

# LES VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE ET LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES SURVIVANTES EN TUNISIE

## RAPPORT D'ENQUÊTE

**Haïthem HAMMOUDI**

### Table des matières

<b>Partie I : Introduction et contexte .....</b>	<b>7</b>
Chapitre 1 : Contexte général et justification du rapport .....	7
Chapitre 2 : Définitions et concepts clés .....	9
Violences faites aux femmes .....	9
Cadre d'occurrence des violences .....	10
Santé mentale .....	10
Prise en charge psychologique.....	11
Troubles psychologiques courants chez les survivantes .....	11
Violence psychologique vs violences physiques .....	12
Victime vs survivante .....	12
Chapitre 3 : Méthodologie de l'étude .....	13
<b>Partie II : Panorama des violences faites aux femmes en Tunisie .....</b>	<b>17</b>
Chapitre 1 : Prévalence et formes de violences .....	17
Sources de données sur la prévalence .....	19
Évolution temporelle .....	19
Disparités régionales et socio-démographiques .....	20
Auteurs des violences .....	21
Chapitre 2 : Profil des femmes survivantes et des auteurs de violences .....	23
Profil sociodémographique des survivantes .....	23
Profil des auteurs de violences .....	25
Des facteurs aggravants documentés .....	26
Une dimension intéressante du profil de l'agresseur conjugal est la dichotomie public/privé .....	26
Interrelations entre profils de victime et d'agresseur .....	27
Chapitre 3 : Facteurs socio-culturels et contextuels des violences .....	28
Normes sociales et traditions .....	28
Disparités régionales et socio-économiques dans les attitudes .....	29

Inégalités de genre persistantes .....	31
Influence du cadre légal renforcé .....	32
<b>Partie III : Impact de la violence sur la santé mentale et le bien-être des survivantes</b> .....	<b>34</b>
Chapitre 1 : Conséquences psychologiques immédiates des violences .....	34
Sidération et choc initial .....	34
Réactions émotionnelles aiguës .....	34
Symptômes du stress aigu post-traumatique .....	35
Atteinte de l'estime de soi et émotions négatives .....	35
Manifestations somatiques aiguës .....	36
Paranoïa et méfiance immédiates .....	36
Influence de la répétition des violences .....	37
Stratégies d'adaptation à court terme .....	37
Impact immédiat sur le fonctionnement quotidien .....	38
Variations selon le type de violence .....	38
Chapitre 2 : Troubles mentaux et traumatismes à moyen et long terme .....	39
Dépression.....	39
Troubles anxieux .....	40
Syndrome de stress post-traumatique (SSPT) .....	40
Traumatisme complexe .....	41
Conséquences à long terme .....	42
Risque suicidaire.....	42
Conduites addictives et auto-destructrices .....	43
Chapitre 3 : Répercussions sociales, familiales et économiques liées aux troubles psychologiques.....	44
Vie familiale et rôle maternel .....	44
Relation de couple et situation matrimoniale .....	45
Sphère professionnelle et économique .....	46
Précarité socio-économique et marginalisation.....	46
Stigmatisation sociale des survivantes.....	47
Difficultés relationnelles au-delà de la famille .....	47
Autonomie et prise de décision .....	48

Impact sur les enfants à long terme .....	49
Coûts économiques et sociétaux .....	49
<b>Partie IV : Dispositifs de prise en charge psychologique des femmes survivantes ..</b>	<b>51</b>
Chapitre 1 : Structures de santé mentale et services psychologiques disponibles....	51
État général du système de santé mentale en Tunisie.....	51
Dispositifs de soins psychologiques dans le secteur public .....	51
Orientation des survivantes vers les services de santé mentale .....	52
Accessibilité financière des soins psychologiques .....	53
Formation du personnel de santé au repérage des violences .....	54
Nombre de professionnels de la santé mentale dans le public .....	54
Rôle de l'ONFP et planning familial.....	55
Chapitre 2 : Aide psychologique et sociale dédiée aux survivantes (OSC, refuges, hotline) .....	56
Centres d'hébergement pour femmes survivantes :.....	56
Services psychologiques dans les refuges .....	57
Ligne verte 1899.....	57
Statistiques d'utilisation de la hotline.....	58
Les centres d'écoute, d'orientation et d'accompagnement .....	58
Collaboration OSC – psychologues.....	59
Groupes de soutien et entraide par les pairs.....	59
Rôle des organisations internationales.....	60
Chapitre 3. Aménagements et actualités de la prévention et de la prise en charge des violences faites aux femmes post loi 2017-58.....	61
Protection des victimes et procédures judiciaires .....	62
Services de prise en charge des victimes .....	64
Coordination et couverture du territoire.....	69
Rôle de la société civile .....	71
Chapitre 4 : Parcours de prise en charge et coordination des acteurs .....	73
Étapes typiques du parcours d'aide .....	73
Premières portes d'entrée les plus fréquentes .....	74
Obstacles à chaque étape du parcours .....	75
Coordination (ou manque) entre acteurs .....	77

Parcours idéal vs réel .....	78
Points critiques d'interruption du suivi .....	78
Influence des caractéristiques individuelles sur les trajectoires .....	78
<b>Partie V : Cadre juridique et institutionnel de la prise en charge .....</b>	<b>80</b>
Chapitre 1 : Législation nationale et droits des femmes victimes .....	80
Présentation de la loi 2017-58 .....	80
Avancées majeures introduites par la loi de 2017 .....	80
Droits des victimes reconnus par la loi .....	82
Violence psychologique dans la loi .....	83
Autres textes juridiques pertinents .....	83
Protections légales concrètes en cas de violence conjugale .....	84
Aide juridictionnelle et soutien légal .....	84
Sanctions contre les auteurs et préjudice moral .....	84
Limites et critiques de la législation actuelle .....	85
Chapitre 2 : Politiques publiques et stratégies nationales .....	86
Stratégie nationale multi-sectorielle .....	87
Rôle du Ministère de la Femme, Famille, Enfance et Seniors (MFFES) .....	87
Rôle du Ministère de la Santé .....	88
Observatoire National .....	89
Campagnes de sensibilisation et prévention récentes .....	89
Formation des professionnels (police, justice, santé) .....	89
<b>Partie VI : Obstacles et dynamiques de la prise en charge psychologique .....</b>	<b>92</b>
Chapitre 1 : Freins structurels à la prise en charge psychologique .....	92
Insuffisance des ressources humaines spécialisées et formation du personnel ...	92
Inégale répartition des services et accessibilité géographique limitée .....	94
Solutions de proximité envisagées ou existantes .....	95
Capacités d'accueil et infrastructures dédiées insuffisantes .....	96
Faiblesse du financement et du soutien institutionnel .....	98
Manque de coordination intersectorielle et fragmentation du parcours de soin ..	100
Lacunes dans les protocoles, le suivi et l'application des dispositifs existants ...	102
Chapitre 2 : Obstacles liés aux pratiques institutionnelles .....	104
Analyse des trajectoires de soins psychologiques .....	106

<b>Partie VII : Études de cas illustratives .....</b>	<b>120</b>
Cas 1 : Femme en milieu rural face à des services limités .....	120
Profil et contexte .....	120
Violences subies et conséquences immédiates .....	120
Premières réactions et soutien informel .....	121
Ressources locales théoriques et obstacles concrets .....	121
Mise en contact avec un dispositif structuré .....	122
Difficultés pratiques surmontées pour engager le parcours de soin .....	122
Premier contact avec le système d'aide formel .....	123
Soutien psychologique proposé et suivi effectivement reçu .....	124
Évolution de sa situation personnelle en parallèle .....	125
Rôle de l'entourage durant le parcours de soin.....	126
Progrès réalisés grâce à l'aide reçue .....	126
Besoins psychologiques encore non couverts .....	127
Lacunes systémiques révélées par ce cas .....	128
Facteurs de réussite à valoriser .....	129
Perspective de la survivante rétrospectivement .....	129
Cas 2 : Femme en milieu urbain et rôle des associations .....	130
Profil et cadre de vie.....	130
Violences subies et état initial .....	130
Révélation et choix du recours .....	131
Rôle clé de l'association dans l'orientation et la prise en charge .....	132
Déroulement du parcours et articulation institution-association .....	133
Accompagnement psychologique en pratique .....	133
Intervention auprès des institutions par l'OSC.....	134
Situations rencontrées et surmontées.....	134
Bilan du cas et enseignements .....	135
Cas 3 : Parcours d'une survivante bénéficiant d'un programme de prise en charge intégrée .....	136
Contexte d'identification et entrée dans le programme .....	136
Prise en charge globale dès l'accueil.....	136
Étapes successives du parcours intégré .....	137

Impact d'une coordination optimale .....	138
Résultats et avancées .....	138
Éléments systémiques mis en évidence .....	139
Enseignements pour l'avenir.....	139
Retours d'expérience du terrain.....	140
Point de vue des professionnels de la santé mentale .....	140
Point de vue des intervenants associatifs et sociaux.....	143
Point de vue des femmes survivantes accompagnées.....	145
<b>Partie VIII : Recommandations et perspectives d'action .....</b>	<b>149</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>162</b>

# Partie I : Introduction et contexte

## Chapitre 1 : Contexte général et justification du rapport

En Tunisie, la question des violences faites aux femmes a émergé comme un enjeu majeur de société et de santé publique, en particulier depuis la dernière décennie. Diverses études nationales ont révélé l'ampleur alarmante de ce fléau social. L'enquête nationale sur les violences à l'égard des femmes (ENVEF 2010), menée auprès des Tunisiennes âgées de 18 à 64 ans, a montré que 47,6 % des femmes ont subi au moins une forme de violence au cours de leur vie. Ces violences touchent toutes les catégories sociales et se manifestent tant dans la sphère privée (violences conjugales et familiales) que dans l'espace public. Le partenaire intime s'est révélé être l'auteur principal des agressions physiques dans près de la moitié des cas rapportés (47,2 %), et l'auteur de la majorité des violences psychologiques (68,5 %), sexuelles (78,2 %) et économiques (77,9 %) envers les femmes. Ces chiffres soulignent que la violence conjugale constitue la forme la plus répandue de violence basée sur le genre en Tunisie, ce qui justifie une attention particulière à ses conséquences, notamment psychologiques, sur les survivantes.

Malgré des avancées juridiques et institutionnelles importantes – notamment l'adoption en 2017 d'une loi globale pour éliminer la violence à l'égard des femmes – les violences fondées sur le genre demeurent un phénomène massif et sous-déclaré. Les récits et données officielles et celles recueillis par les associations féministes convergent pour indiquer une aggravation de l'impact de ces violences sur la santé mentale des survivantes. Ce constat a été exacerbé par des circonstances récentes telles que la pandémie de Covid-19 : les confinements successifs ont entraîné une hausse des violences domestiques et mis en lumière leurs conséquences psychotraumatiques. Par exemple, le nombre d'appels à la ligne verte d'écoute 1899 aurait été multiplié par cinq pendant le confinement de 2020, témoignant d'une explosion des situations de détresse. Dans ce contexte, il apparaît indispensable d'évaluer l'état de la prise en charge psychologique des femmes survivantes de violences et de formuler des réponses adaptées.

Objectifs du rapport : Le présent rapport vise à dresser un état des lieux exhaustif de la situation en 2025 quant à la santé mentale des Tunisie. Il s'agit d'identifier les répercussions psychologiques à court et long terme de ces violences, de recenser les dispositifs de soutien existants ainsi que leurs lacunes, et de proposer des recommandations stratégiques pour améliorer la prise en charge. L'angle spécifique retenu – l'impact sur la santé mentale et le parcours psychologique des survivantes – le distingue des études antérieures principalement

centrées sur la prévalence ou les aspects juridiques. Ce focus répond à un besoin croissant : reconnaître les femmes survivantes non seulement comme des justiciables, mais aussi comme des patientes nécessitant des soins psychologiques appropriés.

L'objectif est de fournir aux acteurs concernés des données actualisées et une analyse critique afin d'orienter les politiques publiques, de plaider pour un meilleur soutien des survivantes et d'améliorer la coordination intersectorielle.

Plusieurs faits marquants soulignent l'urgence d'une telle démarche. D'une part, les statistiques disponibles confirment l'ampleur stable voire croissante du phénomène des violences envers les femmes. En l'absence d'enquête nationale récente de l'ampleur de celle de 2010, on se réfère aux chiffres issus des institutions depuis l'entrée en vigueur de la loi 2017-58. Ainsi, en 2019, les unités spécialisées de la police et de la garde nationale ont enregistré 64 979 affaires de violence à l'égard des femmes et des filles, dont 11 % impliquaient des mineures. Les signalements concernaient principalement des violences physiques (59 % des cas), suivies des violences morales (30 %), économiques (8 %) et sexuelles (6 %). D'autre part, la prise de conscience collective du coût humain de ces violences s'est accrue : on reconnaît désormais que les violences conjugales portent atteinte non seulement aux droits fondamentaux des femmes (droit à la sécurité, à la dignité, à l'intégrité physique et mentale), mais aussi à la santé publique, du fait des traumatismes et troubles psychiques qu'elles engendrent.

Sur le plan international et régional, la Tunisie s'est engagée à lutter contre ce fléau à travers divers instruments (tels que la Convention CEDAW, la Déclaration de Pékin, les Objectifs de développement durable – notamment l'ODD 5 sur l'égalité des genres et l'ODD 3 sur la santé et le bien-être). La Constitution tunisienne de 2022 consacre l'égalité entre les sexes et engage explicitement l'État à prendre les mesures nécessaires pour éliminer les violences à l'égard des femmes. Ainsi, l'enjeu s'inscrit dans un mouvement plus large de reconnaissance des violences basées sur le genre comme obstacle au développement durable et aux droits humains. Ce rapport s'inscrit dans ce cadre, en apportant un éclairage spécifique sur la dimension psychologique de la problématique – une dimension parfois reléguée au second plan en priorisant l'accompagnement juridique ou médical.

Il convient de préciser le périmètre de l'étude. Par “violences faites aux femmes”, on entend ici l'ensemble des violences fondées sur le genre commis à l'encontre des femmes, qu'elles surviennent dans la sphère privée (conjoint, membre de la famille) ou dans la sphère publique (harcèlement de rue, agressions sexuelles par des tiers, etc.), dès lors que la femme est ciblée



en raison de son sexe. Toutes les formes de violences sont prises en compte : physiques, psychologiques ou morales, sexuelles, économiques, et violences institutionnelles le cas échéant. En revanche, la situation des enfants exposés aux violences conjugales n'est pas traitée de manière autonome ici (bien qu'elle soit évoquée comme conséquence), pas plus que les violences en lien avec la variance du genre ou l'orientation sexuelle, ces sujets méritant des analyses dédiées. Ce choix de focalisation sur les femmes se justifie car les femmes et filles sont disproportionnellement touchées par les violences de genre et subissent des effets spécifiques sur leur santé mentale. De plus, la notion de "victime" sera utilisée prudemment : on parle des femmes victimes de violences en reconnaissant qu'elles sont désignées comme survivantes, terme qui met l'accent sur leur capacité de résilience et de reconstruction. Toutefois, dans un contexte institutionnel, "victime" reste un terme juridique et administratif utile pour désigner la personne ayant subi l'infraction.

## Chapitre 2 : Définitions et concepts clés

Il est essentiel de définir clairement les termes et concepts mobilisés dans ce rapport pour éviter toute ambiguïté.

### Violences faites aux femmes

Recouvrent toutes les formes de violences basées sur le genre exercées contre les femmes du fait qu'elles sont femmes, et qui cause ou peut causer des dommages physiques, sexuels, psychologiques ou économiques. Cette définition s'aligne sur celle de la loi tunisienne n°2017-58 du 11 août 2017 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, ainsi que sur les normes internationales (Déclaration de l'ONU de 1993 sur l'élimination de la violence contre les femmes, définition de l'OMS, etc.). Sont incluses explicitement : la violence physique (coups, blessures, sévices corporels), la violence sexuelle (agression sexuelle, viol, harcèlement sexuel, y compris le viol conjugal désormais criminalisé), la violence psychologique ou morale (insultes, humiliations, menaces, intimidation, contrôle coercitif, chantage affectif, etc.), la violence économique (privation et interdiction de travailler, spoliation patrimoniale telle que la privation d'héritage) et la violence politique ou institutionnelle (discrimination ou violence perpétrée par des institutions en raison du genre, par exemple entrave à l'exercice de droits civiques, maltraitance par des représentants de l'autorité). Ces différentes formes coexistent souvent : une même victime subit fréquemment un enchevêtrement de violences physiques, sexuelles, psychologiques et économiques. Le présent rapport couvre toutes ces formes de violence, dès lors qu'elles concernent des femmes.

## Cadre d'occurrence des violences

Nous considérons à la fois les violences conjugales (celles commises par le partenaire intime – mari, ex-mari, fiancé, compagnon – vivant ou ayant vécu en couple avec la survivante) et les violences familiales au sens large (commises par d'autres membres de la famille : père, frère, oncle, etc.). Ces violences dans la sphère privée sont particulièrement prégnantes en Tunisie et représentent la majorité des cas de violences rapportées. Sont également prises en compte les violences survenant hors du cadre familial : agressions sexuelles par un inconnu ou une connaissance, harcèlement dans l'espace public, violences verbales ou physiques dans le milieu professionnel, etc. La majorité des cas déclarés en Tunisie ont lieu au domicile ou dans un environnement privé (dans 50 % des cas, l'espace privé est le théâtre des violences), mais l'espace public n'est pas épargné. Une étude du CREDIF (2016) a révélé que 53,5 % des Tunisiennes ont été victimes de violences fondées sur le genre dans l'espace public au cours de leur vie, en particulier des violences psychologiques (87,1 %) et sexuelles (75,4 %), tandis que 41,2 % ont subi des agressions physiques dans les lieux publics. Autrement dit, tant que la personne ciblée est une femme, nous incluons l'incident dans notre périmètre, qu'il survienne dans le cadre conjugal, familial, professionnel ou public.

## Santé mentale

Il s'agit d'un état de bien-être psychologique dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. La santé mentale n'est pas seulement l'absence de trouble psychique diagnostiqué, mais inclut le bien-être émotionnel, la capacité d'adaptation, l'estime de soi, et la qualité de vie psychologique. Dans ce rapport, nous parlerons de troubles mentaux ou de souffrances psychiques lorsque l'équilibre émotionnel d'une femme est altéré de manière significative (symptômes dépressifs, anxieux, syndrome de stress post-traumatique, etc.). La notion de traumatisme psychique sera souvent mobilisée : elle désigne le choc émotionnel profond résultant d'un événement ou d'une série d'événements violents, dépassant la capacité de stress habituelle de la personne et pouvant entraîner des troubles durables (anxiété chronique, dépression, etc.). On distinguera le traumatisme aigu (suite à un incident isolé particulièrement grave, par ex. un viol ou une agression unique) du traumatisme complexe qui peut se développer après des violences répétées et prolongées (typiquement, des années de violence conjugale). Ce dernier engendre souvent des atteintes psychologiques plus profondes et diffuses : image de soi détruite, sentiment d'impuissance appris, hypervigilance constante, troubles relationnels profonds, etc.

## Prise en charge psychologique

Par cette expression, nous entendons l'ensemble des mesures de soutien et de soins destinés à aider une survivante sur le plan psychique à la suite de violences. Cela inclut un éventail d'interventions allant des premiers secours psychologiques (accueil empathique, écoute active et assurée de sécurité immédiate), du counseling et soutien psycho-social de première ligne (par des écoutantes, des travailleuses sociales formées), jusqu'à la psychothérapie spécialisée dispensée par des psychologues cliniciens ou des psychiatres (thérapie individuelle pour traiter un trouble de stress post-traumatique par exemple), en passant par l'accompagnement psychosocial (groupes de parole entre survivantes, ateliers de gestion du stress, activités de réinsertion pour redonner confiance) et, si nécessaire, le suivi psychiatrique (mise sous traitement médicamenteux pour dépression sévère, anxiété chronique, etc.). Les professionnels pouvant intervenir sont variés : psychologues et psychiatres bien sûr, mais aussi travailleurs sociaux, médiateurs et éducateurs formés à l'écoute. La prise en charge holistique est un principe directeur : il s'agit de considérer la survivante dans la globalité de ses besoins – médicaux, psychologiques, juridiques, sociaux. Même si ce rapport se concentre sur l'aspect psychologique, il promeut l'approche intégrée où le soutien mental s'articule avec la protection physique, l'assistance juridique (dépôt de plainte, mesures d'éloignement) et l'aide socio-économique (hébergement, formation, etc.). En effet, l'amélioration de la santé mentale des survivantes est intimement liée à la résolution de leurs problèmes concrets de sécurité et de conditions de vie.

## Troubles psychologiques courants chez les survivantes

Quelques définitions succinctes s'imposent pour le lecteur non spécialiste. La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une tristesse profonde, une perte d'intérêt pour les activités, un sentiment de dévalorisation, parfois des idées suicidaires, et des troubles du sommeil ou de l'appétit. Les troubles anxieux englobent un état d'inquiétude chronique, des peurs intenses pouvant aller jusqu'à la panique, souvent accompagnés de manifestations physiques (palpitations, sueurs, tremblements). Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) survient à la suite d'un événement traumatisant et se manifeste par des reviviscences intrusives (flashbacks, cauchemars), de l'évitement (éviter tout ce qui rappelle le trauma), une hypervigilance et irritabilité, et un engourdissement émotionnel. Chez les femmes ayant subi des violences répétées, on parle souvent de trauma complexe, marqué par des altérations de la personnalité : image de soi très négative, désespoir, difficultés à réguler les émotions et à nouer des relations, symptômes dissociatifs. D'autres troubles peuvent apparaître : troubles

psychosomatiques (douleurs chroniques, troubles digestifs ou cardio-vasculaires liés au stress), troubles de l'adaptation (anxiété et dépression réactionnelles dans les mois qui suivent un événement stressant), ou comportements autodestructeurs (addictions, automutilations). Nous évoquerons également la question du risque suicidaire et des conduites addictives en tant que conséquences possibles des violences.

## Violence psychologique vs violences physiques

Il convient de souligner que la violence psychologique ou morale, bien qu'invisible, peut être tout aussi destructrice que la violence physique. Les insultes, l'humiliation systématique, les menaces, le contrôle jaloux et l'isolement imposé sont autant d'atteintes à l'intégrité mentale de la victime. La loi tunisienne de 2017 a innové en reconnaissant explicitement la violence psychologique comme une infraction, définie comme « toute atteinte par tout acte ou propos à la dignité ou à l'intégrité psychologique ». Toutefois, prouver ce type de violence reste un défi : il faut souvent recourir à des témoignages ou à des certificats médicaux attestant du traumatisme psychique subi pour que la justice en tienne compte. Dans ce rapport, nous traiterons fréquemment de la notion d'emprise : ce terme désigne la domination mentale exercée par l'agresseur sur sa victime, qui aboutit chez celle-ci à une peur persistante et à une perte de libre arbitre. L'emprise est particulièrement marquante dans les violences conjugales longues, où la victime peut en venir à douter d'elle-même, se sentir coupable, et avoir le plus grand mal à s'extraire de la relation toxique.

Enfin,

## Victime vs survivante

Nous utiliserons le terme victime pour désigner la personne qui subit la violence, notamment dans le contexte légal ou clinique. Cependant, nous sommes conscients que ce terme peut enfermer la personne dans le rôle passif de “subissant” et occulter sa capacité d'agir et de se reconstruire. De plus en plus, le terme survivante est utilisé en sciences sociales pour mettre l'accent sur la résilience et le parcours post-traumatique. Dans une optique psychologique, parler de survivante souligne la force de celles qui ont traversé l'épreuve et cherche à les émanciper. Dans ce rapport, nous alternons les termes selon le contexte, sans différence de population concernée : toutes les femmes ayant vécu de telles violences sont à la fois des victimes (d'un acte répréhensible) et des survivantes (d'un traumatisme).

## Chapitre 3 : Méthodologie de l'étude

Le présent rapport s'appuie sur une revue documentaire approfondie et une analyse secondaire des données disponibles, complétées par des témoignages de terrain. Aucune enquête quantitative de grande envergure n'a été menée spécifiquement pour ce rapport, mais nous avons mobilisé les statistiques et études existantes les plus récentes. En particulier, nous nous sommes basés sur :

- *Des études quantitatives nationales* : principalement l'Enquête Nationale de 2010 (ONFP/AECID) pour les taux de prévalence de référence, ainsi que des données plus récentes émanant des ministères (par ex. statistiques 2018-2020 du Ministère de la Justice, du Ministère de l'Intérieur sur les plaintes enregistrées, chiffres de la ligne d'écoute 1899, etc.). Nous avons également exploité une étude statistique de jurisprudence réalisée en 2021-2022 sur les jugements de violences conjugales, qui fournit des indications sur les profils des victimes et agresseurs poursuivis en justice.
- *Des recherches qualitatives locales* : notamment une étude de l'Association Tunisienne des Femmes Démocrates (ATFD, 2022) fondée sur des entretiens approfondis avec 50 femmes survivantes de violences pour retracer leur trajectoire de lutte et leur parcours institutionnel. Cette source nous a apporté de nombreux témoignages et descriptions précieuses sur l'état psychologique des survivantes, leurs difficultés à formuler une demande d'aide, et leurs interactions avec les services d'aide. D'autres travaux académiques (CREDIF 2016, 2019) ont été consultés, par exemple une étude socio-anthropologique sur les représentations masculines de la violence basée sur le genre, qui permet de comprendre les normes culturelles sous-jacentes.
- *Rapports institutionnels et associatifs* : le Rapport national sur la lutte contre la violence à l'encontre des femmes en Tunisie (2017-2019) publié par le Ministère de la Femme a été utilisé pour évaluer l'état de mise en œuvre de la loi 2017-58. De même, un état des lieux sur la formation des professionnel·le·s de santé (ONFP/UNFPA 2016) a fourni des informations sur les lacunes dans la formation en prise en charge du traumatisme. Des guides sectoriels (notamment le Guide de prise en charge des femmes victimes de violence dans le secteur de la Santé, 2016) et les protocoles d'accord inter-ministériels signés fin 2016 ont été examinés pour comprendre les référentiels existants.
- *Témoignages et études de cas* : nous avons recueilli auprès de structures d'accueil (centres d'écoute d'OSC, refuge, centre de prise en charge pilote) plusieurs vignettes

cliniques illustratives, en veillant à l'anonymat et au consentement des personnes concernées. Ces témoignages ont été obtenus via un atelier de 02 jours qui a regroupé des OSC qui travaillent sur la question des VBG et des survivantes. Ils ne prétendent pas à la représentativité statistique mais servent à éclairer concrètement les dynamiques décrites de manière plus générale dans le rapport.

La collecte des données qualitatives s'est effectuée en partenariat avec des associations et professionnelles de terrain, garantissant le respect de l'éthique : toutes les citations de survivantes utilisées ont été anonymisées, les personnes ont donné leur accord éclairé pour le partage de leur histoire, et aucune information permettant de les identifier n'est divulguée. Les entretiens ont été conduits avec une sensibilité particulière compte tenu de la nature traumatique des sujets abordés (présence d'une psychologue lors des entretiens, possibilité pour la participante de se rétracter à tout moment, etc.).

En ce qui concerne les données quantitatives, nous présentons dans le rapport des indicateurs tels que : le pourcentage de femmes ayant subi telle forme de violence, le nombre de cas enregistrés par les autorités, le taux de symptomatologie psychologique parmi les survivantes, etc. Chaque fois que possible, la source est indiquée en référence. Par exemple, le chiffre de 47,6 % de prévalence globale provient de l'enquête ONFP 2010, tandis que la proportion de 68,5 % de violences psychologiques commises par le conjoint provient de l'analyse secondaire des données de cette même enquête. Il est à noter que nous manquons parfois de données actualisées au niveau national : depuis 2010, aucune enquête de prévalence de grande ampleur n'a été réalisée. Nous disposons en revanche de données administratives (police, justice, hotline) plus récentes, mais celles-ci reflètent les cas signalés et non la réalité totale (du fait de la sous-déclaration). Le rapport mettra en lumière ces limites des données : notamment le fait que de nombreuses femmes gardent le silence, ce qui signifie que les chiffres officiels sont en deçà de la réalité. De même, la mesure de l'état de santé mentale est délicate : peu d'études tunisiennes ont évalué systématiquement, par exemple, le taux de dépression ou de SSPT chez les survivantes dans la population générale. Nous ferons appel à des études ponctuelles (par exemple une étude clinique à Sfax citée dans la littérature, ou des observations hospitalières) pour donner des ordres de grandeur, tout en restant prudents quant à la généralisation.

Par ailleurs, le rapport adopte une approche essentiellement monographique et comparative : il se concentre sur le groupe des femmes survivantes de violences sans nécessairement comparer quantitativement avec un groupe témoin de femmes non exposées. En revanche, nous comparons certaines tendances en Tunisie avec celles observées à l'international, afin de situer

la situation tunisienne dans un contexte plus large (par ex. taux de SSPT comparables dans d'autres pays, effets similaires des violences sur l'emploi des femmes, etc.).

L'analyse couvre principalement la période 2010-2025. Elle tient compte des évolutions survenues avant et après l'entrée en vigueur de la loi organique 2017-58. Par exemple, nous examinons si les signalements ont augmenté depuis 2017 (ce qui pourrait indiquer une libération de la parole), et comment la prise en charge a été renforcée (ou non) dans la foulée de la loi. La période de la pandémie (2020-2021) est également abordée en tant qu'événement contextuel ayant un impact sur la problématique.

Enfin, en termes d'éthique, nous avons veillé à ce que le traitement des informations respecte la dignité des personnes concernées. Les noms et détails personnels des femmes dont le cas est évoqué ont été modifiés. Nous avons également pris soin de ne pas reproduire de contenus potentiellement traumatisants de manière complaisante : les éléments de témoignage inclus le sont pour servir l'analyse et non pour verser dans le sensationnalisme. Le ton général du rapport se veut factuel, empathique et dénué de jugement moral – conformément à la démarche scientifique en sciences humaines et sociales.

*Limites méthodologiques* : Il importe de souligner que notre travail dépend de la qualité et de la disponibilité des données existantes. Certaines statistiques datent de plus de 10 ans (2010) et ne reflètent peut-être plus exactement la situation actuelle, bien que les tendances lourdes restent valables. De plus, la sous-déclaration endémique des violences (due à la honte, la peur de l'agresseur, la méfiance envers la justice) signifie que les chiffres cités, aussi élevés soient-ils, sont probablement en deçà de la réalité. Nous le signalerons lorsque c'est pertinent. Par ailleurs, nos études de cas, bien que révélatrices, ne sauraient couvrir toutes les situations possibles – chaque trajectoire individuelle est singulière. Nous avons sélectionné des cas typiques pour illustrer des configurations fréquentes, mais il existe d'autres profils (par ex. les femmes très éduquées et indépendantes également survivantes, les violences en milieu aisé, etc.) qui ne figurent pas explicitement dans les vignettes retenues. Cela ne signifie pas qu'ils soient ignorés dans l'analyse globale.

Malgré ces limites, l'approche triangulaire (quantitative, qualitative, juridique) adoptée confère au rapport une base solide. La confrontation des sources permet de valider nombre de constats : par exemple, ce que disent les chiffres (telle proportion de femmes subissent des violences) est éclairé par ce que disent les femmes elles-mêmes dans les entretiens (comment elles l'ont vécu, pourquoi elles n'ont pas pu partir, etc.). Cette méthodologie plurielle vise à fournir une vision

nuancée, rigoureuse et incarnée de la problématique de la santé mentale des femmes survivantes de violences en Tunisie.



## Partie II : Panorama des violences faites aux femmes en Tunisie

### Chapitre 1 : Prévalence et formes de violences

La violence à l'égard des femmes en Tunisie est un phénomène largement répandu, comme l'attestent les données disponibles. Bien qu'il n'y ait pas eu d'enquête nationale de prévalence depuis 2010, plusieurs sources convergent pour montrer que plus d'une femme tunisienne sur trois à sur deux a subi au moins une violence au cours de sa vie adulte. L'ENVEF 2010 a établi un chiffre de 47,6 % de femmes ayant connu une forme de violence (physique, psychologique, sexuelle ou économique). Ce taux global avoisine une femme sur deux, ce qui est considérable. Les formes les plus fréquentes étaient les violences physiques (37,1 % des femmes interrogées en ont été victimes) et les violences psychologiques (28,9 %). Les violences sexuelles avaient une prévalence rapportée moindre (aux alentours de 15 à 16 % selon la même enquête) et les violences économiques autour de 7 à 8 %, mais ces chiffres peuvent sous-estimer la réalité du fait de la sous-déclaration particulière de ces formes (honte associée au viol conjugal, ou non reconnaissance de certaines formes de privation économique comme une violence).

