des violences conjugales pendant la grossesse ne se limitent pas seulement à la mère. L'enfant à naître peut également être affecté. Les agressions physiques peuvent entraîner des traumatismes directs sur le fœtus, avec un risque accru de retard de croissance intra-utérin et de faible poids à la naissance. De plus, l'exposition à un environnement familial violent peut avoir des conséquences néfastes sur le développement psychomoteur et émotionnel de l'enfant à long terme (10) .

2.5. IMPACT DE LA VIOLENCE CONJUGALE SUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES ENCEINTES

2.5.1. Violence conjugale et qualité de sommeil

Les troubles du sommeil chez les femmes enceintes constituent un domaine d'étude crucial en raison de leur impact sur la santé maternelle et fœtale. Lorsque ces troubles sont associés à la violence conjugale, ils soulèvent des préoccupations supplémentaires quant à la santé et au bien-être de la mère et de l'enfant à naître.

D'après nos résultats, il apparaît que la qualité du sommeil est affectée chez les femmes victimes de différents types de violence. Parmi celles souffrant de violence psychologique, 82 cas (59,4 %) ont signalé une mauvaise qualité de sommeil, tandis que parmi celles souffrant de violence physique, 95 cas (59,7 %) ont rapporté des problèmes de sommeil. Pour les femmes victimes de violence sexuelle, une mauvaise qualité de sommeil a été observée dans 12 cas (52,2 %).

Selon une revue systématique et une méta-analyse de la prévalence et des résultats sur la santé de la violence domestique faite sur 18 pays du monde arabe , publiée en 2019, les femmes qui ont subi une violence conjugale ont trois fois plus de risque d'avoir des troubles du sommeil ; OR 3.2 (38) .

Une étude américaine publiée en 2011 a objectivé que chez 121 femmes agressées par leurs partenaires intimes, les troubles du sommeil à type d'insomnie et de cauchemars ont été observés chez respectivement 46% et 32% des femmes (39) .

2.5.2. Violence conjugale et anxiété

Lorsqu'une femme enceinte est confrontée à la violence conjugale, les effets sur son état émotionnel peuvent être dévastateurs. L'anxiété, déjà présente en raison des bouleversements physiologiques et émotionnels de la grossesse, peut être intensifiée par la peur constante de la violence et des représailles de son partenaire. La violence conjugale crée un environnement de stress chronique qui peut entraîner une anxiété généralisée, des attaques de panique et des troubles de stress post-traumatique chez les femmes enceintes (9) .

Nos résultats révèlent des prévalences d'anxiété concordant à celles rapportées dans la littérature. Dans notre étude, parmi les femmes victimes de violence psychologique, 63,8% présentaient des symptômes d'anxiété modérée à sévère. De même, pour celles souffrant de violence physique, ce chiffre était de 59,5%, tandis que pour les femmes victimes de violence sexuelle, il était de 11,2 %.

En 2016, une étude menée en Iran auprès de 615 femmes victimes de violence conjugale a révélé qu'un tiers d'entre elles, soit 32,7 %, présentaient des symptômes d'anxiété (40) .

Une étude menée en Inde par des activistes accrédités en santé sociale sur un échantillon de 480 femmes enceintes a montré que les participantes qui avaient subi des violences conjugales perpétrées par leur mari étaient plus susceptibles de souffrir d'anxiété prénatale avec un intervalle de 32 à 67% (41) .

2.5.3. Violence conjugale et estime de soi

L'estime de soi des femmes enceintes ayant subi une violence conjugale peut être profondément altérée. Cette combinaison de stress physique, émotionnel et psychologique peut entraîner une perception négative de soi, des sentiments de culpabilité et d'impuissance, ainsi qu'une perte de confiance en soi. Ces femmes peuvent développer une vision dévalorisée d'elles-mêmes, influencée par les messages dépréciatifs et les comportements abusifs de leur partenaire violent. La violence conjugale peut également restreindre leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et à se sentir en sécurité, ce qui peut encore affaiblir leur estime de soi. En conséquence, elles peuvent éprouver des difficultés à s'affirmer, à prendre des décisions autonomes et à se sentir valorisées en tant qu'individus (42) .

Dans notre étude, on constate que parmi les femmes victimes de violence physique, 58,9 % présentaient une faible estime de soi. Pour celles souffrant de violence psychologique, ce pourcentage s'élevait à 63,6 %, tandis que pour les femmes ayant subi des violences sexuelles, il atteignait 65,2 %.

Selon une étude menée en Iran et publiée en 2021 , une corrélation significative entre une attitude négative envers la violence et la diminution de l'estime de soi a été objectivée chez les femmes victimes de violence (43) .

2.5.4. Violence conjugale et dépression du péri-partum

Lorsque l'on considère les défis auxquels les femmes enceintes sont confrontées, la dépression péri-partum caractérisée par des sentiments de tristesse, de désespoir et de fatigue extrême émerge comme un sujet d'une importance particulière, surtout lorsqu'elles ont été victimes de violence conjugale. Cette période délicate de transition vers la maternité peut être exacerbée par les séquelles psychologiques de la violence subie, ajoutant un fardeau supplémentaire à la santé mentale des femmes.

La dépression du péri-partum est un problème courant qui touche jusqu'à 15 % des femmes. La plupart des femmes à risque peuvent être repérées avant l'accouchement en se basant sur leurs antécédents psychiatriques, les symptômes observés pendant la grossesse et les facteurs de stress psychosociaux récents (44) .

Nos résultats, en accord avec la littérature, indiquent que parmi les femmes faisant face à la violence psychologique, 24,2% manifestent des symptômes dépressifs modérés et 65% des symptômes dépressifs sévères. Pour celles exposées à la violence physique, ces chiffres sont de 21,1% pour les symptômes dépressifs modérés et 69,9% pour les symptômes dépressifs sévères. En outre, parmi celles confrontées à la violence sexuelle, 33,6% présentent des symptômes dépressifs modérés et 55,6% des symptômes dépressifs sévères.

Selon une revue systématique de la littérature publiée en 2016, Les taux de dépression prénatale oscillent entre 7 % et 20 % dans les pays à revenu élevé, tandis que des taux de 20 % ou plus ont été signalés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La DPM est estimée entre 7 % et 30 % dans différents pays, avec des taux plus élevés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les recherches ont montré que l'anxiété et la dépression prénatales sont des facteurs de risque significatifs pour la dépression post-partum, en plus des antécédents de maladies psychiatriques, des relations conjugales difficiles, des événements stressants, des attitudes négatives envers la grossesse et du manque de soutien social (45) .

La violence conjugale pendant la grossesse est associée à la dépression, tant pendant la grossesse que dans la période post-partum. En effet, les femmes victimes de violence pendant la grossesse sont 2,5 fois plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que celles qui ne sont pas victimes de violence. La dépression a été identifiée comme la conséquence la

plus courante des problèmes de santé mentale liés à la violence conjugale, près de 40 % des femmes victimes de violence signalant des symptômes dépressifs (7) .

2.6. FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES A LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

2.6.1. Facteurs individuels :

Tout d'abord, il a été démontré que l'âge des femmes enceintes peut jouer un rôle significatif dans la survenue de la violence conjugale. En effet, les jeunes femmes enceintes, sont plus susceptibles de subir des violences physiques ou psychologiques de la part de leur partenaire (46) .

Par ailleurs, le niveau d'éducation des femmes enceintes joue aussi un rôle crucial. Les femmes avec un faible niveau de scolarité ou celles qui n'ont pas terminé leurs études présentent une plus grande vulnérabilité à la violence conjugale. Cette situation peut être due à leur dépendance économique à l'égard de leur conjoint, ce qui les expose davantage aux abus (47) .

Nos résultats de l'étude soulignent une relation notable entre le niveau d'éducation et l'expérience de violence psychologique. Les femmes ayant un niveau universitaire ont été touchées par la violence psychologique dans 12,6% des cas, tandis que celles étant illetrées représentent 4,4%. De même, une association significative a été observée entre la violence physique et le niveau d'éducation. Les femmes diplômées de l'université ont subi des violences physiques dans 9,7% des cas, tandis que celles étant illetrées ont été touchées dans 3,2% des cas.

En outre, il est pertinent de noter que la situation socio-économique des femmes enceintes est un facteur déterminant dans l'apparition de la violence conjugale. Les femmes vivant dans des conditions de pauvreté, sans emploi ou dépendant financièrement de leur conjoint, sont plus susceptibles de faire face à la violence au sein de leur relation conjugale.

Une étude menée à Kairouan en 2017 chez 100 femmes victimes de violence, que l'âge médian était de 35 ans avec une fourchette allant de 18 à 59 ans. La plupart des femmes agressées avaient moins de 40 ans, notamment entre 32 et 45 ans. En ce qui concerne leurs origines, les victimes enregistrées dans les zones rurales étaient légèrement moins nombreuses

que celles des zones urbaines. Il a été observé que 90 % des patientes appartenaient à des niveaux socioéconomiques faibles ou moyens, et que 58 % d'entre elles étaient analphabètes ou avaient seulement un niveau d'éducation primaire. Le chômage ou le travail domestique étaient rapportés par 69 % des cas au total (5) .

De plus, les habitudes de vie, comme le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, peuvent influencer considérablement la probabilité qu'une femme soit victime de violence de la part de son partenaire intime. L'utilisation de substances addictives peut altérer le comportement et la perception, exacerbant ainsi les conflits et la violence dans la relation.

Enfin, les traumatismes antérieurs, les antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux peuvent accroître la vulnérabilité d'une femme à l'abus et favoriser des dynamiques relationnelles malsaines (48).

En conclusion, ces facteurs suscités ont été objectivés dans notre étude, et nos résultats étaient concordants avec la littérature.

