

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°5177



THESE

pour le

DIPLOME NATIONAL DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 02/04/2024 à 9H :30

Par

Islem Romdhane

Née le 06/09/1987

TITRE	LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LA REGION DE KAIROUAN : TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET QUALITE DE VIE
Mots-clés	<i>Violence conjugale, anxiété, dépression, trouble de stress post traumatique, qualité de vie</i>

JURY:

Président : Pr. Jaafar Nakhli

Membres : Pr. Badii Amamou

Pr. Ag. Zied Mezgar

Pr. Ag. Elyes Turki

Rapporteur : Pr. Ag. Bochra Nourhene Saguem

DIRECTEUR DE LA THESE :

Pr Ag. Jihenne Mannai

Je dédie cette Thèse

A ma très chère mère Mouna

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ma gratitude. A toi la meilleure des mamans, je te remercie pour ton amour sans fin, ton écoute permanente, ta tendresse et ton soutien inconditionnel. Tu étais toujours là quand j'avais besoin de toi.

Grâce à toi, j'ai reçu la meilleure éducation possible et j'espère qu'en ce jour tu es fière de la personne que je suis devenue.

Ceci est le fruit de tes sacrifices sans fin et de l'éducation et la formation que tu m'as procurée.

A mon très cher père Mohamed

Dont le mérite, tes qualités humaines et ton dévouement m'ont permis d'être ce que je suis. Tu as toujours été présent pour me soutenir dans tout ce que j'entreprends. Tu as été ma source de motivation et le moteur de mes ambitions.

Je te serai éternellement reconnaissante pour tout ce que tu m'as donné et appris. J'espère être la fille que tu as voulu que je sois. Ce titre de docteur, je le porterai fièrement et je te le dédie tout particulièrement. Que ce travail soit pour vous un modeste témoignage de ma plus grande affection. Que Dieu te protège et te procure une longue et heureuse vie.

A mon frère Hassen et mes sœurs Imen et Ahlem

J'espère qu'à travers ce travail, vous retrouverez ici le témoignage de ma reconnaissance envers votre amour et confiance en moi. Je vous remercie pour votre présence attentive et votre encouragement sans cesse. Sans vous ma vie n'aurait pas eu le même goût. Je n'oublierai jamais tous nos souvenirs d'enfance, les rigolades, les bêtises et tous nos secrets.

On a traversé un si long chemin ensemble, on s'est toujours soutenu et vous étiez toujours à mes côtés pour me prêter main forte quand j'en avais le plus besoin. Je vous souhaite un avenir épanoui et une vie pleine de bonheur et de prospérité.

A toute ma famille

En témoignage de l'amour, de l'attachement et de l'affection que je vous porte, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de santé et de bonheur.

A mon cher mari Sam

Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude envers toi. Pour le chemin qu'on a dû traverser pour achever ce travail et le mettre à terme, pour les sacrifices et les obstacles qu'on a dû surmonter.

Que ce travail soit un témoignage de ma reconnaissance envers ton soutien infaillible.

A mes très chers fils Youssef et Anas

Vous êtes ma plus belle histoire d'amour

Dès que je pose mon regard sur vous, je sais pourquoi j'existe. Vos yeux pleins d'espoir me donnaient une énergie énorme pour continuer mon chemin.

Que Dieu vous protège et vous bénisse d'un meilleur avenir que le mien.

A ma chère belle-mère Sabiha

Pour ton amour, tes prières et tes encouragements qui m'ont été d'un grand soutien au cours de ce parcours.

Nulle dédicace ne peut exprimer mon amour et ma gratitude.

Que Dieu te protège.

A toute ma belle famille

Vous m'avez accueillie à bras ouverts dans votre famille.

En témoignage de l'amour, de l'attachement et de l'affection que je vous porte, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de santé et de bonheur.

A tous mes amis

*Vous faites partie de ces personnes rares par votre gentillesse, votre tendresse et
votre sincérité.*

*Que vous trouvez ici, le témoignage de tout mon amour et toute ma
reconnaissance pour votre inlassable soutien.*

Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de Bonheur.

A tous ceux que j'aime

A tous ceux qui m'aiment

A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur

Pour chaque instant passé ensemble

*Pour vous encouragements, pour votre soutien moral, ainsi que nos beaux
souvenirs.*

Je vous dédie cette thèse en témoignage de ma grande amitié.

Merci pour votre aide, votre présence, votre soutien et votre affection.

De tout mon cœur,

Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

Remerciements

Notre honorable maître et président de jury

Monsieur le Professeur Jaafar Nakhli

Service de Psychiatrie Hôpital Farhat Hached de Sousse

*Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury
de notre thèse.*

*Votre probité intellectuelle, jointe à vos qualités humaines et professionnelles ont
suscité notre admiration.*

*J'ai eu la chance d'avoir pu bénéficier de votre savoir quand j'étais résidente.
Ceci est une occasion pour moi de vous exprimer mes sincères remerciements
et mon admiration vis-à-vis de l'enseignement et l'effort que vous nous avez
consacré.*

Veuillez trouver ici, l'expression de notre profond respect et sincère gratitude.

*A notre maître et juge
Monsieur le Professeur Badii Amamou
Service de Psychiatrie Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir*

*Nous vous sommes particulièrement redevables
du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.
Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction,
de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles
incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le
respect.*

*Veuillez, Cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de
notre profond respect pour avoir guidé les premiers pas de ma carrière.*

*A notre maître et juge
Monsieur le Professeur Agrégé Zied Mezgar
Service des Urgences Hôpital Farhat Hached Sousse*

*Nous vous sommes particulièrement redevables du grand honneur que vous
nous faites en acceptant de juger ce travail.*

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger
parmi notre jury de thèse.*

*Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail
en siégeant dans mon jury de thèse.*

Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

*A notre maître et juge
Monsieur le professeur Agrégé Elyes Turki
Service de Médecine Légale Hôpital Ibn Al Jazar
de Kairouan*

Vous nous faites l'honneur et le plaisir d'accepter être notre jury de thèse.

*Nous sommes touchés Cher Maître par votre gentillesse, votre sympathie,
votre modestie, votre savoir et votre avidité pour la science. Nous vous
remercions pour votre disponibilité et votre gentillesse qui nous ont comblés.*

*Veuillez trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre
haute considération.*

*A notre maître et rapporteur de thèse
Madame le Professeur Agrégée Bochra Nourhène Saguem
Service de psychiatrie Hôpital Farhat Hached Sousse*

*Vous vous y êtes grandement impliqués par vos directives, vos remarques et
suggestions.*

*Nous avons beaucoup d'estime pour votre large expérience professionnelle et la
richesse de vos connaissances.*

*Votre haute compétence, votre savoir, votre avidité pour la science ainsi que
vos qualités humaines ont toujours suscité notre admiration et
notre profond respect.*

*Veuillez trouver dans ce travail, Chère Maître, l'expression de notre
estime et de notre considération*

*A notre honorable maître et directeur de thèse
Madame le Professeur Agrégée Jihenne Mannai
Service de Psychiatrie Hôpital Ibn El Jazzar Kairouan*

Vous m'avez honoré par votre confiance en me confiant cet excellent sujet de travail.

Vous n'avez cessé, au cours de sa réalisation, de confirmer vos capacités pédagogiques, votre démarche clairvoyante, votre sens du raisonnement et votre rigueur scientifique.

Votre compréhension, vos qualités professionnelles, ainsi que votre dévouement pour le métier ne peuvent que susciter notre grande estime et profond respect.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
MATERIELS ET METHODES.....	4
1. Type d'étude	4
2. Population de l'étude	4
2.1 Population source	4
2.2 Population cible	4
2.2.1 <i>Échantillonnage</i>	4
2.2.2 <i>Critères d'inclusion</i>	4
2.2.3 <i>Critères de non inclusion</i>	4
2.2.4 <i>Critères d'exclusion</i>	4
3. Déroulement de l'étude.....	4
4. Outils d'investigations	5
4.1 <i>Fiche de Renseignements</i>	5
4.2 <i>Hospital Anxiety And Depression Scale (échelle HADS)</i>	6
4.3 <i>Post traumatic stress disorder check list version DSM-5 (échelle PCL-5)</i>	7
4.4 <i>Short Form-36 Health Survey (échelle SF-36)</i>	7
5. Définition opérationnelle des variables.....	8
6. Analyses des données	9
7. Moteurs de recherche et mots clés	10
8. Considérations éthiques.....	10
RESULTATS	11
I. Etude descriptive.....	11
1. Caractéristiques sociodémographiques	11
1.1 <i>Répartition selon l'âge</i>	11
1.2 <i>Répartition selon l'origine</i>	11
1.3 <i>Répartition selon le niveau d'instruction</i>	11
1.4 <i>Répartition selon la profession</i>	11
1.5 <i>Répartition selon la source de revenu</i>	11
1.6 <i>Répartition selon les habitudes de vie</i>	11
2. Antécédents personnels et familiaux	13
2.1 <i>Antécédents personnels organiques</i>	13
2.2 <i>Antécédents personnels Psychiatriques</i>	13
2.3 <i>Antécédents familiaux psychiatriques</i>	14

3. Présence de violence.....	14
3.1 Violence pendant l'enfance	14
3.2 Violence avec plusieurs partenaires	14
4. Caractéristiques de la violence.....	14
4.1 Période de la violence	14
4.2 Type de violence	15
4.2.1 Violence verbale	15
4.2.2. Violence physique.....	16
4.2.3 Violence économique.....	16
4.2.4 Violence sexuelle :	16
4.3 Association de formes de violence conjugale	17
5. Caractéristiques de l'agresseur.....	17
5.1 Age.....	17
5.2 Niveau d'instruction	17
5.3 Profession.....	18
5.4 Antécédents psychiatriques	18
5.5 Antécédents juridiques.....	18
5.6 Habitudes de vie	18
6. Caractéristiques de la relation conjugale.....	19
6.1 Durée du mariage	19
6.2 Différence d'âge entre les conjoints.....	20
6.3 Présence des enfants	20
6.4 Relation du couple au moment de l'étude	21
7. Troubles psychiatriques des femmes victimes de violences conjugales.....	21
7.1 Evaluation de l'anxiété selon l'échelle HAD	21
7.2 Evaluation de la dépression selon l'échelle HAD	21
7.3 Comorbidité entre l'anxiété et la dépression selon l'échelle HAD	22
7.4 Fréquence du stress post traumatique selon l'échelle PCL-5.....	22
8. Evaluation de la qualité de vie	22
II. Etude analytique	23
1. Facteurs associés à l'anxiété.....	23
1.1 Facteurs liés à la victime	23
1.2 Facteurs liés à l'agresseur.....	24
1.3 Facteurs liés à la relation conjugale.....	24

1.4	<i>Type de violence</i>	24
2.	Facteurs associés à la dépression	25
2.1	<i>Facteurs liés à la victime</i>	25
2.2	<i>Facteurs liés à l'agresseur</i>	26
2.3	<i>Facteurs liés à la relation conjugale</i>	26
2.4	<i>Type de violence et dépression</i>	27
3.	Facteurs influençant la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales 27	
3.1	<i>Facteurs liés à la victime</i>	27
3.2	<i>Facteurs liés à l'agresseur</i>	29
3.3	<i>Facteurs liés à la relation conjugale</i>	31
3.4	<i>Type de violence</i>	33
	DISCUSSION	35
1.	Les points forts et limites de l'étude	35
1.1	<i>Les points forts</i>	35
1.2	<i>Limites</i>	36
2.	Caractéristiques socio démographiques	36
2.1	<i>Age</i>	36
2.2	<i>Origine</i>	37
2.3	<i>Niveau d'instruction</i>	38
2.4	<i>Statut professionnel et source de revenu</i>	38
2.5	<i>Habitudes de vie de la victime de violence conjugale</i>	39
3.	Antécédents des femmes victimes de violences conjugales	40
3.1	<i>Antécédents personnels organiques</i>	40
3.2	<i>Antécédents personnels psychiatriques</i>	40
3.3	<i>Violence pendant l'enfance</i>	40
4.	Caractéristiques de la violence conjugale	41
4.1	<i>Période de la violence conjugale</i>	41
4.2	<i>Type de violence</i>	41
4.2.1	<i>Violence verbale</i>	41
4.2.2	<i>Violence physique</i>	41
4.2.3	<i>Violence économique</i> :	42
4.2.4	<i>Violence sexuelle</i>	42
4.3	<i>Association de deux formes ou plus de violence envers les femmes en milieu conjugal</i>	42

5. Profil des auteurs de violence conjugale	43
5.1 <i>Age</i>	43
5.2 <i>Niveau d'instruction</i>	43
5.3 <i>Statut professionnel</i>	44
5.4 <i>Antécédents psychiatriques</i>	44
5.5 <i>Antécédents d'incarcérations</i>	44
5.6 <i>Habitudes de vie</i>	45
6. Caractéristiques de la relation conjugale.....	45
6.1 <i>Durée de mariage</i>	45
6.2 <i>Différence d'âge entre les conjoints</i>	46
6.3 <i>Présence des enfants</i> :	46
7. Troubles psychiatriques des femmes victimes de violences conjugales.....	46
7.1 <i>Trouble de stress post traumatique chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	46
7.2 <i>Troubles anxiо- dépressifs chez les femmes victimes de violence conjugale</i>	48
8. Evaluation de la qualité de vie	50
RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES.....	53
CONCLUSION.....	55
REFERENCES	I
ANNEXES	

Liste des figures

<i>Figure 1 : Répartition des victimes selon les antécédents personnels psychiatriques.....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 2: Répartition des victimes selon les Antécédents familiaux psychiatriques</i>	<i>14</i>
<i>Figure 3 : Répartition des femmes selon la période de la violence conjugale par rapport à la durée de leur mariage.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 4 : fréquence des différentes formes de violence en milieu conjugal</i>	<i>17</i>
<i>Figure 5 : Répartition selon la durée du mariage.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 6 : Répartition des couples selon différence d'âge (H/F).....</i>	<i>20</i>

Liste des tableaux

<i>Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des femmes victimes de violences conjugales</i>	12
<i>Tableau II : Répartition des victimes selon les antécédents personnels organiques</i>	13
<i>Tableau III : Le type des agressions verbales et leur fréquence</i>	15
<i>Tableau IV : Le type des agressions physiques et leur fréquence</i>	16
<i>Tableau V : Répartition des victimes selon le type de violence économique</i>	16
<i>Tableau VI : Répartition des victimes selon le type de violence sexuelle</i>	17
<i>Tableau VII : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des agresseurs</i>	19
<i>Tableau VIII : Répartition des couples selon le nombre des enfants et leur âge</i>	21
<i>Tableau IX : Répartition des victimes selon la symptomatologie de l'anxiété</i>	21
<i>Tableau X : Répartition des victimes selon la symptomatologie dépressive</i>	21
<i>Tableau XI : Répartition des victimes selon la symptomatologie dépressive et de l'anxiété</i> 22	22
<i>Tableau XII : Résultats descriptifs de l'échelle PCL-5 et ses dimensions</i>	22
<i>Tableau XIII : Evaluation de la qualité de vie chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	23
<i>Tableau XIV: Les facteurs épidémiologiques de la victime associés à l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	23
<i>Tableau XV: Facteurs liés à l'agresseur associés à l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	24
<i>Tableau XVI: Facteurs liés au couple associés à l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	24
<i>Tableau XVII: Type de violence et son influence sur l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	25
<i>Tableau XVIII : Les facteurs épidémiologiques liés à la victime associée à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	25
<i>Tableau XIX : Facteurs liés l'agresseur associés à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	26
<i>Tableau XX : Facteurs liés au couple associés à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	26
<i>Tableau XXI : type de violence et son influence sur la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	27

<i>Tableau XXII: Facteurs liés à la victime de violence conjugale et qualité de vie chez les femmes victimes de violences conjugales</i>	28
<i>Tableau XXIII: L'influence des facteurs liés à l'agresseur sur la qualité de vie des femmes victimes de violence conjugale.....</i>	30
<i>Tableau XXIV : Influence des facteurs liés à la relation conjugale sur la qualité de vie chez les femmes victimes de violences conjugales.....</i>	32
<i>Tableau XXV : Influence du type de violence sur la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales.....</i>	34
<i>Tableau XXVI : Résultats d'études évaluant le TSPT pour des femmes victimes de violences par un partenaire intime</i>	47
<i>Tableau XXVII : Tableau comparatif entre notre étude et l'étude en Norvège.....</i>	51

Liste des abréviations

CAP : centre d’assistance psychologique

CEOS : Centres d’Encadrement et d’Orientation Social

CNSS : Caisse Nationale de Solidarité Sociale

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

ENVEFT : l’Enquête Nationale sur la Violence à l’Egard des Femmes en Tunisie

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HADS : Hospital anxiety and depression scale

IES : Impact of event scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONFP : Office National de la Famille et de Population

ONU : Organisation des Nations Unis

PCL-5 : Posttraumatic Stress Disorder CheckList -DSM 5

SCL-PTSD : subscale-posttraumatic stress disorder

SF-36 : Short Form-36 Health Survey

SMD : score moyen de chaque dimension

SMG : score moyen global

SPA : substances psychoactives

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TSPT : trouble de stress post traumatisant

VC : Violence Conjugale

VPI : violence par un partenaire intime

Introduction

Introduction

La violence à l'égard des femmes, appelée aussi violence basée sur le genre constitue de plus en plus un problème majeur de santé publique et une violation de respect des droits de la personne humaine (1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reprenant les termes adoptés par l'assemblée générale des Nations Unies de la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, définit la violence à l'égard des femmes par : « Tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (2). L'une des formes les plus courantes de violence à l'égard des femmes est celle perpétrée par un mari ou un autre partenaire intime masculin, également connue sous le nom de violence domestique ou de violence conjugale.

Il est indéniable que la violence conjugale est liée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité, ainsi qu'à des limitations dans la vie quotidienne, à un mauvais état de santé général et à une surconsommation du système de santé (3).

Cette réalité, comme le soulignent les études, met en lumière l'ampleur des conséquences néfastes de la violence conjugale qui revêt diverses formes, telles que la violence physique, la violence verbale, la violence sexuelle et la violence économique, et qui sont souvent entrelacées les unes avec les autres. Cette diversité aggrave encore davantage les répercussions sur la santé, comme le révèlent les constatations effectuées dans ce domaine (4).

Les effets dévastateurs de la violence conjugale touchent aussi bien la santé physique, la santé mentale et la qualité de vie. En effet, la perception de la qualité de vie des victimes se trouve altérée et est étroitement liée à une prévalence accrue des troubles mentaux (5).

Ceci met en lumière l'impact de la violence conjugale sur le bien-être psychologique des individus touchés.

D'ailleurs, les femmes victimes de violence sont particulièrement vulnérables aux pathologies psychiatriques et aux troubles comportementaux, allant de la dépression à l'état de stress post-traumatique, en passant par les comportements suicidaires (6,7) .

Pour cette raison, plusieurs organismes ont présenté des méthodes et des stratégies pour prévenir la violence à l'égard des femmes destinées aux responsables de l'élaboration des politiques.

En 1993, la Déclaration de l’Assemblée générale des Nations Unies sur l’élimination de la violence à l’égard des femmes a encadré la lutte contre cette pandémie ; mais plus de 20 ans plus tard, une femme sur trois est toujours victime de violence physique ou sexuelle, le plus souvent commise par un partenaire intime (8).

En Tunisie, l’enquête nationale sur la violence à l’égard des femmes menée en 2010 a révélé que 47,6% des femmes, âgées de 18 à 64 ans, auraient subi au moins une forme de violence au cours de leur vie (9).

Face à ce constat alarmant, le gouvernement tunisien a pris des mesures importantes en intégrant la lutte contre la violence à l’égard des femmes dans ses priorités à travers la promulgation de la loi organique n°2017-58 du 13 aout 2017 relative à l’élimination de la violence à l’égard des femmes (10).