Depuis 2010, la réalité statistique des violences n'a probablement pas drastiquement diminué. Au contraire, avec la libéralisation de la parole et l'adoption de la loi 2017-58, davantage de cas sont signalés. Les données policières récentes illustrent l'ampleur des violences déclarées. Sur l'année 2019, près de 65 000 affaires de violences contre des femmes ont été enregistrées par les brigades spécialisées de la police et de la garde nationale réunies. En d'autres termes, chaque jour, en moyenne, plus de 175 nouveaux cas de violences faites à des femmes sont portés à l'attention des forces de l'ordre. Bien entendu, toutes les femmes ne portent pas plainte, loin s'en faut – on estime que seule une minorité le fait, ce qui laisse à penser que le nombre réel d'incidents est bien supérieur. Néanmoins, l'évolution dans le temps de ces indicateurs administratifs est instructive : le Ministère de l'Intérieur a indiqué une augmentation notable des plaintes pour violence conjugale dans les deux ans ayant suivi l'entrée en vigueur de la loi (2018-2019), signe d'une possible confiance accrue des femmes dans les nouveaux mécanismes de protection, mais aussi possiblement d'une recrudescence du phénomène ou d'une meilleure sensibilisation des autorités à enregistrer ces plaintes.

En ce qui concerne les différentes formes de violences, elles sont fréquemment intriquées mais on peut tenter d'en dégager les proportions relatives dans les signalements. D'après les

statistiques officielles de 2019 sur les infractions enregistrées, 59 % des affaires concernaient des violences physiques (coups et blessures volontaires, etc.), 30 % des violences morales/psychologiques, 8,3 % des violences économiques et 5,9 % des violences sexuelles. La prédominance des atteintes physiques s'explique par le fait qu'elles laissent des traces visibles et qu'elles sont plus facilement verbalisées dans une plainte. Cependant, on sait que la quasi-totalité des femmes violentées subissent des violences psychologiques en parallèle des autres formes : dans l'étude qualitative de l'ATFD (2022), 9 femmes sur 10 parmi celles interrogées ont rapporté avoir enduré un harcèlement psychologique constant (insultes, menaces, dénigrement) de la part de leur agresseur. La violence psychologique apparaît ainsi comme le socle de la domination, souvent banalisée et encore sous-estimée dans les statistiques car moins tangible.

Les violences sexuelles sont également sous-déclarées. Officiellement, elles représentent moins de 6 % des affaires traitées par les unités spécialisées en 2019. Or, cela ne signifie pas qu'elles sont rares. Beaucoup de femmes taisent les violences sexuelles, surtout lorsqu'il s'agit de viol conjugal ou d'attouchements forcés au sein du couple, en raison du tabou qui entoure la sexualité et de la difficulté à se reconnaître comme "violée" par son propre mari. Ce n'est qu'à partir de la loi de 2017 que le viol entre époux est explicitement criminalisé en Tunisie, auparavant nombre de ces situations demeuraient occultées. Des enquêtes qualitatives indiquent qu'une part non négligeable d'épouses subissent des rapports forcés : par exemple, un travail de recherche clinique rapporte le témoignage de femmes situant la première violence dès la nuit de noces, sous forme de rapports sexuels imposés avec brutalité. Les normes sociales autour de la virginité et du "devoir conjugal" contribuent à cette violence spécifique : 61,8 % des participants d'une étude citée par Ouertani (2021) considèrent que « la sexualité de la femme est un devoir religieux » et que « la femme n'a pas le droit de refuser un rapport avec son époux », ce qui revient à légitimer le viol conjugal. De telles croyances expliquent que les violences sexuelles dans le mariage soient largement sous-estimées.

Par ailleurs, la violence économique – contrôle des ressources et appauvrissement intentionnel de la survivante – est une réalité rapportée par de nombreuses femmes, même si elle est rarement le motif principal d'une plainte. En Tunisie, beaucoup de femmes survivantes de violences sont financièrement dépendantes de leur agresseur, ce qui fait de la violence économique une arme pour les maintenir sous emprise. Par exemple, il est courant que le mari violent interdise à sa femme de travailler ou confisque son salaire si elle en a un. La privation d'héritage par la famille est aussi évoquée comme une forme de violence économique spécifique (notamment dans

certaines régions où les coutumes évitent de donner leur part de terre aux filles). La loi 2017-58 intègre la violence économique dans ses définitions, mais peu de cas sont poursuivis sur cette base faute de lignes directrices claires sur la preuve à apporter.

## Sources de données sur la prévalence

Les chiffres de référence proviennent, comme mentionné, de l'enquête ONFP-AECID de 2010 – première enquête nationale genre en Tunisie – qui demeure la plus exhaustive à ce jour. Depuis, d'autres études ponctuelles ont eu lieu : citons une enquête par sondage du CREDIF (2016) sur les violences dans l'espace public, et des enquêtes de perception (par exemple le Baromètre ASW pour ONU Femmes en 2020) qui confirment la persistance du phénomène. Au niveau administratif, le Ministère de l'Intérieur fournit annuellement des statistiques globales via l'Observatoire national de lutte contre les violences faites aux femmes (créé en 2016) – bien que ces rapports ne soient pas toujours publiés régulièrement, nous disposons de données fragmentaires. Le Ministère de la Justice publie aussi des chiffres sur les affaires jugées : par exemple, sur 2018-2019, 3 372 affaires liées à des infractions de violence à l'égard des femmes ont abouti à un jugement (dont 2 485 pour violence conjugale, 733 pour coups et blessures, 37 pour violences sexuelles, etc.). Ces données judiciaires indiquent également que dans 2 958 de ces affaires, l'épouse était la victime – soulignant encore le poids du cadre conjugal. Enfin, la ligne verte 1899 gérée par le Ministère de la Femme constitue une source intéressante d'indicateurs sur les violences signalées de manière informelle. En 2019, cette hotline a reçu plusieurs centaines d'appels (plus de 700 cas suivis selon les données disponibles) : 82 % des appelantes déclaraient subir des violences verbales/psychologiques, 66 % des violences physiques, 39 % des violences économiques, et 13 % signalaient que leurs enfants subissaient aussi des violences concomitamment. Ces proportions issues des appels confirment la forte prévalence des violences psychologiques (qui accompagnent 4 cas sur 5) et soulignent un aspect transgénérationnel (dans au moins un cas sur huit, un enfant est également maltraité).

## Évolution temporelle

Peut-on dire que la violence envers les femmes a augmenté ou diminué ces dernières années en Tunisie ? Les données étant collectées différemment (une enquête populationnelle en 2010 vs des statistiques de plaintes en 2019), la comparaison est délicate et potentiellement trompeuse. On pourrait avoir l'impression d'une hausse (47% des femmes en 2010 ont subi des violences dans leur vie, contre un pourcentage plus élevé aujourd'hui si une enquête était refaite), mais cela peut refléter une plus grande conscience et déclaration plutôt qu'une véritable augmentation de la violence subie. Ce qui est sûr, c'est que la période 2011-2021 a été marquée

par un effort accru de documentation et que la loi 2017 a encouragé à nommer et dénoncer des violences autrefois tues. Durant la pandémie de Covid-19 en 2020, les organisations (comme le Centre de recherche, d'études, de documentation et d'information sur la femme – CREDIF – et l'ONFP) ont signalé une explosion des violences domestiques en contexte de confinement. Bien qu'aucun chiffre national consolidé ne soit disponible, les centres d'écoute ont rapporté des bonds des appels et les abris ont été saturés. On peut donc craindre que la violence faite aux femmes n'ait pas reculé et ait même pris de nouvelles formes (cyberharcèlement par exemple, mentionné comme un phénomène émergent dans l'étude ATFD 2022).

## Disparités régionales et socio-démographiques

Les études antérieures ont montré certaines variations géographiques. L'enquête de 2010 indiquait des taux de violence plus élevés dans les régions du Centre-Ouest et du Sud par rapport au Grand Tunis et au Centre-Est, notamment pour les violences physiques et économiques. Cela était corrélé en partie aux inégalités socio-économiques : la pauvreté et le faible niveau d'instruction y étant plus marqués, les normes patriarcales pouvaient y être plus prégnantes. Par exemple, selon l'ONFP (2010), le gouvernorat de Kasserine affichait un des taux de violence conjugale les plus élevés. À l'inverse, le Grand Tunis, plus urbanisé et bénéficiant de plus de services, montrait des taux légèrement moindres, quoique loin d'être négligeables. Il faut cependant être prudent avec ces différences : il se peut aussi que dans les grandes villes, certaines violences soient moins rapportées par crainte du scandale, ou que les femmes y aient davantage accès à des recours qui empêchent la répétition de la violence (police plus proche, associations actives).

Une distinction importante est celle entre milieu urbain et milieu rural. En zone rurale, les femmes peuvent être plus isolées et dépendantes des structures traditionnelles (famille élargie, communauté villageoise). Elles ont parfois moins d'opportunités de signaler les violences (poste de police lointain, pas d'association locale). Cela peut conduire à une sous-déclaration, donnant l'illusion d'un taux plus faible alors que la violence est bien présente mais cachée. Au contraire, on pourrait penser que l'endogamie sociale des villages crée un certain contrôle social limitant les excès de violence – mais les témoignages indiquent surtout un contrôle qui impose le silence aux victimes par crainte du déshonneur. Ainsi, il n'est pas évident d'affirmer qu'une femme rurale est "plus exposée" qu'une femme urbaine en termes de risque de violence, mais on peut affirmer qu'elle est souvent plus démunie face à la violence, parce que plus éloignée des aides formelles. Un indice indirect en est le recours aux services : la grande majorité des femmes accueillies dans les centres d'hébergement publics depuis 2018 proviennent de régions

intérieures et rurales, ce qui suggère qu'elles n'avaient aucune solution locale et ont dû parcourir de longues distances pour trouver refuge.

## Auteurs des violences

La répartition des auteurs éclaire la nature des violences. Les études montrent que l'agresseur est dans l'immense majorité des cas une personne connue de la survivante – très souvent un proche intime. Dans l'étude ATFD (2022), près de 75 % des violences subies avaient pour auteur le partenaire intime (mari, ex-mari, fiancé ou concubin). Dans 12 % des cas environ, c'était un membre de la famille (père, frère, beau-frère...). Les agressions par des connaissances (voisin, collègue, supérieur hiérarchique) ou par un inconnu dans la rue ne représentaient ensemble qu'un quart des cas. Ces chiffres confirment que la violence envers les femmes se déploie d'abord dans la sphère privée. La notion d'"étranger tapissant dans l'ombre" est bien moins fréquente que celle du partenaire jaloux ou du parent abusif. En Tunisie, la figure du mari violent domine malheureusement les récits de survivantes. On notera aussi que les femmes mariées sont particulièrement à risque : les données judiciaires montrent que la quasi-totalité des survivantes dans les affaires traitées étaient mariées au moment des faits. Les femmes divorcées ou célibataires peuvent également subir des violences (par exemple par un ex-fiancé qui refuse la rupture, ou par un harceleur), mais elles sont moins représentées dans les statistiques – peut-être parce que les fiancées ou ex-épouses portent encore moins plainte, ou parce qu'après divorce l'agresseur perd l'accès permanent à sa victime.

Lorsqu'on parle des auteurs, une question fréquemment posée est : « Existe-t-il un profil type de l'homme violent ? ». Les violences touchant tous les milieux, on trouve des agresseurs de tous âges et de toutes conditions. Néanmoins, certaines tendances se dégagent des études socio-judiciaires. D'après une analyse de jugements correctionnels entre 2018 et 2020, l'âge moyen des auteurs de violence conjugale condamnés est de 46 ans, avec une majorité appartenant à la tranche 36-55 ans. Ils sont donc souvent plus âgés que leurs victimes (qui ont en moyenne 31 ans dans l'échantillon étudié, l'écart d'âge moyen étant de 8 ans en faveur de l'homme). Ce différentiel traduit le fait que beaucoup de femmes violentées se sont mariées très jeunes avec un mari plus âgé, renforçant la dynamique inégalitaire (jeune femme peu expérimentée face à un homme plus âgé et d'autant plus autoritaire). Sur le plan socio-économique, un nombre significatif d'auteurs condamnés étaient sans emploi stable ou exerçaient des métiers peu qualifiés, et plusieurs cas faisaient mention de problèmes d'addiction (alcool, drogue) chez l'agresseur. Bien sûr, la violence n'est pas le fait exclusif des milieux défavorisés : des cadres supérieurs, des enseignants, etc., ont aussi été accusés de violence conjugale. Mais la frustration

économique et le chômage élevé sont reconnus comme des facteurs de risque aggravants dans le passage à l'acte violent. La Tunisie traversant une crise socio-économique prolongée (chômage autour de 15 %, précarisation des ménages), ce contexte tendu peut alimenter les tensions familiales et fournir un terreau aux violences domestiques (même si ce n'est en aucun cas une excuse – des auteurs de milieux aisés exercent aussi des violences, motivées plutôt par des facteurs de pouvoir et de personnalité).

Par ailleurs, le système patriarcal influence le profil de l'agresseur. Beaucoup d'hommes violents adhèrent à des normes traditionnelles de domination masculine : la femme doit obéir, rester à la maison, préserver l'honneur familial. Des recherches sur les représentations masculines (CREDIF 2019) ont montré que certains hommes justifient la violence “pour éduquer” une épouse considérée comme indocile, ou “pour la protéger d'elle-même”. Par exemple, un segment de la population – hommes et même femmes plus âgé·e·s – considère qu'il est légitime pour un père ou un frère de frapper une fille si celle-ci “deshonore” la famille, ou pour un mari de corriger sa femme en cas de “désobéissance”. Dans une étude expérimentale sur la légitimation de la violence (Ben Alaya, 2016), il a été mis en évidence que les hommes interrogés jugeaient nettement plus acceptable la violence exercée par un homme envers une femme dans un contexte familial (père-fille, frère-sœur) ou conjugal, que ne le faisaient les femmes interrogées. Par contraste, les femmes trouvaient légèrement plus légitime qu'une femme se défende et use de violence envers un homme dans certaines circonstances (p.ex. se défendre face au conjoint). Ces résultats confirment que les normes de genre traditionnelles inculquées à de nombreuses générations ont normalisé la supériorité de l'homme et la soumission de la femme, au point de justifier la coercition physique. Les hommes auteurs de violences graves aujourd'hui sont souvent issus d'une génération ou d'un milieu où prévalait cette vision, avant les évolutions législatives et éducatives plus récentes.

Enfin, notons que les taux de signalement aux autorités restent faibles par rapport à la prévalence réelle. D'après l'enquête de 2010, seulement 17,8 % des femmes survivantes avaient osé entreprendre une quelconque démarche officielle (plainte, main courante, etc.). L'étude ATFD 2022 indique que, parmi ses 50 participantes, seules 9 (18 %) avaient initialement une idée claire de la démarche à suivre pour porter plainte, et seulement 12 (24 %) connaissaient l'existence de la loi 2017-58 avant d'entamer leurs procédures. Beaucoup ne savent pas vers qui se tourner ou craignent les conséquences. De fait, un nombre important de victimes abandonnent le processus en cours de route : 18 des 50 femmes de l'échantillon ATFD ont arrêté les poursuites contre leur agresseur à un moment donné, le plus souvent à cause de pressions

familiales ou sociales (dans deux tiers des cas) ou à cause de la complexité des procédures et du mauvais accueil institutionnel (dans un tiers des cas). Pire, 20 femmes ont rapporté avoir subi des pressions de la part de la police ou de la justice pour renoncer à leur plainte. Ces données font froid dans le dos et traduisent un sérieux problème de prise en considération des survivantes. En définitive, on estime qu'une majorité silencieuse de femmes subissent la violence sans jamais la révéler officiellement, s'en remettant tout au plus à l'entourage ou à des mécanismes informels d'arbitrage familial. La "loi du silence" reste une réalité dans de nombreuses régions, surtout rurales : on dit souvent à la femme de "supporter" pour sauver le foyer. Ce n'est que récemment, via les campagnes du style « Ma Toskotch / Ne te tais pas », que le discours public encourage les survivantes à parler. Les structures d'aide non-policières (centres d'écoute associatifs, numéro vert) sont ainsi cruciales pour recueillir ces révélations initiales.

En conclusion de ce panorama, il apparaît que les violences faites aux Tunisiennes sont massives, multiformes et ancrées dans le tissu social. Elles se produisent majoritairement dans le huis clos familial par des hommes de l'entourage immédiat. Les violences psychologiques et physiques dominent en fréquence, tandis que les violences sexuelles et économiques, bien réelles, sont souvent tues. Les disparités existent mais aucune région n'est épargnée. Ces constats quantitatifs plantent le décor de la problématique : ils appellent à examiner de près les conséquences d'une si grande violence subie sur la santé mentale des femmes et la capacité de la société à y répondre.

## Chapitre 2 : Profil des femmes survivantes et des auteurs de violences

Les violences basées sur le genre touchent des femmes d'âges et de milieux variés, mais certaines caractéristiques ressortent plus fréquemment dans le profil des survivantes identifiées ou accompagnées.

### Profil sociodémographique des survivantes

Les données disponibles suggèrent que la femme survivante "typique" en Tunisie est souvent une femme jeune ou d'âge moyen, généralement mariée et avec des enfants, ayant un niveau d'éducation moyen à faible et peu d'autonomie financière. L'étude de jurisprudence mentionnée plus haut indiquait une moyenne d'âge de 31 ans pour les survivantes dans les cas jugés. De même, l'ONFP signalait en 2010 que la tranche d'âge 30-39 ans était fortement représentée parmi les femmes ayant subi des violences. Cela ne signifie pas que les plus jeunes ou plus âgées sont épargnées : on a noté des cas dès 16 ans (violences subies par des mineures, souvent

dans le cadre familial) et des cas jusqu'à 60+ ans (femmes subissant des violences tardives, parfois de la part d'un fils ou d'un gendre). Mais l'essentiel des survivantes suivies se situent dans la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine, c'est-à-dire en plein dans la vie conjugale et active. 95 % des survivantes ayant porté plainte sont plus jeunes que leur agresseur, l'écart moyen étant de 8 ans, ce qui recoupe l'idée que beaucoup se sont mariées à un homme plus âgé.

Du point de vue de l'état civil, la très grande majorité des survivantes sont mariées au moment des faits. Dans l'échantillon de jugements analysés, presque toutes les femmes étaient mariées légalement. Les femmes fiancées ou en union libre peuvent aussi subir des violences, mais elles ont peut-être moins tendance à poursuivre en justice (une fiancée rompra les fiançailles sans forcément porter plainte par honte, par exemple). Les femmes divorcées, quant à elles, peuvent être ciblées par un ex-mari vindicatif (harcèlement, violence post-séparation), mais là encore beaucoup hésitent à recourir à la loi. Ainsi, c'est bien dans le couple marié que la violence s'exerce le plus et qu'elle est la plus déclarée. Cela s'explique aussi par la cohabitation : le foyer conjugal est l'espace où la femme est la plus exposée car constamment à portée de l'agresseur, tandis qu'une femme non cohabitante (divorcée, séparée) peut plus facilement échapper physiquement à l'emprise au quotidien.

Sur le plan de la scolarité et de l'activité économique, les survivantes identifiées présentent souvent une vulnérabilité. Un nombre significatif de femmes violentées ont un niveau d'éducation limité (primaire ou secondaire sans diplôme). Par exemple, dans l'étude ATFD, plusieurs femmes étaient non scolarisées ou n'avaient pas dépassé le collège. Ce n'est pas systématique – des femmes diplômées subissent aussi des violences – mais le manque d'éducation peut rendre plus difficile la prise de conscience de ses droits et l'accès à l'information sur les aides disponibles. En termes d'emploi, beaucoup de survivantes sont sans activité professionnelle ou au foyer. Cette dépendance économique est à la fois une conséquence et un facteur aggravant de la violence : l'agresseur peut décourager ou interdire le travail de sa conjointe pour mieux la contrôler, et la femme, ne disposant pas de revenu personnel, se sent piégée dans la relation violente faute de moyens de subsistance indépendants. L'ATFD note que dans son échantillon, la majorité des femmes ne bénéficiaient d'aucune ressource propre régulière et dépendaient financièrement de leur mari ou famille. Certaines avaient essayé de travailler mais leurs maris confisquaient leur salaire ou les en empêchaient (violence économique). D'autres, mères au foyer depuis toujours, redoutaient l'absence de soutien financier en cas de départ. Cette situation illustre comment la vulnérabilité économique va de pair avec la vulnérabilité face aux violences.



On retrouve également parmi les survivantes un taux non négligeable de grossesses précoces ou de mariages précoces. Les régions où les mariages avant 18 ans persistent (même s'ils sont illégaux sans dispense) voient souvent des jeunes filles mariées très tôt tomber sous la coupe d'un mari plus âgé. Ces jeunes épouses sont particulièrement fragiles psychologiquement et isolées socialement, ce qui en fait des cibles faciles pour un mari violent qui peut justifier sa domination par l'inexpérience de sa femme. Par ailleurs, beaucoup de survivantes ont des enfants en bas âge au moment des violences. Cela complique leur volonté de partir (peur de traumatiser les enfants, ou chantage de l'agresseur menaçant de leur enlever la garde). Des études montrent aussi que la grossesse elle-même peut être une période à risque : certaines femmes subissent leurs premières violences pendant qu'elles sont enceintes (frustrations du mari, jalousie envers l'attention portée au futur bébé, ou refus de cette grossesse).

D'un point de vue psychologique (avant même l'impact de la violence actuelle), les profils varient. Il n'y a pas de "profil psychologique type" de la survivante – n'importe quelle femme peut être un jour confrontée à un partenaire violent sans l'avoir vu venir. Cependant, il ressort des entretiens que beaucoup de survivantes partageaient un certain terrain de vulnérabilité émotionnelle avant la relation abusive. Par exemple, certaines ont un historique de violences dans leur famille d'origine (avoir vu sa mère battue, ou avoir soi-même été abusée enfant) qui peut conduire à intérioriser la violence comme "normale" et à reproduire le schéma. D'autres mentionnent un manque de confiance en soi ou une dépendance affective qui les a rendues plus enclines à tolérer l'intolérable par peur d'être abandonnées. Attention, cela ne signifie aucunement qu'elles sont responsables – la violence reste le choix de l'agresseur – mais cela éclaire pourquoi telle femme est restée malgré la maltraitance (espérant sauver son couple, pensant ne pas mériter mieux, etc.). A contrario, les femmes ayant un fort réseau de soutien extérieur, un niveau d'éducation élevé, ou une indépendance financière ont en moyenne plus de capacités à refuser la violence ou à s'en extraire rapidement – même si, là encore, ce n'est pas garanti.

## Profil des auteurs de violences

Comme évoqué, l'auteur le plus courant est le mari ou partenaire intime, généralement plus âgé que la victime. Dans les cas de violence conjugale extrême étudiés, on a noté que nombre d'agresseurs avaient reçu une éducation très patriarcale, valorisant le contrôle sur les femmes. Par exemple, les hommes nés dans les années 1960-70 ont grandi à une époque où, malgré le Code du Statut Personnel de 1956, le modèle familial restait très inégalitaire (le mari chef de famille possédait un droit disciplinaire tacite sur sa femme). Cela a pu influencer leurs attitudes.

En effet, la plupart des hommes violents considèrent que leur comportement est justifié, minimisent les faits ou blâment la victime. Lorsqu'on recueille leurs propos (dans des contextes de recherche ou thérapeutiques), beaucoup évoquent la “provocation” de leur femme, son “irrespect”, ou encore le stress externe (chômage, difficultés financières) pour expliquer qu'ils ont frappé. Peu reconnaissent spontanément avoir un problème de gestion de la colère ou un biais sexiste. Cette déresponsabilisation fait partie du profil psychologique classique de l'agresseur.

Par ailleurs,

### Des facteurs aggravants documentés

La consommation d'alcool ou de stupéfiants apparaît fréquemment dans les récits de violences. L'alcool désinhibe et peut intensifier la dangerosité des épisodes violents. En Tunisie, l'alcoolisme est assez répandu y compris dans les milieux populaires, et plusieurs féminicides commis ces dernières années l'ont été sous l'empire de l'ivresse. De même, certaines pathologies mentales chez l'agresseur (psychopathie, jalousie malade, troubles de l'humeur) peuvent conduire à des violences incontrôlables, même si ce n'est pas la majorité des cas. Un trait souvent relevé chez les auteurs est la jalousie possessive : ils interdisent à la femme tout contact extérieur, soupçonnent en permanence l'infidélité – une jalousie pathologique qui sert de prétexte à la coercition (verrous aux portes, confiscation de téléphone, passages à tabac “pour qu'elle avoue” d'hypothétiques torts). Cette jalousie est en réalité l'expression d'un désir de possession totale de l'autre.

### Une dimension intéressante du profil de l'agresseur conjugal est la dichotomie public/privé

Nombre d'hommes violents ont une image extérieure irréprochable (travailleur respecté, poli en société), et seuls le foyer et la fermeture des portes dévoilent leur visage brutal. Cette “respectabilité” apparente rend souvent la survivante moins crédible lorsqu'elle parle, car l'entourage tombe des nues (“il était tellement gentil en public”). C'est pourquoi la sensibilisation a insisté sur le fait qu'un homme au-dessus de tout soupçon peut être un bourreau dans son foyer.

Pour résumer, le profil type constaté est celui d'un homme d'âge mûr, ayant souvent une position dominante (d'âge, de revenus, de statut) vis-à-vis de sa conjointe, adhérant à des normes sexistes traditionnelles, et possiblement en proie à des frustrations socio-économiques ou personnelles. Mais la diversité des auteurs est réelle – la violence traverse toutes les classes

– et il est important de ne pas créer un stéréotype figé. Chaque cas individuel peut s'écarter de ce portrait.

### Interrelations entre profils de victime et d'agresseur

Loin d'être un simple face-à-face, la relation violente est souvent le produit d'une dynamique où interagissent les vulnérabilités de la survivante (jeunesse, isolement, etc.) et les caractéristiques de l'agresseur (besoin de domination, stress). Par exemple, un grand écart de pouvoir (économique, culturel) dans le couple est un facteur de risque de violence : une femme jeune, sans ressources et sans soutien familial face à un mari plus âgé, nanti et autoritaire a hélas peu de marge de négociation. À l'inverse, on rencontre moins fréquemment (mais cela existe) des cas où c'est la femme qui a une position sociale plus élevée ; dans ces situations, si violence il y a, elle peut prendre d'autres formes (le mari peut user de violences psychologiques pour abattre la confiance de sa femme et "restaurer" sa supériorité).

Il convient aussi de rappeler que la survivante n'est jamais responsable des violences qu'elle subit, quelles que soient ses caractéristiques. Aucune tenue, aucune attitude ou faiblesse personnelle ne justifie les coups ou le viol. Les profils dressés ici servent à comprendre qui sont les femmes qui demandent de l'aide et qui sont les hommes qui commettent ces actes, afin d'adapter les stratégies d'intervention (par exemple, savoir qu'une survivante est financièrement dépendante oriente vers l'importance de lui offrir une aide matérielle pour qu'elle puisse partir ; savoir qu'un agresseur est fortement ancré dans des valeurs patriarcales suggère un travail de longue haleine si on veut le confronter à ses actes).

En conclusion, le profil "moyen" de la femme survivante en Tunisie est celui d'une jeune mère mariée, socialement et économiquement dépendante, souvent isolée, subissant depuis des années diverses formes de violences de la part d'un conjoint plus âgé et socialement dominant. Mais derrière cette moyenne se cachent une multitude de parcours individuels. C'est ce que nous illustrerons avec des études de cas variées. Quant aux auteurs, s'il fallait en tracer un portrait succinct, on parlerait d'hommes élevés dans l'idée de la toute-puissance masculine, parfois en difficulté socio-économique, incapables de gérer leurs frustrations autrement que par la violence, et profitant d'un contexte social encore trop indulgent à leur égard. Ce panorama des profils, loin de stigmatiser tel ou tel groupe, doit nous aider à cibler les mesures de prévention (par exemple, éduquer les jeunes hommes à d'autres modèles de masculinité, autonomiser économiquement les femmes vulnérables, etc.) et les priorités de prise en charge.

## Chapitre 3 : Facteurs socio-culturels et contextuels des violences

Les violences envers les femmes ne se produisent pas dans un vide social. Elles sont ancrées dans des normes culturelles, des attitudes collectives et un contexte socio-économique qui peuvent soit encourager, soit décourager ces comportements. Comprendre ces facteurs est crucial pour saisir pourquoi la violence persiste et pourquoi les victimes gardent souvent le silence.

### Normes sociales et traditions

La société tunisienne, bien qu'ayant connu d'importantes évolutions en matière de droits des femmes, reste traversée par des attitudes patriarcales héritées de siècles de culture traditionnelle. La conception selon laquelle les affaires de couple doivent rester du domaine privé et ne pas être exposées à l'extérieur demeure répandue. Cette loi du silence ("Ce qui se passe à la maison reste à la maison") a longtemps protégé les agresseurs conjugaux de toute interférence de la communauté ou de la justice. Même de nos jours, porter sur la place publique les violences subies est perçu, surtout en milieu conservateur, comme une trahison de la cellule familiale. Il en résulte que beaucoup de femmes endurent en secret de peur de "faire des histoires".

Par ailleurs, certaines croyances justifient ou minimisent la violence masculine. Une partie de la population estime qu'un mari peut avoir des raisons "acceptables" de frapper sa femme, par exemple si elle a commis un acte jugé répréhensible selon les rôles de genre attendus. Des enquêtes d'attitudes révèlent qu'une proportion non négligeable de Tunisiens – y compris des femmes – pensent qu'une épouse qui trompe son mari, ou qui manque à ses devoirs domestiques, peut "mériter" une correction. Bien sûr, ces opinions sont rarement affichées publiquement, mais elles transparaissent dans les conseils donnés aux jeunes femmes ("sois obéissante, sinon ton mari se mettra en colère, et ce sera de ta faute"). Selon un sondage national réalisé en 2018, environ 70 % des femmes interrogées considéraient qu'il fallait endurer les disputes et parfois les coups "pour préserver le foyer", ce qui montre l'intériorisation de l'idée que la violence fait partie des risques du mariage et doit être tolérée jusqu'à un certain point. De même, 30 % des hommes (selon l'étude de Ben Thabet et al., 2014) pensent qu'"une femme bien" ne devrait pas provoquer son mari et que s'il la bat, c'est qu'elle a sûrement mal agi. Ces chiffres, bien que préoccupants, expliquent pourquoi la violence conjugale est souvent banalisée ou excusée par l'entourage.

Le poids de la notion d'honneur et de honte est central. Dans la culture tunisienne, comme dans beaucoup de sociétés méditerranéennes, la respectabilité de la famille repose en grande partie

sur le comportement sexuel et social des femmes qui la composent. Si une femme est battue ou violée, paradoxalement c'est souvent elle qui éprouve de la honte – honte d'avoir “perdu la face”, d'être perçue comme une femme à problèmes. Révéler les violences subies, c'est risquer d'être stigmatisée doublement : en tant que “femme battue” (image de victime qui suscite la pitié ou le mépris) et en tant que personne ayant potentiellement failli à être une “bonne épouse” (puisque, dans l'imaginaire collectif, un mari n'aurait pas recours à la violence sans “bonne raison”). Cette logique perverse fait que beaucoup de victimes se taisent par crainte de déshonorer la famille si leur situation se sait. En particulier pour les violences sexuelles : une femme violée, surtout en dehors du mariage, porte la marque du déshonneur aux yeux de certains. C'est l'inversion totale de la culpabilité, mais elle est encore à l'œuvre : telle jeune fille violée par un parent se taira pour ne pas briser la famille ; telle femme mariée violée par son mari n'osera le dire de peur d'être jugée impure ou divorcée. Cette pression de l'honneur est fortement entretenue par l'entourage.

Le rôle de la famille élargie est à double tranchant. En Tunisie, la famille (parents, beaux-parents, frères et sœurs) s'implique souvent dans la vie du couple. En cas de conflit, l'entourage familial intervient fréquemment comme médiateur. Cela pourrait être bénéfique, mais hélas, dans le cas des violences, la famille incite majoritairement la femme à la patience et au pardon plutôt qu'à la rupture ou au dépôt de plainte. Beaucoup de femmes relatent que leurs propres parents ou beaux-parents ont minimisé la gravité des coups, les exhortant à faire preuve de patience ou pire, leur ont reproché d'avoir mis le mari en colère. Cette solidarité familiale imparfaite maintient la survivante sous influence : elle espère longtemps que son mari “changera” puisque tout le monde le lui suggère. Certaines familles cependant finissent par soutenir la survivante quand la violence atteint un niveau extrême ou menace sa vie, mais c'est souvent après de longues années. À l'inverse, dans de rares cas, la famille de la survivante peut la soutenir activement dès le début (quelques femmes citent une sœur ou une mère qui l'a poussée à partir et a affronté le mari violent). Mais culturellement, la tendance majoritaire reste de préserver l'unité familiale à tout prix, même au détriment de la survivante.

### Disparités régionales et socio-économiques dans les attitudes

Les mentalités varient selon les régions de Tunisie, du plus conservateur au plus libéral. De manière générale, les zones rurales et intérieures, plus enclavées, conservent des valeurs patriarcales plus fortes. Par exemple, dans certains villages du Sud ou du Nord-Ouest, il est socialement admis qu'un homme doit “tenir sa maison” et que, pour cela, la force peut être un moyen. Les femmes de ces régions intègrent davantage le fait de “devoir obéir” ou de ne pas

contredire publiquement leur mari. À l'inverse, dans les grandes villes (Tunis, Sousse, Sfax) et les milieux éduqués, le discours ambiant tolère moins ouvertement la violence conjugale – au moins dans les classes moyennes et supérieures. Les jeunes générations urbaines, exposées aux médias et aux mouvements féministes, sont plus conscientes que frapper sa femme est un crime, pas un droit. Cependant, il ne faut pas idéaliser : même en ville, la loi du silence existe dans les quartiers populaires, et même dans des milieux instruits des violences se produisent derrière des façades policées. On a vu des cas de femmes cadres supérieures cacher leurs bleus par fierté et par peur de briser leur image de “famille parfaite”.