2.6.2. Facteurs relationnels et socioculturels

Pour commencer, les relations de pouvoir inégalitaires au sein du couple peuvent constituer un facteur de risque majeur. Une étude menée en Espagne en 2017 a révélé que la prévalence de la VPI était plus élevée dans les communautés présentant une plus grande inégalité entre les sexes (49) .

De plus, la société tunisienne est marquée par des normes patriarcales profondément enracinées. Les hommes sont souvent considérés comme les chefs de famille et ont le pouvoir de contrôler et de dominer leurs partenaires féminines. Cette inégalité de pouvoir peut engendrer des comportements violents, notamment envers les femmes enceintes qui sont particulièrement vulnérables.

En outre, les attentes sociales liées au rôle de la femme en tant qu'épouse et mère contraignantes imposées aux couples pour répondre aux normes traditionnelles de la famille peuvent également être un facteur contributif à l'émergence de la violence conjugale pendant la grossesse. Une femme enceinte qui ne correspond pas aux attentes de son conjoint peut être victime de violences physiques, psychologiques ou sexuelles (50) .

Enfin, l'accès limité aux services de soutien et de protection pour les femmes enceintes victimes de violence conjugale constitue un autre facteur préoccupant. Les services tels que les refuges, les lignes d'assistance téléphonique et les services de santé mentale sont souvent insuffisants en Tunisie, rendant difficile pour les femmes enceintes d'obtenir l'aide dont elles ont besoin.

2.7. STRATEGIES DE PREVENTION ET D'INTERVENTION POUR LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

2.7.1. Sensibilisation et éducation des professionnels de santé sur la violence conjugale chez les femmes enceintes en Tunisie

La première étape pour la lutte de ce fléau, c'est la sensibilisation des professionnels de santé, en effet les statistiques nationales sur la violence conjugale et les études épidémiologiques spécifiques à la population des femmes enceintes devraient être mises à leurs disposition afin qu'ils comprennent l'ampleur du problème.

Outre la sensibilisation, il est crucial de former les professionnels de santé à la détection et à la prise en charge des femmes enceintes victimes de VPI. L'objectif est de permettre aux professionnels de santé de repérer les cas de violence conjugale lors des consultations prénatales et d'adopter une approche adéquate pour soutenir cette population de femmes (51) .

Une autre stratégie importante consiste à encourager la collaboration entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes, tels que les gynécologues-obstétriciens, les sage-femmes, les psychiatres et les psychologues. En travaillant ensemble, ces professionnels peuvent partager leurs connaissances et leurs expertises pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des femmes enceintes victimes de violence conjugale (52) .

2.7.2. Mise en place de protocoles de dépistage systématique de la violence conjugale chez les femmes enceintes en Tunisie

Les protocoles de dépistage systématique permettent d'identifier précocement les femmes enceintes qui sont victimes de violence conjugale. Ils consistent en une série de questions spécifiquement conçues pour détecter les signes de violence. Ces questions peuvent être

intégrées aux consultations prénatales régulières afin de garantir une approche systématique et standardisée.

Plusieurs pays ont déjà mis en place de tels protocoles avec succès. Par exemple, aux États-Unis, le collège américain des obstétriciens et gynécologues recommande que tous les fournisseurs de soins prénatals posent des questions sur la violence conjugale lors des consultations. Cette approche a permis d'augmenter significativement le dépistage et l'intervention précoce dans les cas de violence conjugale chez les femmes enceintes (53) .

En Tunisie, il est nécessaire d'adapter ces protocoles à la réalité locale, en prenant en compte les spécificités culturelles et sociales du pays. Des ressources et des formations spécifiques doivent être mises à leur disposition pour les aider dans cette démarche.

2.7.3. Accompagnement psychologique et social des femmes enceintes victimes de violence conjugale en Tunisie

L'accompagnement psychologique constitue l'une des approches clés pour aider les femmes enceintes victimes de violence conjugale en Tunisie. Il est essentiel d'offrir un espace sécurisé où elles peuvent exprimer leurs émotions, leurs peurs et leurs besoins.

Les professionnels de la santé mentale, tels que les psychologues et les psychiatres, jouent un rôle crucial dans ce processus en offrant un soutien émotionnel et en aidant ces femmes à reconstruire leur estime de soi et leur confiance en elles. Selon une étude menée aux États-Unis en 2021, le soutien psychologique a montré des effets positifs significatifs sur la santé mentale des femmes enceintes victimes de violence conjugale en diminuant les symptômes dépressifs et anxieux (54) .

Parallèlement à l'accompagnement psychologique, il est également important de fournir un soutien social aux femmes enceintes victimes de violence conjugale en Tunisie. Cela peut se faire à travers des groupes de soutien où elles peuvent partager leurs expériences avec d'autres femmes dans des situations similaires. Ces groupes permettent de créer un sentiment d'appartenance et de compréhension mutuelle, tout en offrant des informations pratiques sur les ressources disponibles, telles que les centres d'hébergement et les services juridiques. Une étude menée en Espagne en 2013 a montré que le soutien social était associé à une amélioration de la résilience et du bien-être psychologique chez les femmes enceintes victimes de violence conjugale (55) .

2.7.4. Interventions auprès des agresseurs de violence conjugale envers les femmes enceintes en Tunisie

Une première approche consiste à sensibiliser les agresseurs à l'impact de leur comportement violent sur les femmes enceintes et leurs futurs enfants. Des programmes de sensibilisation peuvent être mis en place, impliquant des interventions qui permettent aux agresseurs de prendre conscience des conséquences néfastes de leurs actes et de développer des compétences pour gérer leur colère et leurs émotions de manière non violente.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont également une approche prometteuse pour traiter les agresseurs de violence conjugale envers les femmes enceintes. Ces thérapies se concentrent sur la modification des schémas de pensée et des comportements violents, en aidant les agresseurs à identifier et à remettre en question leurs croyances erronées sur la violence et les relations de couple. Les TCC peuvent être proposées individuellement ou en groupe, et doivent être adaptées à la réalité culturelle et sociale de la Tunisie (56) .

En outre, il est important de mettre en place des mesures législatives et judiciaires pour sanctionner les agresseurs, des mesures telles que l'obtention de mesures d'éloignement ou de protection, l'ouverture de procédures judiciaires et l'imposition de sanctions appropriées peuvent dissuader les agresseurs de récidiver et protéger les femmes enceintes de nouvelles violences.

2.8. ROLE DES MEDECINS DANS LA DETECTION ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE CONJUGALE

En tant que professionnels de la santé, les médecins sont souvent les premiers à entrer en contact avec ces femmes et peuvent donc jouer un rôle essentiel dans la prévention, l'identification et le soutien des victimes de violence conjugale pendant leur grossesse.

Il est crucial de mettre en place un cadre sécurisé et confidentiel pour une écoute bienveillante afin de permettre à la victime de partager d'éventuels problèmes de violence conjugale. Les praticiens doivent garantir que les consultations se déroulent dans un lieu privé, où la patiente peut s'exprimer librement sans craindre d'être entendue par son partenaire ou d'autres personnes (57).

D'ailleurs, selon une étude menée par l'Association Tunisienne des Femmes Démocrates (ATFD) en 2017, les femmes victimes de violence conjugale sont souvent réticentes à parler de leur situation, par peur des conséquences et de la stigmatisation sociale (21) .

Les résultats de notre étude indiquent que concernant la confession de la violence psychologique à leur gynécologue, 82 femmes (90,1 %) n'ont jamais partagé, 3 femmes (3,3 %) l'ont fait avec les détails connus par leur médecin, 3 femmes (3,3 %) l'ont fait à la demande du médecin, et 3 femmes (3,3 %) l'ont fait spontanément.

En ce qui concerne la confession d'agression physique, 106 femmes (86,2 %) n'ont jamais confessé, 2 femmes (1,6 %) l'ont fait avec les détails connus par le médecin, 10 femmes (8,1 %) l'ont fait à la demande du médecin, et 5 femmes (4,1 %) l'ont fait spontanément.

Parmi les 16 femmes répondant à la question sur la confession d'agression sexuelle, 13 femmes (81,3 %) n'ont jamais confessé, une femme (6,3 %) l'a fait à la demande du médecin, et 2 femmes (12,5 %) l'ont fait spontanément.

Il est primordial que les médecins soient formés et sensibilisés à la violence conjugale chez les femmes enceintes afin de pouvoir reconnaître les signes et les symptômes, ainsi que d'évaluer les risques encourus par la patiente et son enfant à naître (52) . Les médecins doivent connaître les protocoles de dépistage appropriés tels que les outils de HITS (Hurt, Insulted, Threaten, Scream), E-HITS (Extended–Hurt, Insulted, Threaten, Scream), PSQ (Parent Screening Questionnaire), OVAT (Ongoing Violence Assessment Tool) , PVS (Partner Violence Screen) , AAS (Abuse, Assessment, Screen) qui sont largement utilisés dans le contexte médical pour évaluer les risques de violence domestique (58) .

Une fois que la violence conjugale est détectée, il est primordial que les médecins offrent aux femmes enceintes un soutien approprié et les orientent vers les ressources disponibles pour leur protection et leur prise en charge ainsi que les procédures à suivre pour signaler les cas de violence conjugale aux autorités compétentes (59) .

En effet selon la loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes :

« Toute personne, y compris celle tenue au secret professionnel, doit alerter les autorités compétentes tout cas de violence au sens de la présente loi, dès qu'elle en a pris connaissance, l'a observé ou a constaté ses effets.» (60).

3. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

3.1. FORCES DE L'ÉTUDE

Notre étude présente plusieurs points forts qui méritent d'être soulignés :

Tout d'abord, elle constitue une des recherches pionnières dans le contexte tunisien, abordant un sujet relativement peu étudié jusqu'à présent. En comblant cette lacune dans la littérature scientifique nationale et internationale, cette étude pourrait fournir des informations cruciales pour comprendre et aborder la violence conjugale pendant la grossesse.