Le 25 février 2020, un décret gouvernemental « relatif à l’organisation administrative et financière de l’observatoire National pour la Lutte Contre la Violence à l’Egard des Femmes en application de l’art 40 de la loi organique n°2017-58 » est promulgué.

Cette loi incite à éliminer toutes formes de violence à l’égard des femmes fondée sur la discrimination entre les sexes, quel qu’en soient les auteurs ou le domaine, afin d’assurer l’égalité et le respect de la dignité humaine.

Elle considère la violence, quel que soit son type, comme une infraction punissable.

C’est une politique globale, complémentaire et inclusive de lutte contre la violence, fondée sur la prévention de la violence, protection et prise en charge des victimes ainsi qu’une poursuite et répression des auteurs.

Ainsi, en adoptant cette loi, chaque femme subissant une violence conjugale peut s’adresser aux autorités policières spécifiquement aux équipes spécialisées dans les crimes de violence contre la femme et l’enfant pour déposer une plainte.

La majorité de ces femmes seront adressées pour une expertise psychiatrique précisant le retentissement psychiatrique de ces victimes.

A ce sujet, notre étude vise à apporter une contribution significative à la compréhension de ce fléau au sein de notre pays et du retentissement de cette violence sur la santé mentale et les différents domaines de la qualité de vie.

Les objectifs de notre étude :

- 1/ Etudier le profil sociodémographique, clinique et relationnel des femmes victimes de violences conjugales et de leurs conjoints.
- 2/ Evaluer la détresse psychologique et la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales.

3/ Etablir les facteurs prédictifs à l'anxiété, à la dépression et à la qualité de vie auprès de la population de l'étude.

Matériels et méthodes

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Une étude transversale à visée analytique a été menée au service de psychiatrie du CHU Ibn El Jazzar Kairouan. La période de l'étude s'est étalée sur 12 mois allant du mois de juillet 2021 au mois de Juin 2022.

2. Population de l'étude

2.1 Population source

Les femmes tunisiennes de la région de Kairouan qui se sont présentées aux équipes spécialisées dans les crimes de violences à l'égard de la femme et de l'enfant.

2.2 Population cible

Nous avons inclus toutes les femmes Tunisiennes de la région de Kairouan victimes de violences conjugales qui se sont présentées au service de psychiatrie Kairouan dans le cadre d'une expertise sur la demande des équipes spécialisées dans les crimes de violence à l'égard de la femme et de l'enfant.

2.2.1 Échantillonnage

Un échantillonnage exhaustif a été adopté.

2.2.2 Critères d'inclusion

Les femmes, qui étaient incluses dans l'étude, remplissaient l'ensemble les critères suivants :

- ✓ Age supérieur à 18 ans
- ✓ Femmes mariées au moment de l'enquête
- ✓ Consentement libre et éclairé
- ✓ Victimes de violences perpétrées par le conjoint

2.2.3 Critères de non inclusion

- ✓ Absence de consentement
- ✓ Violences perpétrées par une personne autre que le conjoint
- ✓ Ayant des troubles Cognitifs (Démence, retard mental, etc.), des troubles de langage ou un handicap auditif sévère.

2.2.4 Critères d'exclusion

- ✓ Les femmes n'ayant pas pu répondre au questionnaire en entier

3. Déroulement de l'étude

L'étude a été menée par un seul évaluateur auteur du travail.

L'entretien a été menée le jour de l'expertise sur un rendez-vous préalable (quelques jours après la demande).

Les participantes ont donné oralement leur consentement éclairé après leur avoir expliqué le déroulement et les objectifs de l'étude.

Le respect de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses a été garanti aux participantes.

La durée moyenne de l'entretien était de 50 min.

4. Outils d'investigations

4.1 Fiche de Renseignements

Il s'agissait d'un auto-questionnaire anonyme permettant le recueil d'informations générales à propos des participantes (Annexe 1)

1. Caractéristiques épidémiologiques de la victime

- L'âge
- L'origine
- Le niveau d'instruction
- La profession
- La source du revenu
- Les habitudes de vie
- Les antécédents personnels organiques
- Les antécédents personnels psychiatriques (trouble de l'humeur, trouble anxieux, tentative de suicide ...)
- Antécédent de violence subie ou vécue pendant l'enfance (maltraitance, abus sexuel, attouchements sexuels, violence sexuelle ...)
- Antécédents de violence dans une autre relation de couple
- Antécédents familiaux psychiatriques

2- Caractéristiques épidémiologiques de l'agresseur

- L'âge
- Le niveau d'instruction
- La profession
- Les antécédents psychiatriques
- Les antécédents juridiques
- Les habitudes de vie (alcool, substances psychoactives)

3-Caractéristiques du couple

- La durée du mariage
- Le nombre et l'âge des enfants
- La situation actuelle (poursuite de la relation avec ou sans séparation de corps, décision de divorce)

4- Caractéristiques de l'agression

- Délai du début d'agression par rapport au mariage
- Type et fréquence de la violence (physique, verbale, économique, sexuelle)

4.2 Hospital Anxiety And Depression Scale (échelle HADS)

La recherche des symptômes anxieux et dépressifs a été réalisée à l'aide de l'échelle HADS (**Annexe 2**) qui était développée par Zigmond et Snaith en 1983(11) .

Nous avons utilisé cette échelle dans notre étude puisqu'elle offre l'avantage d'éliminer en même temps, les symptômes physiques qui peuvent être des biais de confusion.

Ce questionnaire a aussi l'avantage de dépister en même temps la pathologie dépressive et anxieuse tout en étant rapide et facile à utiliser(11) .

L'échelle HAD contient 14 items et 2 sous échelles : 7 items se rapportent à l'anxiété et 7 items se rapportent à la dépression. Pour chaque item, il existe 4 modalités de réponse codées de 0 à 3 permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Les items de la dépression et de l'anxiété sont alternés. De plus, une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été réalisée afin d'éviter le biais lié à leur répétition.

Le score est calculé comme suit :

- Additionnez les scores attribués aux items : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total HAD-A
- Additionnez les scores attribués aux items : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total HAD-D

Pour dépister les symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante a été proposée pour chacun des scores (A et D) :

- ✓ ≤ 7 : absence de symptomatologie
- ✓ 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- ✓ ≥ 11 : symptomatologie certaine

Dans notre travail, nous avons utilisé l'échelle HADS dans sa version française et nous avons considéré un score supérieur ou égal à 11 comme valeur seuil pour retenir un trouble anxieux ou dépressif.

Toutes les femmes ont été interrogées oralement en apportant les précisions en arabe en cas de non compréhension

4.3 Post traumatic stress disorder check list version DSM-5 (échelle PCL-5) (Annexe 3)

Le PCL-5 a été développé par le centre national Américain du Trouble Stress Post-Traumatique (TSPT), par l'équipe de Weathers F.W. et al (12,13) et a été publiée en 2013. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 20 items qui correspondent aux critères de symptômes de TSPT du DSM-5(13). Cette échelle permet de dépister, d'établir un diagnostic provisoire des patients avec un TSPT(14).

Les 20 questions sont regroupées en 4 critères correspondant aux quatre principaux syndromes du TSPT :

- La répétition (critère B)
- L'évitement (critère C)
- Altérations cognitives et de l'humeur (critère D)
- L'hyperactivité neurovégétative (critère E)

Les différents items sont cotés sur une échelle Likert de 5 points comme suit : « 0 » = pas du tout, « 1 » = un peu, « 2 » = parfois , « 3 » = souvent, « 4 » = très souvent .

Le score total est obtenu en additionnant les scores de chacune des 20 questions.

Un seuil de 33 au PCL-5 a été retenu pour évoquer le diagnostic de TSPT (15)

4.4 Short Form-36 Health Survey (échelle SF-36) (Annexe 4)

L'échelle SF-36 est un questionnaire fiable et acceptable pour l'évaluation de la qualité de vie sur le long terme (16).

Le SF-36 est caractérisé, non seulement, par ses qualités psychométriques (spécificité = 84,6 %, sensibilité = 68,85 %, valeur globale d'efficience = 74,76 % et coefficient alpha de Cronbach = 0,82) (17)

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui comporte 36 items répartis en huit dimensions :

- ✓ D1 : activité physique
- ✓ D2 : limitations dues à l'état physique
- ✓ D3 : douleurs physiques
- ✓ D4 : santé perçue
- ✓ D5 : vitalité
- ✓ D6 : vie et relations avec les autres
- ✓ D7 : limitations dues à l'état psychique
- ✓ D8 : santé psychique

Les réponses aux questions sont cotées de 0 à 100.

A chaque dimension est associé un score compris entre 0 (qualité nulle) et 100 (qualité maximale). Plusieurs items sont regroupés pour constituer le score de chaque dimension.

Le mode de calcul est basé sur une somme de points donnés selon les réponses aux questions concernées, suivi d'un algorithme de calcul.

Un score moyen global (SMG) est obtenu par le calcul de la moyenne des cotations. En se référant à la valeur seuil de Léan et al. (18), on admet qu'un SMG de moins de 66,7 signifie une altération de la qualité de vie. Par ailleurs, un score moyen est calculé pour chaque dimension (SMD) permettant d'identifier les dimensions les plus touchées (19).

Dans notre travail, nous avons utilisé la version actuelle française du SF-36 traduite par Leplège et al., en 1998 (20) et validée en langue française permettant d'établir des valeurs de références de chaque dimension de qualité de vie dans diverses populations (16).

5. Définition opérationnelle des variables

Dans la législation Tunisienne (10), la typologie de violence est prévue par la loi organique 58-2017 et identifie quatre types :

- **Violence physique** : tout acte nuisible ou de sévices portant atteinte à l'intégrité ou à la sécurité physique de la femme ou à sa vie, tels que les coups, coups de pieds, blessures, poussées, défiguration, brûlures, mutilation de certaines parties du corps, séquestration, torture et homicide.
- **Violence morale** : toute agression verbale, telle que la diffamation, l'injure, la contrainte, la menace, l'abandon, la privation des droits et des libertés, l'humiliation, la négligence, la raillerie (moquerie), le rabaissement (déprécier) et autres actes ou paroles portant atteinte à la dignité humaine de la femme ou visant à l'intimider ou la dominer.
- **Violence sexuelle** : tout acte ou parole dont l'auteur vise à soumettre la femme à ses propres désirs sexuels ou aux désirs sexuels d'autrui, au moyen de la contrainte, du dol, de la pression ou autres moyens, de nature à affaiblir ou porter atteinte à la volonté, et ce, indépendamment de la relation de l'auteur avec la victime.
- **Violence économique** : tout acte ou abstention de nature à exploiter les femmes ou les priver des ressources économiques, quel qu'en soit l'origine, tels que la privation des fonds, du salaire ou des revenus, le contrôle des salaires ou revenus et l'interdiction de travailler ou la contrainte à travailler.
- **Violence conjugale** : L'organisation mondiale de la santé (OMS) la définit comme «Tout comportement dans une relation intime qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, y compris des actes de violence physique, des agressions sexuelles, des propos insultants, des menaces de violence, du contrôle coercitif, des abus émotionnels ou

psychologiques» (21).

- Anxiété : L'anxiété est considérée comme normale lorsqu'elle joue un rôle adaptatif permettant au sujet de se préparer à la survenue et à la réponse de stimuli menaçants ou inhabituels. Il s'agit d'une émotion physiologique contre laquelle il est illusoire de lutter. Son intensité et sa durée varient en fonction des situations. Une anxiété pathologique peut être évoquée dès que les symptômes sont trop fréquents, intenses ou inadaptés et qu'un retentissement sur les activités ordinaires du sujet (famille, milieu professionnel, environnement, loisirs) est observé (22).

- Dépression : La dépression est définie selon l'OMS comme un trouble mental courant qui se caractérise par une tristesse persistante ou par une perte durable de la capacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir pour les activités qui en procuraient auparavant (21).

- Le trouble de stress post traumatique : Le TSPT est défini comme un trouble anxieux qui peut survenir après avoir été exposé à un événement traumatisant. Les critères diagnostiques du TSPT comprennent : L'exposition à un événement traumatique réel ou menacé de mort, de blessures graves ou de violence sexuelle. La présence de symptômes de ré-experience persistante de l'événement, tels que des flashbacks, des cauchemars ou des pensées intrusives. L'évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique et une réactivité négative ou exacerbée. La présence de symptômes persistants de changements cognitifs et d'humeur, tels que la mémoire altérée, les pensées négatives persistantes et la difficulté à ressentir des émotions positives (23).

- La qualité de vie : L'OMS définit la qualité de vie comme étant «la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (24).

6. Analyses des données

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Science) version 20.0. Les fréquences et les pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, la normalité a été testée par le test de Kolmogorov Smirnov. Si la variable a été distribuée normalement, elle a été présentée par sa moyenne et son écart-type sinon par la médiane et les extrêmes.

Une analyse uni-variée a été réalisée. Nous avons utilisé le test de chi-2 pour les variables qualitatives et le test t Student pour la comparaison des moyennes de deux échantillons avec un intervalle de confiance à 95% et seuil de signification fixé à 5%.

L'étude de la relation entre deux variables quantitatives a été effectuée grâce à l'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson.

Les valeurs de p et OR ont été considérées selon les modalités suivantes :

- Si l'effectif théorique des patients est > 5 , on utilise le test de chi-2 de Pearson.
- Si l'effectif théorique des patients est compris entre 3 et 5, on utilise la correction pour la continuité (X2 corrigé de Yates).
- Si l'effectif théorique est < 3 et ≥ 1 on utilise le test exact de Fisher.
- Si l'effectif théorique des patients est égal à 0, on ne peut exposer que les effectifs et les fréquences,
- L'odds ratio (OR) était exprimé par son intervalle de confiance (IC) à 95% :
 - Si $OR < 1$ signifie que le facteur étudié est un facteur protecteur,
 - Si $OR = 1$ signifie qu'il n'y a pas une association,
 - Si $OR > 1$ signifie que le facteur étudié est un facteur de risque.

7. Moteurs de recherche et mots clés

La recherche bibliographique a été effectuée en puisant dans les bases de données Google Scholar, PubMed et Science Direct ainsi que la base de données des 4 facultés de médecine. Les mots-clés suivants ont été utilisés : violence conjugale, violence à l'encontre de la femme, violence entre partenaires intimes, santé mentale, anxiété, dépression, trouble de stress post-traumatique et qualité de vie.

Les références ont été classées à l'aide du logiciel Mendeley.

8. Considérations éthiques

Notre étude a été réalisée dans le respect des considérations éthiques.

Toutes les femmes ont été questionnées individuellement.

Elles ont été informées d'emblée du caractère volontaire de l'étude et ont été assurés quant à la confidentialité des données recueillies.

La première étape du recrutement a permis d'expliquer le but de l'étude et d'avoir un consentement éclairé de participation à l'enquête.

Les femmes chez qui on a dépisté une symptomatologie anxiо-dépressive, un trouble de stress post traumatisant ou une altération de la qualité de vie ont été adressées à la consultation externe du service de psychiatrie du CHU Ibn EL Jazzar Kairouan.

Résultats

RESULTATS

I. Etude descriptive

Durant la période de recueil de données, 103 femmes répondant aux critères d'inclusion de notre étude ont été recrutées.

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1 Répartition selon l'âge

L'âge moyen de notre population est de $28,04 \pm 8,65$ ans avec des extrêmes allant de 18 à 54 ans.

La tranche d'âge la plus concernée était celle de 21 à 30 ans dans 55,3% des cas.

Deux patientes (1,6%) avaient l'âge supérieur à 50 ans.

1.2 Répartition selon l'origine

Toutes les femmes étaient originaires de Kairouan. La majorité des victimes (64,1%) était d'origine urbaine.

1.3 Répartition selon le niveau d'instruction

Quarante-cinq femmes (43,7%) avaient un niveau scolaire primaire. Seulement dix-sept victimes (16,5%) avaient suivi des études universitaires.

1.4 Répartition selon la profession

La majorité de notre population soit soixante-douze (69,9%) étaient actives.

1.5 Répartition selon la source de revenu

Les revenus étaient d'origine professionnelle dans 64,1% des cas (n=66).

Parmi la population totale, 20,4% (n=21) des femmes étaient financièrement dépendantes de leurs partenaires.

1.6 Répartition selon les habitudes de vie

Trente-deux participantes étaient tabagiques alors que neuf seulement avaient une consommation occasionnelle d'alcool (à raison d'une fois par 03 mois).

La consommation occasionnelle des substances psychoactives a été rapportée chez cinq victimes (à raison d'une fois par 06 mois).

Les caractéristiques socio-démographiques et les habitudes de vie de la population étudiée sont détaillées ci-dessous (Tableau I)

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des femmes victimes de violences conjugales (N=103)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Age		
[18-20]	19	18,4
[21-30]	55	53,4
[31-40]	17	16,5
[41-50]	10	9,7
[51-60]	2	1,9
Origine		
Urbaine	66	64,1
Rurale	37	35,9
Niveau d'instruction		
primaire	45	43,7
Secondaire	41	39,8
Universitaire	17	16,5
Profession		
Ouvrière journalière	42	40,8
employée	30	29,1
Inoccupée professionnellement	31	30,1
Source de revenu		
Conjoint	21	20,4
Travail	66	64,1
Famille	12	11,7
Sociale	4	3,8
Habitudes de vie		
Tabac	32	31,1
Alcool	9	8,7
Substances psychoactives	5	4,9

2. Antécédents personnels et familiaux

2.1 Antécédents personnels organiques

Dans notre étude, nous avons noté des antécédents organiques chez 39,9% des victimes. La dyslipidémie était l'antécédent organique le plus fréquent chez 18 victimes (17,5%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des victimes selon les antécédents personnels organiques

Antécédents personnels organiques	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Cardiopathie congénitale	1	1,0
Diabétique	6	5,8
Maladie de crohn	2	1,9
HTA	5	4,9
Asthme	1	1,0
Dyslipidémie	18	17,5
Arthrose	1	1,0
Dysthyroidie	4	3,9
Insuffisance coronarienne	1	1,0
Hypothyroidie	2	1,9

2.2 Antécédents personnels Psychiatriques

Vingt-trois femmes (22,3%) avaient des antécédents personnels psychiatriques.

Le trouble dépressif était l'antécédent psychiatrique le plus fréquent.

Nous avons trouvé un passage à l'acte suicidaire par intoxication médicamenteuse chez sept femmes (6,7%).

Les participantes avaient un suivi documenté en psychiatrie (par un psychiatre de libre pratique) mais marqué par une mauvaise observance thérapeutique.

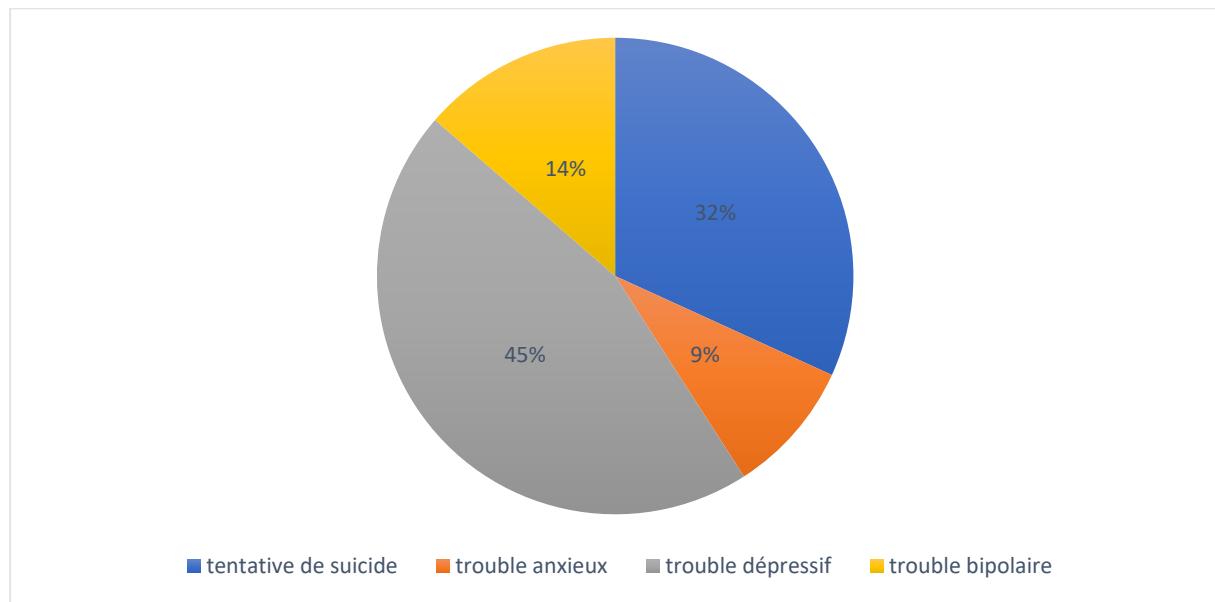


Figure 1 : Répartition des victimes selon les antécédents personnels psychiatriques (N=103)

2.3 Antécédents familiaux psychiatriques

Vingt-deux femmes (21,4%) avaient des antécédents familiaux psychiatriques.