Le niveau d'éducation est un facteur : plus un couple est instruit, moins il est enclin à justifier la violence (statistiquement parlant). Un mari ayant fait des études supérieures est plus susceptible d'intérioriser la norme de non-violence envers son épouse, et une femme instruite est plus susceptible de connaître ses droits et de refuser les coups. Toutefois, l'éducation ne vaccine pas totalement contre la violence – elle la rend juste moins socialement acceptable, donc plus cachée. L'éducation sur les droits des femmes en particulier peut faire la différence. Là où les femmes savent qu'elles ont des droits légaux et des recours, elles osent davantage dire non ou dénoncer, ce qui peut dissuader certains agresseurs ou en tout cas abrégier la durée de la violence. Inversement, dans des communautés où les femmes ne sont pas informées (pas d'accès aux campagnes de sensibilisation, pas de discussion autour d'elles sur ces sujets), la violence peut perdurer plus longtemps, passée sous silence.

Un autre aspect socio-économique important est le chômage et la précarité. Le stress lié aux difficultés financières est souvent cité comme élément déclencheur des disputes familiales qui dégénèrent en violences. Un homme au chômage depuis longtemps, se sentant impuissant socialement, peut malheureusement chercher à réaffirmer son pouvoir dans sa sphère privée en devenant tyrannique avec sa femme. De plus, si la femme dépend financièrement de lui, cette dépendance s'accroît en situation de chômage où toute la famille subit la crise, ce qui rend la femme encore moins encline à partir (comment survivrait-elle seule sans revenu ?). La crise économique post-2011, avec l'augmentation du coût de la vie et l'érosion des revenus, a ainsi été identifiée comme un facteur aggravant des violences intrafamiliales. Attention, cela ne signifie pas que la pauvreté crée la violence – des hommes pauvres peuvent rester non violents – mais qu'elle accentue les tensions et enlève aux femmes des options d'échappatoire (pas d'argent pour prendre un transport et aller porter plainte en ville, etc.).

Les bouleversements sociaux récents ont aussi joué un rôle. La période post-révolution de 2011 a vu une plus grande liberté d'expression, y compris pour les femmes, mais aussi une certaine

insécurité et un repli identitaire dans certaines franges, ce qui a pu avoir des effets contradictoires. Par exemple, l'après-2011 a connu une augmentation du harcèlement de rue signalée par les OSC, possiblement liée à un retrait temporaire de l'autorité de l'État et à la montée de courants rigoristes qui renvoyaient les femmes à la maison. Cependant, la même période a vu naître la loi 2017-58 qui est l'une des plus progressistes de la région MENA. Ainsi, l'impact sur les violences est ambivalent : la décennie a connu à la fois une plus grande dénonciation des violences (libération de la parole, Twitter et campagnes #EnaZeda équivalent local de #MeToo en 2019) et la persistance de stéréotypes (certains imams extrémistes allant jusqu'à prêcher en 2012 qu'une femme doit tolérer les "corrections" de son mari). Ces contradictions reflètent une société en changement, où coexistent des avancées et des résistances.

### Inégalités de genre persistantes

Malgré des lois égalitaires dans certains domaines, les rapports sociaux de genre en Tunisie conservent des déséquilibres. Par exemple, au sein du couple, la répartition des tâches ménagères est très inégale : les femmes assument l'écrasante majorité du ménage et de l'éducation des enfants. Cette charge domestique non reconnue crée du ressentiment (la femme épuisée, l'homme s'imaginant en "roi" servi). L'homme garde souvent les pouvoirs de décision sur les choix familiaux importants. Ce déséquilibre de pouvoir nourrit la violence : un homme qui se voit contesté dans ses décisions familiales par sa femme peut recourir à la force pour "rétablir l'ordre", persuadé que l'ordre normal est que c'est à lui de trancher. De même, la dépendance économique de nombreuses femmes (due au fait qu'elles se consacrent au foyer ou gagnent moins si elles travaillent) les place en position subalterne qui facilite l'emprise.

Rôle de l'information et de la sensibilisation : Là où des campagnes de sensibilisation ont eu lieu, on note de petits changements d'attitude. Le Ministère de la Femme, appuyé par les ONG et les OSC, a mené divers programmes. Par exemple, en 2019, une initiative a consisté à former des imams modérés pour qu'ils diffusent lors des prêches du vendredi des messages condamnant la violence conjugale au nom des valeurs religieuses de bienveillance. Ces approches innovantes visent à toucher le fond culturel : qu'un chef religieux dise "Frapper sa femme est un péché" peut avoir un impact là où un discours laïc serait rejeté. Il y a aussi les campagnes annuelles des "16 jours d'activisme" chaque fin novembre, très médiatisées depuis quelques années, qui ont contribué à mettre le sujet sur la table. Grâce à cela, on commence à voir une évolution positive des mentalités chez les 18-24 ans : par exemple, de plus en plus de jeunes considèrent qu'il est inconcevable de lever la main sur sa femme, et que l'égalité dans

le couple est souhaitable. Les réseaux sociaux ont amplifié la voix des survivantes – le mouvement #EnaZeda a libéré la parole sur les violences sexuelles et inceste. Tout cela montre que la culture n'est pas figée et qu'un changement est en cours. Cependant, ce changement reste lent. Les attitudes profondément ancrées ne disparaissent pas en quelques années : ainsi, malgré l'indignation publique croissante face aux féminicides (chaque année, des affaires de femmes tuées par leur mari font la une et suscitent des mobilisations), les comportements individuels évoluent prudemment.

### Influence du cadre légal renforcé

L'adoption de la loi organique de 2017 a envoyé un signal politique fort que "la violence n'est plus tolérée". On pourrait s'attendre à ce que cela modifie aussi les normes sociales. Le fait que la violence conjugale soit explicitement condamnée par la loi et que de nouvelles infractions (harcèlement, violence économique, etc.) soient définies peut faire évoluer les mentalités en montrant la gravité de ces actes. Certaines femmes disent d'ailleurs : "Maintenant c'est illégal, je n'ai plus à accepter". Cependant, pour l'heure, l'effet du cadre légal sur les normes sociales reste limité par la faible application perçue de la loi. Beaucoup d'agresseurs ne sont pas effectivement punis, ce qui dilue l'effet dissuasif. Une remarque fréquemment entendue est : "Loi ou pas loi, la police ne fait rien, donc ça ne change rien." Cela indique que la loi n'a pas encore suffisamment imprégné la conscience collective comme un réel changement de paradigme. Néanmoins, sur le long terme, on peut penser qu'elle contribuera à façonner une nouvelle norme où la violence conjugale sera socialement inacceptable, tout comme d'autres lois (le Code du Statut Personnel par exemple) ont fini par modifier les pratiques.

En somme, les facteurs socio-culturels agissent comme toile de fond permissive ou restrictive des violences. En Tunisie, malgré les avancées légales, subsistent un patriarcat diffus, la pression de la préservation de l'honneur familial, la banalisation de la domination masculine et la stigmatisation des survivantes. Ces éléments créent un terrain où la violence peut prospérer et surtout où elle peut se perpétuer dans le silence. Cependant, des signes d'évolution existent grâce à l'urbanisation, à l'élévation du niveau d'éducation des femmes (qui savent de plus en plus qu'elles n'ont pas à subir) et aux campagnes de sensibilisation récentes.

Dans la perspective de lutter contre la violence, il ne suffit pas d'agir au niveau individuel – il faut aussi transformer ces normes sociales. Réduire la tolérance sociale à la violence (en martelant qu'aucune raison n'est valable pour frapper une femme), encourager la communauté à soutenir la survivante plutôt que l'accabler, impliquer les hommes dans un changement de



comportement : ce sont des chantiers essentiels. Pour l'heure, retenons que la culture de la honte et du silence demeure l'un des plus grands obstacles dans la prise en charge des violences, car elle conditionne à la fois la propension de l'agresseur à récidiver (sachant qu'il y aura peu de conséquences) et la propension de la survivante à demander de l'aide (craignant d'être blâmée). Combattre cette culture est un volet indispensable de l'action contre les violences basées sur le genre.

## Partie III : Impact de la violence sur la santé mentale et le bien-être des survivantes

### Chapitre 1 : Conséquences psychologiques immédiates des violences

Lorsqu'une femme est victime d'un épisode de violence, que ce soit une agression brutale ou une humiliation intense, elle subit un choc psychologique immédiat. Les réactions dans les minutes et les heures qui suivent l'événement sont souvent intenses et variées, mêlant détresse émotionnelle, désorganisation cognitive et manifestations physiques aiguës.

#### Sidération et choc initial

Juste après la violence, de nombreuses survivantes décrivent un état de sidération – un mélange d'incrédulité, de stupeur et d'engourdissement. L'esprit peut avoir du mal à accepter la réalité de ce qui vient de se produire, surtout si l'agression est soudaine ou provient d'un proche. Par exemple, une femme frappée violemment par son mari pour la première fois peut rester figée, sous le coup de la surprise : « Je suis restée tétanisée, je n'arrivais plus à parler... », témoigne l'une d'elles. Cette sidération est un mécanisme de défense du cerveau face à un événement traumatisant : comme un "court-circuit" temporaire. Chez certaines, elle se manifeste par un mutisme et une apparente absence de réaction – ce qui a pu être mal interprété par l'entourage ("elle n'a même pas réagi, c'est qu'au fond ce n'était pas si grave"), alors qu'en réalité la survivante est comme pétrifiée. D'autres au contraire entrent dans une panique totale immédiatement : cris, pleurs incontrôlables, fuite désordonnée. L'incrédulité est également fréquente : "Je n'arrive pas à croire qu'il m'a fait ça". Surtout la première fois, il y a un refus du cerveau d'intégrer que l'être aimé ou un membre de la famille a commis un tel acte.

#### Réactions émotionnelles aiguës

La palette des émotions ressenties peu après l'agression comprend généralement : la peur intense, la détresse et la colère (parfois retournée contre soi-même ou contre l'injustice de la situation). La honte survient très vite également, en particulier dans les violences sexuelles. Immédiatement après un viol, par exemple, la survivante éprouve souvent un sentiment de souillure et de honte, même si elle n'y est pour rien – c'est un paradoxe bien connu du traumatisme sexuel. Elle peut avoir envie de se cacher, de se laver de manière compulsive. Dans les violences conjugales, la culpabilité peut aussi émerger dès les premières heures : beaucoup de femmes, même le visage tuméfié, se disent "C'est peut-être moi qui l'ai énervé, je n'aurais pas dû répondre". Cette culpabilité inculquée par l'agresseur (qui souvent rejette la faute sur

elle) est ravageuse pour l'estime de soi. À chaud, la femme oscille entre l'accablement ("je ne vaux rien, je l'ai bien cherché") et la révolte ("je ne mérite pas ça !"). On observe fréquemment des pleurs inconsolables ou au contraire une incapacité à pleurer, selon les personnes.

## Symptômes du stress aigu post-traumatique

Dans les jours qui suivent l'événement, beaucoup de survivantes présentent ce qu'on appelle un état de stress aigu, prémisses possibles d'un SSPT (stress post-traumatique). Concrètement, cela signifie qu'elles souffrent d'intrusions incessantes du souvenir de l'agression : images flash qui reviennent en boucle, cauchemars la nuit jouant la scène. Elles peuvent être en proie à une anxiété aiguë, sursautant au moindre bruit (état d'hypervigilance), étant incapables de se relaxer. Le sommeil est souvent perturbé : insomnie d'endormissement (peur de revivre la scène en rêve), réveils en sueur. Certaines décrivent des reviviscences diurnes brèves : par exemple, en rangeant un objet qui rappelle la scène (un vêtement déchiré ce jour-là), elles se sentent soudain de nouveau comme si elles y étaient. Ces symptômes, typiques du trauma, sont très perturbants car la femme a l'impression de perdre le contrôle de son esprit. S'y ajoutent des réactions d'évitement : éviter les lieux ou les situations associés à la violence. Par exemple, une femme agressée dans sa cuisine évitera d'y entrer, ou une femme harcelée dans la rue évitera pendant quelque temps de sortir seule. À court terme, cela peut la protéger de l'angoisse, mais cela restreint son fonctionnement de vie.

## Atteinte de l'estime de soi et émotions négatives

Immédiatement après des violences, une chute de l'estime de soi est presque inévitable. Être traitée sans respect, comme un objet ou un souffre-douleur, fait ressentir à la femme un profond sentiment de dévalorisation : "Je ne suis rien, je ne compte pas, sinon il ne m'aurait pas fait ça". Cette pensée peut surgir spontanément. Beaucoup expriment une honte : honte du regard des autres si cela se sait, honte de "s'être laissée faire". L'humiliation vécue lors de l'agression (surtout en cas de violence verbale ou sexuelle) laisse une empreinte émotionnelle de douleur psychique aiguë. Dans les premières heures, la femme peut également éprouver une peur permanente vis-à-vis de son agresseur – peur qu'il revienne, qu'il continue, qu'il aille plus loin. Ainsi, une femme violentée va souvent se sentir en insécurité totale juste après : peur de rentrer chez elle si l'agresseur y est, peur de croiser un homme dans la rue (si l'agression a eu lieu dehors). Ce sentiment d'insécurité est particulièrement marqué en cas de violence extrême ou de menace de mort proférée par l'agresseur.

## Manifestations somatiques aiguës

Le corps réagit lui aussi violemment au traumatisme. Sur le moment, l'adrénaline sécrétée peut engourdir la douleur physique (certaines femmes ne sentent pas immédiatement leurs blessures). Mais très vite, le corps "parle". Des tremblements incontrôlables peuvent survenir dans l'heure qui suit l'agression, signe du relâchement de la tension extrême (on voit souvent des femmes en état de choc trembler comme une feuille, avoir froid). Des crises d'angoisse aiguës sont possibles : respiration rapide, sensation d'étouffer, poitrine oppressée, vertiges. Les nausées et vomissements sont également rapportés, surtout après une agression sexuelle (réaction physiologique de rejet). Une survivante de viol peut par exemple avoir une réaction de vomissement juste après, due au stress extrême. Le rythme cardiaque reste accéléré longtemps après l'incident, traduisant un état d'hyperexcitation du système nerveux. Parfois, on observe un état de dissociation immédiat : la personne semble absente, le regard vide, comme détachée de la réalité – c'est un mécanisme de survie où l'esprit "se déconnecte" de ce que vit le corps pour moins souffrir. Une femme battue pendant de longues minutes peut entrer dans cette anesthésie émotionnelle : ne plus crier, ne plus bouger, le regard fixe, car son esprit s'est mis "ailleurs" pour ne plus sentir les coups. Ce genre d'état, appelé état de dissociation, peut rendre les souvenirs de l'événement flous par la suite (une sorte d'amnésie partielle). À court terme, cela donne l'impression que la survivante est hébétée, sans réaction, alors qu'en réalité elle est submergée au point de se couper de ses émotions.

## Paranoïa et méfiance immédiates

Juste après une agression, la femme peut développer une peur généralisée de l'autre. Elle peut avoir peur de revoir l'agresseur bien sûr – la crainte d'une répétition ou d'une escalade de la violence est très forte. Mais cette peur peut s'étendre : méfiance envers toute personne autour, sentiment d'être constamment en danger. On parle parfois de "paranoïa adaptative" : la femme va se calfeutrer, suspecter tout bruit de pas, sursauter dès que quelqu'un s'approche. Cela se voit par exemple chez une femme qui vient de s'échapper d'une scène de violence conjugale : réfugiée chez un proche, elle reste prostrée, sursautant dès que la porte s'ouvre, craignant que son mari surgisse. Ce repli sur soi est fréquent dans les jours qui suivent – la personne n'a plus confiance en personne, elle peut même repousser l'aide par peur (par exemple, une femme peut refuser d'ouvrir aux policiers venus l'aider parce qu'elle est en état de suspicion totale).

## Influence de la répétition des violences

Si la femme n'en est pas à son premier épisode de violence, ses réactions immédiates peuvent être différentes. Certaines victimes chroniques développent une forme de résignation à court terme : lors de la *énième* agression, elles ne manifestent plus la même surprise ou panique, parfois elles encaissent presque mécaniquement. On a relevé des cas de femmes battues de longue date qui, après un nouvel accès de violence, se lèvent en silence et vaquent à leurs occupations comme si de rien n'était – en réalité, elles sont profondément traumatisées, mais elles ont appris à dissocier et minimiser sur le moment pour survivre. D'autres, au contraire, ont des réactions de plus en plus vives à chaque nouvel incident, car le traumatisme s'accumule : par exemple, une femme qui a déjà subi des coups pourra faire une véritable attaque de panique lors d'une nouvelle agression, plus violente que la première fois, son corps disant "stop". Chaque nouvel épisode ravive tous les précédents, ce qui peut rendre la réaction plus aiguë (sauf en cas de dissociation extrême où elle ne réagit presque plus du tout, "comme morte intérieurement").

## Stratégies d'adaptation à court terme

Face au choc immédiat, les femmes tentent parfois inconsciemment de gérer la situation par des stratégies psychologiques. L'une des plus fréquentes est la minimisation : se dire "ce n'est rien, ce n'est pas si grave" juste après, pour atténuer l'angoisse. Beaucoup de femmes, encore sonnées, répètent "ça va, ça va" alors qu'elles vont très mal, comme un réflexe de protection mentale. À l'inverse, certaines vont chercher de l'aide immédiatement : appeler une amie, un parent, ou même la police si elles en trouvent la force. Cette réaction proactive n'est pas la plus courante juste à chaud (car rappelons que la sidération domine souvent), mais elle existe – c'est ainsi que certaines femmes parviennent à briser le cycle dès le premier incident, en osant en parler tout de suite. Une autre stratégie de court terme, surtout chez celles en relation de couple, est de fuir temporairement le domicile : partir quelques heures ou jours chez un proche pour se mettre en sécurité et réfléchir. Cela arrive que la femme, après une crise, quitte la maison en catastrophe (parfois en pyjama, pieds nus) pour aller se réfugier chez des voisins ou sa famille. Malheureusement, beaucoup y retournent ensuite (par attachement ou contraintes). Notons aussi le cas de la négation pure et simple : c'est une stratégie psychique où la personne se convainc que "ce n'est pas arrivé". Elle peut, après coup, agir comme si rien ne s'était passé (préparer le dîner normalement, aller travailler comme d'habitude), enfouissant l'événement – mais cette déniégation n'est souvent que temporaire et le trauma resurgit plus tard d'autant plus violemment.

## Impact immédiat sur le fonctionnement quotidien

Dans les jours suivant l'agression, les femmes survivantes peinent souvent à fonctionner normalement. Nombre d'entre elles sont incapables de reprendre le travail le lendemain – soit à cause des blessures physiques, soit du traumatisme psychique qui les paralyse. Une femme qui subit une violente agression un soir aura le lendemain d'énormes difficultés à simplement se lever, préparer les enfants ou se rendre au bureau : insomnie de la nuit, crise de larmes au réveil, angoisse de sortir de chez elle. Beaucoup témoignent qu'après un épisode de violence, elles restent prostrées au lit pendant un ou deux jours, incapables de s'occuper du ménage ou des enfants, totalement épuisées émotionnellement et physiquement. Pour celles qui n'ont pas le choix (par exemple aller vendre au marché pour le revenu journalier), l'effort est colossal et le rendement nul – elles sont présentes physiquement mais ailleurs mentalement, commettent des erreurs, etc. Sur le plan familial immédiat, la personne peut s'isoler : s'enfermer dans sa chambre, éviter les interactions, déléguer si possible les tâches (par exemple confier les enfants à une voisine pour quelques jours). Cela perturbe toute la cellule familiale. Si elle n'a aucun soutien, elle peut malgré tout devoir assurer ses obligations, ce qu'elle fait alors dans un état second, en pilotage automatique et sans énergie.

## Variations selon le type de violence

Les conséquences psychiques immédiates varient en intensité et nature selon la nature de l'agression subie. Après un viol, en plus du choc commun à toute violence, il y a souvent un fort sentiment de souillure et de honte sexuelle. La personne peut être dans un état de dissociation prononcé (se sentir comme détachée de son corps), parfois dans le déni (certains mécanismes amnésiques font qu'elle se souvient de l'avant et de l'après, mais pas de l'agression elle-même, comme une manière de se protéger psychiquement). Après des coups physiques très violents (tentative d'étranglement, usage d'une arme), la peur de mourir ressentie pendant l'agression laisse la femme dans un état de terreur rétrospective : elle réalise qu'elle aurait pu se faire tuer. Cette peur de la mort vécue pendant l'agression laisse souvent une trace de terreur rémanente : la personne demeure tétanisée pendant des jours, revoyant sans cesse le moment où elle a cru sa dernière heure arrivée, ce qui amplifie le stress aigu. En cas de violence psychologique extrême (harcèlement verbal intense, menaces de mort sans passage à l'acte physique), les conséquences immédiates peuvent être tout aussi dévastatrices psychiquement : une femme à qui l'on hurle qu'elle est inutile, qu'on va la tuer ou la chasser de la maison, peut faire une crise de panique ou sombrer dans un état de grande détresse, même sans coup physique. L'injure et la menace détruisent la confiance en soi et génèrent immédiatement

anxiété et confusion. Ainsi, quelle que soit la forme de violence, le choc initial se traduit par une déstabilisation profonde de la femme.

En résumé, à court terme, les violences font l'effet d'un séisme intérieur : la femme est en état de choc, oscillant entre sidération et panique, accablée de peur, de honte et de douleur, avec des symptômes physiques de stress et un fonctionnement quotidien gravement perturbé. Ces réactions immédiates ne sont pas anodines, car elles constituent les premiers signes du traumatisme. Si aucun soutien n'intervient, elles risquent de s'ancrer et d'évoluer vers des troubles durables. De plus, l'entourage et les professionnels doivent comprendre ces manifestations aiguës pour y répondre adéquatement : ne pas interpréter le mutisme comme de l'indifférence, ni la confusion comme un manque de crédibilité. Ce chapitre sur l'instantané du trauma ouvre la voie au suivant, qui traite de l'installation des troubles mentaux à moyen et long terme chez les survivantes de violences.

## Chapitre 2 : Troubles mentaux et traumatismes à moyen et long terme

Les conséquences psychologiques des violences ne s'arrêtent pas aux réactions immédiates. Lorsqu'une femme subit des violences de manière répétée ou subit un traumatisme particulièrement grave, elle est exposée au développement de troubles mentaux durables. Ces troubles peuvent apparaître dans les semaines ou mois qui suivent les violences et persister pendant des années, parfois même lorsque la violence a cessé. Les principales pathologies observées chez les survivantes de violences sont : la dépression, les troubles anxieux (y compris le trouble panique), le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), éventuellement un trouble de stress post-traumatique complexe en cas de traumatisme prolongé, ainsi que divers troubles psychosomatiques ou troubles de la personnalité liés au trauma.

### Dépression

C'est l'un des troubles les plus courants chez les femmes survivantes de violences. Être constamment rabaissée, brutalisée, effrayée, finit par épuiser le psychisme et peut plonger la personne dans un état dépressif. Des études cliniques en Tunisie confirment cette forte prévalence de la dépression parmi les survivantes. Par exemple, une étude menée à Sfax auprès de femmes violentées a montré qu'environ la moitié des femmes survivantes présentaient un état dépressif significatif. Ce taux de 50 % est bien supérieur à la prévalence de la dépression dans la population féminine générale (qui tourne autour de 10 à 15 % selon l'OMS). Concrètement, la dépression chez ces femmes se manifeste par une tristesse quasi-permanente, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, un repli sur soi, un sentiment d'inutilité et de

désespoir. Elles peuvent avoir de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, se voyant coincées dans une vie de souffrance. Parfois la dépression prend la forme de ce qu'on appelle un état de stress post-traumatique "dépressif", où la personne présente à la fois des symptômes de SSPT (reviviscences, cauchemars) et une humeur dépressive. La dépression peut persister même après l'arrêt des violences : ainsi, une femme ayant quitté son agresseur peut continuer à souffrir d'épisodes dépressifs pendant des années, car le traumatisme a altéré son estime d'elle-même et sa capacité à ressentir du plaisir. Sans prise en charge, cette dépression peut devenir chronique.

## Troubles anxieux

L'anxiété est l'autre versant très fréquent. Vivre dans la peur constante des violences conditionne le cerveau à un état d'alerte permanent. De nombreuses survivantes développent un trouble anxieux généralisé, c'est-à-dire une anxiété continue, sans objet précis, avec inquiétude excessive pour tout. Une enquête mentionnée par des cliniciens indique que plus de 70 % des femmes survivantes souffrent d'un niveau d'anxiété pathologique après les violences. Cela se traduit par de la nervosité quotidienne, des insomnies, une irritabilité, une sensation d'étouffement dans certaines situations. Des attaques de panique (crises d'angoisse aiguës avec palpitations, peur de mourir ou de devenir folle) peuvent survenir de manière récurrente, surtout chez les femmes qui ont vécu des épisodes violents imprévisibles : leur corps reste sur le qui-vive et déclenche des faux signaux d'alarme. On voit aussi des phobies se développer : par exemple, agoraphobie (peur de sortir de chez soi) chez des femmes agressées dehors, ou phobie sociale (peur du regard des autres) chez celles qui ont été humiliées publiquement. L'anxiété chronique est extrêmement usante et maintient la personne dans un sentiment d'insécurité omniprésent, comme si la violence pouvait revenir à tout moment. Même dans un environnement objectivement sûr, la survivante continue de sursauter, de vérifier sans cesse les portes, de s'inquiéter de tout. Sans aide, cet état anxieux peut perdurer des années et entraîner d'autres problèmes (épuisement, troubles de concentration, etc.).

## Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

C'est un trouble bien identifié qui survient à la suite d'un traumatisme majeur. Les violences, surtout lorsqu'elles menacent l'intégrité physique ou sexuelle de la femme, peuvent tout à fait provoquer un SSPT. Ce syndrome se manifeste par trois grands types de symptômes : reviviscences intrusives (flashbacks du trauma, cauchemars récurrents, pensées envahissantes de l'événement), évitement et engourdissement émotionnel (la personne évite tout ce qui rappelle le trauma, et éprouve une difficulté à ressentir des émotions positives, avec parfois une



amnésie partielle de l'événement) et hyperactivation neurovégétative (hypervigilance, sursauts, irritabilité, troubles du sommeil, difficulté de concentration). Chez les femmes ayant subi des violences prolongées, le SSPT peut être complexe, mais évoquons d'abord le cas d'un trauma ponctuel. Par exemple, une femme victime d'un viol unique peut développer un SSPT dans les semaines suivantes : elle fait des cauchemars du viol presque toutes les nuits, elle a des flashbacks lorsqu'elle voit à la télévision une scène de contrainte sexuelle, elle évite les hommes ou la sexualité, et sursaute au moindre frôlement. Ce syndrome peut être très invalidant. Des données internationales suggèrent qu'environ 30 à 60 % des femmes ayant subi des violences conjugales graves développent un SSPT, ce taux variant selon la durée et la sévérité des abus. En Tunisie, faute d'études épidémiologiques précises, on se réfère à ces ordres de grandeur internationaux, tout en sachant que le taux de SSPT peut être encore plus élevé chez les femmes passées par les centres d'écoute (car ce sont souvent des cas sévères). Le SSPT, s'il n'est pas traité, peut persister toute la vie, avec des symptômes fluctuants (parfois dormants puis réactivés par un déclencheur). C'est donc l'une des séquelles les plus sérieuses des violences.

### Traumatisme complexe

Lorsque la violence s'étale sur des années, qu'elle est répétée et multiforme, on parle de traumatisme complexe (ou trouble de stress post-traumatique complexe, ou syndrome de la femme battue). Il s'agit d'un ensemble de symptômes plus profonds et diffus que le SSPT classique. Les femmes ayant subi un trauma complexe présentent souvent : une altération durable de l'image d'elles-mêmes (elles se perçoivent comme indignes d'amour, impuissantes, « cassées »), un désespoir appris (conviction que rien ne pourra jamais changer), des difficultés relationnelles majeures (méfiance extrême ou au contraire dépendance excessive, incapacité à établir des relations saines), des troubles de l'humeur fluctuants (oscillant entre anxiété, colère, dépression), et parfois des symptômes dissociatifs persistants (sentiment d'être détachée de son corps, ou épisodes de dépersonnalisation lors de stress). Ce tableau est fréquemment observé chez les femmes qui ont vécu sous l'emprise d'un conjoint violent pendant de longues années. Leur personnalité même peut sembler transformée par le trauma : une femme autrefois joyeuse et confiante peut devenir effacée, méfiante, hyper-réactive ou au contraire apathique. Le contrôle coercitif prolongé qu'elles ont subi laisse des marques comparables à celles qu'on trouve chez des victimes de séquestration ou de torture. On parle parfois du syndrome d'emprise : la personne a intégré les injonctions de son agresseur, a perdu son autonomie psychique. Ce traumatisme complexe nécessite des prises en charge psychologiques

spécialisées (par ex. thérapies du trauma, EMDR) pour être surmonté, et le processus de rétablissement est souvent long.

## Conséquences à long terme

Même après la fin des violences, il est crucial de souligner que les effets psychiques des violences perdurent bien après que les coups ont cessé. De nombreuses femmes qui ont quitté leur agresseur ou qui ont vu les violences s'arrêter (par exemple, le mari violent est décédé ou a été emprisonné) continuent de souffrir de troubles. Certaines conservent une dépression chronique : elles sont en sécurité, mais demeurent envahies par la tristesse, l'épuisement, le manque de goût de vivre, comme si les violences avaient définitivement entamé leur vitalité. D'autres restent aux prises avec un SSPT persistant : des années plus tard, un bruit de porte qui claque peut leur donner des sueurs froides en réactivant le souvenir d'une scène, ou elles continuent à faire des cauchemars récurrents de leur ex-mari menaçant. On a également noté des difficultés à faire confiance dans toute relation future : beaucoup de survivantes n'envisagent plus jamais de se remettre en couple, tant la trahison de l'intimité a été profonde, ou bien elles gardent une distance émotionnelle qui les empêche de s'engager. Sur le plan sexuel, une femme violée ou abusée peut souffrir durablement de troubles sexuels (douleurs lors des rapports – dyspareunie –, absence de désir, flashbacks pendant l'acte consenti, etc.), même dans une relation ultérieure saine, ce qui affecte sa vie affective. En bref, la violence laisse ce qu'on appelle parfois des cicatrices invisibles : même quand l'entourage se réjouit que “tout est fini” une fois l'agresseur parti, la survivante, elle, continue son combat intérieur contre les fantômes du passé.

## Risque suicidaire

L'une des conséquences les plus graves des violences non traitées est l'apparition d'idées suicidaires et le passage à l'acte suicidaire. Les études montrent que les femmes survivantes de violences graves ont un risque de tentative de suicide très supérieur à la population générale. En Tunisie, il est difficile d'avoir des chiffres précis, car le suicide reste tabou et souvent caché. Néanmoins, des professionnels rapportent des cas de femmes battues s'étant donné la mort dans un geste de désespoir. L'ATFD a recensé dans les dernières années plusieurs suicides de femmes qui avaient subi des violences et ne voyaient pas d'issue. La pensée suicidaire peut naître de la combinaison de la dépression profonde, du sentiment d'impasse (surtout quand la femme se sent piégée et non crue par les autres) et du traumatisme. Certaines femmes décrivent qu'elles en sont venues à penser que la mort serait une délivrance. Il est important de noter que même après séparation, le risque demeure : la phase de post-séparation est très difficile

émotionnellement, et si la femme est isolée et toujours traumatisée, elle peut être tentée d'y mettre fin. C'est donc un phénomène en partie caché, car la violence n'est pas toujours identifiée comme cause sous-jacente du suicide. La prévention du suicide doit faire partie de la prise en charge des femmes violentées, en détectant les signes d'alerte (replis, propos désespérés) et en offrant un soutien appuyé.

## Conduites addictives et auto-destructrices

Pour engourdir la douleur psychique ou échapper aux souvenirs traumatiques, certaines survivantes se tournent vers des comportements à risque. On observe notamment un recours accru à l'alcool, aux médicaments psychotropes ou autres substances. En Tunisie, l'alcoolisme féminin est peu visible car très stigmatisé, mais certaines femmes tombent dans une consommation abusive d'alcool en cachette pour anesthésier leur souffrance. D'autres abusent de calmants ou somnifères (facilement accessibles en pharmacie) – ce qui peut virer à l'addiction médicamenteuse. Parfois, ces conduites sont une tentative d'auto-traitement du trouble de stress post-traumatique : par exemple, boire ou prendre un anxiolytique puissant pour enfin dormir sans cauchemars. Malheureusement, cela crée d'autres problèmes de santé et ne guérit rien, au contraire. On a également documenté des cas d'automutilations chez des femmes très traumatisées (se couper la peau pour transformer la douleur mentale en douleur physique "contrôlable"). Enfin, certaines peuvent adopter des comportements sexuels à risque ou inappropriés par troubles post-traumatiques – on parle de "répétition traumatique" quand une victime de violences sexuelles se met dans des situations de sexualité dangereuse, de manière inconsciente, comme pour rejouer le trauma et essayer cette fois d'en avoir le contrôle. Ces comportements auto-destructeurs sont le signe de troubles psychiques profonds et nécessitent une prise en charge spécialisée.