De plus, la contextualisation culturelle est un autre point fort majeur de cette étude, notre travail permet une exploration approfondie de la prévalence, des caractéristiques et des conséquences de la violence conjugale dans un contexte culturel et social spécifique.

L'analyse de l'impact de la violence conjugale sur la santé mentale des femmes enceintes constitue également un point fort essentiel de cette étude. En mettant en lumière les effets dévastateurs de la violence sur le bien-être psychologique des femmes et de leurs enfants à naître, elle souligne l'importance cruciale de la prise en charge de ces problèmes de santé mentale.

Enfin, les résultats pourraient promouvoir le développement de programmes de prévention et d'intervention efficaces, ainsi que l'élaboration de politiques visant à protéger les femmes enceintes contre la violence conjugale et à promouvoir leur santé mentale.

En mettant en évidence l'importance de ces questions, cette étude pourrait contribuer à améliorer les services de soutien et de protection des femmes enceintes en Tunisie.

3.2. LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude présente également certaines limitations, qui ouvrent des perspectives intéressantes pour de futures recherches :

Tout d'abord, notre travail a concerné un nombre important de femmes (384 patientes) mais ces femmes peuvent ne pas être représentatives de l'ensemble de la population des femmes enceintes en Tunisie, ce qui peut introduire un biais de sélection dans les résultats.

Par ailleurs il convient de souligner que l'étude repose principalement sur des données auto-déclarées par les femmes enceintes. Cette méthode de collecte de données peut entraîner un biais de mémoire ou de perception, ce qui peut influencer la fiabilité des informations recueillies.

De plus, il est crucial de reconnaître que la recherche sur la violence conjugale est souvent entravée par le phénomène de la sous-déclaration. Les femmes enceintes peuvent hésiter à divulguer leurs expériences de violence en raison de la stigmatisation sociale, de la crainte de représailles ou de la tendance à minimiser leur situation. Par conséquent, les données recueillies peuvent ne pas pleinement refléter l'ampleur réelle du problème malgré l'instauration d'un climat de confiance, de sécurité et de confidentialité.

4. RECOMMANDATIONS

Il est crucial de mettre en place un ensemble de mesures intégrées pour répondre efficacement à la problématique de la violence conjugale chez les femmes enceintes. Tout d'abord, il est impératif de sensibiliser et de former les professionnels de la santé, y compris les gynécologues, les obstétriciens, les sage-femmes et le personnel des services de santé maternelle, à reconnaître les signes de violence conjugale lors des consultations prénatales.

Ces professionnels doivent être équipés de protocoles de dépistage standardisés pour permettre une détection précoce de la violence et une intervention appropriée. En outre, il est essentiel de créer un environnement de consultation sûr et confidentiel où les femmes enceintes se sentent à l'aise de divulguer leur situation de violence conjugale sans crainte de représailles de la part de leur partenaire. Cela peut être réalisé en proposant des consultations individuelles dans des espaces privés, où la patiente peut parler librement et en toute confidentialité.

Parallèlement, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de soutien aux femmes enceintes victimes de violence conjugale. Cela comprend l'accès à des services de conseil psychologique et émotionnel spécialisés, ainsi que des programmes de soutien communautaire pour aider ces femmes à reconstruire leur vie et à échapper à la violence. Les professionnels de la santé doivent être formés pour orienter les femmes vers ces services et assurer un suivi régulier pour évaluer leur sécurité et leur bien-être.

En termes d'interventions préventives, il est important de mettre en place des campagnes de sensibilisation du public visant à changer les normes sociales et culturelles qui tolèrent la violence conjugale. Ces campagnes devraient promouvoir l'égalité des sexes, encourager le respect mutuel dans les relations et remettre en question les stéréotypes de genre qui alimentent la violence. De plus, l'éducation des jeunes sur les relations saines et le consentement dès le plus jeune âge peut contribuer à briser le cycle de la violence conjugale.

Par ailleurs, il est nécessaire de renforcer et de faire respecter les lois existantes qui protègent les femmes contre la violence, en veillant à ce qu'elles incluent des dispositions spécifiques pour protéger les femmes enceintes. Cela peut inclure des lois contre la violence domestique qui reconnaissent explicitement la violence conjugale pendant la grossesse comme une circonstance aggravante et prévoient des sanctions plus sévères pour les agresseurs.

En outre, il est essentiel de fournir un soutien juridique aux femmes enceintes victimes de violence conjugale pour les aider à naviguer dans le système judiciaire et à obtenir des ordonnances de protection et d'autres mesures de sécurité. Les gouvernements doivent également garantir un financement adéquat pour les services d'aide juridique spécialisés dans la violence conjugale, afin que toutes les femmes aient accès à une représentation juridique de qualité, quel que soit leur statut socio-économique.

En combinant ces recommandations, nous pouvons progresser vers un avenir où toutes les femmes enceintes vivent dans un environnement sûr et sans violence, où elles peuvent s'épanouir et prospérer pendant leur grossesse et au-delà, nous pouvons alors travailler ensemble pour créer un monde où la violence conjugale pendant la grossesse n'a plus sa place.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les violences faites aux femmes sont un fléau qui touche sans exception tous les pays, les ethnies, les cultures, les classes sociales et les classes d'âge. Sur une échelle plus large, la violence à l'égard des femmes dans un contexte conjugal peut être définie comme suit : c'est celle d'une « femme battue » (violence physique), menacée de l'être ou objet de scènes de violence qui laissent présumer qu'elle sera agressée directement (violence verbale), ou encore humiliée par des critiques, des railleries et des insultes, lesquelles à long terme, peuvent détruire la personnalité et l'assurance (violence psychologique). (22)

Au fil des ans, des efforts ont été déployés pour sensibiliser à cette question et pour fournir un soutien aux victimes. Cependant, malgré ces efforts, la violence conjugale persiste dans de nombreux foyers tunisiens, affectant la santé mentale et le bien-être des femmes enceintes de manière significative.

En Tunisie, comme dans de nombreux autres pays, ces formes de violence sont souvent sous-estimées et peu signalées en raison de la stigmatisation sociale, de la peur des représailles et du manque de soutien institutionnel.

Pour cela, notre travail a été réalisé au sein de la maternité de l'Hôpital Farhat Hached à Sousse, et sur une période de 6 mois allant du 01/04/2023 jusqu'au 30/09/2023, un questionnaire complexe a été administré aux 384 femmes enceintes accouchant à cette maternité, comprenant des questions sociodémographiques, des informations sur les modes de vie, les antécédents obstétricaux et psychiatriques, ainsi que quatre échelles visant à détecter les violences subies au cours de la vie et pendant la grossesse, tout en évaluant l'impact de ces violences. Parmi ces échelles, on trouve le questionnaire NORAQ, ainsi que d'autres échelles telles que l'échelle de Rosenberg pour l'estime de soi, le PSQI, l'EDS et le GAD-7.

Dans ce cadre, les buts de notre étude sont de déterminer la prévalence de la violence conjugale chez les femmes enceintes, les différents facteurs de risque associés et son association avec la détresse psychologique.

Premièrement, en ce qui concerne la violence psychologique, une proportion significative de 61,6% sur 138 femmes ont signalé avoir été victimes de ce type de violence au cours de la dernière année, exposant ainsi les blessures invisibles mais profondes qui marquent leur bien-

être psychologique. L'évaluation des conséquences de cette violence, mesurée à travers l'échelle de conséquences de l'agression psychologique, a révélé que plus d'un tiers (35,9%) des femmes ont souffert de manière significative de cette forme de violence, avec des scores moyens indiquant des niveaux de détresse considérables.

En ce qui concerne la violence physique, près d'un tiers (33,6%) sur 140 femmes ont rapporté avoir été victimes de violences physiques pendant leur grossesse. L'analyse des conséquences de cette brutalité a également montré que plus de 40% (41,4%) des femmes ont souffert des séquelles de cette violence, avec des scores moyens indiquant une détresse psychologique importante. Il est particulièrement préoccupant de constater que dans près de 40% des cas, le conjoint actuel a été identifié comme l'agresseur.

Enfin, bien que moins fréquente, la violence sexuelle a laissé une empreinte profonde sur celles qui en ont été victimes. Bien que seulement 30,4% sur 23 femmes aient signalé avoir été victimes de violence sexuelle, les conséquences étaient particulièrement graves, avec des scores moyens élevés sur l'échelle de conséquences de l'agression sexuelle, révélant une détresse psychologique significative.

En analysant attentivement ces données, il est évident que la violence conjugale pendant la grossesse a des répercussions graves et durables sur la santé mentale des femmes. Les associations troublantes entre les différents types de violence et les troubles mentaux, tels que l'anxiété, la dépression et une estime de soi affaiblie, soulignent l'urgence d'une intervention proactive pour protéger la santé mentale et le bien-être général de ces femmes pendant la période périnatale et sur le développement de leur enfant à naître.

Pour lutter efficacement contre la violence conjugale chez les femmes enceintes, il est impératif de mettre en œuvre des mesures de prévention et de soutien à plusieurs niveaux. Cela pourrait inclure l'éducation et la sensibilisation du public sur la prévalence et les conséquences de la violence conjugale, la formation des professionnels de la santé pour repérer et aider les victimes, l'amélioration de l'accès aux services de soutien et de conseil, ainsi que des mesures législatives renforçant la protection des femmes enceintes contre la violence domestique.