Les antécédents de suicide dans la famille étaient notés dans 10,6% de ces femmes victimes de violence conjugale.

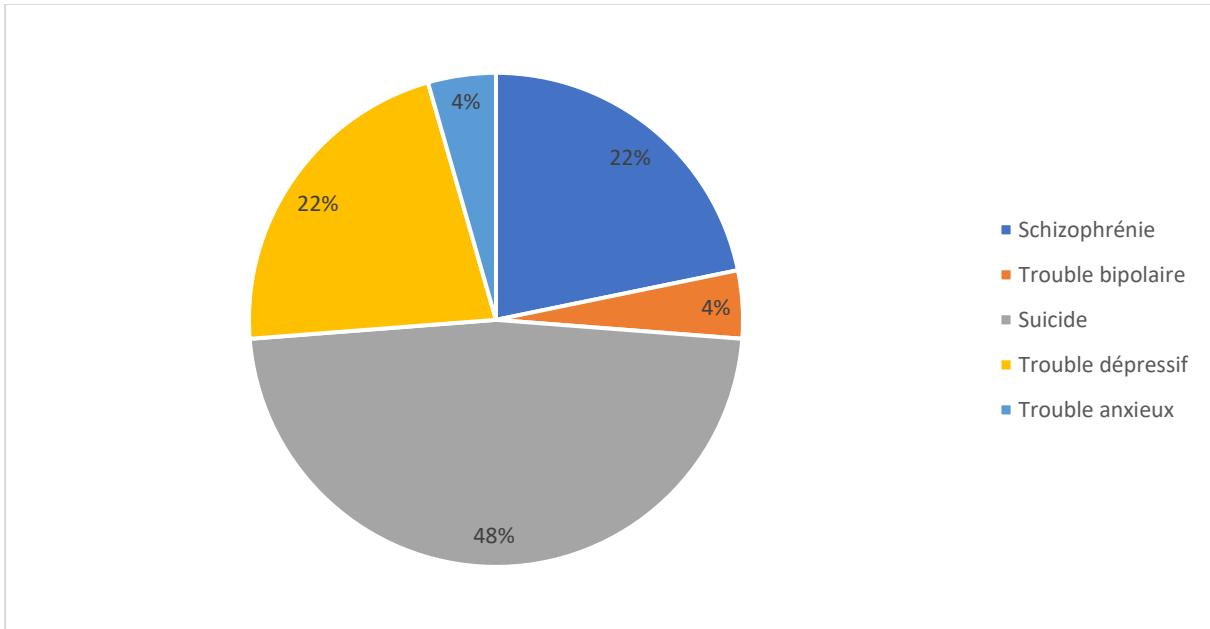


Figure 2: Répartition des victimes selon les Antécédents familiaux psychiatriques (N=103)

3. Présence de violence

3.1 Violence pendant l'enfance

Dans notre population, parmi les femmes victimes de violence, dix avaient des antécédents de violence vécue ou subie pendant l'enfance (maltraitance, attouchements sexuels, violence sexuelle).

3.2 Violence avec plusieurs partenaires

Nous avons constaté que parmi les participantes à l'étude, quinze femmes avaient plus qu'un partenaire violent dans une autre relation de couple (avant le mariage).

4. Caractéristiques de la violence

4.1 Période de la violence

La majorité des femmes ont subi des violences conjugales dès la première année du mariage (62,1%) (Figure 3).

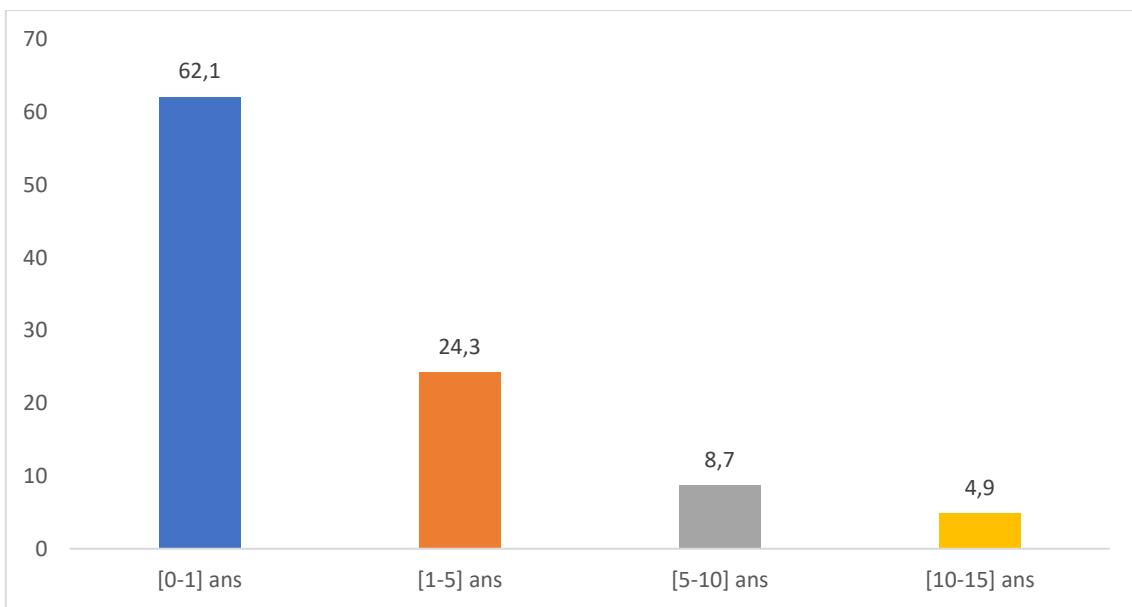


Figure 3 : Répartition des femmes selon la période de la violence conjugale par rapport à la durée de leur mariage (N=103)

4.2 Type de violence

Nous avons rapporté une violence verbale chez 101 victimes (98 %), une violence physique chez 67 victimes (65%), une violence économique chez 33 victimes (32%) et une violence sexuelle chez 38 victimes (36,9%).

4.2.1 Violence verbale

Parmi les 101 femmes victimes de violence verbale, l'injure et l'humiliation était le type de violence verbale le plus fréquent (96,1%) (Tableau III). La fréquence des agressions verbales était souvent dans la majorité des cas (58,2%).

Tableau III : Le type des agressions verbales et leur fréquence

Types d'agression verbale	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Injure	99	96,1
Humiliation	99	96,1
Menace de blessure physiquement	67	65
Menace de mort	58	56,3

Fréquence	Rarement	10.6
Souvent	60	58.2
Quotidiennement	32	31.1

4.2.2. Violence physique

Une violence physique a été rapportée chez 67 victimes (65%). Le type de la violence physique la plus fréquente était une gifle chez 57 victimes (55,3%). La fréquence des agressions physiques était souvent dans 56,3% des cas (n=58) (Tableau IV).

Tableau IV : Le type des agressions physiques et leur fréquence

Types d'agression physique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Force de bascule ou de poussée	50	48,5
Gifle	57	55,3
Torsion des bras	20	19,4
Force de traction des cheveux	32	31,1
Coup du pied ou poing ou par un objet	35	34
Etranglement ou étouffement	45	43,7
Cognement de la tête contre quelque chose	12	11,7
Blessure par arme blanche	9	10
Fréquence		
	Rarement	28
	Souvent	58
	Quotidiennement	17

4.2.3 Violence économique

Une violence économique a été notée chez 33 victimes (32%). Seize victimes (15,5%) ont rapporté que l'agresseur l'oblige à remettre tous les argents reçus (Tableau V).

Tableau V : Répartition des victimes selon le type de violence économique

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Utilisation les argents de la victime sans permission	8	7,8
Contrôle les dépenses de la victime et l'empêchement de dépenser son propre argent	9	8,7
L'exploitation du milieu de travail du victime	1	1,0
Obligation de remettre tous les argents reçus	16	15,5
Empêchement le travail de la victime ou du choix du travail	6	5,8

4.2.4 Violence sexuelle :

Une ou plusieurs formes de violence sexuelle ont été rapportées chez 38 victimes (36,9%) (Tableau VI).

Tableau VI : Répartition des victimes selon le type de violence sexuelle

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Force de rapport sexuel	32	31,1
Demandes, ou insultes à caractère sexuel	16	15,5
Pratiques sexuelles que la victime juge dégradantes ou humiliantes	21	20,4

4.3 Association de formes de violence conjugale

Dans notre travail, 49% des consultantes subissaient deux formes de violence en milieu conjugal, 28% des consultantes subissaient trois formes de violence et 11% subissaient les quatre formes de violence (figure 4)

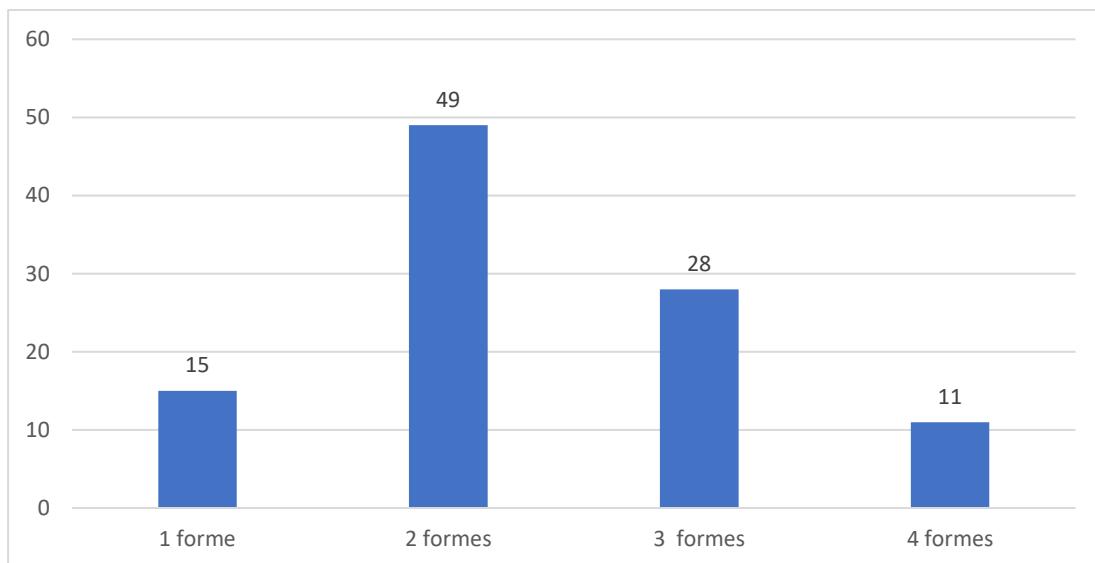


Figure 4 : fréquence des différentes formes de violence en milieu conjugal

5. Caractéristiques de l'agresseur

5.1 Age

L'âge moyen de l'agresseur était $32,7 \pm 8,2$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 59 ans.

La majorité des agresseurs (n=50) avait l'âge inférieur à 30 ans.

5.2 Niveau d'instruction

Le niveau d'instruction était secondaire dans la majorité des cas (37,9%) suivi du niveau primaire dans 35% des cas.

5.3 Profession

Dix-neuf agresseurs (18,4%) étaient sans profession et 38 agresseurs (36.8%) étaient des ouvriers journaliers.

5.4 Antécédents psychiatriques

Dix agresseurs (9,7%) avaient des antécédents psychiatriques de traits de personnalité pathologiques.

5.5 Antécédents juridiques

Parmi les agresseurs des femmes, neuf (8,7%) avaient des antécédents juridiques d'incarcération.

5.6 Habitudes de vie

La consommation d'alcool était notée chez 62 agresseurs (60,2%). Parmi eux, 30% étaient des consommateurs réguliers.

La consommation des substances psychoactives était notée chez 27 agresseurs (26,2%). Parmi eux, 26 agresseurs (25,2%) étaient des consommateurs de Cannabis.

Le tableau VII résume les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des agresseurs.

Tableau VII : Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des agresseurs (N=103)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Age		
[20-30]	50	48,5
[31-40]	33	32
[41-50]	14	13,6
>50	6	5,8
Niveau d'instruction		
analphabète	3	3
primaire	36	35
Secondaire	39	37,8
Universitaire	25	24,2
Profession		
employé	46	44,7
Ouvrier journalier	38	36,9
Sans profession	19	18,4
Antécédents		
Antécédents psychiatriques	10	9,7
Antécédents juridiques	9	8,7
Habitudes de vie		
Alcool	62	60,2
Substances psychoactives	27	26,2
Cannabis	26	25,2

6. Caractéristiques de la relation conjugale

6.1 Durée du mariage

Dans notre étude, la médiane de la durée du mariage était trois ans avec des extrêmes allant de deux semaines à 31 ans (Figure 5).

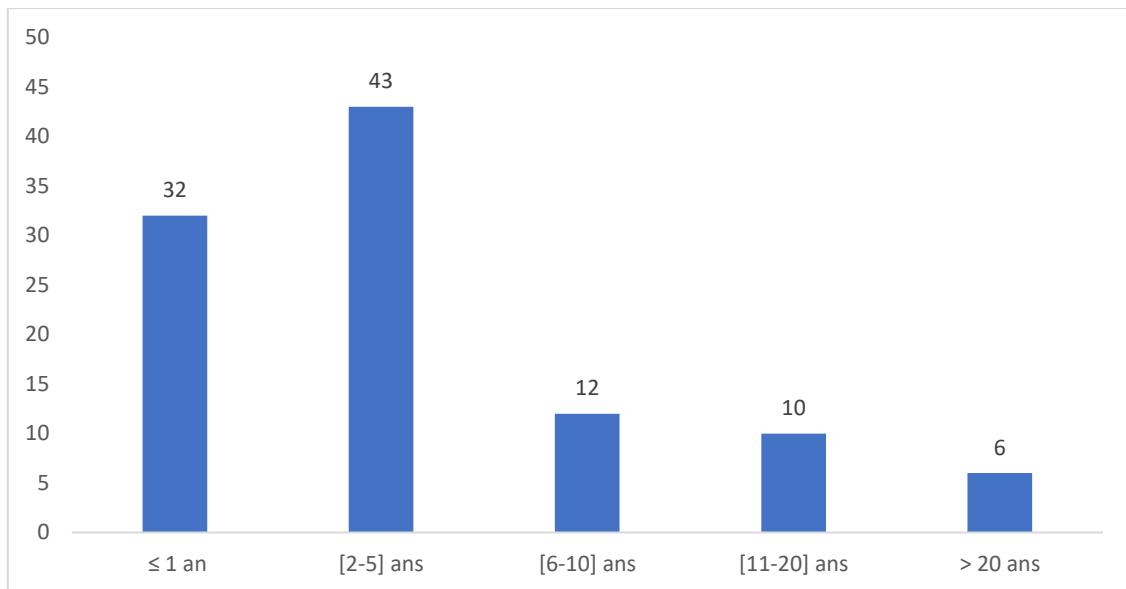


Figure 5 : Répartition selon la durée du mariage (N=103)

6.2 Différence d'âge entre les conjoints

Pour la plupart de notre population, la différence d'âge était supérieure à 3 ans (57 %) (Figure 6).

Seulement trois femmes qui avaient un âge supérieur à leurs maris.

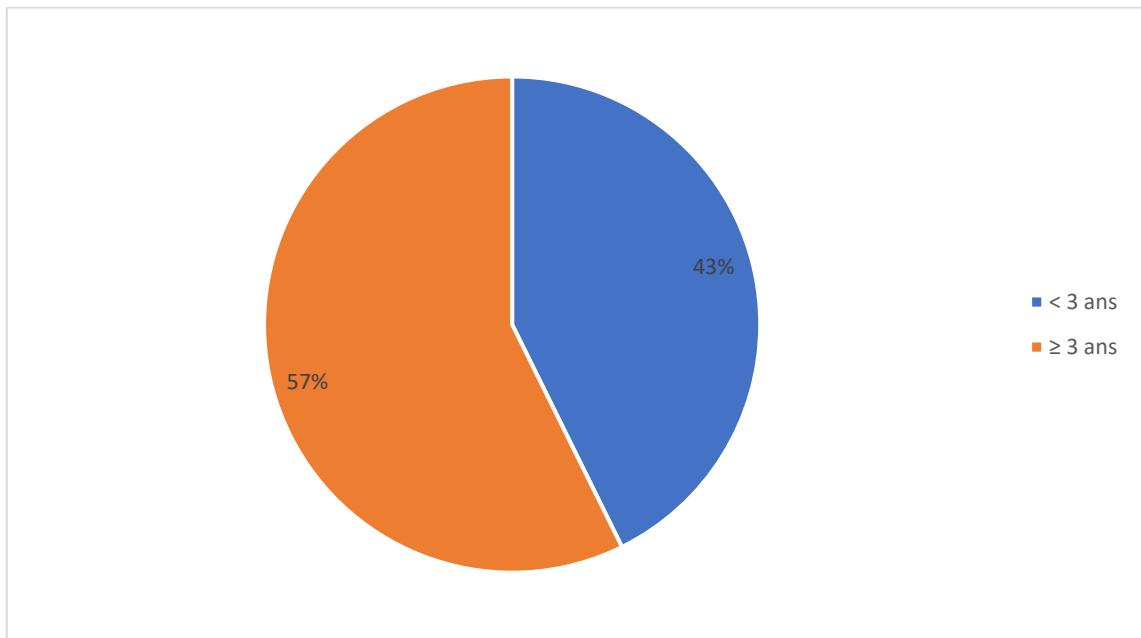


Figure 6 : Répartition des couples selon différence d'âge (H/F)

6.3 Présence des enfants

Quarante-cinq femmes (43,7%) n'avaient pas d'enfant. La médiane du nombre des enfants était un enfant avec des extrêmes allant de 0 à 5 enfants (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des couples selon le nombre des enfants et leur âge (N=103)

Nombre d'enfant	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Age médiane [min-max]
0	45	43,7	-
1	28	27,2	
2	15	14,6	3[0,5-30]
3	12	11,7	8[0,5-24]
4	2	1,9	10[6-16]
5	1	1,0	-

min:minimum ; max :maximum

6.4 Relation du couple au moment de l'étude

Nous avons noté que cinquante-six femmes (54,4%) étaient en séparation de corps depuis plusieurs mois, alors que quarante-sept victimes (45,6%) décidaient le divorce.

7. Troubles psychiatriques des femmes victimes de violences conjugales

7.1 Evaluation de l'anxiété selon l'échelle HAD

Selon les critères de cotation de la HAD, une symptomatologie anxiouse certaine a été objectivée chez 51,5% de la population de l'étude (Tableau IX).

La moyenne du score de l'anxiété HAD-A était $10,8 \pm 2,5$ avec des extrêmes allant de 4 à 17.