En somme, les troubles psychologiques à moyen et long terme chez les femmes survivantes de violences sont multiples et souvent interconnectés. Dépression et anxiété forment un noyau fréquent, parfois accompagné de SSPT dans les cas de traumatisme sévère. Le traumatisme complexe chez celles qui ont subi l'emprise prolongée induit des atteintes encore plus globales à la personnalité et au fonctionnement social. Ces troubles ont un impact énorme sur la qualité de vie des survivantes : douleur morale incessante, perte d'élan vital, difficultés relationnelles, troubles somatiques associés (maux de tête chroniques, troubles gastro-intestinaux liés au stress). De plus, l'accumulation de ces troubles peut déboucher sur des décisions tragiques (tentatives de suicide) ou des spirales d'auto-sabotage (addictions), comme nous l'avons vu.

Il est crucial de rappeler que ces conséquences ne sont pas une “faiblesse” des femmes, mais bien la résultante d’une violence subie. Les survivantes ne “deviennent pas folles” de leur propre fait ; ce sont les agressions qu’elles ont endurées qui provoquent ces troubles. Ce point de vue est important pour la prise en charge : il déculpabilise la survivante (ce n’est pas elle qui est fondamentalement perturbée, c’est une réaction normale à une situation anormale) et il oriente vers une thérapie du trauma plutôt que vers un blâme médical. Dans le prochain chapitre, nous aborderons comment ces troubles psychologiques impactent la vie sociale, familiale et économique des survivantes, car les retombées ne se cantonnent pas à la sphère individuelle de la santé : elles affectent aussi le rôle de mère, de travailleuse, etc., et in fine la société tout entière.

### Chapitre 3 : Répercussions sociales, familiales et économiques liées aux troubles psychologiques

Les troubles psychologiques engendrés par les violences ne touchent pas seulement la femme en tant qu’individu, ils ont des répercussions en cascade sur sa vie familiale, son rôle social, sa situation économique, et même sur ses proches. Les séquelles mentales affectent la capacité de la survivante à fonctionner dans ses différents rôles (mère, épouse/partenaire, employée, membre de la communauté), ce qui peut perpétuer un cycle de difficultés.

#### Vie familiale et rôle maternel

Une femme souffrant de dépression ou de SSPT à la suite de violences aura naturellement du mal à assurer ses responsabilités familiales comme avant. La relation mère-enfants peut en pâtir de plusieurs manières. D’abord, la mère traumatisée est souvent émotionnellement moins disponible pour ses enfants. Par exemple, une mère dépressive a du mal à montrer de la chaleur ou de l’enthousiasme, elle peut passer beaucoup de temps alitée ou préoccupée, ce qui réduit les interactions positives avec les enfants. L’ATFD rapporte des cas où la mère, submergée par son propre stress, devient moins patiente et communicative avec sa progéniture. Ensuite, l’épuisement dû à l’anxiété ou aux cauchemars nuit à la gestion du quotidien : il se peut qu’elle néglige certaines tâches (moins s’occuper de l’hygiène ou de la scolarité des enfants par manque d’énergie) – non par indifférence, mais par incapacité ponctuelle. Les enfants, voyant leur mère triste ou en colère permanente, peuvent développer à leur tour des troubles émotionnels (anxiété, troubles du comportement) en réaction au climat familial tendu. Il arrive aussi que la personne, du fait de son trauma, soit hyper-protectrice ou instable avec ses enfants : par exemple, une mère ayant subi des violences peut devenir très anxieuse quant à la sécurité de

ses enfants, les surprotéger, ou à l'inverse avoir des réactions de colère disproportionnées si l'enfant fait une bêtise (parce que ses nerfs sont à vif). Si les violences se poursuivent ou sont le fait du père envers la mère, les enfants sont des victimes collatérales : on sait que les enfants témoins de violences conjugales présentent souvent des symptômes de stress post-traumatique eux aussi, et un risque élevé de troubles comportementaux ou scolaires. Une mère psychologiquement meurtrie ne peut pleinement jouer son rôle de pilier pour aider les enfants à surmonter ce traumatisme partagé, d'où un cercle vicieux familial. Par ailleurs, certaines femmes choisissent de s'éloigner de leurs enfants temporairement (par exemple en les confiant à des grands-parents) le temps de se reconstruire, ce qui modifie la structure familiale et peut être mal vécu par les enfants ou par la mère elle-même (culpabilité).

### Relation de couple et situation matrimoniale

Les troubles psychologiques causés par la violence influencent fortement l'évolution du couple. Dans de nombreux cas, les violences conduisent à la séparation ou au divorce. D'un point de vue psychologique, cette rupture peut être salutaire pour la sécurité, mais elle n'est pas sans stress. La femme qui part est confrontée à un énorme changement de vie qui peut empirer temporairement sa détresse : procédures judiciaires, conflit autour des enfants, précarité matérielle, pression de la famille. Le divorce, même voulu, est une épreuve qui peut aggraver la dépression ou l'anxiété à court terme (peur de l'avenir, de la solitude). Pour celles qui restent dans la relation, la terreur constante est leur lot quotidien : elles vivent dans l'anticipation anxieuse de la prochaine explosion de violence, ce qui maintient un état de stress chronique. Si l'agresseur est un ex-conjoint (après séparation), il peut y avoir un harcèlement post-séparation : menaces, traque, refus d'accepter la rupture. Ce harcèlement prolonge et entretient la détresse psychologique de la femme, car elle ne parvient pas à tourner la page et reste en état de siège. Même quand l'ex-mari n'est plus physiquement là, beaucoup de survivantes continuent à "entendre sa voix" dans leur tête, sous forme de flashbacks ou d'angoisses, ce qui est un symptôme du trauma. Ainsi, la vie maritale est souvent brisée par la violence – soit littéralement par la fin du couple, soit figurativement par la destruction de l'amour et de la confiance. Certaines femmes choisissent, après une expérience violente, de ne plus jamais se remettre en couple : cela peut être un choix protecteur, mais il est parfois issu d'une incapacité à dépasser le traumatisme relationnel, une sorte d'évitement de la proximité émotionnelle. D'autres, à l'inverse, se remettent vite avec quelqu'un, cherchant une "planche de salut", mais ce nouveau lien peut être fragile si elles n'ont pas guéri (risque de revivre des schémas ou de dépendre

excessivement du nouveau partenaire). En somme, les traumatismes psychologiques perturbent profondément la capacité à nouer ou maintenir des relations de couple saines après.

## Sphère professionnelle et économique

L'impact des violences sur la vie professionnelle est significatif. Une femme qui travaille tout en subissant des violences va souvent voir sa performance au travail baisser. Les raisons sont multiples : manque de sommeil, difficultés de concentration (esprit accaparé par le stress), anxiété sociale (peur que les collègues remarquent quelque chose), blessures physiques (absences ou difficultés à exécuter certaines tâches). Des études ont montré que les femmes victimes ont un taux d'absentéisme bien plus élevé que la moyenne. Par exemple, une femme qui doit cacher un œil au beurre noir peut prendre un congé maladie pour éviter les questions. Si les épisodes se répètent, elle accumule les retards, les absences, ou elle est moins productive sur place – ce qui peut compromettre son emploi. Nombre de femmes finissent par perdre leur travail à cause de ces troubles (licenciement pour performance insuffisante ou absences, ou démission contrainte car elles ne peuvent plus tout gérer). Celles qui n'avaient pas d'emploi au départ voient leur capacité à en chercher un fortement diminuée : le traumatisme entame l'initiative et la confiance nécessaires pour décrocher un emploi (difficulté à se présenter à un entretien, peur d'échouer, etc.). Ainsi, la violence conduit souvent à un appauvrissement de la femme. Si elle se sépare, son revenu peut chuter drastiquement, d'autant qu'en Tunisie la pension alimentaire n'est pas toujours versée ou suffisante. Beaucoup de survivantes se retrouvent à dépendre de la famille ou de l'aide sociale. Cette précarité économique alimente un cercle vicieux : le stress financier vient s'ajouter au trauma psychique, aggravant la dépression et l'anxiété, qui à leur tour rendent la réinsertion professionnelle plus ardue. C'est ainsi que certaines tombent dans une forme de pauvreté durable, en particulier si la famille d'origine n'est pas en mesure de les soutenir. Une femme qui fuit son foyer violent peut aussi perdre son logement (s'il était au nom du mari) et devoir accepter des conditions précaires (hébergement chez des tiers, refuge temporaire, etc.). Sans ressource et sans logement stable, la pression sur sa santé mentale augmente encore.

## Précarité socio-économique et marginalisation

Faute de soutien adéquat, une survivante de violences peut glisser vers la marginalité. Des témoignages évoquent des femmes qui, n'ayant pu se reconstruire ni financièrement ni psychologiquement, finissent dépendantes de l'aide publique ou associative sur le long terme. Par exemple, l'ATFD et d'autres associations accueillent parfois des femmes dans leurs refuges qui y restent de longs mois car elles n'ont pas de travail, pas de famille vers qui retourner et un

tel traumatisme qu'elles ne parviennent pas à redevenir autonomes. Le risque est qu'elles tombent dans un statut de "cas sociaux", alors qu'au départ ce sont des femmes valides dont la vie a été brisée par la violence. En zone rurale, certaines qui fuient un mari violent se retrouvent à vivre dans la clandestinité chez des proches éloignés, sans revenu, parfois contraintes à des conditions très dures (comme travailler au noir dans des fermes pour subsister). Ce déclassement social est l'une des pires conséquences indirectes de la violence : la femme perd tout (conjoint, domicile, emploi, statut) et se retrouve dans la précarité, ce qui évidemment pèse sur sa santé mentale (double peine). Ainsi, la violence contribue à féminiser la pauvreté, et la pauvreté elle-même aggrave les troubles mentaux – on voit la boucle.

### Stigmatisation sociale des survivantes

Un élément particulièrement délétère est la stigmatisation que peuvent subir les femmes ayant des troubles psychologiques liés aux violences. Dans la société, elles peuvent cumuler deux stigmates : être une "femme battue" et être perçue comme "déséquilibrée". Le premier stigmat porte encore une connotation péjorative, comme si la femme était partiellement responsable ou du moins marquée d'infamie. Le second stigmat, celui de la santé mentale, est lourd dans toutes les cultures : une femme souffrant de dépression sévère ou de stress post-traumatique risque d'être incomprise, voire moquée ("elle fait sa folle", "elle est faible"). Ensemble, cela peut conduire à un isolement social extrême. Par exemple, des voisins ou collègues qui apprennent qu'une femme a eu des "problèmes" avec son mari peuvent lui tenir des propos maladroits voire blessants du genre "Il faut tourner la page, arrête d'y penser", ne comprenant pas pourquoi elle n'y arrive pas, et finissent par l'éviter. La femme peut sentir qu'elle n'appartient plus au groupe social normal, qu'elle est doublement différente. Cette stigmatisation se manifeste aussi dans la famille : certaines survivantes racontent que leurs propres parents ou proches, après la séparation, ne voulaient plus trop qu'elles en parlent car cela les gênait, ou qu'on leur a dit "passe à autre chose, arrête de te plaindre" alors qu'elles faisaient des crises d'angoisse. Ce manque de validation et parfois cette attribution d'une identité de "personne à problèmes" aggravent le sentiment de solitude de la personne. Plutôt que d'être entourée et valorisée pour son courage d'avoir survécu, elle se sent mise à l'écart, suspectée d'être instable. Il y a là une injustice sociale de plus, et beaucoup se replient davantage pour ne pas subir ces jugements.

### Difficultés relationnelles au-delà de la famille

Les troubles post-traumatiques affectent la capacité de la survivante à maintenir ou nouer des liens sociaux en général. Comme mentionné, la méfiance généralisée est un symptôme courant :

cela ne touche pas que la sphère intime, mais aussi l'amitié, les relations de voisinage, le rapport aux autres en société. De nombreuses femmes deviennent socialement retirées. Soit parce qu'elles ont honte (elles pensent que leur statut de victime se voit ou qu'elles seront jugées), soit parce qu'elles n'ont plus goût à ces interactions, soit par difficulté à faire confiance. Une femme trahie par son conjoint peut perdre confiance en la bonté des gens en général, se disant que n'importe qui peut la blesser. Certaines développeront des amitiés presque exclusivement avec d'autres survivantes (par exemple, en groupe de soutien) car ce sont les seules personnes en qui elles se sentent en sécurité – ce qui peut être bien, mais restreint le cercle social. D'autres au contraire nient leur vulnérabilité et essaient de reprendre une vie mondaine normale, mais elles peuvent se sentir en décalage avec leurs amis qui n'ont pas connu de tels traumatismes. Le risque est une érosion du réseau de soutien : moins d'amis, ou des liens distendus, donc moins de possibilités de parler, de s'appuyer sur autrui. Or, on sait que le soutien social est un facteur clé de résilience. Donc, l'isolement social, qu'il soit par stigmatisation ou retrait volontaire, constitue une complication majeure du parcours de guérison.

### Autonomie et prise de décision

Les séquelles psychologiques de la violence peuvent miner la capacité de la survivante à prendre des décisions et à gérer sa vie quotidienne de manière autonome. Par exemple, la prise de décision devient pour beaucoup un cauchemar : elles doutent d'elles en permanence. Après des années où on lui a répété qu'elle ne vaut rien et qu'elle fait tout de travers, la femme intériorise un fort manque de confiance en son jugement. Même une fois sortie de l'emprise, elle peut se montrer indécise pour des choix simples (quoi cuisiner, comment dépenser de l'argent) et complètement perdue pour des choix importants (où habiter, quel travail chercher, dois-je divorcer formellement, etc.). La peur du changement est aussi un héritage du trauma : l'inconnu a un côté terrifiant pour qui a été brisée, d'où une tendance à rester dans des situations connues même si elles sont sub-optimales. Ce phénomène explique pourquoi, parfois, des survivantes tardent à améliorer leur sort alors qu'objectivement elles pourraient (par exemple, ne pas saisir une opportunité de formation, ou hésiter à déménager dans un endroit plus favorable) – ce n'est pas de la paresse, c'est la paralysie décisionnelle due au trauma. Ce manque d'initiative et cette difficulté à se projeter peuvent les maintenir plus longtemps dans des conditions défavorables, perpétuant le mal-être. C'est pourquoi un accompagnement psycho-social est crucial pour les remobiliser et les aider à reconstruire leur autonomie.



## Impact sur les enfants à long terme

Bien que le rapport soit centré sur les femmes, il faut souligner l'impact intergénérationnel : l'état de santé mentale d'une mère survivante de violences peut avoir des effets durables sur ses enfants. Des études internationales montrent que les enfants de mères dépressives ou traumatisées sont plus à risque de développer eux-mêmes des problèmes émotionnels ou comportementaux. Par exemple, un enfant qui grandit avec une mère souffrant de SSPT non traité peut ressentir son anxiété et en être contaminé, ou manquer de l'encadrement affectif suffisant, ce qui peut altérer sa propre construction psychique. Il y a aussi le risque de reproduction du schéma de violence plus tard : les garçons ayant vu leur père violenter leur mère et n'ayant pas bénéficié d'un encadrement thérapeutique pourraient intégrer ce modèle ou éprouver de la colère non résolue ; les filles ayant vu leur mère victime pourraient, en l'absence de discours contraires, intégrer une position de soumission. Bien entendu, ce n'est pas une fatalité et beaucoup d'enfants de survivantes, au contraire, développent une forte volonté de ne pas reproduire cela (on voit des fils extrêmement protecteurs avec leur mère, des filles qui deviennent militantes anti-violence). Mais statistiquement, le traumatisme se transmet en partie, ce qui élargit le cercle d'impact de la violence bien au-delà de la seule victime initiale.

## Coûts économiques et sociétaux

Du fait de ce qui précède – pertes d'emplois, recours à l'aide sociale, problèmes de santé – la mauvaise santé mentale des femmes survivantes de violence a également un coût pour la société. Bien qu'en Tunisie il n'y ait pas encore d'étude chiffrant précisément ce coût (comme cela a pu être fait dans certains pays, calculant le coût des violences domestiques en termes de soins de santé, de journées de travail perdues, etc.), on peut l'imaginer substantiel. Le coût direct sur le système de santé est lié aux consultations médicales et psychologiques, aux hospitalisations éventuelles pour dépression ou tentative de suicide, aux médicaments consommés, etc. Le coût indirect est via la perte de productivité (une femme qui quitte le marché du travail précocement ou travaille en-dessous de ses capacités à cause de ses troubles), via la prise en charge sociale (allocations, aide au logement), et via les effets sur les enfants (éventuels troubles nécessitant des prises en charge éducatives ou psychologiques). Si l'on prend un exemple : une femme fonctionnaire qui devient dépressive du fait de violences, se retrouve en congés maladie longs puis en invalidité – l'État continue de verser un salaire ou une pension sans contrepartie productive, et finance par ailleurs ses traitements. Multipliez par des milliers de cas cachés, et l'on voit que la violence conjugale n'est pas qu'un drame privé mais aussi un fardeau socio-économique. Ce constat est d'ailleurs l'un des arguments pour investir

dans la prévention et la prise en charge : c'est un investissement rentable humainement et financièrement d'aider ces femmes à aller mieux, car elles pourront plus vite reprendre un rôle actif dans la société.

En conclusion, les troubles psychologiques issus des violences ont des effets dominos sur tous les aspects de la vie d'une survivante. Sa famille peut se désagréger ou souffrir, ses enfants être affectés ; sa capacité à travailler et subvenir à ses besoins est amoindrie, ce qui la précarise ; elle peut être marginalisée socialement et perdre confiance en sa capacité à décider pour elle-même. Ces répercussions montrent que la prise en charge de la santé mentale de ces femmes n'est pas seulement une question individuelle mais un enjeu collectif : en soignant ces blessures invisibles, on permet à une mère d'être plus présente pour ses enfants, à une professionnelle de retrouver sa place dans l'économie, à une citoyenne de participer pleinement à la vie sociale. C'est pourquoi les dispositifs de soutien ne doivent pas viser seulement la cessation de la violence, mais aussi l'accompagnement de la reconstruction psychique et sociale. Les chapitres suivants examineront justement comment la Tunisie organise (ou n'organise pas encore suffisamment) la prise en charge psychologique de ces femmes, et quel est l'état du cadre légal et institutionnel dans cette perspective de réhabilitation complète.

## Partie IV : Dispositifs de prise en charge psychologique des femmes survivantes

### Chapitre 1 : Structures de santé mentale et services psychologiques disponibles

Pour répondre aux besoins psychologiques des femmes survivantes de violence, il est indispensable de s'appuyer sur un système de santé mentale robuste et accessible. Ce chapitre dresse un état des lieux des structures de santé mentale en Tunisie et des services qu'elles offrent spécifiquement (ou non) aux survivantes de violences. Il englobe le secteur public (hôpitaux, centres de santé) ainsi que la disponibilité des professionnels.

#### État général du système de santé mentale en Tunisie

La Tunisie dispose de quelques grandes structures psychiatriques publiques : notamment l'Hôpital Razi à La Manouba (Tunis), principal hôpital psychiatrique du pays, et des services de psychiatrie dans les CHU (centres hospitalo-universitaires) des grandes villes (Sfax, Sousse, Monastir...). On compte également certains centres médico-psychologiques régionaux, mais leur nombre est limité. Le nombre de psychiatres pour 100000 habitants en Tunisie est relativement faible (autour de 1,5 à 2 pour 100000, d'après les données OMS), et celui des psychologues l'est aussi (les estimations tournent autour de 3 à 5 psychologues pour 100000). Ces professionnels sont en majorité concentrés dans le Grand Tunis et quelques grandes villes, laissant de vastes zones intérieures quasiment dépourvues de spécialistes en santé mentale. Cela signifie que les ressources de base pour aider les survivantes – comme pour tout patient psychiatrique – sont insuffisantes et inégalement réparties. Au total, l'infrastructure de santé mentale tunisienne reste en sous-effectif : par exemple, on recense seulement deux hôpitaux psychiatriques publics majeurs (Razi et l'hôpital de Sfax), ce qui est très peu pour 12 millions d'habitants. Il n'existe pas de réseau dense de centres de santé mentale communautaires.

#### Dispositifs de soins psychologiques dans le secteur public

Les femmes survivantes de violences peuvent théoriquement être prises en charge à différents niveaux dans le secteur public :

##### *Hôpitaux et CHU*

La plupart des grands hôpitaux régionaux ont un service de psychiatrie ou au moins un psychiatre consultant. Ainsi, une femme présentant un trouble sévère (tentative de suicide, crise post-traumatique aiguë) peut être adressée à ces services. Cependant, il

n'y a pas (à ce jour) d'unités spécialisées dédiées aux survivantes de violence. Les services accueillent tout type de troubles, sans parcours spécifique pour les violences de genre. Une femme qui se présente aux urgences après une agression pourra être vue par un psychiatre de garde si elle est en état de choc (c'est rare, souvent l'aspect médical prime et la dimension psychologique n'est pas immédiatement traitée).

### *Centres de soins de base*

Le système de santé de première ligne en Tunisie n'intègre pas de psychologue dans ses effectifs standard. On y trouve des médecins généralistes, sages-femmes, etc., qui ne sont pas spécialistes du psychisme. Il arrive que certaines CSB aient un généraliste ayant reçu une formation en santé mentale (via des programmes comme "Santé mentale en soins primaires"), mais c'est ponctuel. Dans l'ensemble, il y a un manque de personnel formé à repérer les troubles psychiques lors des consultations de routine. Donc, une femme qui irait consulter pour des maux de tête ou d'estomac (symptômes somatiques du stress) dans un CSB risque de ne pas voir son problème de fond détecté, faute de protocoles de dépistage de la violence domestique dans ces structures. L'orientation vers un psychologue ou un psychiatre depuis la première ligne n'est pas systématique, sauf si la femme elle-même verbalise clairement son besoin (ce qui est rare).

### *Programmes spécialisés*

Suite à la loi de 2017, quelques programmes pilotes ont été initiés. Par exemple, un projet de "Centre d'Assistance Psychologique" a été lancé à Ben Arous (Grand Tunis) dans le cadre d'un partenariat ONFP/ONU Femmes. Ce centre visait à offrir un accompagnement psychologique aux femmes survivantes, en lien avec la police, la justice, etc. Il s'agit d'expériences limitées géographiquement. Hormis cela, il n'y a pas encore de "cliniques du trauma" officielles. Dans certains hôpitaux, on a mis en place des consultations dédiées aux survivantes de violence en collaboration avec l'ONFP (par exemple, l'ONFP a déployé des unités d'écoute au sein de quelques hôpitaux régionaux). Mais globalement, ces initiatives restent localisées et sous-capacitaires.

## **Orientation des survivantes vers les services de santé mentale**

Actuellement, l'orientation vers un professionnel de la santé mentale relève souvent du parcours du combattant. En théorie, plusieurs portes d'entrées existent :

- Policiers et gendarmes : Depuis 2018, les unités spécialisées VFF (violences faites aux femmes) au sein de la police/garde nationale devraient, selon la loi, informer la

plaignante de son droit à un accompagnement psychologique. Mais en pratique, cela dépend des individus. Il n'existe pas un protocole généralisé où la police délivre un bon d'orientation à un psychologue. Quelques conventions locales ont été signées, par ex. entre la police de Sfax et l'hôpital psychiatrique de Sfax, mais ce n'est pas national. La loi 2017 prévoyait que la plaignante puisse être assistée par un psychologue lors de sa déposition, mais cela reste rarement appliqué faute de personnel disponible. Donc, souvent, la police enregistre la plainte et oriente vers... pas grand-chose, à part un certificat médical pour les blessures physiques.

- Services d'urgences médicales : Dans l'idéal, si une femme arrive blessée à l'hôpital, on devrait appeler une unité de psychiatrie de liaison ou un psychologue pour un soutien immédiat. Dans la réalité, les urgences sont débordées et focalisées sur le soin somatique. Il n'y a pas, sauf exception, de cellule d'urgence psychologique prête à intervenir 24h/24. Donc, une femme en état de choc risque de n'être abordée que somatiquement (pansements, radio) et renvoyée chez elle avec un calmant, sans évaluation psychologique. C'est un maillon manquant reconnu par les experts.
- Assistantes sociales du ministère de la Femme ou de la Justice : Parfois, après dépôt de plainte, une assistante sociale peut entrer en jeu (chaque tribunal a une assistance sociale, et le ministère de la Femme déploie des déléguées régionales). Ces professionnelles peuvent orienter vers un centre d'écoute, un psychologue ou un psychiatre s'il y en a un dans la région. Mais leur réseau est limité par l'offre existante. Si l'assistante sociale connaît une association locale, elle fera le lien. Mais si rien n'existe à proximité, la recommandation reste théorique.

En pratique, beaucoup de femmes cherchent elles-mêmes de l'aide psychologique, souvent en dernier ressort. Par exemple, certaines vont consulter un psychiatre privé (si elles ont les moyens) parce qu'elles se sentent dépressives – sans toujours révéler la cause violence, d'ailleurs. D'autres appellent un numéro vert (1899) où on peut leur conseiller d'aller voir un professionnel de la santé mentale ou de se rendre dans un hôpital. Il n'y a pas de parcours coordonné automatique où l'institution prend la femme par la main de A à Z. C'est souvent à elle de naviguer, ce qui dans son état est très difficile.

### Accessibilité financière des soins psychologiques

Dans le secteur public tunisien, les consultations hospitalières en psychiatrie sont quasiment gratuites ou à coût symbolique (surtout pour les cas suivis). Cependant, l'accès est limité par le

peu de créneaux disponibles et parfois la distance. Beaucoup de femmes, faute de rendez-vous rapide dans le public, se tournent vers le secteur privé (psychiatres ou psychologues en cabinet). Or, le coût est un obstacle de taille : une séance chez un psychologue privé coûte en moyenne 50 à 80 dinars, un montant prohibitif pour la majorité des femmes qui, rappelons-le, n'ont souvent pas de revenu propre. La CNAM (Caisse d'Assurance Maladie) ne rembourse pas les psychologues (ils ne sont pas conventionnés) et ne couvre partiellement les psychiatres qu'après un long parcours administratif. Il existe très peu de dispositions spécifiques pour la gratuité des soins psychologiques aux survivantes. La loi 2017-58 mentionne le droit à un accompagnement psychologique, mais sans fixer de mécanisme de prise en charge financière. Donc dans les faits, le coût est un frein majeur : beaucoup de survivantes n'entament pas de suivi psychologique parce qu'elles ne peuvent pas payer, surtout si elles ont quitté le conjoint et se retrouvent sans ressources. Certaines associations pallient en finançant quelques séances par projet, mais c'est ponctuel.

### Formation du personnel de santé au repérage des violences

Historiquement, ce n'était pas intégré dans la formation médicale. Ces dernières années, grâce à des programmes avec l'ONFP et l'UNFPA, des formations ont été faites pour sensibiliser médecins et sages-femmes à dépister les violences (par exemple, poser discrètement la question lors d'une consultation prénatale si on suspecte quelque chose). Toutefois, ce n'est pas encore systématique. Beaucoup de praticiens de première ligne passent à côté de signes de violences ou n'osent pas poser la question, par manque d'aisance ou crainte d'aggraver la situation. Des guides existent (il y a un "guide du personnel de santé pour l'identification des violences" élaboré en 2016), mais leur diffusion et appropriation sont inégales. En bref, la formation reste lacunaire : "Oui, on en a entendu parler, mais on n'a pas de protocole dans notre centre", disent encore de nombreux médecins.

### Nombre de professionnels de la santé mentale dans le public

Officiellement, la Tunisie comptait vers 2020 environ 300 psychiatres pour tout le pays (tous secteurs confondus) et peut-être 200-300 psychologues praticiens dans le public. Ce ratio est très bas (2 professionnels pour 100000 habitants, alors que l'OMS recommande au moins 5). En outre, la répartition est un problème : plus de la moitié sont à Tunis. Le Centre et le Sud ont très peu de psychologues publics. Par exemple, un gouvernorat rural pourrait n'avoir aucun psychologue dans ses structures de santé. Cela signifie concrètement que les victimes vivant dans l'intérieur du pays n'ont souvent personne vers qui se tourner localement. Elles devraient

se déplacer vers la capitale ou une grande ville côtière pour un suivi spécialisé – ce qui est irréaliste pour beaucoup (coût du déplacement, obligations familiales, etc.).

En outre, ceux qui sont en poste portent une charge énorme. Un centre de santé intégré de quartier avec un psychologue voit défiler tous types de patients : les troubles des enfants, des adultes, etc., les victimes de violence ne sont qu'un groupe parmi d'autres, et parfois pas la priorité. On recense aussi des départs de psychologues du public vers le privé ou l'étranger car les conditions de travail sont difficiles (charge, salaire faible). Cela pose la question de la pérennité : même les quelques psychologues existants ne sont pas garantis de rester.

### Rôle de l'ONFP et planning familial

L'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) a été un acteur important dans l'accès à la santé reproductive, et depuis quelques années il s'implique dans la lutte contre la violence. L'ONFP gère des centres de santé reproductive et a intégré un volet "écoute des femmes victimes" dans plusieurs de ses cliniques. Par exemple, il y a des "espaces d'écoute" dans certaines cliniques de planning familial où une psychologue ou conseillère prend en charge les confidences de violence et peut orienter. L'ONFP, avec ses conseillères familiales, est souvent un premier contact pour des femmes qui n'iraient pas spontanément voir un psychologue mais viennent pour une consultation gynécologique ou contraception. Ces conseillères ont été formées à repérer les signes de violence (par ex., une femme qui demande en cachette une contraception d'urgence parce que le mari l'a violée, etc.) et à offrir un soutien de base. L'ONFP a aussi été leader dans la formation du personnel médical sur l'approche genre. Donc, on peut dire que les services de planning familial élargis jouent un rôle de pivot : ils ne remplacent pas un suivi psychologique approfondi, mais ils fournissent un lieu bienveillant où la parole peut se libérer, et orientent vers les rares structures disponibles (ou à défaut, assurent un soutien psychologique ponctuel eux-mêmes, via la psychologue ONFP présente).

En résumé, le dispositif de santé mentale public en Tunisie est assez déficient en volume et en maillage, mais c'est un passage obligé pour la majorité des survivantes qui ne peuvent se payer le privé. Le constat est que ce dispositif n'a pas encore été suffisamment adapté spécifiquement aux femmes survivantes : pas de parcours spécialisé, pas de priorité donnée, pas de multiplication de professionnels du soin psychique pour absorber la demande. Quelques innovations pilotes existent (centre psycho-social, protocole d'orientation hospitalière), mais elles ne couvrent pas tout le pays. Il y a donc un gros travail à faire pour renforcer et systématiser ces structures.

La question financière est cruciale également – actuellement, sauf prise en charge associative, les survivantes doivent souvent payer ou se passer de suivi. Le soutien psychologique devrait être considéré comme une part intégrante de l’aide aux survivantes, au même titre que l’assistance juridique, donc idéalement gratuit et facilement accessible. Nous verrons en Partie VI que l’insuffisance de ressources humaines et l’inégalité d’accès sont identifiés comme des freins majeurs. Avant cela, tournons-nous vers ce qui existe en dehors du secteur de la santé classique, car d’autres acteurs, notamment les OSC et dispositifs sociaux, contribuent à l’aide psychologique des survivantes.

## Chapitre 2 : Aide psychologique et sociale dédiée aux survivantes (OSC, refuges, hotline)

En plus du système de santé formel, la Tunisie a développé ces dernières années tout un écosystème de structures spécialisées pour accueillir et soutenir psychologiquement les femmes survivantes de violences. Beaucoup de ces initiatives viennent du secteur associatif ou d’actions gouvernementales spécifiques via le Ministère de la Femme. Elles jouent un rôle crucial, souvent complémentaire au système de santé publique, en offrant une prise en charge holistique (hébergement, écoute, conseils) dans un cadre non médicalisé.

### Centres d’hébergement pour femmes survivantes :

Un autre élément essentiel de protection est la disponibilité de structures d’hébergement d’urgence (foyers ou refuges) pour mettre les victimes à l’abri. Longtemps, la Tunisie a manqué de tels centres : jusqu’en 2016, on ne comptait qu’un seul centre d’hébergement public pour femmes violentées (le Centre El Amen à Tunis, géré par l’Union Nationale de la Femme Tunisienne) et quelques centres d’accueil de jour gérés par des OSC. Consciente de cette lacune, l’État a récemment accéléré l’ouverture de refuges dans les régions. Ainsi, en 2022, le Ministère de la Famille, de la Femme, de l’Enfance et des Seniors a annoncé l’ouverture de cinq nouveaux centres d’hébergement dédiés aux femmes victimes de violence et à leurs enfants, dans les gouvernorats de Kairouan, Gabès, Tozeur, Jendouba et Tataouine. Ces centres, mis en place via des conventions de partenariat avec des associations locales (par exemple l’UNFT ou d’autres OSC locales qui en assurent la gestion), offrent un lieu sûr où les femmes peuvent se réfugier temporairement. Chaque centre dispose de capacités d’accueil variables – par exemple 30 lits au centre de Jendouba, 8 lits à Tozeur, 10 lits à Tataouine, etc. – et propose un accompagnement pluridisciplinaire (hébergement, assistance psychologique, aide juridique, réinsertion socio-économique). L’extension de ce réseau de refuges est une avancée majeure car elle permet pour



la première fois une couverture de plusieurs régions de l'intérieur, alors qu'auparavant les femmes de ces zones devaient souvent être orientées vers Tunis ou Sousse pour être mises en sécurité. Il subsiste néanmoins des régions sans refuge opérationnel à ce jour, et la capacité globale reste inférieure à la demande potentielle, surtout en période de crise (comme les confinements COVID où les violences domestiques ont augmenté).