De plus, il est essentiel de travailler en partenariat avec les organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales, les institutions de santé et la société civile pour élaborer des politiques et des programmes complets visant à prévenir la violence conjugale, à soutenir

les victimes et à promouvoir l'égalité des sexes en Tunisie. Cela nécessite un engagement continu de la part de tous les acteurs concernés pour faire de la lutte contre la violence conjugale une priorité nationale et pour créer un environnement sûr et inclusif pour toutes les femmes enceintes en Tunisie.

Dans la quête d'une société juste et équitable, la lutte contre la violence conjugale pendant la grossesse revêt une importance capitale. En élevant notre conscience collective, en mettant en place des politiques efficaces, et en offrant un soutien inébranlable aux victimes, nous pouvons aspirer à un avenir où chaque femme enceinte est protégée, respectée et chérie. Ensemble, en nous engageant activement dans cette cause, nous pouvons tisser les fils d'un monde où la violence est remplacée par la compassion, la peur par l'espoir, et où chaque nouveau-né voit le jour dans un cocon de sécurité et d'amour.

RÉFÉRENCES

RÉFÉRENCES

1. Pandea, Anca-Ruxandra. Questions de genre : manuel pour aborder la violence fondée sur le genre affectant les jeunes. 2e édition. Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2019. Print.
2. Global and regional estimates of violence against women. World Health Organization. (2013). Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng
3. Violence à l'encontre des femmes. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Rapport national sur la lutte contre la violence à l'encontre des femmes. Ministère de la Femme, de l'Enfant et des Seniors (2021). Disponible sur <http://www.gbo.tn/sites/default/files/2021-08/Rapport%20sur%20la%20lutte%20contre%20la%20%20violence%20%C3%A0%20l'encontre%20des%20femmes.pdf>
5. Nihel H, Latifa M, Anissa A, Raja G, Souheil M, Wael M, Maher J, Slah S, Ben Dhiab M. Characteristics of violence against women in Kairouan, Tunisia, in 2017. *Libyan J Med*. 2021 Dec;16(1):1921900. doi: 10.1080/19932820.2021.1921900. PMID: 33970830; PMCID: PMC8118423.
6. Callander EJ, Bull C, Baird K, Branjerdporn G, Gillespie K, Creedy D. Cost of intimate partner violence during pregnancy and postpartum to health services: a data linkage study in Queensland, Australia. *Arch Womens Ment Health*. 2021 Oct;24(5):773-779. doi: 10.1007/s00737-021-01130-7. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33856553.
7. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2015 Jan;24(1):100-6. doi: 10.1089/jwh.2014.4872. Epub 2014 Sep 29. PMID: 25265285; PMCID: PMC4361157.
8. Enquête nationale sur la violence a l'égard des femmes. Projet de Coopération ONFP/AECID.<http://www.observaction.info/wp-content/uploads/2015/01/Enqu%C3%A0te>
9. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ 2nd. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Aug;217(2):141-144. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.042. Epub 2017 May 25. PMID: 28551446.

10. Lutgendorf MA. Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstet Gynecol*. 2019 Sep;134(3):470-480. doi: 10.1097/AOG.0000000000003326. PMID: 31403968.
11. Haddad LG, Shotar A, Younger JB, Alzyoud S, Bouhaidar CM. Screening for domestic violence in Jordan: validation of an Arabic version of a domestic violence against women questionnaire. *Int J Womens Health*. 2011 Mar 9;3:79-86. doi: 10.2147/IJWH.S17135. PMID: 21445377; PMCID: PMC3061851.
12. Swahnberg IM, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003 Dec;13(4):361-6. doi: 10.1093/eurpub/13.4.361. PMID: 14703325.
13. Rosenberg, M. (1986) Self-Concept from Middle Childhood through Adolescence. In: Suls, J. and Greenwald, A.G., Eds., *Psychological Perspectives on the Self*, Vol. 3, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 107-135.
14. Smyth C. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *J Gerontol Nurs*. 1999 Dec;25(12):10-1. doi: 10.3928/0098-9134-19991201-10. PMID: 10711108.
15. Williams, Nerys. (2014). The GAD-7 questionnaire. *Occupational medicine* (Oxford, England). 64. 224. 10.1093/occmed/kqt161.
16. Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK. The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 Nov;32(8):474-6. doi: 10.1007/BF00789142. PMID: 9409163.
17. Définition de l'EDC selon le DSM-5. Haute Autorité de Santé. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5
18. Draoui DM, Horchani M. (2022). REGARDS CROISÉS DE JEUNES CHERCHEUR(E)S
19. Constitution de la République Tunisienne. 2015. https://www.ohchr.org/sites/default/files/lib-docs/HRBodies/UPR/Documents/Session27/TN/6Annexe4Constitution_fr.pdf

20. Les services de prise en charge des femmes victimes de violence dans le grand Tunis. Ministère de la Femme, de l'Enfant et des Senior.2017. Disponible sur https://tunisia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/REQ_Spchf_vvpsu.pdf
21. Etude archives ATFD. UNFPA Tunisie. Disponible sur <https://tunisia.unfpa.org/sites/default/files/pub-/Etude%20archives%20ATFD>
22. Etude sur les Déterminants des violences conjugales. UNFPA Tunisie. Disponible sur <http://www.femmes.gov.tn>
23. La Violence Exercée Par Un Partenaire Intime. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86232/WHO_RHR_12.36_fre.pdf;sequence=1
24. Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2020 Nov 2;54:97. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002103. PMID: 33146302; PMCID: PMC7593049.
25. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. 1997 Jun;20(2):353-74. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70317-8. PMID: 9196919.
26. Soumah MM, Issa AW, Ndiaye M, Ndoeye el HO, Sow ML. Les violences conjugales à Dakar [Domestic violence in Dakar]. *Pan Afr Med J*. 2015 Oct 22;22:182. French. doi: 10.11604/pamj.2015.22.182.6441. PMID: 26918077; PMCID: PMC4750891.
27. Guillou B. Dépistage des violences conjugales pendant la grossesse : Étude de faisabilité du questionnaire WAST -fr en consultation ambulatoire pendant la grossesse en Gironde
28. Lencha B, Ameya G, Baresa G, Minda Z, Ganfure G. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2019 May 1;14(5):e0214962. doi: 10.1371/journal.pone.0214962. Erratum in: *PLoS One*. 2019 Aug 15;14(8):e0221442. doi: 10.1371/journal.pone.0221442. PMID: 31042713; PMCID: PMC6494036.
29. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002 Oct 5;360(9339):1083-8. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0. PMID: 12384003.

30. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>
31. Étude Multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: rapport succinct. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur <https://apps.who.int/fr/publication/i/item/9241593512>
32. Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence. World Health Organization. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
33. Violence against women Prevalence, Estimates. World Health Organization 2018. Disponible sur <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf>
34. Enquête Nationale sur la Violence à l'Encontre des Femmes et des Hommes. Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc. Disponible sur https://www.hcp.ma/Enquete-Nationale-sur-la-violence-a-l-encontre-des-Femmes-et-des-Hommes_a105
35. Questions concours police. Ministère de l'Intérieur Français. Disponible sur <http://www.interieur.gouv.fr/sections/contact/police/questions-concours-police>
36. Fildes J, Reed L, Jones N, Martin M, Barrett J. Trauma: the leading cause of maternal death. *J Trauma*. 1992 May;32(5):643-5. PMID: 1588654.
37. Wiem BA, Hela S, Jihen J, Hatem K, Narjes K, Malek Z, Fatma D, Samir M, Zouhir H. Physical violence against women in southern Tunisia: Epidemiology and risk factors. *J Forensic Leg Med*. 2023 Feb;94:102482. doi: 10.1016/j.jflm.2022.102482. Epub 2023 Jan 2. PMID: 36608480.
38. Hawcroft C, Hughes R, Shaheen A, Usta J, Elkadi H, Dalton T, Ginwalla K, Feder G. Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019 Mar 18;19(1):315. doi: 10.1186/s12889-019-6619-2. PMID: 30885168; PMCID: PMC6421940.

39. Pigeon WR, Cerulli C, Richards H, He H, Perlis M, Caine E. Sleep disturbances and their association with mental health among women exposed to intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dec;20(12):1923-9. doi: 10.1089/jwh.2011.2781. Epub 2011 Oct 11. PMID: 21988551; PMCID: PMC3236986.
40. Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammad-Sadeghi H, Rasoulilian M. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Oct;19(5):861-9. doi: 10.1007/s00737-016-0626-4. Epub 2016 Mar 16. PMID: 26984712.
41. Bhushan NL, Krupp K, Jaykrishna P, Ravi K, Khan A, Shidhaye R, Kiplagat S, Srinivas V, Madhivanan P. The association between social support through contacts with Accredited Social Health Activists (ASHAs) and antenatal anxiety among women in Mysore, India: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020 Oct;55(10):1323-1333. doi: 10.1007/s00127-020-01854-4. Epub 2020 Mar 7. PMID: 32146484; PMCID: PMC7483323
42. Women's mental health. World Health Organisation. Disponible sur <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MSD-MDP-00.1>
43. Bigizadeh S, Sharifi N, Javadpour S, Poornowrooz N, Jahromy FH, Jamali S. Attitude Toward Violence and its Relationship With Self-Esteem and Self-Efficacy Among Iranian Women. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2021 Apr;59(4):31-37. doi: 10.3928/02793695-20201203-06. Epub 2020 Dec 10. PMID: 33301045
44. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020 Sep;47(3):409-419. doi: 10.1016/j.ogc.2020.05.001. PMID: 32762926.
45. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Feb;191:62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014. Epub 2015 Nov 18. PMID: 26650969; PMCID: PMC4879174.