Tableau IX : Répartition des victimes selon la symptomatologie de l'anxiété (N=103)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Absence de symptomatologie	8	7,8
Symptomatologie certaine	53	51,5
Symptomatologie douteuse	42	40,8

HAD ≤ 7 : absence de symptomatologie ; [8 à 10] : symptomatologie douteuse ; ≥ 11 : symptomatologie certaine

7.2 Evaluation de la dépression selon l'échelle HAD

Selon les critères de cotation de la HAD, une symptomatologie dépressive certaine a été objectivée dans 65 cas (63,1%) et douteuse chez 35 victimes (34%) (Tableau X).

La moyenne du score de la dépression HAD-D était $11,3 \pm 2,3$ avec des extrêmes allant de 3 à 17.

Tableau X : Répartition des victimes selon la symptomatologie dépressive (N=103)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Absence de symptomatologie	3	2,9
Symptomatologie certaine	65	63,1
Symptomatologie douteuse	35	34,0

HAD ≤ 7 : absence de symptomatologie ; [8 à 10] : symptomatologie douteuse ; ≥ 11 : symptomatologie certaine

7.3 Comorbidité entre l'anxiété et la dépression selon l'échelle HAD

Selon les critères de cotation de la HAD, une symptomatologie anxiouse certaine a été associée à une symptomatologie dépressive certaine chez 42 victimes (40,7%) (Tableau XI).

Tableau XI : Répartition des victimes selon la symptomatologie dépressive et la symptomatologie anxiouse (N=103)

	Absence de symptomatologie de dépression	Symptomatologie douteuse de dépression	Symptomatologie certaine de dépression
Absence de symptomatologie de l'anxiété	1(1)	7(6,8)	0(0)
Symptomatologie douteuse de l'anxiété	2(1,9)	17(16,5)	23(22,3)
Symptomatologie certaine de l'anxiété	0(0)	11(10,7)	42(40,7)

HAD ≤ 7 : absence de symptomatologie ; [8 à 10] : symptomatologie douteuse ; ≥ 11 : symptomatologie certaine

7.4 Fréquence du stress post traumatique selon l'échelle PCL-5

Selon l'échelle PLC-5, presque la totalité des femmes présentaient un trouble de stress post traumatique. La moyenne du score PCL-5 était $60,9 \pm 13,7$ avec des extrêmes allants de 31 à 90 (Tableau XII).

Tableau XII : Résultats descriptifs de l'échelle PCL-5 et ses dimensions (N=103)

	m±ET	[min-max]
Répétition (5 items)	15,1±4,2	[6-25]
Evitement (2 items)	5,8±1,6	[3-10]
Altération cognitive et de l'humeur (7 items)	21,2±4,8	[13-33]
Hyperactivité neurovégétative (6 items)	18,7±4,4	[8-29]

m :moyenne ; ET : écart-type ; min : minimum ; max : maximum

8. Evaluation de la qualité de vie

Quatre-vingt-douze victimes (89,3%) avaient une qualité de vie altérée. La majorité des domaines de la qualité de vie évalués par le SF-36 étaient atteints avec une moyenne du score SF-36 de $45,7 \pm 12,5$ avec des extrêmes allants de 21 à 75 (Tableau XIII).

Tableau XIII : Evaluation de la qualité de vie chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Domaines de l'échelle SF36	
Fonctionnement physique (PF)	82±19,7 [30-100]
Limitation physique (RP)	25 [0-100]
Douleur physique (BP)	33,8±5 [21,5-50,5]
Santé générale (GH)	28,7±11,5 [0-55]
Vitalité (VT)	42±9,6 [12-64]
Fonctionnement social (SF)	48,4±11,1 [12,5-62,5]
Limitation émotionnelle (RE)	25 [0-100]
Santé mentale (MH)	42,4±10 [10-60]

II. Etude analytique

1. Facteurs associés à l'anxiété

1.1 Facteurs liés à la victime

Les facteurs sociodémographiques et cliniques liés à la victime n'avaient pas une influence sur l'anxiété.

La présence d'une dépression comorbide à l'anxiété est statistiquement significative dans notre population ($p<0,001$).

Le tableau XIV résume l'influence des facteurs épidémiologiques de la victime sur l'anxiété.

Tableau XIV: Les facteurs épidémiologiques de la victime associés à l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Anxiété n=53	Pas d'anxiété n=50	p
Age du victime		27,1 ±7,9	28,9 ±9,3	0,297
Niveau scolaire du victime	Primaire	24 (45,3)	21 (42,0)	0,334
	Secondaire	23 (43,4)	18 (36,0)	
	Supérieur	6 (11,3)	11 (22,0)	
Profession du victime	Oui	33 (62,3)	39 (78,0)	0,082
	Non	20 (37,7)	11 (22,0)	
Antécédent psychiatrique chez la victime	Oui	10 (18,9)	12 (24,0)	0,525
	Non	43 (81,1)	38 (76,0)	
Tabagisme chez la victime	Oui	19 (35,8)	13 (26,0)	0,280
	Non	34 (64,2)	37 (74,0)	
Alcoolisme chez la victime	Oui	4 (7,5)	5 (7,5)	0,737
	Non	49 (92,5)	45 (92,5)	
Substances psychoactives chez la victime	Oui	4 (7,5)	1 (2,0)	0,364
	Non	49 (92,5)	49 (98,0)	
Antécédents de violence vécue ou subie pendant l'enfance	Oui	4 (7,5)	6 (12,0)	0,518
	Non	49 (92,5)	44 (88,0)	
Dépression comorbide	Oui	42 (79,2)	23 (46,0)	0,001
	Non	11(20,8)	27 (54,0)	

1.2 Facteurs liés à l'agresseur

Les facteurs épidémiologiques liés à l'agresseur n'avaient pas une influence sur l'anxiété de la victime dans la présente étude (Tableau XV)

Tableau XV: Facteurs liés à l'agresseur associés à l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Anxiété n=53	Pas d'anxiété n=50	p
Niveau scolaire de l'agresseur	Secondaire ou moindre	43 (81,1)	35 (70,0)	0,460
	Supérieur	10 (18,9)	15 (30,0)	
Profession de l'agresseur	Oui	42 (79,2)	42 (84,0)	0,534
	Non	11 (20,8)	8 (16,0)	
Antécédent psychiatrique chez l'agresseur	Oui	5 (9,4)	5 (10,0)	1,000
	Non	48 (90,6)	45 (90,0)	
Antécédent juridique chez l'agresseur	Oui	7 (13,2)	2 (4,0)	0,162
	Non	46 (86,8)	48 (96,0)	
Alcoolisme chez l'agresseur	Oui	36 (67,9)	26 (52,0)	0,099
	Non	17 (32,1)	24 (48,0)	
Substances psychoactives chez l'agresseur	Oui	18 (34,0)	9 (18,0)	0,066
	Non	35 (66,0)	41 (82,0)	

1.3 Facteurs liés à la relation conjugale

La médiane de la différence d'âge du couple était 4,6 ans [-1-23] chez les victimes ayant une anxiété et 2 ans [-2-17] sans anxiété avec différence statistiquement significative (p=0,023).

Le tableau XVI résume l'influence des facteurs liés au couple sur l'anxiété de la victime.

Tableau XVI: Facteurs liés au couple associés à l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Anxiété n=53	Pas d'anxiété n=50	p
Différence d'âge du couple médiane[min-max]		4,6 [-1-23]	2 [-2-17]	0,023
Durée de mariage	≤ 3 ans	33 (62,3)	29 (58,0)	0,750
	>3 ans	20 (37,7)	21 (42,0)	
Nombre d'enfant	< 3	47 (88,7)	41 (82,0)	0,337
	≥ 3	6 (11,3)	9 (18,0)	

1.4 Type de violence

Le type de violence physique était plus fréquent chez les victimes ayant une anxiété avec une différence statistiquement significative (p=0,022) (tableau XVII).

Tableau XVII: Type de violence et son influence sur l'anxiété chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Anxiété	Pas d'anxiété	p
		n=53	n=50	
Violence physique	Oui	40 (75,5)	27 (54,0)	0,022
	Non	13 (25,5)	23 (46,0)	
Violence verbale	Oui	53 (100,0)	48 (96,0)	0,233
	Non	0 (0,0)	2 (4,0)	
Violence économique	Oui	18 (34,0)	15 (30,0)	0,667
	Non	35 (66,0)	35 (70,0)	
Violence sexuelle	Oui	22 (41,5)	16 (32,0)	0,317
	Non	31 (58,5)	34 (68,0)	
Multiples formes de violences	< 2	33 (51,6)	31 (48,4)	0,432
	≥2	17 (43,6)	22 (56,4)	

2. Facteurs associés à la dépression

2.1 Facteurs liés à la victime

La moyenne d'âge des femmes victimes de violences conjugales qui avaient une symptomatologie certaine de dépression selon l'échelle HAD était $26,7 \pm 7,4$ ans et $30,1 \pm 10,1$ ans chez les femmes victimes de violence conjugale qui n'avaient pas une symptomatologie certaine de dépression avec une différence statistiquement significative ($p=0,043$) (tableau XVIII).

Tableau XVIII : Les facteurs épidémiologiques liés à la victime associée à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Dépression	Pas de dépression	p
		n=65	n=38	
Age du victime		$26,7 \pm 7,4$	$30,1 \pm 10,1$	0,043
Niveau scolaire du victime	Primaire	31 (47,7)	14 (36,8)	0,477
	Secondaire	25 (38,5)	16 (42,1)	
	Supérieur	9 (13,8)	8 (21,1)	
Profession du victime	Oui	44 (67,7)	28 (73,7)	0,522
	Non	21 (32,3)	10 (26,3)	
Antécédent psychiatrique chez la victime	Non	52 (80,0)	29 (76,3)	0,660
	Oui	13 (20,0)	9 (23,7)	
Tabagisme chez la victime	Non	43 (66,2)	28 (73,7)	0,426
	Oui	22 (33,8)	10 (26,3)	
Alcoolisme chez la victime	Non	59 (90,8)	35 (92,1)	1,000
	Oui	6 (9,2)	3 (7,9)	
Substances psychoactives chez la victime	Oui	3 (4,6)	2 (5,3)	1,000
	Non	62 (95,4)	33 (94,7)	
Antécédents de violence vécue ou subie pendant l'enfance	Oui	5 (7,7)	5 (13,2)	0,493
	Non	60 (92,3)	33 (86,8)	

2.2 Facteurs liés à l'agresseur

Des agresseurs dont le niveau scolaire (primaire ou moindre) étaient plus fréquents chez le groupe des victimes ayant une dépression que des victimes sans dépression avec une différence statistiquement significative (p=0,015).

Quarante-six agresseurs, dont leurs victimes avaient une dépression étaient consommateurs d'alcool et seulement 42,1% des agresseurs dont leurs victimes n'avaient pas une dépression étaient consommateurs d'alcool avec une différence statistiquement significative (p=0,004) (tableau XIX).

Tableau XIX : Facteurs liés à l'agresseur associés à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Dépression n=65	Pas de dépression n=38	P
Niveau scolaire de l'agresseur	Analphabète	3 (4,6)	0 (0,0)	0,015
	Primaire	22 (33,8)	14 (36,8)	
	Secondaire	28 (43,0)	11 (28,9)	
	Supérieur	12 (1,4)	13 (34,2)	
Profession de l'agresseur	Oui	56 (86,2)	28 (73,7)	0,115
	Non	9 (13,8)	10 (26,3)	
Antécédent psychiatrique chez l'agresseur	Oui	6 (9,2)	4 (10,5)	1,000
	Non	59 (90,8)	33 (89,5)	
Antécédent juridique chez l'agresseur	Oui	8 (12,3)	1 (2,6)	0,149
	Non	57 (87,7)	37 (97,4)	
Alcoolisme chez l'agresseur	Oui	46 (70,8)	16 (42,1)	0,004
	Non	19 (29,2)	22 (57,9)	
Substances psychoactives chez l'agresseur	Oui	21 (32,3)	6 (15,8)	0,066
	Non	44 (67,7)	32 (84,2)	

2.3 Facteurs liés à la relation conjugale

Un nombre d'enfant inférieur à trois a été noté chez 90,8% des victimes ayant une dépression et chez 76,3% des victimes sans dépression avec une différence statistiquement significative (p=0,045) (tableau XX).

Tableau XX : Facteurs liés au couple associés à la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Dépression n=65	Pas de dépression n=38	p
Différence d'âge du couple		3,7 [-1-17]	2 [-2-23]	0,805
durée de mariage	≤ 3 ans	44 (67.7)	18 (47.4)	0,058
	>3 ans	21 (32.3)	20 (52.6)	
Nombre d'enfant	< 3	59 (90,8)	29 (76,3)	0,045
	≥ 3	6 (9,2)	9 (23,5)	

min :minimum ; max : maximum

2.4 Type de violence et dépression

Le type de violence n'avait pas une influence sur la dépression chez les victimes (tableau XXI).

Tableau XXI : type de violence et son influence sur la dépression chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Variable		Dépression	Pas de dépression	p
		n=65	n=38	
Violence physique	Non	24 (36,9)	12 (31,6)	0,583
	Oui	41 (63,1)	26 (68,4)	
Violence verbale	Non	0 (0,0)	2 (5,3)	0,134
	Oui	65 (100)	36 (94,7)	
Violence économique	Non	43 (66,2)	27 (71,1)	0,607
	Oui	22 (33,8)	11 (28,9)	
Violence sexuelle	Non	40 (61,5)	25 (65,8)	0,666
	Oui	25 (38,5)	13 (34,2)	
Multiples formes de violences	< 2	22 (57,9)	42 (64,6)	0,497
	≥2	16 (42,1)	23 (35,4)	

3. Facteurs influençant la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales

3.1 Facteurs liés à la victime

Le score SF-36 dans le domaine de vitalité était 41,1 chez les victimes dont l'âge était inférieur à 30 ans et 45,3 chez les victimes dont l'âge était supérieur à 30 ans avec une différence statistiquement significative ($p=0,025$; $OR=8,113$; $IC95\% [0,501-7,711]$).

L'âge avait une influence sur le domaine de la santé mentale. Le score SF-36 diminuait lorsque l'âge était inférieur à 30 ans avec une différence statistiquement significative ($p=0,015$; $OR=1,017$; $IC95\% [0,812-7,771]$).

Le score SF-36 dans le domaine limitation émotionnelle était 5,3 chez les victimes sans profession et 17,1 chez les victimes avec profession avec une différence statistiquement significative ($p=0,043$; $OR=0,335$; $IC95\% [0,054-0,961]$).

Le score SF-36 dans le domaine limitation physique était diminué chez les victimes de violences conjugales sans profession avec une différence statiquement significative ($p=0,041$; $OR=0,091$; $IC95\% [0,016-0,528]$).

Le score SF-36 dans le domaine fonctionnement physique était 84,6 chez les non tabagiques et 76,2 chez les tabagiques avec une différence statistiquement significative ($p= 0,046$; $OR=0,092$; $IC95\% [0,039-0,961]$) (tableau XXII).

Tableau XXII: Facteurs liés à la victime de violence conjugale et qualité de vie chez les femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Domaine		D1 (PF) p		D2 (RP) p		D3(BP) p		D4(GH) p		D5(VT) p		D6(SF) p		D7(RE) p		D8(MH) p		SF-36 total	p
Age	< 30ans ≥ 30 ans	81,1 84,1	0,477	16,7 20,4	0,600	33,6 34,1	0,624	28,3 29,5	0,638	41,1 45,3	0,025 8,113[0,50 1-7,711]	48,3 48,7	0,857	14,7 11,1	0,601	40,1 44,9	0,015 1,017[0,8 12-7,771]	40,0 47,2	0,405
Profession	Non Oui	81,4 82,2	0,843	9,6 21,5	0,041 0,091 [0,016- 0,528]	33,1 34,1	0,365	28,2 28,9	0,778	40,9 43,1	0,322	47,2 48,9	0,478	5,3 17,1	0,043 0,335 [0,054- 0,961]	41,5 42,7	0,727	43,5 46,6	0,238
ATCD psychiatriques	Non Oui	82,6 79,7	0,552	19,1 13,6	0,479	33,7 34,1	0,698	28,4 29,8	0,611	42,2 43,1	0,654	47,8 50,7	0,247	14,8 9,1	0,642	41,6 43,5	0,447	45,8 43,9	0,552
Tabagisme	Non Oui	84,6 76,2	0,046 0,092 [0,039- 0,961]	20,0 13,4	0,322	34,0 33,4	0,57 1	28,9 28,2	0,781	43,3 40,6	0,213	49,2 46,6	0,33 8	14,5 11,4	0,650	42,5 41,0	0,458	47,0 42,8	0,119
Alcoolisme	Non Oui	81,2 90,0	0,165	17,5 22,2	0,764	33,9 32,6	0,45 6	28,5 30,9	0,553	42,9 39,9	0,145	48,5 47,2	0,73 4	12,7 22,2	0,546	42,2 40,0	0,506	45,4 48,8	0,119
Substances psychoactives	Non Oui	82,7 68,0	0,104	17,8 20,0	0,921	33,9 31,6	0,31 5	28,8 26,1	0,613	42,5 42,0	0,915	48,7 42,5	0,22 4	13,2 20,0	0,756	42,0 43,2	0,788	45,9 41,8	0,101
ATCDS de violence pendant l'enfance	Non Oui	82,5 80,0	0,739	17,2 25,0	0,585	33,7 34,5	0,62 7	28,8 27,2	0,669	42,9 40,5	0,509	48,5 47,7	0,82 7	12,9 20,0	0,519	42,3 39,6	0,575	45,7 45,6	0,985

PF : fonctionnement physique, RP : limitation physique, BP : douleur physique, GH : santé générale, VT : vitalité, SF : fonctionnement social, RE : limitation émotionnelle, MH : santé mentale , SF-36 : F-36=Short Form-36 Health Survey

3.2 Facteurs liés à l'agresseur

On a noté une diminution du score SF-36 total chez les victimes dont leurs agresseurs consommaient des SPA (42,5 vs 47,2) avec une différence statistiquement significative ($p=0,041$, $OR=2,754$; $IC95\% [0,239-11,166]$).

L'utilisation des substances psychoactives influait de façon significative sur le domaine de la limitation physique ($p=0,006$; $OR=5,513$; $IC95\% [4,596-26,519]$) et sur le domaine de la limitation émotionnelle ($p=0,009$; $OR=5,012$; $IC95\% [3,457-23,345]$)

Le score SF-36 dans le domaine fonctionnement physique était 73,9 chez les victimes dont leurs conjoints étaient sans profession et 83,3 chez les victimes dont leurs conjoints étaient avec profession avec une différence statistiquement significative ($p=0,048$; $OR=5,120$; $IC95\% [2,837-4,521]$).

La présence des antécédents juridiques influait significativement sur le domaine de la limitation physique ($p=10^{-3}$; $OR=3,504$; $IC95\% [12,722-26,396]$) et sur le domaine de la limitation émotionnelle ($p=10^{-3}$; $OR=3,515$; $IC95\% [7,912-21,874]$).

L'alcoolisme avait une influence significative sur le domaine de la limitation physique ($p=0,012$; $OR=6,906$; $IC95\% [3,979-31,563]$) et sur le domaine de la douleur physique ($p=0,046$; $OR=1,034$; $IC95\% [0,036-4,158]$) (Tableau XXIII).