### Services psychologiques dans les refuges

Les foyers pour femmes survivantes essaient de fournir sur place ou via des partenariats un soutien psychologique. Par exemple, au centre de Tunis, il y a des psychologues rattachées (souvent détachées du Ministère de la Femme ou de la Santé) qui assurent des entretiens réguliers avec les résidentes. Des groupes de parole sont parfois organisés, permettant aux femmes de partager entre elles leur vécu sous la facilitation d'une psychologue. Les enfants des résidentes, s'ils sont présents, peuvent également recevoir une attention psychologique (certains centres sollicitent des psychologues pour les enfants traumatisés). Néanmoins, tous les refuges n'ont pas de psychologue à plein temps. Parfois, ils font appel à des professionnels extérieurs quelques jours par semaine ou sur demande. L'idéal – pas toujours atteint – est une équipe pluridisciplinaire complète : psychologue, assistante sociale, juriste, éducatrice pour enfants. En pratique, les moyens sont serrés et les psychologues peu nombreux. Il n'est pas rare que les associations gestionnaires doivent quémander l'aide de psychologues bénévoles. Malgré cela, les témoignages de résidentes soulignent l'importance d'avoir sur place quelqu'un à qui parler dès qu'une crise d'angoisse surgit en pleine nuit, ou qui les accompagne dans la reconstruction de leur estime de soi sur plusieurs semaines.

### Ligne verte 1899

Mise en place en 2016, la hotline 1899 est un service téléphonique gratuit, accessible 24h/24 et 7j/7, géré par le Ministère de la Femme. Son rôle est multiple : écoute active, soutien psychologique de première ligne, information sur les droits et les services, et orientation vers les structures appropriées. En pratique, l'équipe de la ligne verte est composée de conseillères sociales et de psychologues. Lorsque qu'une femme appelle en détresse, l'écoutante lui offre d'abord une écoute empathique – ce simple fait de pouvoir parler à quelqu'un de neutre et bienveillant est déjà une forme de soutien psychologique immédiat. Si nécessaire, la psychologue de permanence peut la guider pour gérer son anxiété (par ex., techniques de respiration) et l'apaiser dans l'instant. Ensuite, la ligne fournit des informations pratiques : où se rendre (commissariat spécialisé le plus proche, centre d'écoute local, numéro d'avocat commis d'office, etc.). Elle peut aussi déclencher une intervention d'urgence ; par exemple, en

cas de danger de mort imminent, la ligne avertit la police. Les statistiques montrent une utilisation croissante : en 2019, la ligne a reçu plus de 7 000 appels relatifs à la violence. Les appels ont flambé durant le confinement 2020, signe que les femmes se sont tournées massivement vers ce canal lorsque d'autres portes étaient fermées. On sait que plus de la moitié des appelantes demandent avant tout un soutien psychologique, pas uniquement juridique. Elles cherchent une oreille, à exprimer leur souffrance. La ligne verte est donc devenue un outil de soutien psychologique de première ligne très important en Tunisie. Elle manque cependant de ressources pour un suivi approfondi : elle peut conseiller de rappeler, faire un suivi sur quelques appels, mais ne remplace pas une thérapie. Son efficacité dépend aussi de la capacité à orienter vers des services effectifs derrière (refuge, police) – or, on l'a vu, ces services sont limités. Néanmoins, la ligne verte a sans doute sauvé des vies et évité des drames psychiques plus graves, en brisant l'isolement de nombreuses survivantes.

### Statistiques d'utilisation de la hotline

Le rapport 2019 du ministère indique environ 17 000 appels reçus cette année-là, dont 40% environ liés directement à des situations de violence. En 2020, ce nombre a doublé (effet Covid). Les profils des appelantes couvrent toutes les régions (beaucoup d'appels du Grand Tunis, mais aussi du Centre-Ouest). On constate que 72,5 % des appelantes sont mariées, ce qui concorde avec le fait que la violence conjugale est le motif principal. Il est intéressant de noter que la demande principale formulée lors des appels n'est pas toujours "je veux porter plainte" mais souvent "je ne sais pas quoi faire, aidez-moi" – signe de la détresse psychologique plus que de la recherche immédiate de sanctions. Le service est donc utilisé comme un soutien émotionnel autant que comme une plateforme d'orientation.

### Les centres d'écoute, d'orientation et d'accompagnement

En complément de l'hébergement d'urgence, il existe des structures d'accueil de jour et d'orientation. L'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) gère depuis les années 1990 des centres de santé reproductive où ont été intégrés des unités d'écoute pour les femmes victimes de violence. Des associations disposent également de centres d'écoute et d'orientation à Tunis (ATFD, Beity...), Sousse, Sfax, etc. Ces lieux permettent aux femmes de se confier à des professionnels (psychologues, assistants sociaux) et de recevoir les informations sur leurs droits et les services disponibles. Ils jouent un rôle crucial dans la protection psychosociale, car être écoutée et conseillée est le premier pas pour sortir de la violence. Selon une enquête qualitative, les "îlots de bonnes pratiques" que constituent certains centres d'écoute associatifs

sont très appréciés des survivantes qui y ont eu recours, même s'ils restent trop peu nombreux au regard des besoins.

### Collaboration OSC – psychologues

Les OSC féministes ont compris très tôt l'importance du soutien psychologique. L'ATFD a toujours inclus des psychologues dans son centre d'écoute. De manière générale, plusieurs associations ont soit un·e psychologue salarié·e dans l'équipe, soit font appel à un réseau de psychologues bénévoles ou payés à la vacation. Par exemple, l'association Beity collabore avec des psychologues volontaires qui viennent animer des groupes de parole. Le défi est que les financements associatifs sont souvent limités, donc salarier un psychologue à plein temps est difficile ; elles fonctionnent par projets (par ex. un financement de l'UE pour un projet de soutien psychosocial pendant 12 mois permet de recruter un psychologue durant ce laps de temps). Néanmoins, le maillage associatif permet qu'à peu près dans chaque grande région, il y ait au moins une structure où une survivante peut trouver une écoute qualifiée. Ces associations intègrent le soutien psychologique comme un volet de leur accompagnement, aux côtés du conseil juridique et de l'aide matérielle. C'est ce qu'on appelle l'approche "holistique", qui est promue depuis la loi 2017.

### Groupes de soutien et entraide par les pairs

Une évolution récente est la mise en place de groupes de parole entre survivantes. Par exemple, l'association Tahadi a organisé des ateliers où d'anciennes survivantes stabilisées viennent partager leur expérience avec des nouvelles, sous supervision d'une psychologue – ce type de démarche aide à reconstruire l'estime de soi et montre aux femmes qu'elles ne sont pas seules. De même, dans le cadre du projet gouvernemental "Maison de la Femme", des activités d'autonomisation (couture, cuisine, etc.) sont proposées aux femmes, ce qui crée de l'entraide informelle. Des cafés psychologiques ont même été tenus pendant la campagne des 16 jours d'activisme, où des survivantes témoignaient publiquement, ce qui a un effet cathartique. Ces initiatives sont encore ponctuelles, mais prometteuses. Elles permettent aux femmes de transformer leur douleur en force collective, de rompre l'isolement et de redevenir actrices de leur vie.

Il faut mentionner également les groupes en ligne : des communautés sur Facebook (fermées et modérées) où des survivantes tunisiennes échangent sous couvert d'anonymat. C'est une forme moderne d'entraide par les pairs qui s'est développée (#EnaZeda a libéré beaucoup de parole

sur les réseaux). Évidemment, cela ne remplace pas un suivi psychologique, mais cela peut y contribuer.

## Rôle des organisations internationales

Les agences onusiennes (ONU Femmes, UNFPA, UNICEF, OMS) et l'Union Européenne ont beaucoup soutenu la mise en place de ces dispositifs. Par exemple, ONU Femmes a financé le centre d'écoute de l'ATFD de Kairouan et la création de plusieurs refuges. L'UNFPA a travaillé avec l'ONFP pour former le personnel de santé et créer des unités d'écoute dans les centres de planning. L'UNICEF s'est intéressé au sort des enfants de survivantes et a appuyé des projets pour leur prise en charge. L'UE a financé un programme d'appui budgétaire pour la mise en œuvre de la loi 2017-58 qui inclut du soutien aux OSC tunisiennes et la mise en place de l'Observatoire. Ces partenaires ont également amené une expertise technique (par exemple, l'OMS a fourni un protocole de prise en charge médico-légale holistique qui intègre un volet psychologique). On peut dire qu'une grande partie des avancées concrètes de terrain (centres, hotlines, formations) a été catalysée par ces aides extérieures. Le défi sera de pérenniser tout cela sur fonds propres tunisiens.

En somme, hors du système de santé classique, un maillage de structures spécialisées s'est développé pour apporter une aide psychosociale complète aux survivantes : écoute empathique, hébergement sécurisé, suivi psychologique, accompagnement juridique et réinsertion. Ces structures, qu'elles soient publiques (sous l'égide du Ministère de la Femme) ou associatives, sont souvent plus proches des besoins des femmes, car nées de l'expérience de terrain. Elles offrent un environnement moins stigmatisant et plus chaleureux que l'hôpital, ce qui favorise la libération de la parole. Cependant, elles font face à des défis : nombre insuffisant (il faudrait idéalement au moins un refuge par gouvernorat, on en est loin), financements précaires, surcharge de travail pour le personnel militant. Malgré tout, leur apport est incontestable : sans elles, la plupart des survivantes n'auraient aucun soutien psychologique.

L'idéal serait une meilleure coordination entre ces acteurs et le système de santé public, pour que le parcours de la femme soit fluide : par exemple, qu'une femme puisse être transférée d'un refuge à un hôpital psychiatrique si besoin, ou inversement qu'en sortie d'hôpital elle soit orientée vers un centre d'écoute. Actuellement, cette coordination repose souvent sur des contacts informels plutôt que sur un protocole systématique. Cela nous amène au chapitre suivant qui traitera du parcours de prise en charge et de la coordination entre tous ces acteurs,

car le chemin d'une survivante depuis la violence subie jusqu'à la reconstruction traverse généralement plusieurs étapes et institutions.

### Chapitre 3. Aménagements et actualités de la prévention et de la prise en charge des violences faites aux femmes post loi 2017-58

La prévention des violences faites aux femmes constitue un axe prioritaire de la politique publique tunisienne depuis la promulgation de la loi de 2017. Conformément aux obligations légales, de nombreuses actions de sensibilisation et d'éducation ont été entreprises à travers le pays. Chaque année, la Tunisie participe activement à la campagne internationale « 16 jours d'activisme contre la violence de genre » autour du 25 novembre (Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes). Dans ce cadre, des campagnes médiatiques, des conférences-débats et des événements publics sont organisés afin de dénoncer les violences et promouvoir une culture de non-violence et d'égalité. Par exemple, fin 2021, une série de dialogues a été menée avec des juges et des magistrates sur la thématique de la violence politique à l'égard des femmes, tandis que des édifices publics étaient illuminés en orange en signe de solidarité. De même, le 13 août (Journée nationale de la femme tunisienne), des actions de sensibilisation ont eu lieu, telles que des expositions mettant en avant les acquis des femmes et la diffusion d'informations sur la loi 2017-58 auprès du grand public.

Le système éducatif et universitaire a également été mobilisé pour la prévention. Le Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme (CREDIF) a développé des programmes éducatifs promouvant l'égalité de genre et la non-violence. Des sessions de sensibilisation ont ciblé les jeunes dès le milieu scolaire et étudiantin. En 2021, par exemple, des ateliers pilotes ont été conduits dans des établissements d'enseignement secondaire de plusieurs gouvernorats (Kef, Ben Arous, etc.) afin de former des élèves et des encadrants aux moyens de prévenir le harcèlement et la violence en milieu scolaire. Parallèlement, un projet de « clubs de l'égalité » et de « clubs de la paix » a vu le jour dans certaines écoles et universités, visant à impliquer les garçons et les filles dans la promotion du respect mutuel et du dialogue non-violent.

Les ministères sectoriels ont élaboré des outils et guides destinés à leurs personnels pour mieux repérer et prévenir les violences. Le ministère de la Santé, par exemple, a signé en décembre 2017 un protocole de prise en charge multisectorielle des femmes victimes de violence, engageant les structures sanitaires aux côtés des autres intervenants publics. Il a en outre publié un Guide sectoriel de prise en charge des femmes victimes de violence – Secteur de la Santé,

qui détaille le rôle du personnel médical dans le dépistage des violences, l'écoute des patientes et l'orientation vers les services compétents. Des formations continues ont été dispensées aux professionnels de santé (médecins, sages-femmes, psychologues) sur la prise en charge des victimes et la collecte des preuves médico-légales, en partenariat avec l'Office National de la Famille et de la Population et des organismes internationaux.

Les médias et la communication de masse sont également mis à contribution. Des spots radio-télévisés et des campagnes sur les réseaux sociaux diffusent des messages contre la banalisation de la violence domestique et en faveur du respect des droits des femmes. Un accent particulier a été mis récemment sur la sensibilisation aux violences en ligne et au cyberharcèlement, étant donné l'essor des réseaux sociaux comme nouvel espace où se manifestent des violences sexistes (voir plus loin). L'objectif transversal de ces efforts de prévention est d'agir sur les normes sociales et culturelles qui tolèrent ou légitiment la violence. Une étude approfondie a été menée pour identifier les normes sociales et sexo-spécifiques discriminatoires à l'origine des violences de genre. Ses conclusions soulignent le poids encore prégnant des stéréotypes traditionnels et des justifications culturalistes de la domination masculine. Ces résultats ont encouragé les autorités et la société civile à redoubler d'initiatives éducatives, notamment auprès des hommes et des garçons, pour promouvoir des comportements égalitaires et déconstruire les mythes qui banalisent les abus.

Enfin, la prévention passe par le renforcement de la recherche et du suivi du phénomène. À cet égard, l'Institut National de la Statistique (INS) et le CREDIF collaborent pour réaliser périodiquement des enquêtes nationales (comme celles de 2010 et de 2022) et diffuser les connaissances sur l'ampleur et les caractéristiques des violences. Ces données alimentent les campagnes de sensibilisation en objectivant l'urgence du problème et en identifiant les groupes les plus à risque, permettant ainsi de mieux cibler les actions préventives.

## Protection des victimes et procédures judiciaires

La protection des victimes de violence et la répression effective des auteurs constituent le cœur de la réponse publique, conformément aux chapitres “De la protection” et “Des poursuites et procédures” de la loi 2017-58. D'importants progrès ont été accomplis depuis 2018 pour mettre en place les mécanismes prévus par la loi.

En premier lieu, des unités spécialisées d'écoute et d'enquête pour les affaires de violences faites aux femmes ont été créées au sein des forces de l'ordre. Le ministère de l'Intérieur a ainsi instauré, dans chaque district de sécurité (police) et chaque légion de Garde nationale, des

brigades dédiées, composées d'officiers formés aux spécificités de l'accueil des femmes victimes et au recueil de leurs plaintes dans le respect de leur dignité. Ces unités traitent en priorité les signalements de violences conjugales, d'agressions sexuelles, de harcèlement, etc., et veillent à orienter les victimes vers les structures de prise en charge appropriées. Elles travaillent en coordination avec les parquets et juges de famille compétents. Grâce à ce dispositif, les délais de traitement des plaintes tendent à se réduire et le nombre de plaintes enregistrées a augmenté dans certaines régions, signe d'une meilleure confiance des victimes envers les autorités.

Par ailleurs, la loi 2017-58 a introduit le mécanisme de l'ordonnance de protection. Toute victime de violence (ou le Ministère public) peut demander au juge une ordonnance en urgence pour éloigner l'auteur, lui interdire d'entrer en contact avec la victime ou de s'approcher du domicile, et ce même en l'absence de plainte pénale préalable. Depuis 2018, les tribunaux délivrent de plus en plus fréquemment ces ordonnances de protection, ce qui permet d'agir rapidement pour prévenir la récurrence et protéger la victime pendant la phase critique de dénonciation. Néanmoins, le nombre d'ordonnances prononcées reste encore modeste par rapport aux besoins, en raison parfois d'une méconnaissance de ce dispositif par les victimes ou de difficultés procédurales. Des efforts de vulgarisation juridique sont en cours pour encourager davantage de femmes en danger à solliciter ces ordonnances.

Sur le plan judiciaire, des chambres spécialisées n'ont pas formellement été créées (la loi ne le prévoyait pas explicitement), mais les magistrats ont reçu des formations pour une meilleure application des nouvelles dispositions pénales. Le Ministère de la Justice, avec l'appui de partenaires internationaux, a formé des dizaines de juges, procureurs et auxiliaires de justice aux enjeux des violences basées sur le genre, à l'écoute des victimes et à la collecte de preuves, y compris dans les cas de violence domestique où les faits se déroulent dans la sphère privée. Ces formations contribuent à améliorer le taux de poursuites et de condamnations. Selon les données officielles de 2021, le nombre d'affaires de violence conjugale ayant abouti à des condamnations pénales est en hausse par rapport à la période antérieure à la loi, bien qu'il subsiste un écart important entre les violences subies et celles effectivement judiciairisées.

Le secteur de la santé participe également à la protection des victimes sur le plan médico-légal. L'unité médico-judiciaire INJED de l'hôpital Charles Nicolle à Tunis, par exemple, réalise des examens médico-légaux pour documenter les violences (certificats médicaux, prélèvements en cas de violences sexuelles). Ce type d'unité permet d'apporter des preuves aux dossiers judiciaires et de soigner en urgence les victimes. Des protocoles de signalement systématique

par les hôpitaux aux autorités ont été mis en place, en particulier quand des mineures sont concernées ou que la vie de la victime est menacée. Ainsi, tout médecin ou infirmier constatant des blessures ou un traumatisme résultant de violences conjugales est tenu de le notifier aux unités spécialisées ou au procureur de la République. Cette obligation de signalement, prévue par la loi, renforce la détection précoce des cas graves.

Malgré ces avancées, des défis persistent dans le domaine des procédures. De nombreuses victimes continuent à hésiter à porter plainte, par crainte de représailles ou par manque de confiance dans le système. D'autre part, la coordination entre les différents intervenants (police, justice, services sociaux) n'est pas toujours optimale. Pour y remédier, le Ministère de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Seniors (MFFES) a mis en place au niveau régional des cellules de coordination rassemblant les commissariats de police, les délégués à la protection de l'enfance, les services de santé, etc., afin d'assurer le suivi des cas de violence signalés. L'objectif est de suivre chaque cas de manière pluridisciplinaire : protection immédiate, accompagnement social et psychologique, poursuites pénales, etc., en évitant les ruptures dans la prise en charge.

En somme, l'appareil de protection et de répression des violences faites aux femmes s'est considérablement renforcé depuis 2017. L'État tunisien, à travers ses forces de l'ordre, sa justice et ses services déconcentrés, s'emploie à appliquer rigoureusement la tolérance zéro vis-à-vis de ces violences. Les prochaines sections examineront l'autre versant indispensable de la réponse : la prise en charge et l'accompagnement des victimes pour leur permettre de se reconstruire.

## Services de prise en charge des victimes

L'accompagnement des femmes victimes de violences et de leurs enfants constitue un volet essentiel de la lutte contre les violences basées sur le genre. En Tunisie, un réseau croissant de structures d'accueil, d'écoute, d'orientation et d'hébergement s'est développé ces dernières années, géré tant par les pouvoirs publics que par les associations de la société civile en partenariat avec l'État. L'objectif commun de ces structures est d'offrir aux survivantes un espace sûr, une écoute bienveillante, un soutien psychologique, juridique et social, et au besoin un refuge temporaire pour se protéger de l'agresseur.

### *Les centres d'hébergement pour femmes victimes de violences*

Conformément aux dispositions de la loi 2017-58 (chapitre sur les services), l'État tunisien s'est engagé à créer au moins un centre d'hébergement sécurisé pour les femmes victimes de



violences dans chaque gouvernorat. En pratique, cette mise en place s'est faite progressivement, souvent en partenariat avec des OSC locales, via des conventions de gestion. À ce jour (fin 2023), on compte au moins sept centres d'hébergement opérationnels à travers le pays, offrant un refuge temporaire aux femmes violentées et à leurs enfants mineurs les accompagnant. La capacité et les services varient, mais tous proposent le gîte et le couvert, un accompagnement psychosocial, un suivi médical de base, et l'orientation juridique des résidentes. La table ci-dessous présente un inventaire de ces structures d'accueil résidentiel :

<b>Centre d'hébergement (gouvernorat)</b>	<b>Gestionnaire (association)</b>	<b>Ouverture</b>	<b>Capacité</b>
Centre El Amen – Ariana	Association Tunisienne d'Action et d'Équilibre Social (TAMSS)	Mars 2016 (réouvert 2022)	30 lits
Centre Amen – Mahdia	Association « Voix des Femmes » de Mahdia	Février 2018	10 lits (dont 2 enfants)
Centre d'hébergement de Jendouba	Union Nationale de la Femme Tunisienne (UNFT)	Août 2022	30 lits
Centre d'hébergement de Tozeur	Association des Malades du Cancer « Karama » (Tozeur)	Août 2022	8 lits
Centre d'hébergement de Tataouine	Union Nationale de la Femme Tunisienne (UNFT)	Août 2022	10 lits
Centre Ahmini – Gabès	Association Initiative Karama (Gabès)	Août 2022	30 lits
Centre d'hébergement de Kairouan	TAMSS (Programme EMNA UNFPA/UE)	2017 (reprise 2022)	8 lits (+3 lits enfants)

*Tableau 1 : Centres d'hébergement spécialisés pour femmes victimes de violence en Tunisie (à fin 2023).* Chaque centre fait l'objet d'une convention entre le MFFES (via son commissariat régional) et une association locale pour sa gestion quotidienne sur une durée de 3 ans renouvelable. Les centres offrent un hébergement sécurisé et gratuit, généralement pour une durée de quelques semaines à quelques mois, le temps que la femme se réorganise (procédures judiciaires, relogement, etc.).

Ces centres d'hébergement constituent un acquis important. Le premier du genre, El Amen à Ariana (Grand Tunis), a ouvert dès 2016 en partenariat avec l'association TAMSS. Après des travaux de rénovation en 2020, il a rouvert ses portes en février 2022 et a accueilli, depuis sa création, plus de 228 femmes et 252 enfants accompagnants. Ce centre pilote dispose, outre des dortoirs, d'ateliers de formation (couture, confiserie) et d'espaces récréatifs, illustrant une prise en charge holistique axée sur la réinsertion socio-économique des survivantes. Dans le centre Amen de Mahdia, géré par l'association Voix des Femmes, 191 femmes et 29 enfants ont été pris en charge entre 2018 et 2021. Rien qu'en 2021, 44 femmes violentées (dont 45 % de mariées) y ont trouvé refuge, la plupart ayant subi des violences multiples (31 % physiques, 60 % morales et sexuelles). Ces statistiques illustrent le profil des survivantes accueillies, souvent économiquement vulnérables (77 % sans emploi).

Les nouveaux centres ouverts en 2022 dans des régions intérieures (Jendouba, Tozeur, Tataouine, Gabès) comblent partiellement le déséquilibre régional. Ils portent à 12 le nombre de gouvernorats couverts (y compris les centres d'écoute sans hébergement détaillés plus loin). Le ministère a affiché son ambition d'étendre ce réseau à toutes les régions du pays. Dès août 2022, il a annoncé l'ouverture imminente de centres dans cinq nouveaux gouvernorats précités, marquant une étape vers la couverture nationale. Néanmoins, à ce jour, d'importants gouvernorats comme Tunis ou Sfax ne disposent toujours pas de centre d'hébergement public dédié, s'appuyant sur le tissu associatif local pour répondre aux urgences.

#### *Les centres d'écoute, d'orientation et d'accompagnement*

En complément des hébergements d'urgence, le pays compte un réseau dense de centres d'écoute et d'orientation pour les femmes victimes de violence. Ces centres, généralement gérés par des associations spécialisées, n'offrent pas de logement mais proposent une écoute psychosociale, des conseils juridiques et un accompagnement dans les démarches (dépôt de plainte, procédures judiciaires, soins médicaux, etc.). Ils jouent un rôle crucial d'antenne de proximité, souvent en première ligne pour accueillir les victimes qui n'osent pas toujours se rendre directement à la police.

Depuis 2017, plusieurs centres d'écoute ont vu le jour dans le cadre de partenariats État-OSC financés soit par le MFFES, soit par des bailleurs internationaux. On dénombre actuellement au moins une dizaine de centres actifs de ce type, répartis dans différentes régions. Le tableau suivant en fournit quelques exemples représentatifs :

<b>Centre d'écoute &amp; orientation (gouvernorat)</b>	<b>Gestionnaire (association locale)</b>	<b>Ouverture</b>	<b>Observations</b>
Centre « Écoute-moi » – Sidi Bouzid	Association Victoire pour la Femme Rurale	Septembre 2021	16 femmes accompagnées en 2021
Centre Appui juridique – Regueb (Sidi. Bouzid)	Association Les Femmes d'Abord	Mars 2022	Aide juridique à 6 femmes en 2022
Centre « Alma » – Kasserine	Association Jeunes au service des femmes	Février 2017	3289 femmes accompagnées (2017-21)
Centre « Parité » – Kasserine	Association TIGAR Citoyenneté Paritaire	Mai 2022	25 femmes prises en charge (2022)
Centre « Manara » – Le Kef	Association Femmes et Citoyenneté (AFC)	Février 2014	1298 femmes accueillies (2014-2021)
Clinique juridique – Siliana	Association Volontaires de Bouarada	Décembre 2020	Aide juridique gratuite (10 cas en 2020-22)
Cellule d'écoute – Ben Guerdane (Médenine)	Association Madrassati	2023	Nouvelle structure sans financement
Centre TIDAR – Zarzis (Médenine)	Association de Développement Durable et Coopération Internationale (ADDCI)	2022	Centre multi-services (Sud-Est)
Espace d'écoute – Tunis (Bab Bhar)	Association Beity	2012	Accueil de femmes sans-abri/victimes, orientation + hébergement d'urgence (Tunis)

<b>Centre d'écoute &amp; orientation (gouvernorat)</b>	<b>Gestionnaire (association locale)</b>	<b>Ouverture</b>	<b>Observations</b>
Centre d'écoute – Tunis (La Fayette)	Association ATFD (femmes démocrates)	1993	Premier centre d'écoute en Tunisie ; permanence juridique et psychologique

*Tableau : Quelques centres d'écoute et d'accompagnement de femmes victimes de violence.*  
(Liste non exhaustive)

Ces structures d'écoute assurent un suivi de proximité. Par exemple, le centre « Écoute-moi » à Sidi Bouzid, géré par l'Association Victoire pour la Femme Rurale, a pu accompagner 16 femmes dès sa première année d'activité en 2021. Inauguré en mars 2022 dans la délégation voisine de Regueb, le centre « Appui à l'écoute et à l'orientation juridique » de l'association Les Femmes d'Abord a offert une assistance juridique personnalisée à ses premières bénéficiaires (6 femmes au cours de ses premiers mois. À Kasserine, l'Association Jeunes au Service des Femmes gère depuis 2017 le centre « Alma », qui a déjà fourni ses services à plus de 3 289 femmes en cinq ans, preuve d'un besoin immense dans cette région du centre-ouest. Toujours à Kasserine, le nouveau centre « Parité » lancé en 2022 par l'association TIGAR a pour sa part pris en charge 25 femmes en quelques mois.

Dans le nord-ouest, le centre « Manara » au Kef, pionnier ouvert en 2014, demeure une référence. Animé par l'Association Femmes et Citoyenneté (AFC), il a accueilli près de 1300 femmes victimes et gère une ligne verte régionale (80 101 400) qui a reçu plus de 2 219 appels. Ce centre assure un suivi complet (juridique, psychologique, social) de chaque cas et collabore étroitement avec les autorités locales, enregistrant principalement des violences conjugales (266 cas, contre 54 cas de violences non conjugales sur une période récente).

Des initiatives originales existent, telle la clinique juridique de Siliana, mise en place par l'Association Volontaires de Bouarada fin 2020, avec l'appui d'un réseau euro-méditerranéen des droits humains. Ce dispositif gratuit permet aux victimes isolées en milieu rural d'accéder à de l'information juridique et de l'aide pour engager des poursuites. En deux ans, bien qu'ayant traité une dizaine de cas seulement, la clinique a apporté un soutien crucial dans des situations complexes (62 % des cas étant des violences conjugales, 13 % des cyber-violences, etc.).

Parmi les centres récents figurent également la cellule d'écoute de l'association Madrassati à Ben Guerdane (sud-est frontalier). Créée en 2023, elle ne bénéficie pas encore de financement public, l'association couvrant elle-même les frais en attendant la signature d'une convention avec l'État. Malgré des moyens limités, cette structure commence à recevoir des femmes victimes, notamment des migrantes subsahariennes vulnérables dans cette zone frontalière. De même à Zarzis, l'Association de Développement Durable et de Coopération Internationale (ADDCI) a ouvert en 2022 le centre TIDAR, qui propose des services d'écoute et d'orientation, et collabore avec les centres d'hébergement de Gabès et Tataouine voisins.

Enfin, dans le Grand Tunis, historiquement, des associations féministes de premier plan comme l'ATFD (Association Tunisienne des Femmes Démocrates) et Beity jouent un rôle de pionniers. L'ATFD a ouvert dès 1993 à Tunis le premier centre d'écoute du pays, offrant une permanence téléphonique et des consultations juridiques gratuites aux femmes violentées. Ce centre, toujours actif, a permis à des milliers de victimes de bénéficier de conseils et d'être accompagnées vers les services sociaux ou de sécurité adéquats. L'association Beity, spécialisée dans l'accompagnement des femmes sans abri ou exclues, a de son côté mis en place à Tunis un foyer d'accueil de jour accueillant de nombreuses femmes victimes de violence, souvent conjugée à la précarité. Beity leur offre un encadrement psychosocial, des ateliers de formation et peut les héberger temporairement en lieu sûr (appartements relais, mise à l'abri à l'hôtel) en attendant des solutions de relogement pérennes.

## Coordination et couverture du territoire

Le développement de ces centres d'écoute et d'hébergement s'est appuyé sur des partenariats étroits entre l'État et les OSC. La loi 2017-58 encourage explicitement ce partenariat, et un cahier des charges public fixe les normes de création et de gestion des centres, qu'ils soient associatifs ou étatiques. Dans la pratique, la majorité des centres ont émergé grâce au soutien financier de bailleurs internationaux (Union Européenne, Coopération espagnole AECID, Coopération belge Enabel, ONU Femmes, UNFPA, etc.) en plus des subventions du MFFES. Une cartographie réalisée en 2023 a recensé 16 centres spécialisés (toutes catégories confondues) gérés par la société civile tunisienne. Parmi eux, 56 % étaient financés exclusivement par des partenaires internationaux, tandis qu'un quart seulement bénéficiaient d'un financement intégral du ministère de la Femme. Les autres combinaient des financements mixtes ou fonctionnaient en mobilisant les ressources propres des associations mères.

On observe par ailleurs une répartition encore inégale des services sur le territoire. Certaines régions sont bien dotées, d'autres nettement moins. Par exemple, la région du Nord-Ouest compte trois structures majeures (Kef, Jendouba, Siliana) offrant une prise en charge quasi holistique, mais le Nord-Est (Bizerte, Nabeul, Zaghouan) reste dépourvu de centres spécialisés dans le cadre du programme actuel. De même, le Sahel (Sousse, Monastir, Mahdia, Sfax) voit la présence active de l'ATFD (avec des cellules d'écoute à Sousse et Sfax) et de Voix des Femmes à Mahdia, mais ne disposait jusqu'à récemment d'aucun foyer d'hébergement étatique. Le Centre-Ouest s'est renforcé (Kairouan, Kasserine, Sidi Bouzid) et le Sud également (Gabès, Médenine, Tataouine, Gafsa, Tozeur, Kebili). Par exemple, en 2023, la région du Sud-Est compte quatre structures opérationnelles : à Gabès (centre d'hébergement Ahmini), Zarzis (centre TIDAR de l'ADDICI), Ben Guerdane (cellule Madrassati) et Tataouine (centre UNFT). La région du Sud-Ouest dispose de deux centres associatifs (Kebili – LTDH, et Gafsa via l'association ADDGS) en plus du centre public de Tozeur. Cette extension géographique progressive vise à ce qu'aucune victime, où qu'elle se trouve, ne reste sans solution d'accueil à une distance raisonnable.