46. Audi CA, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade Mda G, Pèrez-Escamila R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2008 Oct;42(5):877-85. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0034-89102008005000041. Epub 2008 Jul 31. PMID: 18695785.
47. Defilipo ÉC, Chagas PSC, Ribeiro LC. Violence against pregnant women and associated factors in the city of Governador Valadares. *Rev Saude Publica*. 2020 Dec 11;54:135. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002491. PMID: 33331419; PMCID: PMC7702383.
48. Bifftu BB, Guracho YD. Determinants of Intimate Partner Violence against Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2022 Mar 26;2022:4641343. doi: 10.1155/2022/4641343. PMID: 35378786; PMCID: PMC8976645.
49. Redding EM, Ruiz-Cantero MT, Fernández-Sáez J, Guijarro-Garvi M. Gender inequality and violence against women in Spain, 2006-2014: towards a civilized society. *Gac Sanit*. 2017 Mar-Apr;31(2):82-88. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.07.025. Epub 2016 Oct 26. PMID: 27793548; PMCID: PMC5858551.
50. Frini O, Muller C. Revisiting fertility regulation and family ties in Tunisia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Feb 1;23(1):88. doi: 10.1186/s12884-023-05408-9. PMID: 36726068; PMCID: PMC9890736.
51. Gürkan ÖC, Kömürcü N. The effect of a peer education program on combating violence against women: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today*. 2017 Oct;57:47-53. doi: 10.1016/j.nedt.2017.07.003. Epub 2017 Jul 12. PMID: 28732209.
52. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 May 31;5(5):CD012423. doi: 10.1002/14651858.CD012423.pub2. PMID: 34057734; PMCID: PMC8166264.
53. Jones RF 3rd, Horan DL. The American College of Obstetricians and Gynecologists: responding to violence against women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002 Sep;78 Suppl 1:S75-7. doi: 10.1016/S0020-7292(02)00048-6. PMID: 12429443.

54. Hameed M, O'Doherty L, Gilchrist G, Tirado-Muñoz J, Taft A, Chondros P, Feder G, Tan M, Hegarty K. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jul 1;7(7):CD013017. doi: 10.1002/14651858.CD013017.pub2. PMID: 32608505; PMCID: PMC7390063.
55. Escribà-Agüir V, Royo-Marqués M, Artazcoz L, Romito P, Ruiz-Pérez I, Martín-Baena D. Personal and psychosocial predictors of psychological abuse by partners during and after pregnancy: a longitudinal cohort study in a community sample. *BJOG.* 2013 Apr;120(5):576-82. doi: 10.1111/1471-0528.12051. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23190370.
56. Cortoni, Franca, et Nicholas Longpré. « 9. Quelle est l'efficacité des traitements des agresseurs sexuels pour prévenir la récurrence ? ». *Questions de criminologie*, édité par Jean Poupart et al., Presses de l'Université de Montréal, 2010, <https://doi.org/10.4000/books.pum.6604>.
57. Kyle J. Intimate Partner Violence. *Med Clin North Am.* 2023 Mar;107(2):385-395. doi: 10.1016/j.mcna.2022.10.012. Epub 2022 Dec 26. PMID: 36759104.
58. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, Higginbotham L, Green JT, Jonas DE. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018 Oct 23;320(16):1688-1701. doi: 10.1001/jama.2018.13212. PMID: 30357304.
59. Guide de Prise en Charge des Femmes Victimes de Violence. Ministère de la Femme, des Enfants et des Seniors. Disponible sur <http://www.gbo.tn/sites/default/files/2022-06/GUIDE%20SANTE.pdf>
60. Loi organique n° 2017-58 du 11 Août 2017 relative à l'élimination des violences à l'égard des femmes. Disponible sur <https://inkyfada.com/wp-content/uploads/2020/10/Loi-organique-n%C2%B0-2017-58-du-11-ao%C3%BBt-2017.pdf>

ANNEXES

ANNEXES

Annexe 1 : the newly developed NorVold Domestic Abuse Questionnaire (NORAQ)

التعليمات:

- يرجى قراءة السؤال والاحتمالات الواردة للإجابة عليه بتمعن قبل اختيار الإجابة المناسبة.
- معظم الاسئلة يمكنك الإجابة عليها بوضع اشارة (X) على الإجابة التي تختارها.
- بعض الاسئلة يمكنك الإجابة عليها بأكثر من (X) واحد، وكما هو موضح في بعض الأسئلة.
- بعض الاسئلة يمكنك الإجابة عليها بكلماتك الخاصة او وضع دائرة على الرقم الذي تختاره للإجابة على السؤال.
- يرجى الكتابة بخط واضح ومقروء في المساحة المخصصة لذلك.
- استخدم قلم حبر للإجابة على الاسئلة.
- اذا قررت استبدال الاجابة الأولى بإجابة ثانية يمكن شطب الإجابة الأولى بوضع اشارة (X) عليها.

1. معلومات ديموغرافية وخلفية عامة:

1. العمر _____ سنة

2. مستوى التعليم _____

3. الديانة _____

4. مكان السكن:

5. السكن ☐ ملك ☐ اجار عدد الغرف ()

6. عدد أفراد العائلة ()

7. المهنة _____

_____ مهنة الزوج

8. ما هي مهنتك الأساسية خلال السنة الأخيرة؟ (الأفضل اختيار إجابة واحدة).

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> متقاعدة | <input type="checkbox"/> موظفة |
| <input type="checkbox"/> موظفة قطاع عام | <input type="checkbox"/> ربة بيت |
| <input type="checkbox"/> موظفة قطاع خاص | <input type="checkbox"/> طالبة |
| | <input type="checkbox"/> غير ذلك |

9. الحالة الاجتماعية؟ (اختاري إجابة واحدة فقط)

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> مطلقة | <input type="checkbox"/> عزباء |
| <input type="checkbox"/> أرملة | <input type="checkbox"/> متروجة |

10. كيف تصفين صحتك بشكل عام خلال السنة الأخيرة؟ (اختاري اجابة واحدة فقط)	<input type="checkbox"/> ضعيفة جدا	<input type="checkbox"/> جيدة جدا
	<input type="checkbox"/> ضعيفة الى حد ما	<input type="checkbox"/> جيدة الى حد ما
11. كم مرة زرت الطبيب خلال السنة الأخيرة؟ (اختاري اجابة واحدة فقط)	<input type="checkbox"/> 1 - 3 زيارات	<input type="checkbox"/> 4 - 6 زيارات
		<input type="checkbox"/> 7 زيارات أو أكثر
12. كيف كانت تجربتك عند زيارة الاطباء خلال السنة الأخيرة؟ (اختاري اجابة واحدة فقط)	<input type="checkbox"/> تجربة سلبية الى حد بعيد	<input type="checkbox"/> تجربة إيجابية في الأساس مع بعض الجوانب السلبية
	<input type="checkbox"/> تجربة سلبية في الأساس مع بعض الجوانب الإيجابية	<input type="checkbox"/> تجربة إيجابية الى حد بعيد
13. هل كنت في إجازة مرضية او غير قادرة على القيام بواجباتك لمدة أسبوعين خلال السنة الأخيرة؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم بـ <input type="checkbox"/> أسبوع المجموع كامل
14. هل دخلت مستشفى خلال السنة الأخيرة؟ (باستثناء الدخول للولادة)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم المجموع كامل <input type="checkbox"/> عدد الأيام
15. هل سبق وطلبت مساعدة من طبيب نفسي او اخصائي نفسي لمشكلة تخصك؟ (اختاري اجابة واحدة فقط)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم خلال السنة الأخيرة <input type="checkbox"/> نعم ولكن قبل السنة الأخيرة
16. خلال السنة الأخيرة هل عانيت من الاحباط بحيث وجدت صعوبة في التأقلم مع حياتك اليومية؟ (اختاري اجابة واحدة فقط)	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم في بعض الأحيان <input type="checkbox"/> نعم لكن قليل <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت
17. خلال السنة الأخيرة هل عانيت من اكتئاب بحيث وجدت صعوبة في التأقلم مع حياتك اليومية؟ (اختاري اجابة واحدة فقط)		

<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم لكن قليل <input type="checkbox"/> نعم في بعض الأحيان <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت
18. خلال السنة الأخيرة هل عانيت من ارق في النوم إلى درجة اثر على حياتك اليومية؟ (اختاري إجابة واحدة فقط). <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم لكن قليلاً <input type="checkbox"/> نعم في بعض الأحيان <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت

<p>19. خلال السنة الاخيرة هل عانيت من مشاكل جسمية (مثل ألم في البطن، ألم رأس، دوخة، ألم في العضل) إلى درجة أثرت على حياتك اليومية؟ (اختاري إجابة واحدة فقط).</p> <p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم في بعض الاحيان </p> <p> <input type="checkbox"/> نعم لكن قليلاً <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت </p>
<p>20. اذا كنت متزوجة كيف تشعرين بأن حياتك الجنسية والممارسات الجنسية، (مثال: المعانقة، الاستمئاء الملاطفة الجنسية، الاتصال الجنسي) كانت فعالة لديك خلال السنة الاخيرة؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).</p> <p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم في بعض الاحيان </p> <p> <input type="checkbox"/> نعم لكن قليلاً <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت </p>
<p>21. خلال السنة الاخيرة هل مررت بتجربة تذكرك بحادثة مريرة أثرت عليك، بحيث لا تستطيعين عمل شيء بخصوصها؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).</p> <p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم في بعض الاحيان </p> <p> <input type="checkbox"/> نعم لكن قليلاً <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت </p>
<p>22. خلال السنة الاخيرة هل حاولت تجنب موقف ما حتى لا يعيد لك ذكرى مريرة. وقد تعارض هذا التجنب مع ما ترغبين عمله؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).</p> <p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم في بعض الاحيان </p> <p> <input type="checkbox"/> نعم لكن قليلاً <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت </p>
<p>23. خلال السنة الاخيرة هل شعرت باللامبالاة لفته طويلة؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).</p> <p> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم في بعض الاحيان </p> <p> <input type="checkbox"/> نعم لكن قليلاً <input type="checkbox"/> نعم معظم الوقت </p>

3. الإساءة العاطفية والنفسية:

الأسئلة التالية تتعامل مع الإساءة العاطفية، يرجى الإجابة عليها اذا تعرضت إلى أي من الحالات التالية خلال فترة الطفولة او خلال سن الرشد.
اذا كانت اجابتك نعم على الاسئلة (24-26) سنسمي ذلك في هذه الدراسة بانك تعرضت للإساءة العاطفية.