Tableau XXIII: L'influence des facteurs liés à l'agresseur sur la qualité de vie des femmes victimes de violence conjugale (N=103)

Domaine		D1 (PF) p		D2 (RP) p		D3(BP) p		D4(GH) p		D5(VT) p		D6(SF) p		D7(RE) p		D8(MH) p		SF-36 total	p
Profession	Non Oui	73,9 83,8	0,048 5,120 [2,837-4,521]	15,7 18,4	0,963	34,6 33,6	0,448	29,5 28,5	0,730	42,1 42,5	0,860	52,7 47,4	0,020 2,321 [1,210-3,254]	12,2 13,8	0,848	45,0 41,3	0,135	43,8 46,1	0,466
ATCD psychiatriques	Non Oui	81,1 90,5	0,156	18,0 17,5	0,963	33,9 32,5	0,388	28,5 30,6	0,578	42,3 44,0	0,618	48,6 46,4	0,555	12,9 20,0	0,519	42,1 41,2	0,769	45,4 48,7	0,421
ATCD juridiques	Non Oui	81,9 83,3	0,839	16,8 16,1	10⁻³ 3,504 [12,722-26,396]	34,0 31,7	0,744	29,0 25,6	0,405	42,7 40,0	0,444	48,8 44,4	0,263	14,8 14,1	10⁻³ 3,515 [7,912-21,874]	42,1 41,3	0,815	46,1 41,6	0,309
Alcoolisme	Non Oui	83,1 81,2	0,641	28,6 10,8	0,012 6,906 [3,979-31,563]	35,0 32,9	0,046 1,034 [0,036-4,158]	30,8 27,3	0,126	43,7 41,6	0,272	49,6 47,6	0,378	18,6 10,2	0,231	43,1 41,3	0,366	48,5 43,8	0,67
SPA	Non Oui	84,1 74,1	0,070	22,0 6,5	0,006 5,513 [4,596-26,519]	34,0 33,0	0,354	29,7 25,8	0,139	42,4 42,5	0,945	48,9 46,9	0,409	17,1 3,7	0,009 5,012 [3,457-23,345]	41,4 43,7	0,305	47,2 41,5	0,041 2,754 [0,239-11,166]

PF : fonctionnement physique, RP : limitation physique, BP : douleur physique, GH : santé générale, VT : vitalité, SF : fonctionnement social, RE : limitation émotionnelle, MH : santé mentale , SF-36 : F-36=Short Form-36 Health Survey

3.3 Facteurs liés à la relation conjugale

La moyenne du score SF-36 total était 48,8 chez les victimes dont la différence d'âge avec leur conjoint était inférieure à trois ans et 42,7 chez les victimes dont la différence d'âge était supérieure à trois ans avec une différence statistiquement significative ($p=0,021$; $OR=2,621$; $IC95\%[0,930-11,351]$).

La différence d'âge du couple supérieur à trois ans avait un score de SF-36 plus bas du domaine de fonctionnement physique avec une différence statistiquement significative ($p=0,009$, $OR=4,001$; $IC95\%[2,712-18,624]$) et du domaine de douleur physique avec une différence statistiquement significative ($p=0,036$, $OR=1,048$; $IC95\%[0,146-4,313]$).

Le score du SF-36 du domaine de vitalité était 41,4 chez les victimes dont la durée de mariage était inférieur à trois ans et 45,6 chez les victimes dont la durée de mariage était supérieur à trois ans avec une différence statistiquement significative ($p=0,044$; $OR=2,033$; $IC95\%[1,123-8,215]$).

Le nombre d'enfant inférieur à trois influait significativement sur le domaine de vitalité ($p=0,029$; $OR=2,11$; $IC95\%[0,553-9,257]$) et sur le domaine de santé mentale ($p=0,050$; $OR=1,716$; $IC95\%[1,589-8,565]$) (tableau XXIV).

Tableau XXIV : Influence des facteurs liés à la relation conjugale sur la qualité de vie chez les femmes victimes de violences conjugales(N=103)

Domaine		D1 (PF) p		D2 (RP) p		D3(BP) p		D4(GH) p		D5(VT) p		D6(SF) p		D7(RE) p		D8(MH) p		SF-36 total	p
Différence d'âge	≤ 3 ans >3 ans	88,5 77,9	0,009 4,001 [2,712- 18,624]	25,0 10,4	0,038 6,890 [0,822- 28,246]	34,7 32,4	0,036 1,048 [0,146 - 4,313]	30,8 26,1	0,062	41,4 42,5	0,605	49,5 46,3	0,169	17,3 8,5	0,200	41,2 42,4	0,551	48,8 42,7	0,021 2,621 [0,930- 11,351]
Durée de mariage	≤ 3 ans >3 ans	80,9 85,3	0,310	15,8 26,2	0,177	33,4 34,6	0,261	28,3 31,7	0,149	41,4 45,6	0,044 2,033 [1,123- 8,215]	47,4 51,0	0,129	13,8 18,3	0,565	41,5 44,9	0,091	44,9 49,4	0,100
Nombre d'enfants	< 3 ≥ 3	81,9 82,3	0,951	16,4 26,6	0,270	33,6 34,7	0,444	28,2 31,3	0,337	41,7 46,6	0,029 2,112 [0,553- 9,257]	48,3 48,7	0,912	14,0 11,1	0,753	41,3 46,6	0,050 1,716 [1,589- 8,565]	45,3 48,1	0,425

PF : fonctionnement physique, RP : limitation physique, BP : douleur physique, GH : santé générale, VT : vitalité, SF : fonctionnement social, RE : limitation émotionnelle, MH : santé mentale , SF-36 : F-36=Short Form-36 Health Survey

3.4 Type de violence

Le score SF-36 du domaine fonctionnement physique était plus bas chez les victimes qui ont subi une violence physique avec une différence statistiquement significative ($p=10^{-3}$: OR=3,447 ; IC95% [6,669-20,355]).

La violence verbale influait de façon significative sur le domaine de fonctionnement physique ($p=10^{-3}$: OR=1,972 ; IC95%[14,397-22,225]) le score SF-36 du domaine fonctionnement physique était plus bas chez les victimes qui ont subi un violence verbale (tableau XXV).

Tableau XXV : Influence du type de violence sur la qualité de vie des femmes victimes de violences conjugales (N=103)

Domaine		D1 (PF)	p	D2 (RP)	p	D3(BP)	p	D4(GH)	p	D5(VT)	p	D6(SF)	p	D7(RE)	p	D8(MH)	p	SF-36 total	p
Violence physique	Non Oui	90,8 77,3	10⁻³ 3,447 [6,669- 20,355]	19,4 17,1	0,739	33,4 34,0	0,518	30,1 27,9	0,373	43,1 42,0	0,599	50,0 48,4	0,499	15,7 12,4	0,629	42,2 41,9	0,900	48,7 44,1	0,069
Violence verbale	Non Oui	100 81,6	10⁻³ 1,972 [14,397- 22,225]	50,0 17,3	0,631	36,2 33,7	0,491	21,6 28,6	0,723	40,0 42,5	0,728	47,4 51,0	0,842	50,0 12,5	0,114	38,0 42,1	0,551	57,1 45,5	0,195
Violence économique	Non Oui	81,4 83,3	0,652	19,2 15,1	0,555	34,3 32,7	0,100	28,7 28,6	0,978	42,2 42,8	0,782	48,3 48,5	0,946	16,1 8,0	0,197	41,6 43,0	0,485	45,8 45,4	0,857
Violence sexuelle	Non Oui	81,8 82,3	0,895	20,3 13,8	0,331	34,2 33,1	0,278	28,7 28,6	0,954	43,6 40,5	0,135	48,1 49,0	0,690	14,3 12,2	0,758	43,1 40,2	0,690	46,3 44,6	0,520

PF : fonctionnement physique, RP : limitation physique, BP : douleur physique, GH : santé générale, VT : vitalité, SF : fonctionnement social, RE : limitation émotionnelle, MH : santé mentale , SF-36 : F-36=Short Form-36 Health Survey

Discussion

Discussion

Notre travail avait pour objectifs d'étudier, dans un premier temps, le profil sociodémographique, clinique et relationnel des femmes victimes de violences conjugales et d'évaluer la détresse psychologique et la qualité de vie de cette population d'étude.

Dans un second temps, nous nous sommes fixés comme objectif d'établir les facteurs prédictifs à l'anxiété, à la dépression et à la qualité de vie auprès de la population de l'étude.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons effectué une étude transversale à visée analytique concernant les femmes Tunisiennes de la région de Kairouan victimes de violences conjugales qui se sont présentées au service de psychiatrie Kairouan dans le cadre d'une expertise sur la demande des équipes spécialisées dans les crimes de violence à l'égard de la femme et de l'enfant.

Nous avons utilisé l'échelle HAD pour dépister la symptomatologie anxié-dépressive, l'échelle PCL-5 pour évaluer le trouble de stress post-traumatique et nous avons évalué les différents domaines de la qualité de vie de cette population par l'échelle SF-36.

1. Les points forts et limites de l'étude

1.1 Les points forts

L'originalité de notre travail réside dans le fait que les recherches sur la violence conjugale envers les femmes en Tunisie demeurent rares en raison des défis liés au recrutement, étant donné que ce phénomène est encore largement trivialisé et perçu comme une affaire familiale intime.

De même, nous n'avons pas été intéressé au profil des femmes victimes de la violence seulement mais aussi au profil des conjoints agresseurs.

Du point de vue méthodologique, un échantillonnage exhaustif a été appliquée dans la région de Kairouan. Des auto-questionnaires évaluant l'anxiété, la dépression, le trouble de stress post-traumatique et la qualité de vie ont été administrés.

Ainsi, notre enquête était l'une des rares sur le plan national à s'intéresser sur le retentissement psychiatrique et la qualité de vie des femmes victimes de violence conjugale.

Ces résultats peuvent avoir des implications et des répercussions à différents niveaux social, sanitaire et légal qu'il faudrait prévenir et prendre en charge.

D'une part, l'identification des facteurs potentiellement prédictifs de violence conjugale constitue une étape déterminante afin d'orienter les stratégies de prévention.

D'autre part, en soulignant les répercussions de la violence conjugale sur la santé mentale et la qualité de vie des femmes victimes, on pourrait améliorer la prise en charge afin d'éviter les éventuelles complications néfastes.

La violence à l'encontre de la femme et notamment la violence conjugale nécessite plus d'attention de la part des communautés scientifiques et politiques afin d'avancer dans la lutte contre ce fléau

1.2 Limites

Notre étude contient, comme tout autre travail de recherche, des limites et des biais.

Tout d'abord, notre échantillon était de taille réduite. Un effectif plus important aurait pu augmenter la puissance de notre étude et améliorer la précision de nos résultats et leur représentativité.

Néanmoins, nous avons recrutés tous les cas de réquisitions pour violences conjugales durant la période de l'étude.

Les données relatives aux maris ont été rapportées par les femmes victimes ce qui rend les réponses subjectives et pourrait affecter la fiabilité des informations recueillies.

La nature transversale de l'étude limite la capacité de déterminer la nature temporelle des relations entre la violence conjugale, l'anxiété, la dépression et d'autres variables sociodémographiques et des études prospectives sont donc nécessaires pour démêler les subtilités de ces relations et surtout pour rechercher un lien chronologique entre la violence conjugale et ses conséquences sur la santé mentale.

Cette étude a été menée auprès des femmes adressées au service de psychiatrie CHU Ibn El Jazzar Kairouan. Bien que les femmes de la région de Kairouan ne représentent qu'une partie de la population tunisienne, elles ne reflètent peut-être pas complètement cette dernière. Il est certain qu'il existe des différences dans les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des femmes victimes de violence conjugale entre les différentes régions de la Tunisie, comme dans tous les autres pays.

La sélection primaire a été faite aux bureaux spécialisés : les équipes spécialisées dans les crimes de violence à l'égard de la femme et de l'enfant, cependant on ne dispose pas du nombre total des expertises (autre que violence conjugale).

On n'a pas pu étudier les facteurs liés au TSPT car presque toute la population étudiée présente un trouble de stress post traumatisique.

2. Caractéristiques socio démographiques

2.1 Age

L'âge moyen des victimes est de $28,04 \pm 8,65$ et la tranche d'âge la plus concernée était un âge jeune de 21 à 30 ans.

Cette moyenne d'âge se rapproche de celle des séries de recherche internationales, nationales et

régionales qui confirment que le jeune âge expose les femmes à un risque relativement plus élevé de violence conjugale (25,26). Une étude Iranienne réalisée en 2015 portant sur 2091 femmes mariées, a pour objectif d'estimer la prévalence et la fréquence des différentes formes de violence conjugale et leurs associations avec des facteurs sociodémographiques a trouvé qu'un âge de la femme inférieur ou égal à 40 ans était positivement associé à la violence conjugale (27).

D'après l'enquête multicentrique de l'OMS faite en 2005, les femmes les plus jeunes, en particulier les femmes âgées entre 15 à 19 ans, sont exposées à un risque plus élevé de violence physique ou sexuelle de la part d'un partenaire intime (8). Une étude américaine, trouve que les victimes par un partenaire intime sont âgées entre 26 et 35 ans dans 40% des cas(28). Thureau et al trouvent que la tranche d'âge des femmes victimes de violence conjugale entre 18 et 40 ans est la plus touchée (69%) (29).

L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a conclu que pour toutes les formes de violences conjugales, les femmes les plus jeunes (20-24 ans) ont déclaré nettement plus de violences subies de la part de leurs conjoints que leurs aînées (30). De même, l'enquête sociale générale Canadienne a révélé que les femmes canadiennes âgées de 25 à 34 ans étaient trois fois plus susceptibles que ceux de 45 ans et plus (31).

Cette catégorie d'âge se distinguerait par une forte dépendance tant affective que financière, ainsi que par une immaturité et une vulnérabilité psychique, des facteurs qui pourraient favoriser la domination du conjoint et conduire à diverses formes de violence conjugale (32) Par ailleurs, l'enquête nationale réalisée par l'Office National de la Famille et de Population (ONFP) en 2010 a trouvé que la fréquence de la violence conjugale dans ses formes physique et psychologique augmentait avec l'âge de la femme et du partenaire (9).

2.2 Origine

La majorité des victimes (64,1%) étaient d'origine urbaine.

Selon l'Enquête Nationale sur la Violence à l'égard des Femmes en Tunisie, les prévalences de la violence conjugale étaient variables selon les régions, avec une surreprésentation de la région du Sud-Ouest, atteignant les 72,2%, où les femmes cumulent plus de facteurs de risque de violence conjugale (faible niveau d'éducation, conditions socioéconomiques défavorables) (9). L'urbanisation influe sur l'accès et la disponibilité de divers services sociaux chargés de prévenir, détecter et traiter tous les aspects de la violence conjugale. Toutefois, les victimes vivant dans un milieu urbain sont plus susceptibles de déclarer la violence conjugale par rapport à celles vivant dans un milieu rural (33).

2.3 Niveau d'instruction

Quarante-cinq victimes (43,7%) avaient un niveau scolaire primaire et la majorité de notre population (83,5%) n'ont pas dépassé le niveau secondaire. Nos conclusions sont concordantes avec les résultats de l'étude tunisienne menée au centre de planning familial à Monastir, mettant en évidence une relation statiquement significative entre un niveau scolaire peu élevé chez les femmes et la prévalence de la violence conjugale (34).

L'étude de l'OMS a révélé une association significative entre un niveau d'éducation élevé et une baisse de la prévalence de la violence conjugale (8).

Toutefois, dans certains cas, l'effet protecteur de l'éducation semble se manifester uniquement lorsque la femme a poursuivi ses études au-delà du secondaire (26). De plus, les données de l'Enquête Nationale sur la Violence à l'égard des Femmes ont conclu que le taux de prévalence de la violence conjugale est plus élevé chez les femmes moins éduquées. (9).

Cette enquête trouve que les femmes analphabètes représentent 24,6% des victimes, 31,5% des victimes ont un niveau scolaire primaire et 13,6% ont un niveau d'enseignement supérieur (9).

Par contre, d'autres études ont conclu que le niveau d'étude des femmes n'est pas associé à la violence conjugale envers les femmes (35,36).

Certes, l'éducation confère un ensemble de compétences précieuses qui facilitent la résolution des problèmes et renforcent le sentiment d'autonomie et de contrôle sur sa propre vie. Elle offre également la capacité de prendre des décisions éclairées et d'adopter une perspective critique vis-à-vis des événements et des circonstances.

2.4 Statut professionnel et source de revenu

Trente-et-une victime (30,1%) étaient sans profession, quarante-deux victimes (40,7%) avaient une profession à rémunération journalière et 20,4% des femmes étaient financièrement dépendantes de leurs partenaires.

Dans ce contexte, Bowlus et Seitz ont constaté que les maris étaient effectivement plus susceptibles d'agresser des femmes qui étaient sans emploi (37).

Les deux études tunisiennes faites par Anes et Bouasker ont trouvé que le statut professionnel précaire des deux conjoints était associé à la violence conjugale (34,38).

Au Maroc, Manoudi et al trouvent que 63% des femmes victimes de violence conjugale sont des femmes au foyer, les cadres moyens publics représentent 22% des cas, alors que les cadres supérieurs ne représentent que 3 % des victimes (39).

Des résultats controverses à notre étude ont été trouvés. En effet, une recherche menée dans les services d'urgences médico-légales de l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris, portant sur 100 femmes ayant

subi des violences conjugales, révèle que seules 24 d'entre elles étaient des femmes au foyer, tandis que 76 femmes étaient actives sur le plan professionnel (40). Une autre enquête, menée au Brésil dans un centre de médecine légale, portant sur 1000 femmes victimes de violence de la part d'un partenaire intime, a révélé que dans 63,3% des cas, la femme exerce une activité professionnelle, tandis que seulement 15,5% des cas la décrivent comme femme au foyer (41). Cette dépendance financière revêt une importance capitale dans la compréhension des raisons pour lesquelles les femmes manifestent souvent une réticence à révéler une relation caractérisée par la violence, à solliciter de l'aide ou à envisager la séparation. Ces contraintes économiques les obligent fréquemment à demeurer avec un conjoint violent.

La variabilité des résultats peut s'expliquer par les différences culturelles et contextuelles. En effet, les femmes qui travaillent dans les pays développés peuvent être plus enclines à déclarer la violence conjugale par rapport à celles dans d'autres contextes culturels où les barrières sociales, économiques et culturelles peuvent rendre plus difficile la dénonciation de telles situations.

2.5 Habitudes de vie de la victime de violence conjugale

Dans notre étude, 31,1% de notre population était tabagique, 8,7% déclaraient une consommation occasionnelle d'alcool et 4,9% des victimes rapportaient une consommation occasionnelle de substances psychoactives.

Deux études américaines ont trouvé une association positive entre le tabagisme des femmes et la violence conjugale, en effet, La violence conjugale étant associée à une détresse émotionnelle accrue, le tabagisme peut être considéré comme une réponse mal adaptée à cette détresse et à l'affect négatif. Sur le plan étiologique, des processus comportementaux et neurologiques sont envisagés comme des contributeurs potentiels à l'utilisation à long terme de la nicotine comme moyen de gestion de la détresse psychologique associée à la violence perpétrée par un partenaire intime (42,43).

Il a été noté dans la littérature, une association positive entre la consommation d'alcool et l'abus de substances psychoactives chez les femmes et la violence conjugale (44).

En effet, une méta-analyse des études transversales et longitudinales publiées avant 2013 a rapporté une association positive entre la consommation d'alcool chez les femmes et la violence conjugale dans ses formes physique et sexuelle (45).

Cependant, le faible taux de consommation de substances psychoactives chez les femmes de notre échantillon pourrait s'expliquer par une sous-déclaration due aux préjugés sociaux présents dans notre contexte culturel arabo-musulman.

3. Antécédents des femmes victimes de violences conjugales

3.1 Antécédents personnels organiques

Dans notre étude, nous avons noté des antécédents organiques chez 39,9% des victimes.

Concordant à notre étude, différentes études ont constaté que les femmes qui ont des problèmes de la santé sont plus prédisposées à la violence conjugale, et que les maladies psychosomatiques étaient plus fréquentes chez les femmes victimes de violence conjugale (6,7).

Plusieurs études ont rapporté que les victimes de violence par un partenaire intime présentent de multiples plaintes somatiques et une prévalence accrue de maladies chroniques et fonctionnelles mais le mécanisme n'est pas encore clair (46,47).

3.2 Antécédents personnels psychiatriques

Vingt-trois victimes (22,3%) avaient des antécédents personnels psychiatriques. Le trouble dépressif était l'antécédent psychiatrique le plus fréquent.

Sept femmes (6,7%) avaient des antécédents de passage à l'acte suicidaire par intoxication médicamenteuse.