Le Ministère de la Femme assure un rôle de tutelle et de coordination de l'ensemble de ces services. Des réunions régulières ont lieu avec les associations gestionnaires pour harmoniser les pratiques, identifier les besoins et évaluer les résultats. Un Guide national des centres de services et de prise en charge des femmes victimes de violences a été publié en 2022 par le MFFES, en collaboration avec le CREDIF, pour servir d'outil de référence à tous les acteurs. Ce guide répertorie chaque structure (publique ou associative), ses coordonnées, ses services et capacités, facilitant ainsi le référencement croisé des victimes entre structures. Il vise à « faciliter le réseautage et la coordination afin d'assurer la rapidité et l'efficacité de l'intervention auprès des victimes ».

En synthèse, la Tunisie s'est dotée d'un réseau inédit de services d'écoute et d'accueil pour les victimes de violences basées sur le genre. Si ce réseau demeure en construction et encore partiel, il représente un socle concret de l'aide aux survivantes, en complément indispensable des mesures juridiques. Le rôle des associations y est prépondérant – celles-ci gèrent la plupart des structures et y apportent leur expertise terrain – avec le soutien de l'État et de la communauté internationale.

## Rôle de la société civile

La société civile tunisienne joue depuis longtemps un rôle moteur dans la lutte contre les violences faites aux femmes, et continue aujourd'hui d'être un pilier dans la mise en œuvre des actions et l'accompagnement des victimes. Les associations féminines et de droits humains étaient à l'avant-garde du plaidoyer qui a conduit à l'adoption de la loi de 2017, et elles demeurent des partenaires essentiels de l'État pour faire vivre cette loi sur le terrain.

Dès avant 2011, des associations pionnières telles que l'ATFD (Association Tunisienne des Femmes Démocrates) ou l'AFTURD (Association des Femmes Tunisiennes pour la Recherche sur le Développement) dénonçaient les violences conjugales et sexuelles, brisant le tabou sociétal. Le Collectif 95 Maghreb Egalité et d'autres réseaux militants ont documenté l'ampleur du phénomène, notamment via l'enquête nationale de 2010 menée par l'ONFP. Leurs revendications portaient sur le renforcement des lois et la création de structures d'aide. Après la Révolution de 2011, la liberté associative retrouvée a permis l'essor de nombreuses associations locales actives sur ce front dans tout le pays, et la création en 2015 de la CNAV – Coalition Nationale Associative pour la Lutte contre la Violence – regroupant jusqu'à 60 organisations nationales et locales. La CNAV a coordonné un plaidoyer massif en faveur d'une loi-cadre contre les violences et de mécanismes de suivi, en apportant son expertise technique à la rédaction du projet de loi 58-2017. Parmi les membres influents de cette coalition figuraient l'ATFD, la LTDH (Ligue Tunisienne des Droits de l'Homme), l'AFTURD, Beity, l'Association Femmes et Citoyenneté du Kef, la Fédération internationale des droits humains, Euromed Rights ou encore Oxfam.

Ce front uni d'associations a porté des campagnes percutantes, comme celle de 2016-2017 pour abroger l'article 227 bis du Code pénal (autorisation du mariage du violeur avec sa victime mineure) – campagne symbolisée par le slogan « Article 227 bis : article de la honte » affiché lors de manifestations. Face à la pression constante de ces organisations et à la sensibilisation de l'opinion, les décideurs politiques ont été amenés à adopter des réformes audacieuses. La loi 2017-58 est ainsi largement le fruit de cette mobilisation de la société civile.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, les associations se sont investies activement dans sa mise en œuvre. Elles gèrent, comme vu précédemment, la plupart des centres d'écoute et d'hébergement, souvent en professionnalisant leurs services (recrutement de psychologues, d'assistantes sociales, formation de para-juristes, etc.). Par exemple, l'ATFD a dû adapter et renforcer son centre d'écoute historique de Tunis pour répondre aux exigences du cahier des

charges national et accueillir davantage de femmes. De son côté, l'association Voix des Femmes à Mahdia s'est transformée pour gérer le centre d'hébergement Amen avec le soutien des autorités régionales. Il en va de même pour TAMSS qui opère à Ariana et Kairouan, ou l'AFC au Kef.

En parallèle, les OSC continuent leurs actions de sensibilisation communautaire. Beaucoup réalisent des campagnes locales, des pièces de théâtre, des ateliers de sensibilisation auprès des jeunes et des leaders d'opinion pour changer les attitudes. Par exemple, dans les zones rurales, des associations comme Femmes d'abord ou Victoire pour la Femme Rurale engagent des dialogues avec les communautés pour faire comprendre l'impact néfaste des violences domestiques sur la famille et encourager le signalement. Des projets innovants voient le jour, tel celui lancé par Voix des Femmes à Mahdia de former d'anciennes victimes en entrepreneuriat (atelier de confiserie) pour favoriser leur autonomie économique et rompre le cycle des violences.

La formation des professionnels est un autre domaine où les OSC contribuent. A travers la CNAV et d'autres réseaux, elles ont élaboré des modules de formation à destination des policiers, des magistrats, des médecins, etc., parfois en partenariat avec les ministères. Par exemple, l'AFTURD et l'ATFD ont participé à la formation de 120 officiers de police judiciaire sur l'accueil des victimes, en collaboration avec le ministère de l'Intérieur et ONU Femmes. L'Association Femmes et Citoyenneté du Kef a produit des guides pratiques sur la prise en charge holistique, diffusés dans les centres. Le CREDIF, bien que structure gouvernementale, travaille main dans la main avec les expertes associatives pour les études et la formation.

Le monitoring indépendant de l'application de la loi est également assuré en partie par la société civile. La CNAV et d'autres ont réalisé des rapports alternatifs pointant les lacunes persistantes (manque de moyens, résistances culturelles, etc.) afin d'interpeller l'État. Par exemple, une étude de 2021 sur l'accès à la justice pour les femmes victimes conduite sous l'égide de la CNAV a formulé plusieurs recommandations précises pour lever les obstacles juridiques et pratiques. Ces analyses critiques complètent les rapports officiels et permettent d'affiner les stratégies nationales.

Il convient aussi de souligner le rôle de soutien psychologique et moral qu'offrent les associations aux survivantes. Au-delà de l'aide matérielle, la simple existence de ces espaces associatifs où la parole des femmes est écoutée sans jugement constitue un refuge symbolique précieux. Des groupes de parole animés par des associations (par exemple à Béja ou à Gafsa)



permettent à des victimes de rompre leur isolement, d'échanger leurs expériences et de se reconstruire ensemble.

Cependant, le secteur associatif fait face à des défis (voir section Problématiques). La pérennisation des financements en est un majeur. Beaucoup d'associations dépendent de projets à court terme des bailleurs, ce qui menace la continuité des services. Certaines ont dû réduire leur activité faute de ressources suffisantes une fois les projets terminés. Néanmoins, leur résilience est notable : nombre d'entre elles mobilisent du bénévolat, l'appui de volontaires ou les fonds propres de l'association mère pour maintenir ouverts les centres même en période de creux budgétaire. Cette ténacité reflète un engagement profond, né de décennies de militantisme pour les droits des femmes.

En définitive, la société civile demeure un acteur incontournable de la lutte contre les violences basées sur le genre en Tunisie. Son rôle est complémentaire de celui de l'État : elle innove, alerte, pallie les manquements et s'assure que la voix des survivantes reste au centre des préoccupations. La collaboration entre pouvoirs publics et associations, déjà riche, mérite d'être encore consolidée pour garantir une action cohérente et efficace sur tout le territoire

## Chapitre 4 : Parcours de prise en charge et coordination des acteurs

Le parcours d'une femme survivante de violence qui cherche de l'aide peut être complexe et semé d'embûches. Idéalement, on souhaiterait un enchaînement fluide : révélation de la violence, accueil bienveillant, orientation immédiate vers la police et les soins, protection, suivi continu. En pratique, les choses sont souvent morcelées. Examinons comment se déroule concrètement ce parcours en Tunisie, quelles sont les principales portes d'entrée, les obstacles à chaque étape et comment les différents acteurs interagissent (ou pas).

### Étapes typiques du parcours d'aide

D'après les récits recueillis, on peut schématiser le parcours en plusieurs étapes potentielles :

#### Confiance à une tierce personne / appel à l'aide initial

Souvent, le premier pas est informel – la femme parle à une amie, un parent, ou appelle la hotline, ou va voir une association. Par exemple, plus de la moitié des survivantes interrogées par l'ATFD ont d'abord confié leur situation à un membre de la famille. Ce premier dévoilement peut mener à l'étape suivante.

## Signalement officiel / dépôt de plainte

Si encouragée ou si danger, la femme peut aller au commissariat (police ou garde nationale). On a vu que 54% des cas de l'ATFD avaient pour première intention la police. Parfois, c'est un médecin qui signale (rarement), ou une association qui accompagne la femme pour porter plainte.

## Obtention du certificat médical

En Tunisie, pour déposer plainte pour coups, la victime doit présenter un certificat médical indiquant les jours d'ITT (incapacité temporaire de travail). Donc une étape courante est la visite chez un médecin légiste ou généraliste pour attester des blessures. Cela se fait souvent via les urgences ou un médecin légiste de l'hôpital.

## Orientation vers un lieu sûr

Si la femme ne peut rentrer chez elle (danger), on cherche à l'héberger – soit chez des proches, soit dans un refuge s'il y a de la place.

## Engagement d'un suivi psychologique et juridique

Une fois à l'abri, on peut entamer un suivi psychologique (via association ou hôpital) et les démarches judiciaires (dépôt de plainte déjà fait ou en cours d'instruction).

## Accompagnement social

Sur la durée, l'assistance sociale ou l'association aide la femme à éventuellement trouver un emploi, un logement stable, etc.

## Fin du parcours

C'est quand la femme atteint une certaine autonomie et stabilité émotionnelle, qu'elle peut se considérer hors du tunnel.

Bien sûr, la réalité n'est pas linéaire : certaines étapes manquent, d'autres reviennent en arrière (ex : la femme retire sa plainte puis la remet plus tard).

## Premières portes d'entrée les plus fréquentes

Les points d'entrée initiaux conditionnent la trajectoire. Les plus courants en Tunisie sont :

### La police/gendarmerie

Historiquement, c'est vers la police que 80% des femmes qui entament un parcours officiel se tournent en premier. Les raisons : c'est l'institution légitime pour la protection, et souvent on y va suite à une agression physique manifeste. Si la police

accueille convenablement, elle enclenche le processus (plainte, etc.). Si elle décourage, le parcours peut s'arrêter net.

### Les associations / centres d'écoute

Environ 6% des femmes dans l'étude ATFD ont d'abord contacté une OSC, mais ce chiffre peut sous-estimer car beaucoup appellent les hotlines associatives sans que ce soit documenté. De plus, ce chiffre ne compte que celles qui ont fait trois démarches ou plus. Dans la pratique, de nombreuses femmes appellent d'abord le 1899 ou une association pour se renseigner avant même d'oser aller à la police. Donc l'entrée par la société civile est majeure, surtout pour celles qui ne sont pas en situation d'urgence vitale.

### Le système de santé

Un certain nombre de femmes arrivent d'abord par le médical (18% dans ATFD ont d'abord vu un professionnel de santé). Typiquement, c'est le cas quand les blessures sont graves – la femme va aux urgences, ou quand c'est une violence sexuelle – on va à l'hôpital pour les soins post-viol. Parfois, une femme consulte son gynécologue pour autre chose et confie les violences durant l'entretien (ça reste moins fréquent).

Chacun de ces points d'entrée initie un parcours différent. Par exemple, une femme qui va d'abord voir une association sera prise en charge de manière globale dès le début (écoute, juridique, etc.), et souvent accompagnée pour les démarches police/justice. Tandis qu'une femme qui va d'abord au commissariat va entrer dans un parcours judiciaire potentiellement lourd sans toujours recevoir sur le moment un soutien psychologique (sauf si la police l'oriente vers une association après coup). Une femme qui va d'abord à l'hôpital peut recevoir des soins physiques mais risque de ne pas être orientée du tout vers du psychologique ou du juridique si le personnel ne pose pas de questions.

### Obstacles à chaque étape du parcours

Malheureusement, chaque étape recèle des freins pouvant faire dérailler le processus :

#### À la police

Premier obstacle fréquent, l'attitude de certains agents. Il arrive que la police décourage la plainte en minimisant ("Ce n'est pas si grave, rentrez chez vous, on ne va pas détruire votre famille pour ça"), ou en rappelant à la femme les "conséquences" (scandale, procédure longue). Parfois, on lui suggère de retirer sa plainte après coup, notamment si le mari fait pression ou si la famille intervient. Il y a eu des cas de policiers demandant

à la plaignante d'apporter d'abord un certificat médical ou de venir avec un témoin, compliquant la démarche. Le manque de sensibilité de certains agents (surtout hors unités spécialisées) peut ajouter du traumatisme : questions indiscretes, remarques culpabilisantes, absence d'intimité pour la déposition.

### Certificat médical et bureaucratie

L'obtention du certificat est une formalité nécessaire mais pas toujours aisée. Il faut aller à l'hôpital, parfois attendre des heures, ensuite aller au service du médecin légiste. Si la femme est en état de choc, c'est éprouvant. Ensuite, il faut souvent revenir au commissariat pour joindre le certificat à la plainte. Tous ces allers-retours peuvent décourager. Surtout en zone rurale : faire 50 km pour le légiste en ville n'est pas rare. Si elle n'a pas d'argent pour le transport ou personne pour garder les enfants, c'est un obstacle pratique sérieux.

### Pressions familiales

À tout moment, la famille ou belle-famille peut intervenir pour dissuader la femme de poursuivre. Comme mentionné, 2/3 des abandons de procédures sont dus aux pressions familiales. Cela peut se produire très tôt (par ex., la famille la convainc de ne pas déposer plainte du tout) ou plus tard (après la plainte, pression pour la retirer et "réconcilier le couple"). Surtout si la femme est retournée vivre chez ses parents, ceux-ci ont une influence majeure et souvent ne veulent pas de scandale.

### Accès aux refuges

Si la femme est en danger immédiat, il lui faut un refuge. Mais les places sont limitées, et les critères d'admission assez stricts. Si le refuge local est plein, on peut lui en indiquer un dans une autre ville, mais alors le déplacement et le déracinement posent problème. Par ailleurs, certaines femmes hésitent à aller en refuge à cause de la peur de l'inconnu (quitter son foyer pour un lieu collectif avec d'autres femmes). Si elle n'a pas de place, elle risque de retourner chez elle faute d'alternative. Or, retourner dans le foyer violent en pleine démarche est très dangereux et néfaste psychologiquement.

### Délais pour le suivi psychologique

Une fois la sécurité assurée, l'obstacle peut être le délai d'attente pour obtenir un suivi psychologique régulier. Dans le public, un rendez-vous en psychiatrie peut prendre plusieurs semaines. Dans une association, il peut y avoir liste d'attente pour voir la psychologue car elle est débordée. Ces délais sont problématiques car les premières

semaines après la sortie de la violence sont cruciales pour se reconstruire – sans soutien immédiat, la femme peut perdre espoir ou faire une dépression sévère. Certaines abandonnent l'idée de se soigner sur le plan de la santé mentale faute de réponse rapide.

### Lenteur et complexité judiciaires

Si la femme a porté plainte, elle entre dans un parcours judiciaire souvent long. Le laps de temps entre la plainte et une éventuelle condamnation de l'agresseur peut être de plusieurs mois à années, selon la gravité (et s'il fait appel, etc.). Cette lenteur peut décourager la femme, qui se demande à quoi bon. Chaque convocation au tribunal est une source d'angoisse supplémentaire, ravivant le trauma (devoir raconter encore devant un juge). Beaucoup jettent l'éponge en cours de route, soit parce qu'elles veulent tourner la page plus vite, soit parce qu'elles sont exténuées par les procédures.

### Coordination (ou manque) entre acteurs

Idéalement, tous ces intervenants (police, santé, OSC, justice) devraient travailler main dans la main, en centrant leurs efforts sur la survivante. En pratique, la coordination est souvent insuffisante et repose trop sur l'initiative individuelle de certains professionnels engagés. Par exemple, il n'y a pas systématiquement de réunion de cas entre la police, l'assistante sociale et la psychologue pour orchestrer le suivi. Dans quelques localités, on a mis en place des comités de pilotage ou des "cellules de coordination locales" (par ex., Monastir a un comité local VFF qui réunit diverses structures). Mais ce sont plus l'exception que la norme. Souvent, c'est la survivante elle-même qui doit naviguer entre les services : aller de la police au tribunal, du tribunal à l'association, etc., en expliquant son histoire à chaque fois, ce qui est éprouvant. Ce manque de partage d'informations fait qu'un volet peut être négligé : par ex., la police fait son boulot (plainte transmise) mais personne ne s'assure qu'elle ait bien un soutien psychologique en parallèle – "ce n'est pas notre ressort" se disent-ils, et s'il n'y a pas d'association proactive, ça tombe entre les mailles.

L'idée d'un "case management" (gestion de cas) a été évoquée : assigner une personne référente qui suit la survivante tout au long du parcours. Cela pourrait être l'assistante sociale du ministère de la Femme, ou une travailleuse sociale formée au trauma, qui fait le lien entre les différentes institutions, rappelle les rendez-vous, s'assure du bon déroulement. À l'heure actuelle, ce rôle est informel et dépend beaucoup de la présence d'une militante ou d'une travailleuse sociale engagée. Parfois, c'est une avocate de l'ATFD qui endosse ce rôle en accompagnant la femme dans chaque étape, mais ce n'est pas systématisé par l'État.

## Parcours idéal vs réel

On voit donc que le parcours réel est souvent fragmenté. Par contraste, on peut imaginer un parcours idéal intégré où : la police informe la plaignante de ses droits et la met en contact immédiat avec une psychologue ; l'hôpital soigne les blessures et alerte une assistante sociale qui prend la suite ; la femme est conduite sans délai vers un centre d'accueil où on lui offre abri et suivi ; son dossier est suivi par une équipe pluridisciplinaire qui se réunit régulièrement, etc. Ce n'est pas de la science-fiction, certains pays ont ce type d'approche (les One-Stop Centers ou "guichets uniques" dans certains pays africains, où police, médecin, professionnel de la santé mentale, juriste sont réunis en un même lieu pour les femmes). En Tunisie, on tend doucement vers cela par le biais des protocoles sectoriels signés en 2016, mais leur mise en œuvre est incomplète. Le plus proche de ce modèle intégré est peut-être le centre pilote de Ben Arous mentionné, ou quelques Maisons de la Femme où plusieurs services sont colocalisés.

## Points critiques d'interruption du suivi

On observe que les moments où le parcours s'interrompt le plus souvent sont : juste après le dépôt de plainte (beaucoup n'osent pas poursuivre la procédure plus loin, soit par réconciliation forcée soit par peur des représailles); après la sortie du refuge (quand la femme retourne dans la vie normale sans filet, elle peut perdre pied si les troubles ne sont pas résolus) ; ou encore lorsque, pensant aller mieux, elle arrête d'elle-même le suivi psychologique trop tôt et risque une rechute. D'autres abandonnent l'accompagnement psychologique car logistiquement difficile (devoir faire de longs trajets chaque semaine pour la séance). C'est là que le suivi formalisé et la relance active de la part des intervenants seraient utiles – ne pas laisser la personne disparaître des radars dès qu'elle va un peu mieux, mais s'assurer qu'elle a atteint une stabilité durable.

## Influence des caractéristiques individuelles sur les trajectoires

Chaque survivante, en fonction de son profil, aura une trajectoire différente. Les femmes très jeunes (moins de 20 ans) osent rarement aller vers les institutions ; elles ont plus tendance à se confier à la famille ou, hélas, à endurer. Les femmes plus âgées ou instruites peuvent avoir plus de détermination à passer par la justice. L'indépendance financière joue un rôle énorme : une femme qui a son propre revenu et logement aura plus de facilité à quitter et entamer un parcours officiel, comparé à celle qui est totalement dépendante (cette dernière est souvent retenue car elle se demande comment elle vivra sans son mari). Le lieu de résidence compte : en zone rurale, on l'a dit, moins de services, plus de honte communautaire, donc elles sont plus enclines

à migrer discrètement vers un refuge en ville ou chez un parent ; en zone urbaine, l'anonymat peut aider à pousser la porte d'une association sans que tout le quartier le sache. Le niveau d'éducation influe sur la capacité à naviguer dans le système (remplir des papiers, argumenter avec la police, comprendre les étapes). Aussi, les femmes avec de jeunes enfants sont parfois plus hésitantes à s'engager dans un long parcours conflictuel, par peur de traumatiser les petits ou de perdre leur garde (menace souvent brandie par le mari). Tout cela fait que les trajectoires sont variées. Certaines s'en sortent relativement vite (quelques mois, tout est bouclé, et elles entament une nouvelle vie), d'autres restent engluées des années dans des démarches ou retombent dans la violence (ex : retournent avec un conjoint violent faute d'issue viable).

En conclusion de ce chapitre, on constate que malgré de réels progrès dans la mise en place de multiples acteurs d'aide, le parcours global reste souvent fragmenté et ardu. La coordination intersectorielle, bien qu'encouragée par des textes, est encore trop dépendante de la bonne volonté locale et de la présence ou non d'un réseau. Ce morcellement a un coût humain : chaque fois qu'une survivante doit frapper à une nouvelle porte et répéter son histoire, c'est une reviviscence traumatique ; chaque faille de communication peut la laisser tomber dans un "no man's land" de prise en charge.

## Partie V : Cadre juridique et institutionnel de la prise en charge

### Chapitre 1 : Législation nationale et droits des femmes victimes

La Tunisie dispose d'un cadre juridique renforcé pour lutter contre les violences faites aux femmes. Le pilier central est la loi organique n°2017-58 du 11 août 2017, intitulée "loi relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes". Cette loi-cadre est le résultat d'un long plaidoyer des mouvements féministes et a été adoptée à l'unanimité, reflétant une volonté politique de prendre à bras-le-corps le problème.

#### Présentation de la loi 2017-58

C'est une loi intégrale, qui aborde à la fois la prévention, la protection, la poursuite et la prise en charge. Elle définit clairement les types de violences reconnus : violence physique, morale/psychologique, sexuelle, économique et politique (cette dernière notion vise les violences faites aux femmes en politique, comme l'intimidation ou l'agression de femmes candidates ou élues). La loi adopte une approche basée sur les droits humains, l'égalité et la non-discrimination entre les sexes. Elle consacre la responsabilité de l'État et de l'ensemble des structures publiques et privées à combattre ce fléau.

#### Avancées majeures introduites par la loi de 2017

Avant cette loi, le dispositif légal était fragmentaire. La loi 2017-58 a apporté des changements révolutionnaires :

##### Criminalisation explicite de la violence domestique

Auparavant, frapper sa femme était poursuivi comme "violences légères ou graves" selon le Code pénal général ; avec la loi, c'est reconnu spécifiquement, avec des peines aggravées si l'auteur est le conjoint. Surtout, la loi supprime l'ancien article 218 du Code pénal qui permettait à la plaignante de pardonner et arrêtaient les poursuites – mécanisme qui était souvent utilisé sous pression. Désormais, les poursuites peuvent continuer même si la femme pardonne, ce qui évite que l'agresseur s'en sorte en faisant pression pour un désistement.

##### Abolition du "mariage du violeur"

Avant 2017, une disposition scandaleuse (art. 227 bis CP) permettait à un violeur d'échapper aux poursuites s'il épousait sa victime mineure. La loi 58/2017 a abrogé cette clause, mettant fin à cette impunité coutumière.



### Incrimination du viol conjugal

La loi clarifie que tout rapport sexuel non consenti, y compris entre époux, est un viol. C'est un changement de paradigme majeur, car auparavant le viol conjugal n'était pas explicitement puni. Certes, dans les faits il reste difficile à prouver, mais il est désormais reconnu comme un crime.

### Harcèlement sexuel élargi

Le délit de harcèlement sexuel a été élargi à de nouvelles formes, y compris le harcèlement dans les espaces publics (sifflets, propos obscènes, etc.) et dans l'espace digital, ce qui donne plus de leviers pour sanctionner ces comportements.

### Violence économique

C'est une nouveauté conceptuelle – la loi la définit (par exemple, contrôle forcé des ressources de la femme, privation de ses biens, interdiction de travailler). C'est la première fois que la violence économique est reconnue en tant que telle légalement en Tunisie, ce qui permet théoriquement de poursuivre un mari qui, par exemple, confisque le salaire de sa femme.

### Ordonnances de protection

La loi instaure un mécanisme d'ordonnance de protection d'urgence, délivrable par un juge, qui permet d'éloigner l'agresseur du domicile, de lui interdire d'approcher la victime, de suspendre son droit de garde des enfants, etc., pour une durée de six mois renouvelables. C'est un instrument civil très important pour la protection rapide, inspiré de ce qui existe en Occident (restraining order). La loi a prévu une procédure simple et gratuite pour l'obtenir.

### Suppression de la condition de plainte

Pour poursuivre certains délits, La violence conjugale n'est plus considérée comme une affaire privée nécessitant une plainte de la victime pour être poursuivie ; le ministère public peut se saisir d'office, ce qui lève la charge sur la victime.

En plus, la loi 2017-58 modifie des dispositions connexes du Code pénal et du Code de procédure pour durcir les peines (par ex. coups sur conjointe enceinte, ou violence sur une femme vulnérable, etc., sont aggravés) et faciliter la procédure (auditions à huis clos possibles, etc.).

## Droits des victimes reconnus par la loi

La loi ne se contente pas de punir les auteurs, elle consacre aussi une série de droits pour les victimes, notamment :

### Droit à l'information

L'article 13 garantit à la victime le droit d'être informée sur les procédures et les services disponibles. Ce qui signifie que la police ou les autorités doivent la renseigner sur où obtenir aide juridique et psychologique (dans la pratique, cela reste parfois lettre morte).

### Droit à l'assistance judiciaire

Elle prévoit que les victimes indigentes ont droit à l'assistance d'un avocat commis d'office gratuitement (aide juridictionnelle facilitée). Elle encourage la présence d'un avocat dès la première plainte.

### Droit à l'accompagnement psychosocial

La loi consacre que la victime a droit à un accompagnement par des professionnels (psychologues, assistants sociaux). Par exemple, le texte mentionne la possibilité pour la victime d'être entendue en présence d'un travailleur social ou d'un psychologue pour la soutenir lors de sa déposition. Cela vise à la fois à la rassurer et à adapter l'interrogatoire à son état.

### Droit à la gratuité des certificats médicaux

La loi a supprimé toute tarification des certificats médicaux légaux pour violences. Avant, certaines femmes devaient payer pour le certificat ; maintenant c'est censé être gratuit pour les violences (pas toujours connu, mais c'est dans le texte).

### Droit à une protection efficace

Outre l'ordonnance de protection, la loi impose aux autorités de prendre toute mesure utile pour protéger la victime. Par exemple, l'accompagnement par la police pour récupérer ses affaires du domicile, ou la mise en contact avec un refuge.

### Droit à la confidentialité

La loi exige que les données de la victime soient protégées, que les médias ne divulguent pas son identité sans consentement, etc. Le but est d'éviter la double victimisation par la publicité de l'affaire.

## Violence psychologique dans la loi

La loi donne une définition précise de la violence morale/psychologique, ce qui est une avancée. Elle l'entend comme « toute atteinte aux sentiments, à l'honneur, ou la dignité, ou qui cause des troubles psychologiques chez la femme ». Sur le plan pénal, elle permet de poursuivre la violence psychologique en tant que telle (par ex., harcèlement moral conjugal). Cependant, la question de la preuve est délicate : la loi évoque que les témoignages ou les certificats médicaux établissant le traumatisme peuvent servir de preuve. Cela signifie que si une femme subit du harcèlement moral intense et développe un état dépressif attesté par un psychiatre, ce certificat peut être versé pour démontrer la violence psychologique subie. C'est innovant, mais en pratique les poursuites pour simple violence psychologique restent rares car c'est difficilement quantifiable (sauf en cas de menaces de mort, qui elles sont pénalement identifiables).

## Autres textes juridiques pertinents

En plus de la loi 2017-58, plusieurs textes du droit tunisien forment le maillage protecteur :

### Le Code pénal modifié

Articles sanctionnant le viol (art 227 et 227 bis modifiés), le harcèlement sexuel (art 226 ter), les coups et blessures (art 218-219), l'inceste (introduit indirectement via aggravation si auteur parent). Le harcèlement de rue est ajouté (amende pour quiconque importune une femme dans l'espace public).

### Le Code du statut personnel (CSP)

Même s'il ne traite pas de violence directement, c'est ce code qui encadre le mariage et divorce. Depuis 1993, l'époux n'est plus "chef de famille" et les conjoints ont des droits égaux – ce qui sert de base juridique implicite à l'inadmissibilité de la violence. Le CSP permet aussi à la femme de demander le divorce pour "détraquement grave" (ce qui inclut violences).

### La Constitution de 2022

Son article 51 stipule que l'État doit prendre les mesures nécessaires pour éliminer la violence contre les femmes. C'est un appui constitutionnel fort.

### Les lois de procédure

La loi 2017-58 a modifié le Code de procédure pénale pour faciliter l'ordonnance de protection (délivrée par le juge en référé, exécutoire immédiatement) et pour interdire les procédures de médiation pénale dans les cas de violence (on ne cherche plus la conciliation par le parquet, on poursuit).

## La loi de santé mentale (1992)

Indirectement, elle garantit à tout citoyen le droit aux soins psychologiques – ce qui inclut les survivantes. Rien de spécifique aux violences dans cette loi, mais elle affirme le droit aux soins de santé mentale.

## Protections légales concrètes en cas de violence conjugale

L'outil principal est donc l'ordonnance de protection (OP). Concrètement, la plaignante (ou le procureur) peut demander au juge de première instance une OP. Le juge doit statuer dans les 48 heures. Si accordée, l'ordonnance peut comporter diverses mesures sur mesure : interdiction pour l'agresseur d'entrer en contact avec la victime ou de s'approcher de son domicile ou lieu de travail, évacuation du domicile par l'agresseur (même s'il est propriétaire) pendant la durée de l'OP, suspension du droit de visite des enfants si danger, etc. La durée est de 6 mois renouvelable une fois (donc maximum un an). C'est gratuit et sans besoin d'avocat obligatoire. Dans l'esprit, l'OP offre une bouffée de sécurité pour que la femme se reconstruise, et dissuade l'agresseur sous peine de sanctions pénales s'il la viole (il encourt 3 à 6 mois de prison rien que pour la violation de l'OP).

En pratique, cependant, l'usage de l'OP est encore timide. Au cours des deux premières années, très peu d'OP ont été demandées et délivrées (quelques dizaines tout au plus dans tout le pays). Les raisons : méconnaissance de cet outil par les femmes et même par certains juges ; réticence de certaines femmes à imposer ça (souvent en raison de pressions familiales) ; difficultés d'exécution (la police doit faire évacuer l'agresseur et surveiller qu'il ne revient pas, ce qui n'est pas évident si effectifs limités). On note cependant une augmentation progressive en 2020-2021, suite à plus d'information.

## Aide juridictionnelle et soutien légal

La loi prévoit que les femmes sans ressources ont droit à un avocat gratuitement (décision du bureau d'aide juridictionnelle). Il y a aussi des conventions avec le barreau pour inciter des avocats à les assister pro bono. Malgré cela, beaucoup n'osent pas entamer de procédure par peur du coût (frais cachés, etc.) ou absence d'avocat. Les associations comblent, par ex. l'ATFD et le Centre d'écoute de l'Union Nationale de la Femme Tunisienne (UNFT) offrent l'assistance d'avocates bénévoles. Mais toutes n'en bénéficient pas.

## Sanctions contre les auteurs et préjudice moral

Les peines prévues dépendent de l'acte :

- Un mari violent qui blesse son épouse encourt une peine dépendant de l'ITT : s'il lui cause <20 jours d'incapacité, c'est une infraction punie de 6 mois à 1 an de prison (doublée par rapport à si c'était un étranger). Si >20 jours ou mutilation, c'est plus lourd (jusqu'à 5 ans ou plus).
- Le viol est un crime puni de 20 ans de prison (30 ans s'il y a blessure grave, et la perpétuité si la victime est mineure).
- Le harcèlement sexuel est passible de 2 ans de prison et 5 000 Dinars d'amende.
- Le harcèlement de rue (violences verbales publiques) est passible d'une amende.
- Le féminicide (meurtre d'une femme) n'a pas de qualification spéciale dans le code, c'est jugé comme homicide volontaire, théoriquement punissable de la peine capitale (non appliquée en Tunisie depuis 1991), souvent commué en prison à vie.

Concernant le préjudice moral, la loi consacre que la victime peut demander des dommages-intérêts pour le préjudice subi (y compris moral, pour le trauma). Certains juges accordent des indemnités symboliques, mais ce n'est pas systématique.

## Limites et critiques de la législation actuelle

Sur le papier, la loi 2017-58 est très complète. Toutefois, des critiques existent :

### Application incomplète faute de moyens

Beaucoup de dispositions nécessitent des ressources (plus de juges, plus de formation, refuges, etc.). Le budget alloué reste insuffisant. Les unités spécialisées de police manquent de moyens, les juges surchargés.