24. هل تعرضت من قبل أحد وبشكل منتظم وخلال فتره طويلة بكبت او اهانة او تم اشعارك بانك ليست ذات قيمة (اختاري اجابة واحدة فقط).

☐ لا ☐ نعم خلال سن الرشد (18 سنة واكبر)

☐ نعم خلال الطفولة (أصغر من 18 سنة) ☐ نعم خلال الطفولة وسن الرشد

25. هل تعرضت للعيش بخوف من أحد وبشكل منتظم ولفترة طويلة لأنه قام بتهديدك أو تهديد احد المقربين منك؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).

☐ لا ☐ نعم خلال سن الرشد (18 سنة واكبر)

☐ نعم خلال الطفولة (أصغر من 18 سنة) ☐ نعم خلال الطفولة وسن الرشد

26. هل تعرضت من قبل أحد وبشكل منتظم لتهديد او محاولة اجبار لتحديد مدى علاقاتك مع الآخرين او السيطرة الكلية على كل تصرفاتك وعلاقاتك مع الآخرين؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).

☐ لا ☐ نعم خلال سن الرشد (18 سنة واكبر)

☐ نعم خلال الطفولة (أصغر من 18 سنة) ☐ نعم خلال الطفولة وسن الرشد

اذا كانت اجابتك نعم لاي من الاسئلة 24-26 اكملني الى 34.

اذا كانت اجابتك لا لأي من الاسئلة الثلاث 24-26 أذهب الى سؤال 35.

27. كم كان عمرك عندما تعرضت لأول مره لاي من الامور السابقة؟

العمر □□ سنة □ لا اذكر

28. هل تعرضت الى أي من هذه الامور خلال السنة الاخيرة؟

□ لا □ نعم

29. كم عانيت من عواقب الإساءة النفسية والعاطفية التي تعرضت لها؟

(اجيبي بوضع دائرة على الرقم الذي يتوافق مع ماتعانيه حالياً).

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

معاناة شديدة

لم أعاني

30. هل حاولت الحصول على المساعدة نتيجة للمعاناة التي تعرضت لها من خلال الإساءة

النفسية؟ (اختاري اجابة واحدة فقط).

□ لا لأنني لم اعاني كثيرا □ نعم

□ لا لكن بالرغم من معاناتي

31. من المذكورين أدناه سبب لك الإساءة النفسية او العاطفية؟

ضعي علامة اذا كان الذي اساء اليك رجل أو امرأه.

رجل	امرأه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوجك السابق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوجك الحالي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوج الام، زوجة الأب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الوالدين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أحد الإخوة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الاولاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أصدقاء اللعب، اصدقاء المدرسة أو أي شخص اقل من 18 سنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شخص معروف ليس من العائلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شخص غير معروف لكي كلياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اخرين، اذكرني _____

32. هل اخبرت أحدا عن تجربتك بخصوص الإساءة النفسية؟ (اختاري إجابة واحدة فقط).

- ☐ لا تابع الى سؤال **35** ☐ نعم جزئياً
- ☐ نعم بخصوص كل شيء

33. كم كان عمرك عندما اخبرتي احد لاول مره عن تجربتك بخصوص الإساءة النفسية؟العمر سنة ☐ لا اذكر**34. حاولي تذكر اخر زيارة الى طبيب النسائية.**

هل تكلمت مع اخصائي النسائية عن تعرضك للإساءة النفسية؟ (اختاري إجابة واحدة فقط).

- ☐ لا ☐ نعم عندما سئلت عنه
- ☐ نعم هو/هي تعرف اصلاً ☐ نعم تحدثت عنه بشكل عفوي

4. الإساءة الجسدية:

الأسئلة التالية خاصة بالإساءة الجسدية اذا كنت قد تعرضت له خلال فترة الطفولة والشباب:
اذا كانت الاجابة نعم لسؤال **35 - 37** فانك تعتبرين واقعة تحت الإساءة الجسدية

35. هل تعرض لك احد بالضرب او ضربك على وجهك وامسك جسدك بعنف او حبسك:

- ☐ لا ☐ نعم / في عمر أكبر من 18 سنة
☐ نعم / في عمر أقل من 18 سنة ☐ نعم / في كلا العمرين

36. هل تعرضت للضرب بقبضة اليد أو بأداة معينة أو الرمي أو الدفع المتعمد أو ما شابه ذلك:

- ☐ لا ☐ نعم / في عمر أكبر من 18 سنة
☐ نعم / في عمر أقل من 18 سنة ☐ نعم / في كلا العمرين

37. هل تعرضت للتهديد بالموت باستعمال سلاح أو سكين أو الخنق من الرقبة أو ما شابه ذلك؟

- ☐ لا ☐ نعم / في عمر أكبر من 18 سنة
☐ نعم / في عمر أقل من 18 سنة ☐ نعم / في كلا العمرين

اذا كانت اجابات سؤال **35 - 37** نعم أكمل الى سؤال الـ **38** اما اذا كانت لا انتقل الى سؤال **46**.

38. كم كان عمرك عندما تعرضت فيها أول مرة لأي مما سبق ذكره؟

العمر سنة ☐ لا اذكر

39. هل تعرضت لأي مما سبق ذكره خلال السنة الماضية؟

☐ نعم ☐ لا

40. ما هو مقدار معاناتك من الإساءة الجسدية (ضعي دائرة حول الرقم الذي يعبر عن مدى

المعاناة التي تعرضت لها من خلال الإساءة الجسدية).

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

لم أعاني
معاناة شديدة

41. هل سبق لك وطلبت المساعدة لتخفيف المعاناة الواقعة عليك اثر الإساءة الجسدية:

☐ لا لأنها لم تؤثر علي كثيرا ☐ بالرغم من تأثري بشكل كبير ☐ نعم

42. من الذي تعرض لك بالإساءة الجسدية؟

رجل	امراه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوجك السابق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوجك الحالي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوج الام، زوجة الأب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الوالدين
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أحد الإخوة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الاولاد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> أصدقاء اللعب، اصدقاء المدرسة او أي شخص اقل من 18 سنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شخص معروف ليس من العائلة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شخص غير معروف لكي كلياً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اخرين، اذكرني _____

43. هل اخبرت احدا عن تعرضك للإساءة الجسدية:

☐ لا استمر الى سؤال 42 ☐ نعم / بشكل جزئي ☐ نعم / بكامل التفاصيل

44. كم كان عمرك عندما اخبرت عن تعرضك للعنف الجسدي لأول مرة؟

العمر ☐ سنة ☐ لا اذكر

45. تذكر زيارتك للطبيب:

هل سبق واخبرته عن تعرضك للإساءة الجسدية؟

<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم عندما سئلت عنه <input type="checkbox"/> نعم هو/هي تعرف اصلاً <input type="checkbox"/> نعم تحدثت عنه بشكل عفوي
5. الإساءة الجنسية:
اجبني عن الاسئلة التالية من سؤال 46 – 49 والتي تسأل عن العنف الجنسي: إذا كانت الاجابة نعم فانت واقعة تحت العنف الجنسي
46. هل قام احد ما رغماً عنك بلمس مناطق الاعضاء الجنسية (حساسه بجسدك) <u>واستخدم جسدك لإشباع رغباته جنسية أو أجبرك على لمس أعضاءه الجنسية:</u> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم / في عمر أكبر من 18 سنة <input type="checkbox"/> نعم / في عمر أقل من 18 سنة <input type="checkbox"/> نعم / خلال فترة الطفولة وحتى الشباب
47. هل قام أحد ما ورغماً عنك (بممارسة الجنس معه) <u>او بإدخال بشره (العضو الذكري) في فرجك او فمك او شرجك او قام بإدخال أي شيء اخر الى فرجك او شرجك او فمك.</u> <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم / في عمر أكبر من 18 سنة <input type="checkbox"/> نعم / في عمر أقل من 18 سنة <input type="checkbox"/> نعم / خلال فترة الطفولة وحتى الشباب
48. هل قام أحدهم بلمس او تقبيل مناطق <u>اخرى</u> (حساسة) في جسدك ولكن بطريقة جنسية او دفعك لملامسة جسمه بطريقة جنسية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم / في عمر أكبر من 18 سنة <input type="checkbox"/> نعم / في عمر أقل من 18 سنة <input type="checkbox"/> نعم / خلال فترة الطفولة وحتى الشباب
49. هل قام أحد بإهانتك جنسياً كان أرغمك على مشاهدة الأفلام الجنسية او تصويرك

بالفيديو

او التعري او مشاهدة اخرين في حال التعري؟

- ☐ لا ☐ نعم / في عمر أكبر من 18 سنة
- ☐ نعم / في عمر أقل من 18 سنة ☐ نعم / خلال فترة الطفولة وحتى الشباب

إذا كانت الاجابة نعم لسؤال **46 – 49** أكملني من سؤال **50** وإذا كانت لا اذهب الى الجزء السادس (الاسئلة النهائية).