Des études américaines ont démontré que la prévalence de la violence conjugale chez les femmes souffrant de troubles mentaux est plus élevée que dans la population générale, et que les femmes ayant des antécédents psychiatriques présentent un risque accru de subir des violences conjugales. Herman et Al, Jacobson et Richardson, Swanson et al démontraient une prévalence des antécédents psychiatriques chez les femmes victimes de violence conjugale respectivement de 23%, 64% et 70% (48–50).

3.3 Violence pendant l'enfance

Dix victimes (9,7%) avaient des antécédents de violence vécue ou subie pendant l'enfance.

Dans la littérature, plusieurs auteurs ont suggéré que les violences pendant l'enfance (violence physique subie pendant l'enfance, abus sexuel, témoin de violence domestique) pourraient contribuer au risque de victimisation des femmes à l'âge adulte (51,52).

L'étude américaine publiée en 2003 portant sur 8629 femmes âgées de 18 ans et plus a révélé un risque doublé de subir des violences à l'âge adulte chez les femmes ayant été victimes de violences physiques pendant leur enfance (52).

L'association entre l'exposition à la violence durant l'enfance et son expérience à l'âge adulte pourrait résider dans le fait que les femmes ayant été victimes ou témoins de ces actes violents durant leur jeunesse sont plus enclines à percevoir la violence comme étant normale dans les relations intimes et familiales, en raison d'un processus de normalisation et d'accoutumance (53).

Par conséquent, ces femmes pourraient avoir plus de difficulté à reconnaître la nature anormale

de leur situation et à envisager de se séparer de leurs agresseurs, étant relativement plus tolérantes envers les mauvais traitements.

4. Caractéristiques de la violence conjugale

4.1 Période de la violence conjugale

La majorité des femmes ont subi des violences conjugales dès la première année du mariage (62,1%). Ceci est concordant avec plusieurs auteurs. Balci et Ayrancı trouvent que dans 90% des cas, l'agression survient durant les trois premières années du mariage (54).

En fait, pratiquement la majorité des femmes que nous avons étudiées ont signalé des conflits conjugaux dès le début de leur mariage. Cette observation peut s'expliquer de deux manières. D'une part, les femmes plus jeunes ont souvent des compétences sociales moins développées et sont moins familières avec les méthodes de résolution des problèmes familiaux. D'autre part, le manque d'entente au sein du couple dès le début de l'engagement peut conduire à une insatisfaction conjugale ultérieure, ce qui est considéré comme un facteur de risque de violence conjugale par certains chercheurs (55).

4.2 Type de violence

4.2.1 Violence verbale

Dans notre étude, la violence verbale était rapportée par la grande majorité (98,1%) des femmes violentées.

Elle a pour but de créer chez la victime un climat d'insécurité physique et émotionnelle, un climat de contrainte, de contrôle et d'isolement, ainsi qu'un sentiment d'infériorité, de dévalorisation et d'humiliation, mais aussi, un sentiment de culpabilité et d'incompétence (56).

Ces données rejoignent les résultats des autres études de la littérature qui soulignent que la violence psychologique est la forme de violence la plus répandue (9,30,57). L'étude menée par l'Office National de la Famille et de Population a trouvé que 24,9% des femmes déclaraient avoir subi des violences psychologiques au cours de leur vie (9). Ces prévalences sont difficilement comparables vu les différences au niveau de l'échantillonnage et des méthodologies.

4.2.2 Violence physique

Dans notre travail, la violence physique était rapportée par 65% des femmes violentées.

L'enquête nationale tunisienne a rapporté une prévalence de violence conjugale type physique de 21,6% au cours de la vie (9). A l'échelle internationale, les prévalences de violences physiques subis par un partenaire intime les plus élevées ont été notées en Zambie (46,5%) et au Kenya (37%), alors que la prévalence la plus basse a été trouvée en suisse (9%) (58).

Ces variations reflètent probablement les différences au niveau du contexte social, économique

et légal entre ces pays.

4.2.3 Violence économique :

Les femmes victimes de violence conjugale dans notre enquête subissaient la violence économique dans 32% des cas.

Nos résultats concordent avec les données de la littérature, Izmirli et al (59) et Nouma Y (60) ont rapporté des prévalences de violences conjugales économiques de l'ordre de 31,5% et 24,6% respectivement.

D'après l'ENVEFT, la prévalence de la violence conjugale économique est 9,4% (30).

Cette variance pourrait être essentiellement, selon le cadre et le type de l'étude mais aussi selon la définition retenue pour cette forme de violence.

4.2.4 Violence sexuelle

La prévalence pour cette forme de violence dans notre population est de l'ordre de 36,9%.

L'étude menée par l'Office National de la Famille et de Population a rapporté une prévalence de violence conjugale sexuelle de 15,2% au cours de la vie et de 9,7% au cours des 12 derniers mois (9).

Une étude effectuée par l'entité des nations unis pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes a trouvé le taux le plus élevé de violence sexuelle aux Iles Salomon (54,7%) et le taux le plus bas au Timor oriental (2,9%).

C'est la forme de violence dont les femmes ont le plus de réticence à en parler (61).

Dans notre cadre socioculturel, cela peut être associé au fait que les relations sexuelles au sein d'un couple sont souvent perçues comme consenties, et les femmes évitent d'aborder le sujet par conviction, considérant le droit à l'intimité conjugale comme légitime et indiscutable pour le conjoint. Elle se trouve contrainte à accepter les rapports sexuels quelles que soient les circonstances, car cela est perçu comme faisant partie de ses obligations envers son partenaire.

Depuis l'instauration de la loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017, relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes (10), le viol intraconjugal est puni par la loi.

Il faut souligner qu'il s'agit d'une première loi en Tunisie et dans les pays arabes à s'intéresser aux différentes formes de discrimination et de violence subies par les femmes sur la base du genre, dans le but de leur élimination.

4.3 Association de deux formes ou plus de violence envers les femmes en milieu conjugal

La plupart des femmes de notre étude subissaient deux formes ou plus de violence conjugale.

Concordant à nos résultats, Jellali et al ont trouvé que 33% des consultantes subissaient deux

formes de violence, 36% des consultantes subissaient trois formes de violence et 15% subissaient les quatre formes de violence (34).

Dans l'enquête nationale française, 85% des femmes victimes de violence conjugale ont déclaré au moins deux types de comportements violents associant toujours la composante psychologique à la forme physique et/ou sexuelle (62).

5. Profil des auteurs de violence conjugale

5.1 Age

L'âge moyen de l'agresseur était $32,7 \pm 8,2$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 59 ans.

Selon l'ENVEFT, la prévalence de la violence physique et psychologique augmente avec l'âge du partenaire, la violence physique était constatée chez 17,7% pour la tranche d'âge 25-39 ans et 24,3% pour la tranche d'âge 60 ans et plus. La violence psychologique est de 19,2% pour la tranche d'âge 25-39 ans et 28,5% pour la tranche d'âge 60 ans et plus (9).

Selon Kim et al le comportement violent du conjoint diminuait avec l'âge (63).

Cette hétérogénéité des résultats pourrait être expliquée par la diversité socioculturelle des pays où ont été effectuées ces études.

En effet, les normes culturelles, les valeurs familiales et les dynamiques sociales diffèrent d'une communauté à une autre, ce qui peut avoir un impact sur la prévalence et les caractéristiques de la violence domestique

Dans certaines cultures, les normes de genre et les attentes sociales peuvent favoriser l'émergence de comportements violents chez les individus plus âgés, qui exercent souvent un pouvoir et un contrôle accrus au sein du foyer. Ces normes peuvent légitimer ou tolérer l'utilisation de la violence comme moyen de maintenir l'autorité et la domination au sein de la relation conjugale. Parallèlement, dans d'autres contextes culturels, les jeunes peuvent également être impliqués dans des comportements violents, souvent en raison de pressions sociales, de dynamiques familiales dysfonctionnelles ou de trajectoires de vie marquées par la violence intergénérationnelle (64).

5.2 Niveau d'instruction

Dans notre étude, la majorité des agresseurs (72,9%) n'ont pas dépassé le niveau secondaire.

A ce sujet, Walton-Moss a aussi démontré que le mari qui n'avait pas terminé ses études secondaires perpétuait plus de violences conjugales (65).

D'après une étude réalisée au Vietnam, le bas niveau d'étude des conjoints constituait un facteur de risque significatif de violence conjugale. Un homme avec un niveau d'étude primaire a un risque deux fois plus élevé d'agresser leurs femmes, qu'un homme avec un niveau d'étude

supérieur (66). En effet, un homme instruit serait plus conscient des conséquences sociales possibles découlant de violence conjugale.

Par ailleurs, l'enquête sociale générale canadienne faite en 2004, n'a pas trouvé de lien entre violence conjugale et niveau scolaire de conjoint (67).

5.3 Statut professionnel

Dix-neuf agresseurs étaient sans profession et trente-huit agresseurs étaient des ouvriers journaliers.

D'après l'enquête sociale générale canadienne faite au Canada, le taux de la violence envers la femme en milieu conjugal, varie selon l'activité professionnelle du conjoint. Les femmes dont leurs conjoints sont au chômage étaient plus susceptibles de subir la violence que les femmes dont les conjoints travaillaient (67).

5.4 Antécédents psychiatriques

Dix agresseurs (9,7%) avaient des antécédents psychiatriques de suivi pour traits de personnalité pathologiques.

Plusieurs études ont objectivé que les hommes qui présentaient des antécédents psychiatriques avaient un risque élevé d'être auteurs de violence envers les femmes (44,68).

D'après les études menées au Canada et aux États-Unis, les hommes qui agressent leurs conjointes présentent souvent des traits de dépendance affective, une faible confiance en eux-mêmes, et rencontrent des difficultés dans la régulation de leurs impulsions. Il est également probable qu'ils éprouvent plus fréquemment des épisodes de colère que les hommes non violents, qu'ils souffrent de dépression, et qu'ils présentent un plus grand nombre de troubles de la personnalité, incluant notamment des caractéristiques antisociales ou limites(69,70).

5.5 Antécédents d'incarcérations

Dans notre étude, neuf agresseurs avaient des antécédents juridiques d'incarcérations.

La prévalence des antécédents judiciaires des auteurs de violence conjugale varie selon les études de 11%(71) à 65,8% (72).

Une étude rétrospective a été menée en utilisant les rapports médico-légaux psychiatriques de l'Institut National de Médecine Légale "Mina Minovici" de Bucarest sur une période allant de 2016 à 2020, portant sur 132 individus incarcérés pour violence domestique. Parmi les résultats, il est apparu une interconditionnalité complexe entre différents facteurs tels qu'un faible statut socio-économique, un faible niveau d'éducation, des troubles de la personnalité, une insertion sociale inadéquate, un comportement agressif et une consommation de substances psychoactives. Cette interrelation souligne l'importance de comprendre ces facteurs de manière

holistique lors de l'examen des cas de violence domestique et de leur traitement (71).

5.6 Habitudes de vie

La consommation d'alcool était notée dans 60,2% des cas. Ceci est concordant avec plusieurs études de la littérature. Une enquête sociale générale menée au Canada a montré que la présence d'alcoolisme chez le conjoint augmentait le risque de violence conjugale jusqu'à six fois (67). Au Brésil, la consommation d'alcool est associée aux actes agressifs de violence conjugale dans 60,4% des cas (41).

Ce taux assez important était proche de celui trouvé dans une enquête tunisienne en 2015 (62%) (60).

Il a été démontré que l'alcool affectait les fonctions cognitives et physiques entraînant une perte de maîtrise de soi et minimisait la capacité des individus à négocier sans violence au cours des conflits (73).

La consommation des substances psychoactives était notée dans 26,2% des cas. Parmi eux, 25,2% étaient des consommateurs de Cannabis. Au sujet du lien entre la consommation de drogues illicites et la VC, selon Thériault (67), il est vraisemblable que les effets soient similaires à celles se rapportant à l'alcool.

6. Caractéristiques de la relation conjugale

6.1 Durée de mariage

Dans notre étude, la médiane de la durée du mariage était trois ans avec des extrêmes allant de deux semaines à 31 ans. On a noté une durée de mariage inférieur à 5 ans pour 72,8% de la population de la présente étude.

Nos résultats étaient concordant à ceux trouvés dans la littérature. Abramsky et al ont démontré que la violence conjugale était plus fréquente dans les relations qui ont duré moins de cinq ans (26). Certaines études ont évoqué que la violence conjugale est corrélée à la durée du mariage (74,75). Gubi et al ont bien montré une association entre la durée de mariage et la violence conjugale, avec un risque plus élevé pour les femmes avec une longue durée de mariage (76). Izmirli et ses collègues ont observé que la durée moyenne du mariage pour les couples est de 16 ans (59).

Ces résultats controversés peuvent être expliqués par une sous déclaration des femmes de violence dès les premières années de mariage. Cependant, cette diminution des déclarations ne doit pas être interprétée comme une diminution effective des expériences de violence.

Au contraire, cela peut être attribué à un phénomène d'accoutumance, où les femmes s'habituent progressivement à ces comportements toxiques et finissent par les normaliser, ce qui peut

influencer leur propension à signaler ces incidents.

6.2 Différence d'âge entre les conjoints

Pour la plupart de notre population, la différence d'âge était supérieure à trois ans pour les hommes plus âgés que les femmes.

Comme pour le jeune âge de la victime, l'écart d'âge dans le couple est évoqué comme un facteur de risque de violence conjugale, en particulier quand l'agresseur est plus âgé que la victime (9).

Balci et Ayranci trouvent que 6% des victimes ont le même âge que leur agresseur, 18% d'elles sont plus âgées que leurs conjoints et dans 76% des cas le conjoint agresseur est plus âgé que son partenaire, la différence moyenne d'âge est de 11 ans (54).

Ils ont constaté que la différence d'âge entre la victime et l'agresseur est un élément crucial pouvant favoriser la violence conjugale en accordant à l'auteur de cette violence une position dominante au sein du couple.

6.3 Présence des enfants :

Dans notre série, le couple a au moins un enfant dans 56.3% des cas.

La présence d'un enfant dans la famille est citée par quelques auteurs comme un facteur de risque de violence conjugale et de violence exercée sur l'enfant lui-même (59,77).

Pour Izmirli et al, 92,3% des couples souffrant de violence conjugale ont des enfants (59) Balci et Ayranci trouvent que 83,7% des victimes ont au moins un enfant (54).

Ceci suggère que plus le nombre d'enfants augmente, plus il devient plus difficile d'atteindre une indépendance émotionnelle et économique vis-à-vis du partenaire, ce qui rend également plus délicat le fait de mettre fin à une relation même si elle est abusive (53).

7. Troubles psychiatriques des femmes victimes de violences conjugales

7.1 Trouble de stress post traumatique chez les femmes victimes de violences conjugales

Selon l'échelle PCL-5, presque la totalité des femmes (98%) présentaient un trouble de stress post traumatique.

Le Tableau XXVI résume les résultats d'études évaluant le TSPT pour des femmes victimes de violences par un partenaire intime.

Tableau XXVI : Résultats d'études évaluant le TSPT pour des femmes victimes de violences par un partenaire intime

Auteurs Année de l'étude Pays	N Echelle d'évaluation/ Critères diagnostiques	Résultats
Akayazi et Al 2018 Turquie (78)	N=52 Critères diagnostiques DSM-4	La prévalence de TSPT était de 50,8%.
Pico Alfonso 2005 Espagne (79)	N=127 Echeburua's Severity of Symptom Scale of Posttraumatic Stress Disorder	L'incidence du TSPT était supérieure dans le groupe de femmes victimes, 28% en comparaison avec le groupe contrôle.
Golding et Al (80) 1999 Etats Unis	Revue De littérature concernant 11 études avec des outils différents	La prévalence du TSPT peut varier de 31 % à 84,4 % au sein de cette population avec une prévalence moyenne de 63,8%.
Mechanic et al (81) 2008 Etats Unis	N=413 The Posttraumatic Diagnostic Scale	45% d'entre-elles rapportaient des symptômes de TSPT modérés à sévères, 31 % des symptômes sévères, 17,9% de modérés et 5,9% de légers.
Woods et Al (82) 2000 Etats unis	N=160 IES (Impact of Event Scale) et la SCL-PTSD	74 % des femmes victimes de TSPT à partir du SCL-PTSD, et ce pourcentage augmentait à 92% avec l'IES.

Le trouble de stress post-traumatique est largement reconnu comme l'une des conséquences majeures sur la santé mentale des femmes victimes de violence conjugale, étant considéré comme un trouble psychiatrique.

La prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les femmes victimes de violences conjugales est sujette à une grande variabilité, influencée par une multitude de facteurs interdépendants. Elle peut fluctuer considérablement en fonction de la complexité des situations individuelles et des contextes sociaux.

Dans le contexte de notre étude, les conclusions démontrent une supériorité de nos résultats, notamment du fait de l'inclusion spécifique des femmes ayant récemment subi des situations de violence conjugale dans un cadre d'expertise.

La gravité de la violence, les traumatismes antérieurs et la domination du partenaire ont été

identifiés comme d'importants précurseurs de l'ESPT résultant de la violence conjugale (83).

7.2 Troubles anxio- dépressifs chez les femmes victimes de violence conjugale

Selon l'évaluation psychométrique faite dans notre étude par l'échelle standardisée HAD, la symptomatologie anxiante certaine est retrouvée chez 51,5% femmes et la symptomatologie dépressive sévère est retrouvée chez 63,1% femmes.

Une étude faite en 2006 au Maroc intéressant 256 femmes victimes de violence conjugale a montré que 52,3% des Femmes battues avaient une dépression .(39) Jellali et al. ont trouvé que la fréquence des états anxieux et dépressifs étaient trois fois plus élevée chez les femmes victimes de violence conjugale : 33,9% versus 10,5% (34).

Selon Ahmadzad-Asl et al, les troubles dépressifs et les troubles anxieux chez les femmes victimes de violence conjugale étaient 5,8 et 2,6 fois plus fréquents comparativement aux non victimes (84). Une étude Nigérienne a trouvé que les femmes victimes de violence conjugale avaient respectivement 10 fois et 17 fois plus de probabilité d'être dépressives et anxiées (85). Dans notre population, l'anxiété a été corrélée à une différence d'âge entre les conjoints supérieur à 3 ans ($p=0,023$) et au type de violence physique ($p=0,022$). Les mêmes constatations ont été trouvées par Ahmadzad-Asl qui a montré qu'il existe une corrélation significative entre l'anxiété et la violence physique (84).

De plus, Anes et Al ont montré une corrélation significative entre les symptômes anxieux et les différents types de violence (86).

Dans une étude de population canadienne, Ratner a découvert qu'en plus de la dépression, les femmes maltraitées souffraient beaucoup plus d'anxiété, d'insomnie et de dysfonctionnement social que celles non maltraitées, la violence physique ayant un effet plus fort que la violence psychologique (87).

Devries et al., ont effectué en 2013 une revue de la littérature à partir d'études longitudinales (45). Ils ont supposé une association bidirectionnelle entre la violence conjugale et la dépression, ils ont trouvé que les femmes exposées à la violence de la part d'un partenaire présentant un risque accru de symptômes de dépression, et que les femmes qui signalent des symptômes de dépression étaient plus susceptibles d'être victime de violences conjugales ultérieurement.

Bacchus et al., objectivent également dans leur revue, des éléments en faveur d'une association bidirectionnelle entre les expériences récentes de violences conjugales et la dépression (88).

La synthèse bibliographique de 2013 sur l'Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, suggère à partir de la revue de Howard et al., qu'un « trouble psychiatrique rend une femme plus vulnérable face à la violence domestique, et la violence

domestique a la capacité d'engendrer des maladies mentales» (89).

La présence d'une dépression comorbide à l'anxiété est statistiquement significative dans notre population ($p<0,001$).

La combinaison de violence corrélée et de dépression/anxiété pourrait également conduire à un cercle vicieux de relation problématique dans la vie conjugale du couple et renforcer également la violence et la dépression/anxiété (90).