### Notions floues

Par exemple, la violence économique – comment la prouver et la sanctionner ? Aucun cas emblématique n'a encore été jugé pour violence économique. Idem pour la violence politique, restée théorique jusqu'ici.

### Lenteur des procédures

Bien que la loi ait voulu accélérer, dans la pratique un procès pour violence conjugale peut traîner. Cela décourage les femmes. Le chemin entre dépôt de plainte et jugement reste semé d'embûches, ce qui atténue la portée dissuasive.

### Ordonnances de protection peu utilisées

Comme mentionné, l'OP, fleuron de la loi, est sous-utilisée. Soit par méconnaissance, soit par défiance de certaines autorités (certains juges conservateurs hésitent à mettre un mari dehors du domicile, se disant que ça cause d'autres problèmes). Il y a un travail de culture judiciaire à faire.

### Question de la preuve pour violence psychologique

On critique le fait qu'en l'absence de lésion visible, la justice tunisienne, habituée aux preuves matérielles, est mal à l'aise pour condamner sur du psychologique. Du coup, peu de poursuites exclusives sur ce motif.

### Coordination intersectorielle

La loi évoque la création de l'Observatoire national de lutte contre les violences faites aux femmes et de comités de coordination, mais leur efficacité reste limitée. Sans coordination, la loi ne vit pas pleinement sur le terrain.

### Réparations et accompagnement effectif

Reconnaître le droit à l'accompagnement psychologique est bien, mais beaucoup soulignent qu'il manque un décret d'application avec par exemple un fonds dédié pour financer des séances de psychothérapie. Sans cela, le droit reste théorique. De même, l'aide juridictionnelle pourrait être plus automatique.

Malgré ces critiques, la loi 2017-58 reste un bond en avant considérable. Elle offre un cadre sur lequel s'appuyer pour exiger des améliorations. Par exemple, les associations peuvent dire : "La loi dit qu'une victime a droit à un accompagnement psychologique, donc État, mettez les moyens !". Elle a aussi un impact symbolique fort : la violence n'est plus une affaire privée, c'est un crime contre la société. Maintenant, il s'agit de la mettre pleinement en œuvre.

Avec cette base légale posée, le Chapitre suivant se penchera sur les politiques publiques et stratégies nationales mises en place pour concrétiser les objectifs de la loi – c'est-à-dire comment l'État tunisien et ses partenaires se sont organisés pour prévenir la violence, protéger les femmes et coordonner les acteurs impliqués.

## Chapitre 2 : Politiques publiques et stratégies nationales

Au-delà des textes, la Tunisie a élaboré des stratégies nationales et des politiques concrètes pour traduire ses engagements (notamment la loi 2017-58) en actions sur le terrain. Ce chapitre

examine ces mécanismes : plan national, rôle des ministères clés, l'Observatoire des violences, les campagnes de sensibilisation, la formation des professionnels, etc.

## Stratégie nationale multi-sectorielle

Après l'adoption de la loi 2017, un Plan National de lutte contre les violences faites aux femmes a été élaboré. Ce plan vise une approche holistique, impliquant plusieurs ministères (Femme, Justice, Intérieur, Santé, Affaires Sociales) ainsi que la société civile. Il s'agit d'un plan d'action quinquennal (2018-2023) comprenant des axes : prévention (éducation, sensibilisation), protection (mise en place des refuges, renforcement des unités spécialisées), poursuite (formation des policiers et magistrats) et prise en charge (santé, psycho-social). En soi, ce plan cadre existe, bien que peu diffusé publiquement. On peut dire qu'il y a une volonté de coordination inter-ministérielle pilotée par le Ministère de la Femme. Par exemple, c'est dans ce cadre que les protocoles sectoriels ont été signés en décembre 2016 par 5 ministères (Femme, Justice, Intérieur, Santé, Affaires Sociales), pour formaliser la collaboration entre leurs services. Le projet "Mécanismes intersectoriels dans le Grand Tunis" (2015-2018) soutenu par ONU Femmes a été un laboratoire : il a débouché sur ces guides sectoriels mentionnés plus haut et sur la création de l'Observatoire. Ce plan national, s'il était pleinement mis en œuvre, devrait voir la duplication des bonnes pratiques partout.

## Rôle du Ministère de la Femme, Famille, Enfance et Seniors (MFFES)

Le MFFES est la cheville ouvrière du côté gouvernance. Ses actions concrètes incluent :

- La gestion de la ligne verte 1899 (c'est directement sous sa tutelle ; il emploie le personnel et publie le rapport annuel).
- L'ouverture et la supervision de centres d'hébergement publics : Par exemple, le centre d'El Menzah (Tunis) est géré par l'Union Nationale de la Femme Tunisienne mais en partenariat avec le Ministère qui finance une partie. D'autres refuges publics, le Ministère a pris en charge les locaux, le budget de fonctionnement (souvent en collaboration avec des bailleurs).
- La création de l'Observatoire National de lutte contre les violences envers les femmes : Cet Observatoire, rattaché au MFFES, est censé centraliser les données de tous les ministères, suivre les indicateurs, et produire des rapports annuels sur l'état d'avancement. Il a été mis en place en 2018, mais il a tardé à être pleinement

opérationnel (manque de personnel, données fragmentaires). Néanmoins, il a publié un rapport pour 2018-2019.

- La formation des cellules régionales : Le MFFES a des coordinations au niveau de chaque gouvernorat (déléguées régionales de la Femme). Celles-ci animent des “cellules d’écoute” régionales. Le ministère a formé ces cadres sur la loi et l’accueil des survivantes.
- La conduite de campagnes de sensibilisation : Chaque année autour du 25 novembre (Journée internationale pour l’élimination des VFF), le ministère lance une campagne. Par exemple “16 jours d’activisme” où en 2020 la campagne s’intitulait "Ta ana ma7bitha" (Toi, moi, elle – pour dire non aux violences). Le ministère collabore aussi avec les médias pour diffuser des spots. Il a même impliqué des imam·e·s et des prêcheurs pour diffuser des messages anti-violence.
- Encadrement des initiatives locales : Le ministère subventionne des projets d’OSC (sur fonds propres ou par gestion de fonds internationaux) visant la prise en charge des survivantes. Par exemple, en 2021 il a soutenu un projet avec l’association Beity pour un foyer.

## Rôle du Ministère de la Santé

Ce ministère a été plus en retrait initialement, mais il s’inscrit petit à petit dans la stratégie :

- Intégration du dépistage des violences dans certains protocoles : Il y a eu un travail pour incorporer des questions sur les violences dans les questionnaires médicaux (notamment en gynécologie-obstétrique). Ce n’est pas encore généralisé, mais certains centres de santé maternité le font (question systématique sur si la femme se sent en sécurité chez elle).
- Participation à des comités : Le ministère de la Santé a un représentant dans l’Observatoire et les comités de pilotage de la stratégie.
- Renforcement de la santé mentale : Indirectement, le ministère a élaboré un Plan national de promotion de la santé mentale 2020-2024, dans lequel un volet mentionne la prise en charge des traumatismes chez les populations vulnérables, dont les femmes survivantes. Cela reste conceptuel, mais c’est un signe que la santé voit cela comme un aspect de santé publique.



## Observatoire National

Créé comme organe central de suivi, ses missions incluent : collecte de données nationales (via points focaux dans police, justice, santé, affaires sociales) ; analyse et publication d'un rapport annuel ; formulation de recommandations ; alerte sur les cas graves (notamment les féminicides). Jusqu'ici, l'Observatoire a rencontré des difficultés (manque de partage de données de la part de certains ministères par souci de confidentialité, retard technologiques). Il a tout de même produit un rapport 2018-2019 qui donne un aperçu statistique utile. Son challenge sera d'arriver à une base de données unifiée reliant par exemple les dossiers police et santé – ce qui n'est pas le cas encore. Néanmoins, l'Observatoire a permis de structurer l'échange d'infos : par exemple, un modèle de fiche de signalement de violence a été harmonisé entre police et autres services pour remonter les cas.

## Campagnes de sensibilisation et prévention récentes

Au-delà des mentionnées, il y a eu des campagnes innovantes :

- En 2019, “Ma Tessketch” (Ne te tais pas) : campagne multi-support incitant les femmes à parler, avec témoignages de survivantes, SMS envoyés sur les téléphones, etc.
- Implication des leaders religieux : En 2018-2019, le ministère des Affaires religieuses, en partenariat avec ONU Femmes, a formé ~100 imams et morchidates pour intégrer la thématique de non-violence dans les prêches du vendredi. Certains imams ont ainsi prononcé des sermons rappelant que l'islam prône la bienveillance envers l'épouse et qu'il est interdit de la maltraiter.
- Actions lors du 8 mars (Journée de la femme) ou du 25 novembre : stands d'information, caravane dans les régions pour informer sur la loi, projections de court-métrages de sensibilisation.
- Programmes éducatifs : introduction de modules dans les écoles sur l'égalité de genre et la résolution non violente des conflits (en cours dans quelques écoles pilotes).

Ces campagnes semblent avoir un impact graduel : un sondage de 2021 montrait une augmentation de la proportion de personnes qui identifient la violence domestique comme un problème public (par rapport à 2015). Cependant, le changement culturel prend du temps.

## Formation des professionnels (police, justice, santé)

C'est un volet crucial de la mise en œuvre. Depuis 2018, de nombreux ateliers de formation ont eu lieu :

- Police : Création d'unités spécialisées dans 128 postes (police et garde nationale). Tous les policiers de ces unités ont suivi des sessions sur l'accueil des plaignantes, la nouvelle loi, le recueil de la parole traumatisée. Des manuels ont été édités. Bien sûr, former sur le papier ne garantit pas une attitude parfaite, mais c'est un progrès. La gendarmerie a son école d'officiers qui intègre un module sur la lutte contre les violences.
- Justice : Des magistrats (juges et procureurs) ont reçu des formations sur la loi 2017-58, en collaboration avec l'Institut Supérieur de la Magistrature et l'appui d'Oxfam/ATFD en 2018-2019. L'idée était de changer les mentalités du siège et du parquet, traditionnellement portées à la conciliation. On note déjà des jugements plus sévères post-2017 (avant, beaucoup de sursis ; après, plus de fermeté dans certains cas de récidive).
- Santé : Le Ministère de la Santé, avec l'ONFP et l'OMS, a formé plusieurs centaines de cadres de santé à l'écoute et à l'identification des violences (2008-2015 déjà, puis renforcement après 2017). Cependant, les professionnels de santé réclament encore plus de formation pratique sur comment aborder le sujet délicatement en consultation.
- Affaires sociales : Les déléguées à la protection de l'enfance et les assistants sociaux du ministère ont aussi été formés pour prendre en compte la dimension VFF dans leurs interventions (car souvent un signalement de violence sur femme inclut des enfants en danger).
- Société civile : Le plan national a prévu de renforcer aussi la formation des OSC. Mais ce sont souvent elles qui forment les officiels ! (par exemple, l'ATFD et le CREDIF ont organisé la plupart des sessions de sensibilisation pour les policiers).

La formation continue reste nécessaire car il y a du turnover du personnel, et il faut ancrer les bonnes pratiques. Une idée qui a émergé est de formaliser un référentiel de formation commun (ce qu'évoque l'état des lieux ONFP-UNFPA de 2016 : co-construction d'un référentiel unique), pour que chaque ministère l'intègre. On y travaille mais ce n'est pas finalisé.

En conclusion de ce chapitre, la Tunisie a posé les bases d'une réponse nationale structurée : un cadre légal avancé, un plan multi-acteurs, des mécanismes de coordination et de suivi (Observatoire), et diverses actions de formation et sensibilisation. Sur le papier, tous les ingrédients sont là pour un système efficace. Cependant, des obstacles demeurent qui empêchent la pleine réalisation de ces politiques. Les chapitres précédents les ont déjà en partie

soulignés : manque de ressources humaines, inégalités régionales, fragmentation du parcours, insuffisance budgétaire, etc. La Partie VI se penchera spécifiquement sur ces freins structurels et dynamiques qui entravent la prise en charge optimale des survivantes de violences en Tunisie, malgré l'existence d'un arsenal juridique et stratégique solide.

## Partie VI : Obstacles et dynamiques de la prise en charge psychologique

### Chapitre 1 : Freins structurels à la prise en charge psychologique

Malgré la volonté affichée et les dispositifs mis en place, de nombreux obstacles structurels entravent encore la prise en charge psychologique efficace des femmes survivantes de violences en Tunisie. Ces freins sont d'ordre institutionnel, logistique, financier, voire culturel. Les identifier permet de comprendre où concentrer les efforts pour améliorer la situation.

#### Insuffisance des ressources humaines spécialisées et formation du personnel

Un premier frein majeur est le manque de professionnels qualifiés pour prendre en charge le trauma des survivantes, et le manque de formation spécifique du personnel de première ligne.

##### Nombre insuffisant de psychologues/psychiatres

Comme évoqué, la densité de professionnels de santé mentale est faible. Concrètement, cela signifie des délais d'attente longs pour un rendez-vous (plusieurs semaines dans le public, ce qui est incompatible avec l'urgence du traumatisme), et une charge de travail élevée pour les quelques psychologues disponibles (ce qui peut réduire la qualité ou la disponibilité du suivi). Dans certains gouvernorats, il n'y a tout simplement aucun psychologue du secteur public pour accompagner les femmes, ou il n'y en a qu'un et il doit couvrir toute la population (hommes, femmes, enfants, toutes problématiques confondues). Cet effectif insuffisant se traduit par un accès limité aux soins spécialisés pour les survivantes, surtout celles en zone intérieure : elles peuvent être obligées de se contenter d'un soutien psycho-social généraliste (par un assistant social ou une conseillère sans formation approfondie) faute de clinicien disponible. Les délais et la distance peuvent décourager de poursuivre un suivi régulier.

##### Formation lacunaire du personnel de première ligne

Les médecins généralistes, les infirmiers, les sages-femmes, voire les policiers, qui sont souvent les premiers à interagir avec la femme, ne sont pas tous formés à repérer la détresse psychologique spécifique des femmes survivantes. On a fait des progrès (formations ponctuelles, guides), mais cela reste non systématique. Par exemple, un médecin aux urgences traitera la fracture mais ne posera pas de questions sur l'état émotionnel de la patiente ni ne saura comment aborder la chose délicatement. De même,

un policier peut enregistrer la plainte mais se montrer sec face aux larmes d'une survivante, par ignorance de l'impact du trauma. Repérer et accompagner sur le plan psychologique demande une formation en psychologie du trauma – ce qui n'est pas intégré dans le cursus standard de médecine ou de travail social en Tunisie. Les lacunes de formation font que de nombreuses opportunités d'intervention précoce sont manquées : par exemple, un médecin qui suspecte de la violence mais qui n'est pas à l'aise pour questionner ou orienter, ou un enseignant qui observe un enfant troublé (peut-être témoin de violence) mais ne sait pas vers qui diriger la mère.

### Formation continue limitée

Il existe quelques initiatives de formation continue (ateliers par ONFP, par l'Observatoire, etc.), mais elles ne touchent qu'une fraction du personnel. Elles sont souvent financées par des projets pilotes donc non pérennes. Dans certaines régions, aucun professionnel n'a été formé sur les spécificités du psycho-trauma conjugal. Donc on a un système où la compétence varie énormément d'un endroit à l'autre. Cela crée des inégalités : une plaignante reçue par un policier formé et empathique aura un parcours plus facile qu'une autre tombant sur un policier non formé. L'idéal serait de rendre ces formations systématiques et obligatoires (par exemple, stage sur violences pour tout interne en médecine, module dans la formation policière initiale, etc.), mais ce n'est pas encore le cas.

### Recours au secteur privé

En l'absence de suffisamment de personnel public, de nombreuses femmes se tournent vers des psychologues ou psychiatres privés. Cela crée des inégalités d'accès car seules celles ayant les moyens ou vivant en ville (où se concentrent les cabinets privés) peuvent en bénéficier. Ce n'est pas une solution soutenable ni équitable. De plus, les psychologues ou psychiatres libéraux ne sont pas toujours formés spécifiquement au trauma et aux violences de genre (ils le sont souvent, mais pas garanti).

### Burn-out des professionnels existants

Ceux qui sont mobilisés sur ces questions peuvent souffrir de surcharge émotionnelle. Par exemple, la psychologue d'un centre d'écoute entendant tous les jours des récits atroces, sans supervisions régulières, risque l'épuisement ou la compassion fatiguée. Idem pour les assistants sociaux qui gèrent des dizaines de cas. Un turnover élevé a été noté dans certaines associations et services publics : les personnes quittent car c'est trop

lourd ou pas assez reconnu. Ce manque de stabilité du personnel nuit à la continuité du suivi pour les survivantes (qui doivent se réadapter à un nouvel intervenant).

En résumé, le manque de ressources humaines qualifiées est un goulot d'étranglement. Si on double le nombre de femmes cherchant de l'aide psychologique, le système actuel ne pourrait pas suivre qualitativement. C'est un frein structurel qui demande des réponses stratégiques (former plus de psychologues, encourager leur installation dans le public, intégrer la dimension violences dans toutes les formations pertinentes).

## Inégale répartition des services et accessibilité géographique limitée

Le deuxième frein majeur est l'inégalité géographique dans l'accès aux services de soutien psychologique. La concentration des dispositifs dans les grands centres urbains laisse beaucoup de femmes des zones intérieures sans appui de proximité.

### Concentration urbaine des services

La plupart des centres d'accueil, des OSC actives et des consultations spécialisées se trouvent dans le Grand Tunis, le littoral et quelques chefs-lieux de gouvernorat. Par exemple, presque tous les refuges actuels sont dans des villes moyennes à grandes (Tunis, Sousse, Kairouan, Sfax). Des régions entières comme le Nord-Ouest (Jendouba, Kef) ou le Sud-Est (Gabès, Médenine hors Djerba) n'ont pas de refuge ni de centre d'écoute très actif. Les femmes de ces régions sont doublement isolées : isolement social local (fort poids des traditions, moins de sensibilisation) et isolement vis-à-vis des services (il faut parcourir de longues distances pour trouver une aide). On peut parler de "désert psychologique" dans certaines zones rurales : absence de professionnels de la santé mentale, absence d'association féministe, donc la survivante n'a littéralement personne vers qui se tourner localement.

### Obstacles spécifiques en milieu rural

Pour une femme de la campagne, aller voir un psychologue en ville peut signifier prendre le louage (minibus) pour 50 km, ce qui coûte cher et l'expose possiblement aux questions (tout déplacement inhabituel attire l'attention). Le manque de transport public fiable est un réel obstacle. Si elle n'a pas de voiture et que l'agresseur contrôle la mobilité, c'est quasi impossible de s'absenter régulièrement. Il y a aussi l'absence de personnel féminin local : beaucoup de femmes préféreraient parler à une femme. Or, en zone rurale, le médecin du CSB est souvent un homme, le chef de poste de police aussi. Ce facteur culturel compte : certaines ne chercheront pas d'aide s'il n'y a pas une femme

professionnelle disponible. Enfin, la manque de confidentialité dans les petites communautés est un souci : le CSB est petit, tout se sait, donc la femme n'osera pas dire qu'elle est maltraitée de peur que la rumeur se répande. Cela rend le recours local improbable et la pousse à devoir aller au chef-lieu.

## Solutions de proximité envisagées ou existantes

Conscients de ce problème, quelques initiatives tentent de réduire la distance :

### Des antennes régionales

de centres d'écoute associatifs ont été créées (par ex., l'ATFD Tunis a ouvert une antenne à Béja, et une autre association a un bureau mobile qui se déplace dans les délégations rurales certaines journées). Mais ces antennes fonctionnent sur projet, pas en permanence.

### Des caravanes psychosociales

ont été proposées : l'idée de faire comme pour la santé mobile, envoyer périodiquement une équipe (psychologue + assistante sociale) dans les zones reculées pour tenir des permanences. Il y a eu des expérimentations ponctuelles (caravanes d'écoute), mais pas de service mobile institutionnalisé.

### Téléconsultations en santé mentale

Surtout depuis le Covid, on évoque la possibilité de consultations psychologique à distance (par téléphone ou visioconférence). Quelques psychologues associatifs ont commencé à suivre des femmes par téléphone sur le long terme, faute de pouvoir les rencontrer. Cela aide, mais la connexion internet n'est pas partout stable, et il faut un minimum de confidentialité (difficile quand la femme vit chez ses beaux-parents par exemple).

Malheureusement, ces solutions restent à petite échelle et ne couvrent pas réellement les besoins en milieu rural pour l'instant. Donc on observe un phénomène de renoncement aux soins : certaines femmes en zones éloignées abandonnent l'idée d'un suivi psychologique régulier parce que c'est logistiquement trop compliqué. Des témoignages font état de femmes qui ont bien commencé une thérapie en ville, puis l'ont arrêtée car faire 100 km aller-retour chaque semaine n'était pas tenable (coût, temps, organisation familiale). D'autres n'ont même jamais pu entamer quoi que ce soit, faute de connaître les services ou d'y accéder physiquement.

## Rôle des structures de santé de base

On pourrait penser que les CSB locaux pourraient au moins servir de relais d'orientation. Mais comme noté, s'il n'y a pas de psychologue sur place, souvent rien n'est fait. Parfois, un médecin compatissant va orienter la patiente vers l'hôpital régional (sachant qu'il y a un psychologue là-bas), mais si la patiente dit "je ne peux pas y aller", ça en reste là. Certaines OSC locales ou associations de développement ont tenté de combler : par ex, dans un village du nord-ouest, une association a monté une permanence téléphonique hebdomadaire où un psychologue de Tunis se rend disponible et les femmes viennent au local de l'association pour appeler le psychologue. Ce genre d'initiative est ingénieux mais artisanal. Idéalement, les structures de santé de base devraient au moins repérer et orienter formellement (donner un rendez-vous programmé au psychologue de l'hôpital, ou organiser une visite mensuelle d'un psychologue au CSB). À ce jour, ce n'est pas standardisé. Souvent, sans psychologue sur place, elles ne font que "prendre note" et peut-être mentionner le cas en réunion régionale, mais la femme n'en tire rien de concret.

L'inégale répartition géographique amplifie la double peine : les femmes les plus isolées (socialement, économiquement) sont aussi celles qui ont le moins accès à l'aide. Les disparités entre le littoral et l'intérieur, entre urbain et rural, créent un vrai problème d'équité dans la prise en charge. Une femme de Tunis pourra aller à l'ATFD, voir une psychologue, participer à un groupe ; une femme d'un village reculé du Kef n'aura peut-être qu'un téléphone pour appeler le 1899 comme seul lien. Combler ces disparités devrait être une priorité (on le soulignera dans les recommandations).

## Capacités d'accueil et infrastructures dédiées insuffisantes

Un autre obstacle est lié aux infrastructures spécialisées dédiées aux survivantes : trop peu de centres d'accueil et des structures pas toujours adaptées.

## Nombre et capacité des refuges limités

Comme noté, la Tunisie ne compte que quelques centres d'hébergement pour femmes survivantes, totalisant au plus quelques dizaines de lits au niveau national. Ceci est très en deçà des besoins potentiels – rappelons que chaque année des milliers de plaintes sont déposées, et même en considérant que toutes les survivantes ne nécessitent pas un hébergement, le ratio reste faible. Conséquence : beaucoup de femmes en danger ne trouvent pas de place en foyer. Les associations rapportent devoir parfois refuser des demandes faute de place disponible. Cela force des solutions de fortune (hébergement



très temporaire chez une militante ou la personne retourne en milieu dangereux). De plus, la capacité de suivi dans ces centres est saturée : quand un centre accueille plus de personnes que sa capacité théorique, le personnel est surchargé, ce qui peut réduire la qualité de l'accompagnement psychologique.

### Conséquences pratiques des limites de capacité

Lorsqu'un refuge est plein, soit la femme est mise sur liste d'attente (inutile en cas d'urgence), soit on l'oriente vers un refuge d'une autre région, ce qui est loin de ses repères. Parfois, faute de place, l'accueil est raccourci : on laisse la femme 2 semaines au lieu d'un mois, puis on doit la faire sortir pour faire de la place pour de nouvelles arrivantes. Ce turn-over rapide ne permet pas un accompagnement psychologique approfondi, car la reconstruction prend du temps. Les intervenants dans les refuges sont eux-mêmes en surcharge quand trop de résidentes : une psychologue pour 15 femmes plus leurs enfants, c'est très lourd ; forcément le suivi individualisé s'amenuise.

### Infrastructures spécifiques dans les hôpitaux

Un aspect infrastructurel concerne aussi les unités médico-légales ou de crise. Certains pays ont des "salles d'écoute" dédiées aux survivantes dans les urgences, ou des "unités médico-légales intégrées" où on examine la personne dans un environnement protégé et avec présence de psychologue. En Tunisie, des embryons existent : par exemple, l'hôpital Charles Nicolle à Tunis a une unité médico-légale active, et le médecin légiste collabore avec une psychologue d'une association quand nécessaire ; à Sfax, il y a un centre d'écoute attenant à l'hôpital. Mais globalement, ces dispositifs spécifiques 24h/24 sont rares. Aux urgences ordinaires, il n'y a pas d'espace confidentiel, la femme peut se retrouver sur un brancard en salle commune, ce qui ne garantit ni sa sécurité (l'agresseur pourrait débarquer) ni sa dignité. On peut dire que l'absence d'espaces adaptés est un frein : si la femme ne se sent pas en confiance pour parler parce que l'endroit ne s'y prête pas, son mal-être psychologique ne sera pas pris en compte sur le moment.

### Confidentialité et sécurité des lieux d'entretien

Dans l'ensemble des établissements publics du secteur médical, il manque des espaces dédiés pour accueillir la parole des survivantes dans la confidentialité et la sécurité nécessaires. Les entretiens psychologiques ou médico-légaux se déroulent parfois dans des locaux inadaptés (un bureau partagé, une salle d'examen non insonorisée). Cela peut décourager la survivante de se confier librement par crainte

d'être entendue ou interrompue. De même, dans certains commissariats, il n'y a pas de salle d'audition spécifique : la femme doit raconter son calvaire dans un couloir ou devant plusieurs agents, ce qui est contraire aux recommandations de confidentialité. Le manque d'intimité des lieux peut ainsi constituer un frein à la verbalisation des traumatismes psychiques, et donc empêcher un diagnostic et une prise en charge adéquate. Certains centres d'écoute associatifs ont au contraire aménagé des pièces accueillantes et confidentielles, mais toutes les structures publiques n'en sont pas dotées.

### Stratégies alternatives en l'absence de structures

Quand il n'y a pas de refuge disponible, les femmes se tournent vers des solutions informelles – par ex. dormir chez une parente, ou même retourner temporairement chez l'agresseur faute d'option. Ces solutions provisoires ne garantissent pas un répit psychologique suffisant : rester chez des proches peut exposer à des pressions (famille qui tente de recoller les morceaux), et retourner chez l'agresseur met en péril la santé mentale et la sécurité. On voit aussi émerger des réseaux informels de solidarité : des bénévoles hébergent chez elles des survivantes en attendant qu'une place se libère en refuge. Si c'est réconfortant pour la femme de trouver refuge chez une personne compatissante, ce n'est pas un système formel, et ces bénévoles ne peuvent ni accueillir sur la durée ni fournir tout l'accompagnement nécessaire. Cela souligne le besoin d'infrastructures officielles plus nombreuses et mieux équipées.

### Faiblesse du financement et du soutien institutionnel

La question du financement est un nœud crucial. Sans ressources financières suffisantes, les bonnes intentions restent lettre morte.

### Budget de la santé mentale modique

En Tunisie, la part du budget de la santé publique allouée à la santé mentale est traditionnellement très faible (estimée autour de 2 à 3 %). Au sein de cette maigre enveloppe, il n'y a pas de ligne budgétaire spécifiquement dédiée aux programmes d'aide psychologique pour les survivantes de violence. En d'autres termes, les hôpitaux psychiatriques ou les services de santé n'ont pas un financement supplémentaire pour développer des activités ciblées sur les femmes violentées. De même, le Ministère de la Femme n'a pas un budget illimité : son budget global est modeste par rapport à d'autres ministères. Cet état de sous-financement est disproportionné par rapport à l'ampleur du problème. On a d'un côté plus de 47% des femmes touchées par la violence (et de

nombreuses souffrant de troubles consécutifs), de l'autre aucun budget conséquent fléché pour leur prise en charge psychologique.

### Conséquences concrètes du sous-financement sur le terrain

Un sous-financement chronique signifie que de nombreux postes de psychologues ou d'assistantes sociales ne sont pas créés ou pourvus. Par exemple, l'idéal serait d'avoir au moins un psychologue dans chaque délégation ou chaque hôpital local – ce n'est pas le cas, faute de budget pour ces postes. Cela signifie aussi absence de centres dans certaines régions (pas d'argent pour ouvrir un centre d'écoute public dans chaque gouvernorat), manque de matériel pour des thérapies innovantes (par ex., pas de budget pour organiser des ateliers d'art-thérapie ou des groupes de parole réguliers). Parfois, même des besoins basiques manquent : des associations signalent que leurs psychologues ne peuvent pas se déplacer en zones rurales car il n'y a pas de budget transport ou d'indemnités.

### Rôle de palliatif des OSC et dépendance aux bailleurs externes

Face aux carences de financement public, les associations comblent une partie du vide, souvent grâce à des financements internationaux (Union Européenne, agences onusiennes) ou privés (fondations). Par exemple, de nombreux centres d'écoute associatifs fonctionnent grâce à des projets financés sur 1 ou 2 ans par l'UE ou l'UNFPA. Si ces fonds s'arrêtent, l'activité est menacée. Cette dépendance est un risque : en 2020, une association a failli fermer un refuge car le bailleur de fonds n'a pas reconduit son appui et l'État n'a pas pris le relais. Certaines structures essentielles ne tiennent qu'à un fil financier. Ceci rend le système peu durable. Les financements externes, bien que précieux pour innover et lancer des services, ne peuvent être la seule source pour un service aussi fondamental que la prise en charge des femmes. De plus, l'orientation des fonds externes peut varier (par effet de "mode"), laissant certaines actions sans soutien sur le long terme.

### Échéance des projets pilotes

On constate qu'après l'échéance d'un projet financé par un bailleur, si l'État n'institutionnalise pas le service, celui-ci dépérit. Par exemple, un projet de "Maisons d'écoute" financé par un organisme étranger a permis d'ouvrir trois centres sur 2 ans ; à la fin du projet, un seul a pu continuer avec une subvention du ministère, les deux autres ont fermé. C'est un gâchis de l'acquis si aucune reprise en main nationale n'a lieu.

## Plaidoyer pour un meilleur soutien institutionnel

Les associations et instances de l'Observatoire plaident pour plusieurs mesures : la création d'une ligne budgétaire dédiée dans la loi de finances spécifiquement pour la lutte contre les violences (qui permettrait de financer stablement les refuges, la hotline, les unités psycho-sociales); l'intégration du soutien psychosocial dans les programmes nationaux de santé (par ex., inclure un volet violence dans le Programme national de santé mentale ou de santé reproductive avec budget associé); l'encouragement à la contribution du secteur privé via la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE) (par exemple, inciter des entreprises ou fondations bancaires à parrainer des centres d'écoute ou des campagnes). Certaines entreprises ont déjà commencé (ex: sponsoring de campagnes de sensibilisation), mais ça reste timide. L'idée est de mobiliser tous les leviers financiers pour combler le gap.

En résumé, le sous-financement est un frein transversal : sans argent, pas assez de personnel, pas assez de centres, pas de matériel, et une précarité des services qui nuit à leur efficacité sur le long terme. Il y a là une nécessité de prioriser budgétairement cette cause, en la sortant du cadre purement projet-pilote pour la hisser au rang de service public soutenu.

## Manque de coordination intersectorielle et fragmentation du parcours de soin

Nous l'avons déjà abordé : la fragmentation du parcours est un obstacle de taille. Elle est en partie due à un manque de coordination formelle entre les différents secteurs impliqués (santé, police, justice, social).

## Absence de protocoles d'orientation formalisés entre secteurs

Bien que des protocoles aient été signés au niveau central en 2016, sur le terrain on manque de procédures claires. Par exemple, il n'existe pas de directive nationale obligeant un commissariat à transmettre automatiquement le contact de chaque plaignante à une structure d'écoute ou à un psychologue. Tout dépend de la bonne volonté : si le policier connaît l'existence d'un centre d'écoute, peut-être mentionnera-t-il, sinon non. De même, rien n'oblige les hôpitaux à informer la police (sauf si suspicion pénale) ou à appeler une association. La coordination repose souvent sur des initiatives personnelles : tel procureur qui a un partenariat informel avec une association locale, tel médecin qui connaît une assistante sociale et l'appelle. Mais ce n'est pas systématisé ni monitoré.

## Conséquences de la fragmentation pour la survivante

Comme développé plus haut, cette fragmentation conduit la femme à répéter son histoire à chaque nouvel interlocuteur, ce qui est éprouvant et peut aggraver son traumatisme. Elle a l'impression d'être ballottée entre services sans continuité, ce qui peut renforcer le sentiment d'abandon ou d'incompréhension. Surtout, un risque est qu'un volet soit oublié : par exemple, la femme est traitée pour ses blessures physiques à l'hôpital, puis renvoyée chez elle sans qu'aucun suivi psy ne soit engagé parce que l'information ne remonte pas jusqu'aux services psycho-sociaux. Ou inversement, une association s'occupe du soutien psycho-social mais ne sait pas que la police n'a pas donné suite à la plainte, etc. Il y a un vrai manque de fil conducteur.