50. كم كان عمرك عندما حدثت معك مثل هذه الاشياء؟العمر سنة ☐ لا اذكر**51.** خلال السنة الماضية، هل تعرضت لمثل هذه المواقف؟☐ نعم ☐ لا**52.** حدد مقدار المعاناة للإساءة الجنسية؟

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
معاناة شديدة					لم أعاني				

53. هل سبق وطلبت المساعدة؟☐ لا ☐ لأنني لم أعاني الكثير ☐ لا بالرغم من شدة معاناتي ☐ نعم**54.** من الذي تعرض لك بالإساءة الجنسية؟

رجل	امراه	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوجك السابق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوجك الحالي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> زوج الام، زوجة الأب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الوالدين

<input type="checkbox"/> أحد الإخوة <input type="checkbox"/> الأولاد <input type="checkbox"/> أصدقاء اللعب، اصدقاء المدرسة أو أي شخص أقل من 18 سنة <input type="checkbox"/> شخص معروف ليس من العائلة <input type="checkbox"/> شخص غير معروف لكي كلياً <input type="checkbox"/> آخرين، اذكرني _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55. هل اخبرت أحد عن تعرضك للإساءة الجنسية؟ <input type="checkbox"/> لا اذا كانت الاجابة لا انتقل الى سؤال 55 <input type="checkbox"/> نعم بشكل بسيط <input type="checkbox"/> نعم بشكل كامل		
56. كم كان عمرك عندما اخبرت أحد ما عن تعرضك للإساءة الجنسية؟ العمر <input type="text"/> سنة <input type="checkbox"/> لا اذكر		
57. تذكر اخر زيارة الى الأخصائي. هل اخبرت عن الإساءة الجنسية؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم عندما سئلت عنه <input type="checkbox"/> نعم هو/هي تعرف اصلاً <input type="checkbox"/> نعم تحدثت عنه بشكل عفوي		

إذا تعرضت لأي نوع من أنواع العنف أكمل الأسئلة اما اذا كانت الإجابة بالنفي انتقلي الى سؤال 55.

6. الأسئلة النهائية:

58. بعد تعرضك للإساءة الجنسية وحدث بعض المضاعفات، هل برأيك من رابط بينها وبين اخر زيارة للطبيب / الطبية.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
لا يوجد رابط					يوجد رابط				

59. هل تقدمت بشكوى للشرطة او وحدة حماية الاسرة؟

☐ لا ☐ نعم / مرة واحدة

☐ نعم / عدة مرات

60. ماهي نتائج الشكوى؟

1. لم يقوموا بالتحريات
2. قاموا بالتحريات وبعدها أغلقت الملفات
3. قاموا بالتحريات مع إيقاف الشخص الفاعل ولكنه لم يحاكم
4. تم الحكم على الشخص بالبراءة فأغلقت القضية
5. الشخص حكم عليه بـ
6. سحبت دعوتي بسبب

أخرى _____ أذكرها 7.

61. هل انت خائفة من ان تكوني عرضة للإساءة.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
خوف شديد					لست خائفة				

62. ما هي احتمالية تعرضك للإساءة خلال الشهر القادم.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

نسبة تعرضي للإساءة صفر					خطورة تعرضي للإساءة 100%				
63. هل قراءة واجابات هذا الاستبيان جعلك تشعر بعدم الارتياح									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
لم أتأثر					نعم شعور كبير بعدم الارتياح				
64. اذا كان لديك نظرة معينة لسؤال معين ولم تقدر على الاجابة بتفاصيل، او أردت إضافة أي معلومة يرجى كتابتها.									
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div>									

Annexe 2 : l'échelle de Rosenberg sur l'estime de soi (RSE)

غير موافق كلياً	غير موافق نسبياً	موافق نسبياً	موافق كلياً	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- اعتقد أنني شخص ذو قيمة، على الأقل في قيمة أي شخص آخر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- أعتقد أنه لدي عدد من الصفات الجيدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- بالنظر الى كل الأشياء، أنا أميل إلى اعتبار نفسي فاشلاً
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- أنا قادر على القيام بالأشياء بنفس جودة غالبية الناس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- أرى قليلاً من الأسباب التي تجعلني فخوراً بنفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- لدي موقف إيجابي تجاه نفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7- عموماً، أنا راض عن نفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8- أود أن يكون لدي المزيد من الاحترام تجاه نفسي
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9- أحياناً أشعر أنني حقا عديم الفائدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10- أعتقد أحياناً أنني لا أصلح لشيء

Annexe 3 : Index de qualité de sommeil de Pittsburgh (PSQI) :

Pittsburgh Sleep Quality Index

مؤشر جودة النوم

التعليمات

الاسئلة التاليه تتعلق بعادات نومك خلال الشهر الماضي فقط. يجب ان تشير اجابتك بدقه الى معظم الايام والليالي في الشهر الماضي. من فضلك اجب على جميع الاسئلة.

(1) خلال الشهر الماضي متى كنت تذهب عادة الى الفراش ليلا؟

ميعاد النوم المعتاد (مثلا: 10:30 مساء)

(2) خلال الشهر الماضي كم كان عدد الدقائق التي تستغرقها حتى تخذ للنوم كل ليله عادة؟

عدد الدقائق (مثلا 10 دقائق)

(3) خلال الشهر الماضي متى كنت تنهض من الفراش في الصباح؟

ميعاد النهوض من الفراش (مثلا: 7:30 صباحا)

(4) خلال الشهر الماضي كم كان عدد الساعات الفعليه التي تنامها كل ليله ؟ (هذا قد يختلف عن عدد الساعات التي تقضيها في الفراش)

عدد ساعات النوم كل ليله (مثلا: 10:30 ساعات)

اختر الاجابه الافضل لكل من الاسئلة التاليه. من فضلك اجب على جميع الاسئلة.

(5) خلال الشهر الماضي كم مره حدثت لك مشاكل خلال النوم لانك

لا تستطيع النوم خلال 30 دقيقه	ليس خلال الشهر الماضي	اقل من واحده في الاسبوع	مره او مرتين في الاسبوع	ثلاث مرات او اكثر في الاسبوع
(أ) لا تستطيع النوم خلال 30 دقيقه				
(ب) الاستيقاظ في منتصف الليل او في الصباح الباكر				
(ج) اضطرت للاستيقاظ من اجل الذهاب الى الحمام				
(د) لا تستطيع التنفس بارتياح				
(هـ) السعال او الشخير العالي				
(و) الشعور بالبرد الشديد				

				ز) الشعور بالحر الشديد
				ح) تضاورك احلام سينه
				ط) الشعور بالآلام
				ي) اسباب اخرى رجاء اشرح خلال الشهر الماضي كم مره حدثت لك مشاكل خلال النوم بسبب ذلك

٦) خلال الشهر الماضي، كيف تقيم جودة نومك عموما

جيد جدا -----

جيد الى حد ما-----

سيئ جدا-----

سيئ الى حد ما-----

ليس خلال الشهر الماضي	اقل من واحده في الاسبوع	مره او مرتين في الاسبوع	ثلاث مرات او اكثر في الاسبوع	
				7. خلال الشهر الماضي كم مره اخذت ادويه موصوفه او غير موصوفه لتساعدك على النوم
				8. خلال الشهر الماضي كم مره واجهت مشكله بالبقاء مستيقظا اثناء القيادة او اثناء تناول وجبات الطعام او خلال الاختراط في الانشطه الاجتماعيه

٩) خلال الشهر الماضي، كم كان حجم المشكله لديك للحفاظ على ما يكفي من الحماسه لانجاز الامور

لا مشكله على الاطلاق-----

فقط مشكله بسيطه جدا-----

مشكله الى حد ما-----

مشكله كبيره جدا-----

- ١٠ هل لديك شريك في الفراش او تشارك الغرفة
 لا يوجد شريك في الفراش او لا تشارك الغرفة -----
 شريك في غرفة أخرى -----
 شريك في الغرفة وليس الفراش -----
 شريك في الفراش -----

١١ اذا كان لديك شريك في الفراش او تشارك الغرفة اسأله/ او اسألها خلال الشهر الماضي، كم مره كان لديك

ثلاث مرات او اكثر في الاسبوع	مره او مرتين في الاسبوع	اقل من واحده في الاسبوع	ليس خلال الشهر الماضي	
				ا) شخير بصوت عالي
				ب) وقفه طويله بيت الانفاس اثناء النوم
				ج) رجل غير هادئه اثناء النوم
				د) نوبات من الارتباك اثناء النوم
				هـ) اي عدم راحه اثناء النوم: اشرح من فضلك

Annexe 4 GAD-7scale

GAD-7

آل يوم تقريباً	آآثر من نصف الأيام	أبدأبعض الأيام	خلال الأسبوعين الماضيين، أم مرة أقلقتك المشاآل التآلية؟ “ للإشارة لجوابك (ضع علامة”	
3	2	1	0	1 - الشعور بالغضب أو القلق أو الانفعال الشديد.
3	2	1	0	2 - عدم القدرة على إنهاء القلق أو التحكم فيه.
3	2	1	0	3 - القلق المفرط على أشياء مختلفة.
3	2	1	0	4 - الصعوبة في الاسترخاء.
3	2	1	0	5 - شدة الاضطراب لدرجة صعوبة البقاء في هدوء.
3	2	1	0	6 - السرعة في الانزعاج أو الانفعال.

For information on the translation of this resource, please contact the Perinatal and Infant Mental Health Service on (02) 9827 8071	Affix ID Label Here		MRN	July 2002 [AHS7005]
	Surname		Given Names	
	Address - Street		Suburb	Postcode
	Date of Birth	Sex	AMO	
	Hospital Name		Ward	

سيداتني:

بما أنك قد أنجبت طفلاً مؤخراً ، فنود ان نعرف مشاعرك. نرجو أن تضعي خطاً تحت أنسب جواب يعبر عن مشاعرك في الأيام السبعة الماضية، وليس مشاعرك اليوم فحسب. واليك المثال التالي:

لقد شعرت بأنني سعيدة:

— نعم، في كل الأوقات

— نعم، في معظم الأوقات

— كلا، ليس أغلب الأحيان

— كلا، أبداً

هذا يعني: لقد شعرت أنني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي. نرجو أن تكلمي الأسئلة الأخرى بنفس الطريقة

FOR OFFICE USE ONLY English version of EDS introduction

As you have recently had a baby we would like to know how you are feeling. Please underline the answer which comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today. Here is an example, already completed:

I have felt happy:

Yes, all the time

Yes, most of the time

No, not very often

No, not at all

This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week. Please complete the other questions in the same way.