Dans notre travail, la dépression a été corrélée à l'âge jeune de la victime ($p=0,043$), au niveau scolaire bas chez l'agresseur ($p=0,015$), à la consommation d'alcool chez l'agresseur ($p= 0,004$) et au nombre d'enfant inférieur à deux ($p=0,045$).

Dans la littérature, plusieurs études ont montré que les victimes les plus jeunes étaient plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que les victimes plus âgées (91).

Une étude transversale portant sur 72 femmes victimes de violence physique, menée dans deux centres de prévention de la violence domestique du sud de Taiwan, a été entreprise dans le but d'explorer les facteurs liés à la dépression au sein de cette population. Les résultats de cette étude indiquent une corrélation positive entre les symptômes dépressifs et un âge plus jeune, un niveau d'extraversion plus bas et un niveau de névrosisme plus élevé dans cet échantillon (92).

En effet, en raison des influences culturelles traditionnelles, les femmes âgées avaient tendance à adopter le « fatalisme » et à accepter des situations violentes tout en s'adaptant à ce traumatisme présentant ainsi moins de symptômes dépressifs.

Deux études tunisiennes réalisées par L'organisation nationale de la famille et de population et Jellali et al. ont trouvé une association entre la violence conjugale et le niveau d'instruction bas des conjoints (9,34).

Certes le bas niveau d'instruction serait un facteur d'ignorance des droits sociaux et une acceptation des rôles traditionnels du couple.

La consommation d'alcool par l'agresseur exerce un impact multifactoriel sur la santé mentale et le bien-être émotionnel des femmes victimes de violence conjugale. Tout d'abord, elle crée un climat familial toxique et instable, exacerbant le stress et l'anxiété chez la victime, facteurs favorisant le développement de la dépression. De plus, cette consommation accroît le risque de violence conjugale, intensifiant ainsi les symptômes dépressifs de la femme victime dans un cercle vicieux où la violence et la dépression se renforcent mutuellement.

En outre, l'alcoolisme de l'agresseur a des répercussions indirectes sur les ressources disponibles pour la femme victime, entravant sa capacité à trouver du soutien social ou des services d'aide, ce qui peut aggraver son isolement social et sa détresse émotionnelle. Enfin, les enfants exposés à la violence conjugale et à la consommation d'alcool chez leurs parents sont susceptibles de

développer des modèles de comportement nuisibles qui influenceront leur propre relation à l'alcool et aux relations interpersonnelles, affectant ainsi à long terme le bien-être émotionnel et la santé mentale des enfants et de la femme victime.

Nos résultats concernant la corrélation de la dépression avec un nombre d'enfant inférieur à deux ne rejoignent pas celle de la littérature. En effet, des travaux de recherche ont trouvé une corrélation entre la dépression des femmes battues et un nombre élevé des enfants (93,94).

Ceci pourrait être expliqué par les règles concernant le nombre d'enfants autorisés par famille. Il est essentiel de souligner que la législation varie d'un pays à l'autre, ce qui entraîne une diversité de politiques et de pratiques en matière de planification familiale. Cette diversité législative peut avoir un impact significatif sur les corrélations observées entre le nombre d'enfants.

8. Evaluation de la qualité de vie

Dans notre étude, l'évaluation de la qualité de notre population a montré un score moyen global de $45,7 \pm 12,5$, soit abaissé par rapport à la valeur seuil de Léan et al (18).

Ceci rejoint les données de la littérature, En effet, des études menées auprès des femmes victimes de violence conjugale ont rapporté également des scores de qualité de vie inférieurs à ceux de référence ou des groupes de la population générale (75,95–98).

Une étude transversale conduite en Iran sur 558 femmes mariées âgées entre 15 et 49 ans a aussi détecté une corrélation négative entre la présence de violence conjugale et la qualité de vie (96).

Dans un autre travail, réalisé sur 3496 individus aléatoirement sélectionnés dans six villes européennes, les femmes victimes de violences conjugales avaient marqué des scores significativement inférieurs dans les dimensions santé physique et mentale de l'échelle SF-36 pour les personnes impliquées dans la violence par rapport à celles qui n'en avaient jamais fait l'expérience (97).

Dans l'étude de Bonomi et al, conduite sur 2876 femmes, le score global de la SF36 était de 4,28 à 6,22 points de moins chez les femmes victimes de violence conjugale dans sa forme sexuelle et de 2,41 à 2,87 points de moins chez les femmes victimes de violence conjugale dans sa forme physique (75)

Dans notre étude, l'évaluation de la qualité de vie par dimension a également, objectivé que la dimension « fonctionnement physique » était la plus préservée avec un score moyen à $82 \pm 19,7$. Nos résultats sont concordants avec une étude menée auprès de quarante femmes victimes de violences conjugales à San Diego avec un score moyen de $80,56 \pm 14,4$ (99).

Nos résultats rejoignent Asadi et al., dans leur étude transversale auprès de 558 femmes victimes de violence conjugale à Tabriz (Iran) , et qui ont constaté que la dimension « activité physique » a toujours eu le score le plus élevé à $73,7 \pm 21,9$ (96).

Alsaker et Al, dans leur étude transversale menée auprès de 87 femmes dans un centre de refuge en Norvège, ont objectivé que la dimension « fonctionnement physique » était la plus préservée avec un score moyen de $76,51\pm24,71$ (98).

Dans la même étude, la dimension « limitation émotionnelle » était la plus altérée ce qui concorde avec nos résultats. Ceci confirme que la dimension de « limitation émotionnelle » chez les femmes victimes de violence conjugale découle de processus pathologiques complexes impliquant des traumatismes psychologiques, une réponse au stress chronique, des stratégies d'adaptation mal adaptatives et une altération de l'estime de soi. Ces mécanismes interagissent pour limiter la capacité des femmes à réguler leurs émotions dans des contextes sociaux, compromettant ainsi leur fonctionnement émotionnel global.

Pour les dimensions « limitation physique » « douleur physique » « santé générale », nos résultats présentent des chiffres plus altérés que la littérature (98).

Ceci pourrait être expliquée et/ou amplifiée, d'un côté par la violence conjugale subie et de l'autre côté par les troubles anxioc-dépressifs ainsi que les trouble de stress post traumatisant dont elles souffrent.

Le tableau XXVII résume une comparaison de scores entre notre étude et une étude en Norvège.

Tableau XXVII : Tableau comparatif entre notre étude et l'étude en Norvège

Domaines de l'échelle SF36	Notre Etude	Alsaker et Al
Fonctionnement physique (PF)	$82\pm19,7$ [30-100]	$76,51\pm24,71$
Limitation physique (RP)	$25[0-100]$	$35,09\pm38,98$
Douleur physique (BP)	$33,8\pm5$ [21,5-50,5]	$52,20\pm33,45$
Santé générale (GH)	$28,7\pm11,5$ [0-55]	$56,11\pm24,15$
Vitalité (VT)	$42\pm9,6$ [12-64]	$28,39\pm20,27$
Fonctionnement social (SF)	$48,4\pm11,1$ [12,5-62,5]	$40,88\pm30,39$
Limitation émotionnelle (RE)	25 [0-100]	$27,05\pm33,13$
Santé mentale (MH)	$42,4\pm10$ [10-60]	$35,63\pm19,89$

Selon nos résultats, l'altération de la qualité de vie chez les femmes victimes de violence conjugale était corrélée à une différence d'âge entre les conjoints (H/F) supérieur à trois ans ($p=0,021$).

Le deuxième facteur associé à l'altération de la qualité de vie chez notre population était la consommation de substances psychoactives chez le conjoint ($p=0,041$).

Nos résultats rejoignent celle de la littérature, en effet, Asadi et Al dans leur étude transversale ont montré une relation significative entre le score de la composante physique et mentale de la

qualité de vie et les troubles addictifs du conjoint (96).

Une revue de littérature concernant la qualité de vie chez les partenaires de personnes ayant des problèmes de consommation de substances a révélé que, dans la majorité des études, la consommation de substances par le conjoint était un facteur associé à une mauvaise qualité de vie du partenaire (100).

Certes, la consommation de substances psychoactives engendre un éventail de conséquences dévastatrices qui s'étendent bien au-delà des dommages physiques immédiats. En plus des blessures physiques et mentales directes qu'elle peut causer, elle déstabilise les bases mêmes des relations sociales, créant des fractures interpersonnelles et des isolations sociales qui alimentent un cercle vicieux de détresse émotionnelle. De plus, elle conduit souvent à la négligence des rôles majeurs dans la vie quotidienne, compromettant les perspectives professionnelles, éducatives et financières des individus.

Recommandations et perspectives

Il est recommandé d'accroître la sensibilisation du personnel médical afin qu'ils abordent la violence conjugale avec les femmes, étant donné que ce sujet demeure souvent tabou pour de nombreuses personnes qui consultent en milieu médical demandant des soins divers.

Une attention particulière devrait également être portée à l'évaluation des conséquences psychopathologiques chez les femmes victimes de violence conjugale, ainsi qu'aux séquelles physiques qui peuvent aggraver leur détresse psychologique.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les effets de la violence conjugale sur les enfants et leurs conséquences psychopathologiques.

De plus, des efforts doivent être déployés pour mieux comprendre et prévenir la violence conjugale en sensibilisant les femmes à leurs droits et en mettant en place des programmes de sensibilisation efficaces.

Il est également crucial d'améliorer la prise en charge psychologique des femmes victimes de violence conjugale, ce qui nécessite une collaboration étroite entre les services de santé mentale et les services juridiques pour garantir un soutien complet et approprié.

Il est important de développer des programmes d'éducation sexuelle pour notre société et nos enfants.

Il est primordial de mettre en place des mesures préventives et des politiques de sensibilisation efficaces concernant la consommation de substances psychoactives en multipliant les campagnes de sensibilisation ciblées, en particulier auprès des jeunes et des populations à risque, afin de les informer sur les dangers associés à l'usage de ces substances.

De plus, des programmes d'intervention rapide devraient être développés et mis en œuvre dans les écoles, les communautés et les lieux de travail pour détecter précocément et prendre en charge ces problèmes de consommation.

Il est également essentiel de renforcer la réglementation et le contrôle des substances psychoactives, en adoptant des politiques de régulation plus efficaces et en promouvant l'accès aux soins de santé mentale et aux programmes de désintoxication.

Malgré les progrès réalisés, à partir de 1956, relatives à la condition des femmes grâce à la promulgation du Code du Statut Personnel, considéré comme une véritable révolution dans le monde arabo-musulman et qui a soutenu la redéfinition des rôles et des statuts des femmes dans la société tunisienne, une grande partie des femmes ne sont pas conscientes de leurs droits.

Dans ce contexte, le Ministère de la Femme et de la Famille et de l'Enfance, le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme ont collaboré pour

mener, au cours du deuxième semestre de l'année 2014, une étude de cartographie des services destinés aux femmes victimes de violence ou en situation de vulnérabilité en Tunisie.

Cette étude a permis de recenser les centres d'écoute, d'orientation et d'hébergement dans la prise en charge des femmes victimes de violence (101).

Parmi ces services on cite :

- La ligne verte (1899) : Une ligne téléphonique gratuite et anonyme couvrant l'ensemble du territoire de la République, un circuit de prise en charge multisectorielle des femmes victimes de violence.
- Association Tunisienne des Femmes Démocrates - ATFD
- Centre de conseil et d'orientation familiale « Ettadhamen » : Etablissement public (rattaché au Ministère de la Femme et de la Famille et de l'Enfance) Nationale, situé dans le gouvernorat de l'Ariana.
- Centre « El Amen » de protection des femmes victimes de violence : (rattaché au Ministère de la Femme et de la Famille et de l'Enfance) Nationale, situé dans le gouvernorat Tunis.
- Centres d'Encadrement et d'Orientation Social (CEOS) : Etablissement public (sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales) situ aux Gouvernorats de Tunis, Sousse, et Sfax.
- Centres de la Santé Reproductive de l'ONFP : Etablissement public présent dans les 24 Gouvernorats.
- Centre d'Assistance Psychologique aux Femmes Victimes de Violences de l'ONFP (CAP) : Etablissement public (rattaché à l'ONFP) situe à Ben Arous.
- Association Amal pour la Famille et l'Enfant.
- Centre d'accueil de jour Manara de l'Association Femme et Citoyenneté
- Centre d'accueil des femmes victimes de violence à Kairouan et à Hafouz

Conclusion

Conclusion

La violence conjugale envers les femmes est un problème de santé publique majeur, qui constitue une violation des droits fondamentaux et des libertés fondamentales des femmes. Elle mérite toujours un intérêt particulier à raison non seulement des dégâts corporels mais également des répercussions psychologiques non négligeables sur la femme : selon l'OMS, les femmes victimes perdent entre 1 et 4 années de vie en bonne santé.

Il est estimé qu'une femme sur trois dans le monde soit victime de violence conjugale et que près d'une femme sur deux en Tunisie ait subi au moins une forme de violence au cours de sa vie.

La Tunisie a enregistré une évolution notable dans son approche de la violence à l'encontre des femmes et les dernières années ont été marquées par un engagement politique sans équivoque pour se saisir de ce problème

Dans ce contexte, nous avons conduit ce travail afin d'évaluer l'impact de la violence conjugale sur la santé mentale et la qualité de vie des femmes victimes et d'identifier les facteurs associés à l'anxiété, la dépression et la qualité de vie.

Nous avons mené une étude transversale à visée analytique portant sur une population de 103 femmes, âgées de 18 ans ou plus et mariées au moment de l'étude qui se sont présentées au service de psychiatrie Kairouan dans le cadre d'une expertise sur la demande des équipes spécialisées dans les crimes de violence à l'égard de la femme et de l'enfant.

Le recueil des données sociodémographiques et cliniques, a été fait par une fiche préétablie, L'évaluation de la symptomatologie anxiol-dépressive a été faite en utilisant l'échelle HAD « Hospital anxiety and depression scale », la recherche d'un trouble de stress post traumatisant chez les femmes a été procédée par l'échelle PCL-5 « Posttraumatic Stress Disorder DSM-5 » et l'évaluation de la qualité de vie a été faite par l'échelle SF36 « Short Form-36 Health Survey ». Au plan des résultats, l'âge moyen des femmes victimes de violence conjugale était 28,04 ans. La majorité de notre population était d'origine rurale (64,1%), n'ont pas dépassé le niveau secondaire (83,5%), actives sur le plan professionnel (69,9%).

Sur le plan clinique, 39,9% avaient des antécédents organiques, 22,3% rapportaient des antécédents psychiatriques et 14,5% avaient des antécédents de violence vécue ou subie pendant l'enfance.

En ce qui concerne les conjoints auteurs de femmes victimes de violences conjugales, l'âge moyen était de 32,7 ans avec une différence d'âge supérieure à trois ans pour la majorité de notre population.

Pour la majorité des conjoints, le niveau scolaire n'a pas dépassé le secondaire (75,7%), 36,8% étaient des ouvriers journaliers, 60,2% consommaient de l'alcool, 26,2% consommaient des substances psychoactives.

Le type d'agression le plus trouvé chez les femmes était la violence verbale (98%) suivi par la violence physique (65%), la violence sexuelle (36,9%) puis la violence économique (32%).

Notre travail, selon l'évaluation psychométrique, a révélé un trouble de stress post traumatisant chez presque la totalité de notre population, une symptomatologie anxiante certaine chez 65 femmes (63,1%) et une symptomatologie dépressive certaine chez 53 femmes (51,5%) victimes de violences conjugales.

L'évaluation de la qualité de vie de l'ensemble de nos patients a révélé un score moyen global de $45,7 \pm 12,5$ avec des extrêmes allant de 21 à 75 et une altération chez 89,3% des patients.

Après l'interprétation des scores, nous avons trouvé que l'anxiété a été corrélée à une différence d'âge entre les conjoints supérieur à 3 ans ($p=0,023$) et au type de violence physique ($p=0,022$).

La présence d'une dépression comorbide à l'anxiété est statistiquement significative dans notre population ($p<0,001$).

Dans notre travail, la dépression a été corrélée à l'âge jeune de la victime ($p=0,043$), au niveau scolaire bas chez l'agresseur ($p=0,015$), à la consommation d'alcool chez l'agresseur ($p=0,004$) et au nombre d'enfant inférieur à deux ($p=0,045$)

Selon nos résultats, l'altération de la qualité de vie chez les femmes victimes de violence conjugale était corrélée à une différence d'âge entre les conjoints (H/F) supérieur à trois ans ($p=0,021$) et à la consommation de substances psychoactives chez le conjoint ($p=0,041$).

Nous avons démontré que la violence conjugale avait un impact sur la santé mentale et la qualité de vie des femmes victimes.

Le véritable enjeu est maintenant, grâce à cette connaissance, de mettre en œuvre des stratégies de dépistage et de formation élaborées pour éliminer ce fléau et de développer des plans d'action actualisés et pertinents afin de prévenir, sensibiliser et orienter les victimes vers les structures et les associations destinés aux femmes victimes de violences ou en situation de vulnérabilité en Tunisie afin de les bien encadrer et prendre en charge précocement la survenue des troubles psychopathologiques, ceci ne serait possible que par des collaborations entre les professionnels de santé, services sociaux et les structures d'orientation législative.

Alors, nous plaidons pour :

- Le dépistage et la déclaration systémique de la violence conjugale ou tout autre forme de violence à l'encontre des femmes.

- Des campagnes de sensibilisation de la dangerosité de la violence et de son retentissement négatif sur tous les plans ; psychologique, physique, social, familial et professionnel.
- Multiplier les enquêtes sur la violence conjugale et ses déterminants et étudier le profil des conjoints.
- Développer des programmes d'éducation sexuelle.
- Adresser les couples pour des thérapies de couple pour résoudre les conflits conjugaux pour prévenir le passage à l'acte violent
- Inclure des campagnes de sensibilisation ciblées, en particulier auprès des jeunes et des populations à risque, afin de les informer sur les dangers associés à l'usage de ces substances.

Références

Références

1. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination.
2. Nations unies. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.
3. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. Vol. 19, *Journal of Interpersonal Violence*. 2004. p. 1296–323.
4. Violence against women II [Internet]. Available from: www.thelancet.com1331
5. Adeodato VG, Dos R, Carvalho R, Riquet De Siqueira V, Gomes De Matos E Souza F. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros Quality of life and depression in women abused by their partners [Internet]. Vol. 39, *Rev Saúde Pública*. 2005. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
6. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *Int J Family Med*. 2013 Jan 23;2013:1–15.
7. Stewart DE, Vigod SN. Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. Vol. 40, *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 321–34.
8. Organisation mondiale de la santé. Département Genre et santé de la femme. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. Organisation mondiale de la santé; 2005.
9. ONFP. ENQUÊTE NATIONALE SUR LA VIOLENCE A L'EGARD DES FEMMES EN TUNISIE,2010.
10. Base de données LA LEGISLATION DU SECTEUR DE LA SECURITE EN TUNISIE [Internet]. Available from: www.legislation-securite.tn
11. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Vol. 67, *Acta Psychiatr. scand.* 1983.
12. Andersson N, Ho-Foster A, Mitchell S, Scheepers E, Goldstein S. Risk factors for domestic physical violence: National cross-sectional household surveys in eight southern African countries. *BMC Womens Health*. 2007;7.
13. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015 Dec 1;28(6):489–98.
14. Hacia J, Papillault des Charbonneries L, Marimoutou C, Morand JJ. Fréquence des motifs de consultation dermatologique des militaires en mission extérieure. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010 Sep;58:S70.
15. Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, Dyer A, Schäfer I, Schellong J, et al. The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*. 2017 Nov 28;17(1).