خلال الأيام السبعة الماضية

- لقد تمكنتُ من الضحك وروية الجانب المضحك من الأمور:
 - بالمقدار الذي إستطعته دائماً
 - ليس تماماً بالمقدار نفسه الآن
 - قطعاً ليس بالمقدار نفسه الآن
 - كلا، مطلقاً
- لقد تطلعتُ الى الأمور بمتعة:
 - بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى
 - نوعاً ما، أقل مما اعتدتُهُ
 - قطعاً أقل مما اعتدتُهُ
 - نادراً
- لقد لمتُ نفسي بدون لزوم عندما سارت الأمور على غير ما يرام:
 - نعم، في معظم الأحيان
 - نعم، في بعض الأحيان
 - ليس أغلب الأحيان
 - كلا، أبداً
- لقد كنتُ قلقة ومشغولة أبال بدون سبب وجيه:
 - كلا، مطلقاً
 - نادراً
 - نعم، في بعض الأحيان
 - نعم، أغلب الأحيان

(الرجاء قلب الصفحة للإجابة على بقية الأسئلة)

POSTNATAL EDINBURGH SCALE-

CR NO.69.

BINDING MARGIN - NO WRITING
FILE IN CLINICAL RECORD

REORDER INFORMATION

Annexe 5: Edinburgh Depression Scale (EDS)

5. لقد شعرت بالخوف والذعر بدون سبب وجيه:
- نعم، أكثر الأحيان
 - نعم، في بعض الأحيان
 - كلا، ليس كثيرا
 - كلا، مطلقا
6. تراكمت الأعمال علي فلم أستطع القيام بها:
- نعم، في معظم الأحيان لم أستطع القيام بها مطلقا
 - نعم، في بعض الأحيان لم أستطع القيام بها كالمعتاد
 - كلا، لقد إستطعت القيام بها في بعض الأحيان
 - كلا، لقد إستطعت القيام بها كالمعتاد
7. لقد كنت غير سعيدة لدرجة أنه كان لدي صعوبة في النوم:
- نعم، في معظم الأحيان
 - نعم، في بعض الأحيان
 - ليس أغلب الأحيان
 - كلا، مطلقا
8. لقد شعرت بأنني حزينة وبائسة:
- نعم، في معظم الأحيان
 - نعم، أغلب الأحيان
 - كلا، ليس أغلب الأحيان
 - كلا، مطلقا
9. لقد كنت غير سعيدة للغاية لدرجة أنني كنت أبكي:
- نعم، في معظم الأحيان
 - نعم، أغلب الأحيان
 - فقط من وقت لآخر
 - كلا، أبدا
10. لقد خطرت لي فكرة إلحاق الأذى بنفسني:
- نعم، في أحوال كثيرة
 - نعم، في بعض الأحيان
 - نادرا
 - كلا، أبدا
- مع الشكر الجزيل.

OUERGHI SONDES

DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE CONJUGALE CHEZ LES FEMMES ACCOUCCHANT À
LA MATERNITÉ DE SOUSSE ET ÉTUDE DE SON ASSOCIATION AVEC LA DÉTRESSE

RÉSUMÉ

Problématique : La violence conjugale persiste comme un défi majeur, notamment pour les femmes enceintes, en Tunisie et à l'échelle mondiale. Ce problème complexe est caractérisé par ses effets dévastateurs sur la santé mentale, physique et reproductive des femmes enceintes, ainsi que sur celle de leurs futurs enfants. Malgré une sensibilisation croissante, la violence conjugale reste largement minimisée et peu traitée.

Objectifs du travail : Cette étude vise à atteindre deux objectifs principaux : premièrement, établir la fréquence de la violence conjugale sous toutes ses formes (physique, sexuelle et psychologique) parmi les femmes qui accouchent à la maternité de l'hôpital Farhat Hached. Deuxièmement, examiner les détresses psychologiques potentiellement liés à cette violence, tels que la dépression, l'anxiété et l'estime de soi.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique qui a porté sur un échantillon de 384 parturientes hospitalisées pour accouchement à la maternité du centre hospitalo-universitaire Farhat Hached de Sousse, s'étalant sur une période de 6 mois du 01/04/2023 à 30/09/2023 .

Résultats : Notre recherche met en évidence les différentes formes de violence subie par les femmes enceintes, ainsi que leurs associations avec la détresse psychologique .

Une majorité significative, soit 61,6% sur 138 femmes, a signalé avoir été victime d'agression psychologique, principalement par des hommes, dont le mari actuel dans près de la moitié des cas. Cette violence psychologique a entraîné une souffrance notable chez 35,9% des femmes, avec des conséquences graves, telles qu'une prévalence accrue de troubles de sommeil (59,4%), d'anxiété modérée à sévère (63,8%) et de dépression modérée (24,2%), ainsi qu'une estime de soi plus faible chez 63,6% d'entre elles.

En ce qui concerne la violence physique, un tiers soit 33,6% sur 140 femmes, ont déclaré avoir subi des agressions physiques pendant leur grossesse, souvent de la part de leur partenaire actuel dans près de 40% des cas. Les femmes victimes de violence physique ont également présenté des niveaux élevés de souffrance et de détresse mentale, illustrés par une prévalence accrue de troubles de sommeil (59,7%), d'anxiété modérée à sévère (59,5%), de dépression modérée (21,1%) et d'une faible estime de soi (58,9%).

Enfin, concernant la violence sexuelle, environ un tiers soit 30,4%, sur 23 femmes ont signalé avoir été victimes d'agression sexuelle pendant leur grossesse, principalement par des hommes, avec une implication moindre de leur partenaire actuel. Les femmes ayant subi des agressions sexuelles ont également présenté des niveaux significativement plus élevés de détresse mentale, avec une prévalence plus élevée d'anxiété modérée à sévère (11,2%), de dépression modérée (33,3%), de troubles de sommeil (52,2%) et de faible estime de soi (65,2%).

Conclusion : Face à la prévalence alarmante de la violence conjugale chez les femmes enceintes, il est impératif d'engager une action collective impliquant les autorités, les professionnels de la santé et la société dans son ensemble afin de prévenir ces actes, de soutenir les victimes et de promouvoir un environnement sûr et inclusif pour toutes les femmes enceintes.

Mots-clés

Violence conjugale-grossesse-violence envers le partenaire intime-anxiété-estime de soi-
dépression-péripartum

FACULTY OF MEDICINE "IBN EL JAZZAR" SOUSSE (TUNISIA)
Academic Year 2023/2024
THESIS FOR THE NATIONAL DIPLOMA OF DOCTOR OF MEDICINE

OUERGHI SONDES

**SCREENING FOR DOMESTIC VIOLENCE AMONG WOMEN GIVING BIRTH IN SOUSSE MATERNITY AND
STUDY OF ITS ASSOCIATION WITH PSYCHOLOGICAL DISTRESS**

ABSTRACT

Problem Statement: Domestic violence remains a major challenge, particularly for pregnant women, both in Tunisia and globally. This complex issue is characterized by its devastating effects on the mental, physical, and reproductive health of pregnant women, as well as on their future children. Despite increasing awareness, domestic violence remains largely minimized and poorly addressed.

Objectives of the Study: This study aims to achieve two main objectives: firstly, to establish the prevalence of domestic violence in all its forms (physical, sexual, and psychological) among women giving birth at the Farhat Hached Hospital maternity ward. Secondly, to examine the potential psychological distress related to this violence, such as depression, anxiety, and self-esteem.

Methods: This is a cross-sectional analytical study conducted on a sample of 384 parturient women hospitalized for childbirth at the Farhat Hached University Hospital maternity ward in Sousse, spanning a period of 6 months from 01/04/2023 to 30/09/2023.

Results: Our research highlights the various forms of violence experienced by pregnant women, as well as their associations with psychological distress. A significant majority, 61.6% out of 138 women, reported experiencing psychological abuse, primarily by men, including their current husbands in nearly half of the cases. This psychological violence led to significant suffering in 35.9% of the women, with serious consequences such as increased prevalence of sleep disorders (59.4%), moderate to severe anxiety (63.8%), moderate depression (24.2%), and lower self-esteem in 63.6% of them. Regarding physical violence, one-third, 33.6% out of 140 women, reported experiencing physical assaults during pregnancy, often from their current partners in nearly 40% of cases. Women who experienced physical violence also exhibited high levels of suffering and mental distress, characterized by increased prevalence of sleep disorders (59.7%), moderate to severe anxiety (59.5%), moderate depression (21.1%), and low self-esteem (58.9%). Lastly, concerning sexual violence, approximately one-third, 30.4% out of 23 women, reported being victims of sexual assault during pregnancy, primarily by men, with less involvement from their current partners. Women who experienced sexual assault also showed significantly higher levels of mental distress, with higher prevalence of moderate to severe anxiety (11.2%), moderate depression (33.3%), sleep disorders (52.2%), and low self-esteem (65.2%).

Conclusion: Given the alarming prevalence of domestic violence among pregnant women, it is imperative to engage in collective action involving authorities, healthcare professionals, and society as a whole to prevent these acts, support the victims, and promote a safe and inclusive environment for all pregnant women.

Keywords:

Domestic violence-pregnancy-violence against intimate partner-anxiety-self-esteem-depression-perinatal