16. Perneger, T V, Leplgge A, Etter JF, Rougemont A? VALIDATION OF A FRENCH-LANGUAGE VERSION OF THE MOS 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36) IN YOUNG HEALTHY ADULTS. Vol. 48, *J Clin Epidemiol*. 1995.
17. Marrag I, Hajji K, Hadj Ammar M, Zarrouk L, Kachouri R, Nasr M. Trouble bipolaire type I et qualité de vie: Étude transversale auprès de 104 patients tunisiens. *Encephale*. 2015;41(4):355–61.
18. Lean MEJ, Han TS, Seidell JC. Impairment of Health and Quality of Life Using New US Federal Guidelines for the Identification of Obesity [Internet]. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/>
19. Ware JE. SF-36 Health Survey Update [Internet]. Vol. 25, SPINE. Available from: <http://www.sf-36.com>
20. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger T V. The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. Vol. 51, *J Clin Epidemiol*. 1998.
21. Krug EG, World Health Organization. World report on violence and health. World Health Organization; 2002. 346 p.
22. Belon JP. Anxiety and anxiety disorders. *Actualites Pharmaceutiques*. 2019 Nov 1;58(590):18–22.
23. Psychiatric Association A. DSM-5® - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. 2014. Available from: <http://doctidoc2.blogspot.com>
24. Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model [Internet]. Vol. 5, *Iranian J Psychiatry*. 2010. Available from: www.tums.ac.ir
25. Sugg N. Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. Vol. 99, *Medical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2015. p. 629–49.
26. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO Multi-country Study on women's Health and Domestic Violence. *BMC Public Health*. 2011;11.
27. Ahmadi R, Soleimani R, Jalali MM, Yousefnezhad A, Roshandel Rad M, Eskandari A. Association of intimate partner violence with sociodemographic factors in married women: a population-based study in Iran. *Psychol Health Med*. 2017 Aug 9;22(7):834–44.
28. Berrios DC, Grady D, Francisco S. Domestic Violence Risk Factors and Outcomes.
29. Thureau S, Le Blanc-Louvry I, Thureau S, Gricourt C, Proust B. Conjugal violence: A comparison of violence against men by women and women by men. *J Forensic Leg Med*. 2015;31:42–6.

30. Jaspard M, l'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Population & Sociétés*. 2001 Jan 1;N° 364(1):1–4.
31. Shana Conroy. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2019 [Internet]. Available from: www.statcan.gc.ca
32. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JI, Glavin CEY, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective-longitudinal studies. Vol. 108, *American Journal of Public Health*. American Public Health Association Inc.; 2018. p. e1–11.
33. Profil de la Violence Domestique Une étude dans plusieurs pays [Internet]. Available from: <http://www.measuredhs.com>
34. Anes Jellali I, Jellali MA, Gataa R, Mechri A. Psychosexual impact of violence against Tunisian women in marriage: Cross-sectional study about 197 consultant in family planning centre of Monastir. *Sexologies*. 2014;23(3).
35. Pico-alfonso MA, Isabel Garcia-linares M, Celda-navarro N, Blasco-ros C, Echeburúa E, Martinez M. The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. Vol. 15, *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*. 2006.
36. Vest JR, Catlin TK, Chen JJ, Brownson RC. Multistate Analysis of Factors Associated with Intimate Partner Violence. 2002.
37. Bowlus AJ, Seitz S. Domestic violence, employment, and divorce. *Int Econ Rev (Philadelphia)*. 2006 Nov;47(4):1113–49.
38. Bouasker A. Violence conjugale: étude épidémiologique à propos de 424 femmes consultantes dans les centres de soins primaires.
39. Manoudi F, Chagh R, Es-Soussi M, Asri F, Tazi I. Violence familiale. *Encephale*. 2013 Sep;39(4):271–7.
40. Vasseur P. The profile of female victims of conjugal violence. *Presse Medicale*. 2004 Dec 18;33(22):1566–8.
41. Falcão De Oliveira S, Ribeiro De Lima Cardoso K, Possante De Almeida CA, Cardoso LR, Gutfilen B. Violence against women: Profile of the aggressors and victims and characterization of the injuries. A forensic study. *J Forensic Leg Med*. 2014 Mar;23:49–54.
42. Crane CA, Pilver CE, Weinberger AH. Cigarette smoking among intimate partner violence perpetrators and victims: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal on Addictions*. 2014;23(5):493–501.
43. Caleyachetty R, Echouffo-Tcheugui JB, Stephenson R, Muennig P. Intimate partner violence and current tobacco smoking in low- to middle-income countries: Individual participant meta-analysis of 231,892 women of reproductive age. *Glob Public Health*. 2014;9(5):570–8.

44. Lipsky S, Caetano R, Field CA, Bazargan S. The role of alcohol use and depression in intimate partner violence among black and Hispanic patients in an urban emergency department. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2005;31(2):225–42.
45. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Vol. 10, *PLoS Medicine*. 2013.
46. Cleary BS, Keniston A, Havranek EP, Albert RK. Intimate partner violence in women hospitalized on an internal medicine service: Prevalence and relationship to responses to the review systems. Vol. 3, *Journal of Hospital Medicine*. 2008. p. 299–307.
47. Nerøien AI, Schei B. Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scand J Public Health*. 2008;36(2):161–8.
48. Judith Lewis Herman MD. Histories of violence in an outpatient population:an exploratory study. *havard Medical School,Cambridge Mass*. 1986;
49. Jacobson A, Richardson B. Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry. Vol. 144, *Am J Psychiatry*. 1987.
50. Swanson J, Borum R, Swartz M, Hiday V. Violent Behavior Preceding Hospitalization Among Persons with Severe Mental Illness. Vol. 23, *Law and Human Behavior*. 1999.
51. Widom CS, Czaja S, Dutton MA. Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse Negl*. 2014;38(4):650–63.
52. Whitfield CL, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ. Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence*. 2003 Feb;18(2):166–85.
53. Smith-Marek EN, Cafferky B, Dharnidharka P, Mallory AB, Dominguez M, High J, et al. Effects of Childhood Experiences of Family Violence on Adult Partner Violence: A Meta-Analytic Review. *J Fam Theory Rev*. 2015 Dec;7(4):498–519.
54. Balci YG, Ayrancı U. Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses. *J Clin Forensic Med*. 2005 Oct;12(5):258–63.
55. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. Vol. 10, *Aggression and Violent Behavior*. 2004. p. 65–98.
56. Lindsay J, Clément M. La violence psychologique : sa définition et sa représentation selon le sexe. Vol. 19, *Recherches féministes*. 1998.
57. Dokkedahl SB, Kirubakaran R, Bech-Hansen D, Kristensen TR, Elklit A. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. *Syst Rev*. 2022 Dec 1;11(1).
58. Violence against Women Prevalence Data: Surveys by Country No. Country Survey Coverage Year Intimate Partner Violence (%) Intimate Partner and/or Non-Partner Violence (%) Forced first sex (%) Abuse during pregnancy.

59. Izmirli GO, Sonmez Y, Sezik M. Prediction of domestic violence against married women in southwestern Turkey. In: International Journal of Gynecology and Obstetrics. John Wiley and Sons Ltd; 2014. p. 288–92.
60. Y.Nouma, De Sfax M. La violence conjugale dans la région de Sfax : Etude prospective portant sur 150 victimes. 2015.
61. Boucher S, Lemelin J, McNicoll L. Marital rape and relational trauma. *Sexologies*. 2009 Apr;18(2):95–7.
62. interministérielle pour la protection des femmes contre les violences M, lutte contre la traite des êtres humains la. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes - Mars 2024. 2022.
63. Laurent HK, Capaldi DM, Feingold A. HYOUN K. KIM Oregon Social Learning Center.
64. Ikekwiibe IC, Okoror CEM, Okoror C. African Journal of Primary Health Care & Family Medicine. 2021; Available from: <http://www.phcfm.org>
65. Walton-Moss BJ, Manganello J, Frye V, Campbell JC. Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. *J Community Health*. 2005 Oct;30(5):377–89.
66. Vung ND, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women in rural Vietnam - Different socio-demographic factors are associated with different forms of violence: Need for new intervention guidelines? *BMC Public Health*. 2008;8.
67. Thériault L, Gill C. Les déterminants sociaux de la santé et la violence conjugale : Quels sont les liens ? *Serv Soc Que*. 2008 May 5;53(1):75–89.
68. Breet E, Seedat S, Kagee A. Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Men and Women Who Perpetrate Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2019 May 1;34(10):2181–98.
69. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *J Interpers Violence*. 2006 Jul;21(7):955–68.
70. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. Vol. 14, *Aggression and Violent Behavior*. 2009. p. 13–29.
71. Isailă OM, Hostiuc S, Teodor M, Curcă GC. Particularities of offenders imprisoned for domestic violence from social and psychiatric medical–legal perspectives. *Medicina (Lithuania)*. 2021 Nov 1;57(11).
72. Baúto R, Carreiro A, Pereira M, Guarda R, Almeida I. Personality and Aggressive Behavior: The Relation between the Five-Factor and Aggression Models in a Domestic Violence Suspects Sample. In MDPI AG; 2021. p. 18.
73. Field CA, Caetano R, Nelson S. Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *J Fam Violence*. 2004 Aug;19(4):249–53.

74. Marry Caroll Ellsberg, Wife Abuse Among Women of childbearing Age in Nicaguara, 1999-61.
75. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *J Womens Health*. 2007 Sep;16(7):987-97.
76. Gubi D, Nansubuga E, Wandera SO. Correlates of intimate partner violence among married women in Uganda: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2020 Jun 26;20(1):1008.
77. jewkes. Intimate partner violence: causes and prevention [Internet]. Available from: www.thelancet.com
78. Akyazi S, Tabo A, Guveli H, İlñem MC, Oflaz S. Domestic Violence Victims in Shelters: What Do We Know About Their Mental Health? *Community Ment Health J*. 2018 Apr 1;54(3):361-9.
79. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. Vol. 29, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Elsevier Ltd; 2005. p. 181-93.
80. Golding1 JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. Vol. 14, *Journal of Family Violence*. 1999.
81. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*. 2008 Jun;14(6):634-54.
82. Woods SJ. PREVALENCE AND PATTERNS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN ABUSED AND POSTABUSED WOMEN. Vol. 21, *Issues in Mental Health Nursing*. Walker & Browne; 2000.
83. Jacquelyn C Campbell. Health consequences of intimate partner violence [Internet]. Available from: www.thelancet.com 1331
84. Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammad-Sadeghi H, Rasoulian 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 1;19(5):861-9.
85. moussa essoussi. LA VIOLENCE FAMILIALE. 2009.
86. Anes Imen Ep JALLELI. Violence a l'égard des femmes en milieu conjugal : prévalence et retentissement psychosexuel.
87. Ratner PA. L'incidence de la violence conjugale et l'état de santé mentale des épouses maltraitées à Edmonton, en Alberta.
88. Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. Vol. 8, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2018.

89. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: Prevalence and interventions. *Psychol Med.* 2010 Jun;40(6):881–93.
90. Pineles SL, Mineka S, Zinbarg RE. Feedback-seeking and depression in survivors of domestic violence. *Depress Anxiety.* 2008 Dec;25(12).
91. Mapayi B, Makanjuola ROA, Mosaku SK, Adewuya OA, Afolabi O, Aloba OO, et al. Impact of intimate partner violence on anxiety and depression amongst women in Ile-Ife, Nigeria. *Arch Womens Ment Health.* 2013 Feb;16(1):11–8.
92. Hsieh HF, Shu BC. Factors Associated With Depressive Symptoms in Female Victims of Intimate Partner Violence in Southern Taiwan. 2019.
93. Jacquelyn C, campbell, Predictors of depression in battered women,1997.
94. Cascardi M, Daniel O'leary K, Schlee1 KA. Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. Vol. 14, *Journal of Family Violence.* 1999.
95. Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life. *Glob J Health Sci.* 2015 Jun 1;8(2):27–34.
96. Asadi S, Mirghafourvand M, Yavarikia P, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Nikan F. Domestic Violence and its Relationship with Quality of Life in Iranian Women of Reproductive Age. *J Fam Violence.* 2017 May 1;32(4):453–60.
97. Costa D, Hatzidimitriadou E, Ioannidi-Kapolou E, Lindert J, Soares J, Sundin Ö, et al. Intimate partner violence and health-related quality of life in European men and women: findings from the DOVE study. *Quality of Life Research.* 2015 Feb 1;24(2):463–71.
98. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research.* 2006 Aug;15(6):959–65.
99. Laffaye C, Kennedy C, Stein MB. Post-Traumatic Stress Disorder and Health-Related Quality of Life in Female Victims of Intimate Partner Violence. Vol. 18, *Violence and Victims.* 2003.
100. Birkeland B, Foster K, Selbekk AS, Høie MM, Ruud T, Weimand B. The quality of life when a partner has substance use problems: A scoping review. Vol. 16, *Health and Quality of Life Outcomes.* BioMed Central Ltd.; 2018.
101. CarthographieServices_Finale_FR.

Annexes

Annexes

Fiche de renseignements

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assurées qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quelle est votre origine ?

4. Quel est le niveau scolaire le plus élevé que vous avez complété ?

(Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Étude primaire
 - Étude secondaire
 - Etude supérieure universitaire

5. Quel est votre statut socio-professionnel ?

- Ouvrière journalière
 - Employée
 - Cadre
 - Inoccupée professionnellement

6. Quelle est la source de revenu?

(Plusieurs réponses sont possibles)

- Revenu du travail
 - Aide sociale
 - Aide familiale
 - revenu du conjoint

7.Antécédents personnels :

- Organiques :
- Psychiatriques :
- A préciser s'il y a un antécédent de passage à l'acte suicidaire

8-Antécédents familiaux psychiatriques :

9.Antécédents de violence vécue ou subie pendant l'enfance :

.....

10.Habitudes de vie :

- Tabac
- Alcool
- Substances psychoactives

11. Quelle est votre situation relationnelle actuelle avec la personne qui a commis les violences?

- Poursuite de la vie commune (a préciser avec ou sans séparation de corps)
- Rupture de la relation

12. Quelle est/a été la durée du mariage?

____années ; ----mois ; ____ semaines.

13-Quel est le nombre des enfants ? Quel est leur(s) âges ?

14. Quel est le Délai du début de violence par rapport au mariage ?

- Moins de 1 an ;
- 1 à 5 ans ;
- 5 à 10 ans ;
- 10 à 15 ans ;
- Ou plus

15. Vous êtes-vous déjà séparée de votre partenaire durant la relation de couple ?

- Oui *Combien de fois ?* _____
- Non

16. Avez-vous déjà été en couple avec plusieurs partenaires violents ?

- Oui *Nombre de partenaires violents:* _____
- Non

17-quel est l'âge de votre mari (agresseur) :

18-Différence d'âge entre la femme et son conjoint :

19-niveau scolaire : analphabète primaire secondaire universitaire

21- profession : sans profession : ouvrier journalier : Employé

22-Antécédents juridiques chez l'agresseur : oui non

23-Antécédents psychiatriques chez l'agresseur : oui non
A préciser :

24-Consommation d'alcool : oui non
Chronique occasionnelle

25-Consommation de substances psychoactives : oui non

26. Avez-vous subi des violences physiques ?

- Oui
- Non

***Si oui, pourriez-vous décrire la ou les violences physiques subies? (plusieurs réponses sont possibles)**

- L'auteur m'a poussée ou bousculée ;
- L'auteur m'a giflée ;
- L'auteur m'a tordu le bras ;
- L'auteur m'a tirée par les cheveux ;
- L'auteur m'a frappée avec le pied, le poing ou un objet ;
- L'auteur m'a étranglée ou étouffée ;
- L'auteur a cogné ma tête contre quelque chose ;
- Autres, veuillez préciser : _____

***Pouvez-vous préciser la fréquence :**

- Quotidiennement
- souvent
- quelquefois

27. Avez-vous subi des violences verbales ?

- Oui
- Non

Si oui, pourriez-vous décrire la ou les violences verbales subies?

(plusieurs réponses sont possibles)

- L'auteur m'a insultée ;
- L'auteur m'a humiliée ;
- L'auteur m'a menacée de me blesser physiquement ;
- L'auteur m'a menacée de mort ;
- Autres, veuillez préciser : _____

Pouvez-vous précisez la fréquence ?

- Quotidiennement
- souvent
- quelquefois

28. Etes-vous ou étiez-vous victime de violences économiques?

- Oui
- Non

**** Si oui, pourriez-vous décrire la ou les violences économiques subies?***

(plusieurs réponses sont possibles)

- L'auteur a fait des dépenses avec mon propre argent contre mon gré ou en imitant ma signature ;
- L'auteur a contrôlé toutes mes dépenses et m'a empêché de dépenser mon propre argent
- L'auteur a exploité mon travail à son profit ;
- L'auteur m'a contrainte de lui remettre tout l'argent que je perçois
- L'auteur m'a empêchée de travailler ou de choisir mon travail
- Autres, veuillez préciser : _____

29. Avez-vous subi des violences sexuelles ?

- Oui
- Non

****Si oui, pourriez-vous décrire la ou les violences physiques subies?***

(plusieurs réponses sont possibles)

- L'auteur m'a forcée à avoir des rapports sexuels contre mon gré ;
- L'auteur m'a fait des demandes, ou insultes à caractère sexuel
- L'auteur m'a contrainte à des pratiques sexuelles que je juge dégradantes ou humiliantes ;
- Autres, veuillez préciser : _____

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider. Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif.

Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à gauche du questionnaire.

Lisez chaque série de questions et soulignez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

A. Je me sens tendu ou énervé :

3	La plupart du temps
2	Souvent
1	De temps en temps
0	Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0	Oui, tout autant
1	Pas autant
2	Un peu seulement
3	Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3	Oui, très nettement
2	Oui, mais ce n'est pas trop grave
1	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0	Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0	Autant que par le passé
1	Plus autant qu'avant
2	Vraiment moins qu'avant
3	Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3	Très souvent
2	Assez souvent
1	Occasionnellement
0	Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3	Jamais
2	Rarement
1	Assez souvent
0	La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :	
0	Oui, quoi qu'il arrive
1	Oui, en général
2	Rarement
3	Jamais

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :	
3	Presque toujours
2	Très souvent
1	Parfois
0	Jamais

A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :	
0	Jamais
1	Parfois
2	Assez souvent
3	Très souvent

D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :	
3	Plus du tout
2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0	J'y prête autant attention que par le passé

A. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :	
3	Oui, c'est tout à fait le cas
2	Un peu
1	Pas tellement
0	Pas du tout

D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :	
0	Autant qu'avant
1	Un peu moins qu'avant
2	Bien moins qu'avant
3	Presque jamais

A. J'éprouve des sensations soudaines de panique :	
3	Vraiment très souvent
2	Assez souvent
1	Pas très souvent
0	Jamais

D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :	
0	Souvent
1	Parfois
2	Rarement
3	Très rarement
D	A

Total anxiété (A) :

Total dépression (D):

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Très fortement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Rubrique : auto-administré/généraliste

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

<u>BILAN D'UTILISATION COURANTE :</u>			
International « validé » (3)	International, largement accepté (2)	National (1)	Local (0)

Niveau du bilan : 3

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation	Facilité de lecture	Sensibilité aux très petits écarts	Fiabilité vérifiée	Reproductible inter intra
SCORE = 2	SCORE = 1	SCORE = 3	SCORE = 3	SCORE = 3

Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable

Présentation :

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Aucun.

Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Dépression, difficultés relationnelles.

Evolution du score :

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.

Le questionnaire généraliste SF-36

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

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

Excellente Très bonne Bonne Satisfaisante Mauvaise

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

aujourd’hui ?
Bien meilleure qu'il y a un an *Un peu meilleure qu'il y a un an*
A peu près comme il y a un an *Un peu moins bonne qu'il y a un an*
Pire qu'il y a un an

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

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

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

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

d. Monter plusieurs étages à la suite.

e. Monter un seul étage.

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

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

Marcher puis de 500 mètres

Marcher lentement 100 mètres.

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

j.Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espériez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espériez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

Vos activités usuelles :

↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

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

b. étiez-vous très nerveux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

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

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

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

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

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

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

f. étiez-vous triste et maussade ?

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

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

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

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

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

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

d. mon état de santé est excellent.

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

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