## Dispositifs de concertation pluridisciplinaire

Dans certaines localités, grâce à des projets pilotes, on a mis en place des cellules de coordination réunissant divers acteurs. Par exemple, à Monastir une commission locale se réunit mensuellement avec police, juge, déléguée femmes, médecin, OSC, pour faire le point sur les cas et résoudre les problèmes. Mais ces dispositifs ne couvrent qu'une partie du territoire (souvent les endroits où il y avait un projet financé). Ils sont généralement très utiles là où ils existent (on note un meilleur suivi des cas, moins de perte de contact). Hélas, ailleurs, chacun continue de travailler en silo.

## Charge de la navigation laissée à la survivante

En l'absence de coordination institutionnelle, c'est souvent la femme (ou quelqu'un de son entourage) qui doit faire office de chef d'orchestre de son propre parcours. Elle-même doit comprendre quelle démarche faire ensuite, quelles portes frapper. Quand une femme est fragilisée psychologiquement, c'est beaucoup demander. Idéalement, un "case manager" devrait être désigné pour chaque survivante – par exemple une assistante sociale référente qui l'accompagne du début à la fin. Ce rôle existe de manière informelle dans certains cas (parfois une intervenante d'OSC devient de facto la référente et suit la femme partout), mais ce n'est pas un mécanisme systématique. Dans la majorité des cas, la femme doit naviguer seule une fois passée la phase d'urgence.

## Modèles intégrés recommandés mais non généralisés

Les experts recommandent des solutions de type guichet unique (regrouper police, psychologue, médecin dans un même centre d'accueil) ou au moins un système de dossier unique partagé entre institutions. En Tunisie, on en discute depuis quelques années. Un "Centre pilote" inauguré à Tunis vise un peu ce concept, mais il ne couvre

pas encore tout le territoire et il n'est pas ouvert 24/7 comme de vrais guichets uniques. Un dossier numérique commun – par ex., accessible par l'Observatoire ou via la ligne 1899 – permettrait de suivre le parcours d'une survivante à travers les structures, mais cela se heurte à des problèmes techniques et de confidentialité (et de volonté politique aussi). Jusqu'ici, on est encore au stade du test local, pas de la généralisation.

Le manque de coordination est donc un frein institutionnel majeur, car même si chaque acteur fait du bon travail dans son coin, l'efficacité globale est diminuée par l'absence de lien. Et ce sont les survivantes qui en pâtissent par de la confusion, des délais, et parfois des prises en charge incomplètes.

### Lacunes dans les protocoles, le suivi et l'application des dispositifs existants

Enfin, on relève des lacunes ou écarts entre les dispositifs prévus et leur mise en œuvre effective, ainsi que dans le suivi à long terme des cas.

#### Existence de protocoles nationaux vs application réelle

Comme mentionné, le Ministère de la Femme et ses partenaires ont élaboré des guides sectoriels pour la prise en charge des femmes (par ex. un guide pour le secteur de la santé, un pour la police, etc.). Ces documents définissent théoriquement la conduite à tenir. Cependant, la diffusion et l'appropriation de ces protocoles restent incomplètes. Beaucoup de professionnels de terrain n'en ont pas connaissance ou n'en tiennent pas compte faute de formation ou de suivi hiérarchique. On observe donc un décalage entre le texte et la pratique. Par exemple, un guide de 2018 suggère que tout hôpital devrait avoir un protocole interne pour orienter les survivantes – en 2025, peu d'hôpitaux l'ont réellement implémenté.

#### Mesures spécifiques de la loi 2017-58 partiellement mises en œuvre

La loi prévoyait entre autres la création de centres d'écoute régionaux et la gratuité des soins psychologiques pour les survivantes. Dans les faits, quelques centres ont ouvert mais pas dans chaque région, et la gratuité effective des consultations en santé mentale n'a pas été concrétisée par décret ni budgétée. Par ailleurs, si la loi garantit l'ordonnance de protection, le faible nombre d'ordonnances prononcées montre que ce dispositif n'est pas encore pleinement appliqué (peut-être par manque de demande ou de rigueur). Autre exemple : l'assistance psychologique lors des dépositions en commissariat – la loi l'évoque, mais en pratique il est très rare qu'un psychologue soit présent quand une

femme porte plainte, faute de protocole inter-ministériel clair pour mobiliser un psychologue sur demande de la police.

### Suivi des cas individuels dans le temps

Après les premières interventions (plainte, refuge, etc.), il n'existe pas de système formalisé de suivi à long terme des survivantes. Il n'y a pas de "dossier partagé" accessible aux différents services, ni de base de données centralisée alimentée en continu pour savoir où en est le parcours de telle personne. Cela signifie qu'une fois qu'une femme sort du champ d'une institution, le lien est rompu. Par exemple, une femme quitte le refuge : si elle ne revient pas d'elle-même vers un psychologue au niveau local, personne ne va vérifier comment elle va six mois plus tard. De même, une femme qui a déposé plainte puis n'a pas donné suite ne sera pas recontactée par la police pour s'enquérir de son état ou de ses besoins (sauf initiative personnelle rare). Ce manque de suivi longitudinal fait qu'on perd la trace de nombreuses survivantes. Certaines retombent peut-être dans la violence ou la dépression sans que les services le sachent. Un suivi plus actif, via par exemple une plateforme ou une référente qui appelle périodiquement, fait défaut. L'Observatoire ambitionne de suivre des indicateurs globaux, mais pas les cas individuellement – ce n'est pas son rôle.

### Interruption du relais entre institutions

Comme noté, quand la survivante sort du tribunal ou de l'hôpital, il n'y a souvent pas de relais organisé vers un autre service. Si le tribunal clôt l'affaire (par ex. condamnation de l'agresseur), la justice n'a plus l'œil sur la survivante ; idéalement elle devrait s'assurer que la survivante est orientée vers un service d'aide pour l'après-procès, mais ce n'est pas prévu. Chacun gère son bout de chaîne, et après, plus rien. Ce qui en découle, c'est que si la survivante ne s'accroche pas d'elle-même au réseau associatif ou de santé, elle peut tomber dans un trou. C'est un point faible du système : pas de système de rappel ou de contrôle à posteriori.

En bref, il y a une insuffisance de mécanismes d'évaluation et de suivi de la mise en œuvre. On a mis en place des lois et des outils, mais on ne mesure pas assez ce qui marche ou pas sur le terrain, ni ne rectifie rapidement le tir. Certaines dispositions (comme l'accompagnement psychologique gratuit) restent au stade d'intention sans actes administratifs qui les concrétisent.

## Chapitre 2 : Obstacles liés aux pratiques institutionnelles

En Tunisie, les femmes survivantes de violences se heurtent à des obstacles institutionnels persistants qui entravent leur accès à un soutien psychologique adéquat. Malgré un cadre légal progressiste (loi n°2017-58) et la création d'unités spécialisées, certaines attitudes au sein des institutions continuent de constituer un frein majeur. De nombreux témoignages de survivantes font état d'un accueil inadéquat lors de leurs premiers contacts avec la police ou les services judiciaires : banalisation des faits, remarques culpabilisantes ou jugement moral implicite. Par exemple, il arrive qu'une femme venant porter plainte soit accueillie par un agent minimisant la gravité de l'agression ou insinuant qu'il s'agit d'une affaire privée. Ce manque d'empathie initial peut dissuader la survivante de poursuivre ses démarches et de chercher l'aide psychologique pourtant nécessaire. Si la première expérience institutionnelle est négative – sentiment d'être mal reçue, non crue ou blâmée – la survivante risque de perdre confiance dans l'ensemble du système d'aide. Une femme mal accueillie au commissariat sera, par exemple, peu encline à consulter le psychologue recommandé par cette même institution par crainte d'un jugement similaire.

Les préjugés et stéréotypes véhiculés par certains professionnels aggravent ces obstacles. Il subsiste, chez une fraction du personnel policier, judiciaire ou médical, des conceptions traditionnelles du rôle de la femme et de la famille qui interfèrent avec la prise en charge. Des agents peuvent considérer qu'un mari a le droit de "corriger" sa femme ou estimer que préserver le foyer prime sur la protection de la survivante. De tels biais conduisent parfois à décourager les poursuites ou à orienter la femme vers une réconciliation forcée avec son agresseur plutôt que vers un suivi psychologique individuel. Quelques juges affichent encore des attitudes sexistes, traitant les cas de violences conjugales avec indulgence envers l'auteur ou en blâmant implicitement la survivante. Dans les tribunaux, l'absence de cellules spécialisées d'accueil des femmes violentées a longtemps signifié que les survivantes devaient affronter seules un environnement peu sensibilisé à leur traumatisme. Cette situation commence à évoluer avec la mise en place de bureaux dédiés dans certains tribunaux, mais demeure inégale selon les régions.

Le climat institutionnel dans son ensemble manque parfois de bienveillance. Au-delà des individus, ce sont les pratiques routinières qui peuvent décourager les survivantes. La lourdeur administrative, la lenteur des procédures et le formalisme peuvent être vécus comme autant de violences secondaires. Attendre de longues heures aux urgences ou au poste de police pour déposer plainte, devoir répéter son récit traumatique à de multiples interlocuteurs sans



formation spécifique, ou ne pas être informée de ses droits sont des expériences courantes qui minent la démarche de ces femmes. Par exemple, l'aide judiciaire gratuite prévue par la loi n'est pas automatiquement expliquée ni activée, laissant les survivantes démunies face aux coûts et complexités légales. Une femme témoigne que, après avoir insisté pour porter plainte, on l'a menacée de poursuites pour "mariage illégal" en raison de sa situation administrative – révélant un détournement de procédure qui l'a profondément découragée. Ce genre d'aberration institutionnelle souligne à quel point certaines survivantes subissent un détournement de la loi ou une résistance passive de la part de ceux mêmes censés la protéger, sous prétexte de préserver des normes sociales ou familiales.

Ces obstacles institutionnels ne sont pas uniquement le fait d'individus isolés : ils reflètent en partie des lacunes de formation et de culture professionnelle. Longtemps, les cursus de base des policiers, magistrats, médecins ou travailleurs sociaux n'ont que peu abordé la problématique des violences basées sur le genre et leurs conséquences psychologiques. Faute d'une sensibilisation systématique, beaucoup de professionnels n'ont pas les "réflexes" appropriés face à une femme traumatisée. Par ignorance des dynamiques de l'emprise et du traumatisme, un médecin urgentiste peut ainsi ne pas détecter des signes de stress post-traumatique, ou un officier de police adopter un ton interrogatoire inadapté qui revictimise la plaignante. Il existe bien des initiatives de formation continue – des sessions ponctuelles soutenues par des ONG ou des agences onusiennes ont formé des dizaines de cadres à l'écoute des survivantes – mais elles ne couvrent pas encore l'ensemble du territoire ni tous les échelons. Cela crée des disparités : dans un gouvernorat où les personnels ont été formés et où le chef de service est sensibilisé, l'accueil sera chaleureux et l'orientation vers un soutien psychologique presque automatique ; ailleurs, en l'absence de directive claire ou de culture locale de protection, la survivante pourra être renvoyée chez elle sans aucune proposition d'aide psychologique.

Consciente de ces écueils, la Tunisie a commencé à réformer ses pratiques institutionnelles de l'intérieur. La loi de 2017 a instauré des unités spécialisées de police et de gendarmerie chargées des violences faites aux femmes, avec du personnel théoriquement formé aux spécificités de ces situations. Là où ces unités sont actives, les survivantes rapportent un accueil un peu moins brutal et une écoute améliorée. Par ailleurs, des espaces réservés ont été aménagés dans certains commissariats pour garantir plus de confidentialité lors du dépôt de plainte. Des protocoles sectoriels signés en 2016-2017 entre les ministères de la Justice, de l'Intérieur, de la Santé, des Affaires sociales et le Ministère de la Femme visent à uniformiser les procédures d'accueil et de prise en charge. Cependant, la mise en œuvre concrète de ces protocoles reste incomplète.

Les changements de pratiques prennent du temps : ils supposent non seulement des textes, mais une adhésion du personnel de terrain. Des efforts de sensibilisation éthique (chartes d'accueil dans les hôpitaux, rappel des devoirs déontologiques, etc.) et le renforcement de la proportion de personnel féminin aux postes d'accueil sensibles sont en cours de discussion pour améliorer la situation.

Malgré tout, du point de vue des survivantes, ces obstacles institutionnels demeurent l'un des chaînons faibles de leur parcours. Une part importante des femmes violentées indique avoir trouvé plus de soutien et d'écoute auprès de leur entourage proche ou d'associations qu'auprès des premiers répondants officiels. Cela souligne la nécessité d'instaurer une culture organisationnelle plus bienveillante au sein des institutions publiques. Désigner par exemple dans chaque commissariat un référent formé sur les violences conjugales, ou dans chaque hôpital un psychologue référent joignable en urgence, pourrait contribuer à changer progressivement les comportements. Il s'agit de faire évoluer les mentalités internes pour que la survivante soit considérée d'emblée comme une usagère à protéger et accompagner – et non comme un dérangement ou, pire, une coupable implicite. En somme, vaincre ces obstacles institutionnels exige un engagement continu : formation généralisée, tolérance zéro envers les comportements de déni ou de blâme, évaluation régulière de la qualité de l'accueil, et valorisation des bonnes pratiques. C'est une condition sine qua non pour que les femmes osent solliciter et poursuivre un soutien psychologique qui, trop souvent aujourd'hui, leur échappe à cause d'une mauvaise première impression dans le service vers lequel elles se tournent.

## Analyse des trajectoires de soins psychologiques

La trajectoire de soins d'une femme survivante de violences désigne l'ensemble du parcours qu'elle emprunte depuis les faits de violence jusqu'à l'obtention éventuelle d'un accompagnement psychologique et social. L'analyse de ces trajectoires met en lumière les étapes successives, les points de rupture et de continuité, ainsi que les facteurs qui les influencent. En Tunisie, ces parcours sont souvent complexes, fragmentés et semés d'embûches, reflétant les défis systémiques du dispositif d'aide.

### Points d'entrée et premier contact

Le début du parcours se situe généralement juste après l'événement violent ou lors de son dévoilement. Différents points d'entrée sont possibles. Beaucoup de femmes se tournent d'abord vers les institutions publiques : porter plainte au poste de police ou alerter la garde nationale est une réaction fréquente, tout comme se rendre aux urgences de l'hôpital en cas de

blessures physiques. D'autres points d'entrée existent : certaines contactent une ligne d'écoute téléphonique dédiée, gérée par le ministère ou des OSC, où des écoutantes les orientent vers les ressources disponibles. D'autres enfin cherchent spontanément l'aide d'une association locale de défense des femmes, surtout si celle-ci est connue dans leur région. Il arrive aussi qu'une survivante se confie d'abord à un tiers – un proche, un médecin de famille, une assistante sociale – qui joue alors un rôle d'orienteur vers le système d'aide formel.

Plusieurs facteurs influencent le choix du point d'entrée. La gravité visible des violences subies oriente souvent la décision : en cas de blessures graves, la priorité sera de se faire soigner physiquement, ce qui amène la personne à l'hôpital en premier lieu. Inversement, en l'absence de lésions, la femme peut hésiter à solliciter un médecin et opter plutôt pour le commissariat si elle souhaite avant tout faire cesser les violences par voie légale. La proximité géographique et la notoriété de telle ou telle ressource jouent également un rôle : en milieu rural sans structure spécialisée, la police ou la délégation des affaires sociales peuvent être les seuls interlocuteurs accessibles, alors qu'en milieu urbain, la présence d'un centre d'écoute bien connu peut inciter la femme à s'y rendre directement. La confiance ou méfiance vis-à-vis des institutions conditionne enfin le point d'entrée : une personne ayant intériorisé une défiance envers la police (par crainte d'être mal accueillie, ou par expériences passées dans son entourage) évitera de porter plainte et cherchera d'autres voies, par exemple l'aide associative. À l'inverse, l'insistance d'un membre de la famille, ou au contraire des pressions familiales (pour garder le silence), modulera la première démarche. Le contexte émotionnel immédiat joue également : agir dans le choc de la crise (fuite vers n'importe quelle aide disponible) ou, au contraire, rester pétrifiée de honte et de peur pendant un temps avant d'oser parler, cela varie selon les individus.

La qualité de l'accueil initial reçu lors de ce point d'entrée est déterminante pour la suite du parcours. Un accueil empathique, respectueux et informatif peut enclencher une dynamique positive : si dès le premier contact, on explique à la personne ses droits, qu'on lui offre une écoute attentive sans jugement et qu'on lui propose une orientation vers un soutien psychologique, elle sera plus à même d'adhérer au suivi. Au contraire, un accueil froid ou culpabilisateur peut briser net l'élan de la survivante. Par exemple, on observe que nombre de femmes abandonnent leurs démarches dès après un dépôt de plainte si celui-ci s'est mal passé : l'humiliation ressentie ou la déception les conduit à ne pas donner suite aux recommandations (telles que consulter un psychologue) qui auraient pu leur être faites. Ainsi, la trajectoire de soins peut être interrompue avant même d'avoir commencé, simplement parce que le sas d'entrée n'a pas rempli son rôle d'initiation bienveillante au parcours d'aide. Idéalement,

chaque porte d'entrée (police, hôpital, OSC, etc.) devrait non seulement traiter sa part (prise de plainte, soin médical, etc.), mais aussi jouer pleinement son rôle d'orientation vers un soutien psychologique en informant systématiquement la personne des ressources disponibles et en facilitant le contact avec celles-ci.

### Cheminement interinstitutionnel

Une fois le premier pas franchi, le parcours de soins psychologiques va consister en un enchaînement d'étapes au sein de différentes structures, dans un ordre qui varie selon les cas. Dans l'idéal, ce cheminement serait fluide et coordonné : chaque institution passerait le relais à la suivante en accompagnant activement la survivante. Dans la pratique, les femmes doivent souvent naviguer elles-mêmes d'un service à l'autre. Par exemple, imaginons une femme qui a débuté son parcours en portant plainte : après la déposition, le policier devrait en théorie la diriger vers l'hôpital pour un examen médico-légal et une prise en charge psychologique d'urgence. Il arrive que cela se passe ainsi lorsque des protocoles locaux le prévoient – on a vu des cas où la police contacte directement un psychologue du centre d'accompagnement le plus proche. Mais très fréquemment, cette orientation reste formelle : la plaignante repart du poste avec un simple conseil de consulter tel service, sans mise en relation concrète. Livrée à elle-même, elle doit alors trouver comment se rendre à l'hôpital ou au centre d'écoute indiqué, et souvent refaire la queue, répéter son histoire. De même, une femme qui se présente d'abord aux urgences pour se faire soigner devrait idéalement être mise en contact immédiat avec l'assistante sociale de l'hôpital, qui alerterait une association ou un psychologue de garde. Cela se produit dans certaines grandes villes où des unités pluridisciplinaires d'urgence existent, mais demeure loin d'être systématique.

Les trajectoires typiques combinent généralement trois types de services : la sécurité (police/justice), le sanitaire (soins médicaux et psychologiques publics) et le social/associatif. D'après les études menées, un schéma fréquent est : Police → Santé → Justice, ou Santé → Police → Justice, éventuellement avec l'appui d'une association en parallèle à l'une de ces étapes. Par exemple, après la police et l'hôpital, la femme peut solliciter une association pour l'aider dans les démarches judiciaires et le suivi psychologique. Chaque étape du parcours répond à un besoin différent : protection et constat initial, soins du corps et de l'esprit, puis quête de justice ou de reconstruction socio-économique. L'enjeu est que ces étapes communiquent entre elles. Or la coordination intersectorielle apparaît comme le maillon faible actuel : trop souvent, la femme passe d'un univers à l'autre sans fil conducteur. Elle peut avoir obtenu un certificat médical aux urgences prouvant les violences, mais celui-ci n'est pas

transmis automatiquement à la police ; ou bien elle commence une thérapie dans un centre d'écoute, sans que le médecin traitant en soit informé pour adapter éventuellement le suivi somatique.

Les obstacles logistiques et administratifs entre les structures pèsent lourdement sur ces cheminements. D'une part, les procédures requièrent souvent de multiples documents : certificat médical pour porter plainte, copie du dépôt de plainte pour être accueillie en centre d'hébergement, etc. L'obtention de ces pièces peut retarder l'accès au soin psychologique. D'autre part, les délais d'attente constituent un frein : obtenir un rendez-vous avec un psychologue du secteur public peut prendre des semaines, période durant laquelle la motivation de la survivante peut fléchir. Le coût financier est un autre obstacle si la prise en charge publique n'est pas disponible rapidement – certaines femmes n'ont pas les moyens d'aller consulter un psychologue privé, et abandonneront l'idée d'un soutien faute de gratuité immédiate. Enfin, l'exigence de répéter son récit traumatique à chaque nouvel interlocuteur (policier, médecin, psychologue, juge...) représente une épreuve émotionnelle qui peut décourager de poursuivre. Sans mécanisme de transmission de l'information entre services, c'est à la survivante de réexposer sans cesse sa douleur, au risque de la revivre intensément et d'en ressortir épuisée.

Dans ce parcours, le rôle de trait d'union entre étapes est crucial mais insuffisamment assuré. Idéalement, un professionnel pivot – par exemple une assistante sociale hospitalière ou un point focal violence dans une délégation régionale – devrait accompagner la survivante et coordonner les rendez-vous suivants, s'assurer qu'elle ne “tombe pas dans le vide” après l'urgence. Quelques dispositifs commencent à jouer ce rôle : dans certains gouvernorats, des cellules de coordination font se rencontrer police, santé et affaires sociales autour des cas signalés pour planifier l'accompagnement. Mais le plus souvent, ce fardeau de la coordination repose sur la femme elle-même ou sur le soutien informel d'un proche ou d'une militante associative qui prend l'initiative. Beaucoup de survivantes disent devoir “se débrouiller seules” pour trouver où aller après la première étape : chercher un psychologue en libéral via Internet, appeler elles-mêmes la ligne d'écoute pour avoir les adresses utiles, etc. Cette autonomie forcée n'est pas à la portée de toutes, surtout lorsque le traumatisme entame l'énergie et la capacité de décision. Ainsi, le cheminement interinstitutionnel actuel apparaît trop souvent comme un parcours du combattant, où la continuité des soins dépend plus de la ténacité de la survivante que d'un véritable protocole intégré.

## Ruptures et continuité de la prise en charge

Les trajectoires de soins sont fréquemment marquées par des interruptions précoces. Il existe des moments critiques où le risque d'abandonner le suivi psychologique est maximal. L'un de ces moments est juste après la phase de crise aiguë. Tant que la situation violente est intenable, la survivante est en quelque sorte poussée à chercher de l'aide en état d'urgence. Mais une fois un premier apaisement obtenu – par exemple, après s'être mise en sécurité provisoirement ou après que le choc initial se soit estompé – une forme de retour en arrière psychologique peut survenir. La survivante, au lendemain de la crise, peut minimiser ce qu'elle a vécu ou se convaincre qu'elle va s'en sortir seule, et décliner les rendez-vous de suivi prévus. Sans relance proactive, il n'est pas rare que la démarche entamée avorte à ce stade, alors même que le traumatisme, lui, n'est pas résolu. Un autre moment à haut risque est le passage d'une institution à une autre. Comme décrit, chaque transition est une épreuve : beaucoup n'arrivent pas jusqu'au service suivant. Par exemple, près de la moitié des femmes orientées vers un soutien psychologique après un dépôt de plainte ne s'y rendent finalement pas, découragées par le manque de suivi actif ou par la complexité pour obtenir un rendez-vous. De même, après quelques séances de thérapie, on observe souvent un décrochage : l'engagement initial peut fléchir, notamment si la thérapie ravive des émotions pénibles ou si la patiente ne perçoit pas d'amélioration immédiate. Sans explication préalable sur le processus psychothérapeutique (qui prend du temps et peut être douloureux au début), certaines interrompent le suivi au bout de deux ou trois séances, au moment où la confrontation au traumatisme devient difficile.

Les causes de ces ruptures de parcours sont multiples et souvent imbriquées. Les pressions familiales figurent parmi les plus citées : de nombreuses femmes subissent l'entourage qui leur intime de "ne pas ébruiter l'affaire" ou les pousse à retourner avec le conjoint "pour les enfants". Cette pression sociale peut conduire à interrompre toute démarche d'aide, psychologique y compris, par crainte de déshonorer la famille ou de perdre le soutien matériel du conjoint. Le sentiment de honte ou de culpabilité chez la survivante elle-même peut aussi resurgir et l'amener à fuir le regard du soignant, pensant qu'elle-même est fautive de la situation. Une autre cause fréquente est la déception vis-à-vis du service reçu : si la survivante n'a pas accroché avec le premier psychologue (parce qu'elle l'a trouvé peu à l'écoute ou expéditif) ou si elle a eu l'impression de ne pas être comprise, elle risque de ne pas chercher un second avis et de renoncer purement et simplement au soutien psychologique. À cela s'ajoutent les difficultés pratiques : l'éloignement géographique des structures peut empêcher la poursuite régulière du suivi, de même que le manque de moyens de transport ou d'argent pour payer chaque

déplacement vers la ville. Une femme qui doit parcourir 50 km en taxi pour chaque séance ne pourra pas tenir longtemps ce rythme, surtout si elle n'a pas de revenu propre. De plus, si la prise en charge gratuite n'est pas garantie, le coût des consultations ou des médicaments (antidépresseurs par exemple) peut être prohibitif sur la durée et causer l'abandon. Enfin, la fatigue émotionnelle joue : revivre son traumatisme en thérapie ou en parler continuellement peut dans un premier temps accentuer le mal-être, et sans explication cela est déroutant – certaines préfèrent alors tout arrêter en pensant que cela leur “fait plus de mal que de bien”.

Les conséquences d'une interruption prématurée du suivi psychologique sont malheureusement lourdes. Sur le plan de la santé mentale, le risque est de voir s'installer un trouble chronique : une dépression non traitée qui s'aggrave, un état de stress post-traumatique persistant avec des flashbacks et de l'anxiété, ou encore des conduites à risque (addictions, idées suicidaires) qui auraient pu être prévenues par un accompagnement soutenu. Au-delà de la sphère psychique, l'arrêt du soutien augmente le risque d'un retour en arrière dans la situation de violence : faute d'appui pour renforcer son estime de soi et préparer un nouveau départ, la survivante peut retomber sous l'emprise de l'agresseur, retourner au domicile conjugal en pensant n'avoir pas d'autre choix, et ainsi s'exposer à de nouvelles violences plus graves encore. Chaque parcours interrompu sans résolution contribue aussi à une perte de confiance durable envers les dispositifs d'aide : la femme, échaudée par cette expérience inachevée, sera encore plus difficile à convaincre de chercher du secours si les violences reprennent. On voit ainsi des situations où, après un premier essai infructueux d'en sortir, la survivante endure des années supplémentaires de sévices en silence, désabusée quant à la possibilité d'être réellement aidée.

Pour éviter ces ruptures, certaines structures ont mis en place des mécanismes de relance proactive. Par exemple, dans quelques centres d'écoute, lorsqu'une bénéficiaire manque une séance, la psychologue ou l'assistante sociale essaie de la contacter par téléphone pour s'enquérir de la situation et repropose un rendez-vous. De même, des travailleurs sociaux de terrain, effectuent des visites à domicile pour reprendre contact avec des femmes “disparues des radars”. Toutefois, de tels suivis actifs restent exceptionnels et dépendent de l'initiative individuelle des intervenants plus que d'un système organisé. Instituer un suivi systématique des décrochages – comme le ferait un service de santé publique pour tout patient en rupture de traitement – n'est pas encore ancré dans les pratiques standard. Cela serait pourtant bénéfique : comprendre les raisons de l'abandon permettrait d'ajuster l'accompagnement (proposer un autre accompagnement, apporter une aide matérielle pour le transport, impliquer un médiateur

familial si la pression vient de là, etc.) et de réengager la personne dans son parcours de soin avant qu'il ne soit trop tard.

Heureusement, à l'opposé de ces écueils, on observe aussi des facteurs qui favorisent la continuité du parcours et la persévérance des femmes dans leur suivi psychologique. Le plus décisif est la création d'un lien de confiance fort avec un intervenant. Quand une femme rencontre un ou une professionnelle qui lui offre une écoute authentique, qui valide sa parole et l'accompagne avec patience, elle développe souvent l'attachement sécurisant nécessaire pour poursuivre malgré les difficultés. Se sentir enfin comprise peut devenir un moteur puissant pour revenir en séance. La perception de progrès concrets joue également : dès lors que la femme constate une amélioration – par exemple, qu'elle dort un peu mieux, qu'elle gère mieux son anxiété, ou qu'elle ose entreprendre une démarche personnelle (formation, recherche d'emploi) – elle est encouragée à continuer son effort thérapeutique. Le soutien constant d'un tiers peut aussi faire la différence : ainsi, une association qui maintient un contact régulier (par exemple via des visites à domicile ou des ateliers collectifs hebdomadaires) aide à garder la personne dans le circuit d'aide. De même, une famille ou un ami bienveillant qui l'encourage à “ne pas lâcher” et l'aide concrètement (garder les enfants pendant les rendez-vous, l'accompagner en voiture au centre de consultation) contribue à l'adhérence au suivi. Enfin, la mise en place d'un plan de soin clair avec la survivante – en définissant avec elle des objectifs atteignables et un horizon (par ex. “après trois mois de suivi, évaluer ensemble les changements”) – peut donner un sens structurant à la démarche et éviter qu'elle ne paraisse interminable ou vaine.

Il convient de souligner que les conditions de suivi varient considérablement selon le contexte géographique et institutionnel, ce qui influe sur la durée et la qualité des trajectoires. En milieu urbain, particulièrement dans le Grand Tunis et certaines grandes villes, il existe une offre plus abondante de services : hôpitaux avec service de psychiatrie, centres d'écoute pluridisciplinaires, psychologues en cabinet, etc. Une femme qui habite ces zones a statistiquement plus de chances de trouver un suivi proche et soutenu sur plusieurs mois. À l'inverse, en zones rurales ou dans les régions de l'intérieur, le suivi sera souvent court et ponctuel, faute de structures de proximité ou de possibilité logistique d'y accéder régulièrement. On observe ainsi que la durée moyenne de l'accompagnement tend à être plus longue lorsque l'institution pilote est une association spécialisée (souvent concentrée en ville) qui a les ressources pour suivre la femme sur le long terme, comparé au secteur public sous-doté où, après la phase aiguë, la patiente est laissée sans rappel. Par exemple, les centres associatifs



décrivent des suivis s'étalant fréquemment sur six mois ou plus, là où dans un hôpital de région le suivi se limite souvent à quelques consultations post-traumatiques immédiates.

### Facteurs individuels et contextuels influençant les parcours

Chaque trajectoire de soin est singulière, et les caractéristiques propres à la survivante modulent sa capacité à naviguer le système d'aide. L'âge en est un facteur : les femmes très jeunes, notamment adolescentes ou début vingtaine, méconnaissent souvent leurs droits et les structures existantes. Elles osent moins s'affirmer face aux institutions et peuvent abandonner plus vite face aux obstacles administratifs. À l'inverse, une femme plus âgée, qui a pu accumuler de l'expérience de vie ou des soutiens, sera parfois plus résiliente dans ses démarches. Le niveau d'éducation et le capital socio-culturel jouent également : une femme instruite, urbaine, avec un emploi, maîtrise mieux l'information et les codes pour réclamer de l'aide, écrire des courriers, insister auprès des autorités – là où une femme analphabète ou très isolée socialement dépendra d'autrui pour la guider et pourra renoncer si elle ne trouve pas ce soutien. La situation économique est tout aussi déterminante : sans ressources financières, il est difficile de se projeter dans un suivi au long cours, ne serait-ce que pour payer les déplacements ou un psychologue privé si le public fait défaut. Beaucoup de survivantes démunies font face à un choix cruel : se concentrer sur la survie matérielle quotidienne (logement, enfants à nourrir) au détriment de leur suivi thérapeutique, par manque de temps et d'argent. À l'inverse, celles qui disposent de revenus ou qui sont aidées matériellement par leur famille auront plus de latitude pour se consacrer à leur reconstruction psychologique.

Un autre facteur personnel souvent mentionné est la présence d'enfants à charge. Avoir de jeunes enfants complique le parcours de soins : contraintes horaires, nécessité de les faire garder pour chaque rendez-vous, culpabilité de s'absenter, voire pression pour maintenir la famille unie "pour le bien des enfants". De nombreuses mères survivantes sacrifient ainsi leur propre suivi par manque de solutions de garde ou par injonction sociale à privilégier le rôle maternel sur leur guérison individuelle. Les structures d'accueil commencent à en tenir compte en proposant des activités pour les enfants pendant que la mère est en entretien, mais cela reste ponctuel.

Par ailleurs, la nature même de la violence subie influe sur l'orientation du parcours. Une victime de violences physiques graves, avec blessures visibles, sera généralement prise en charge immédiatement sur le plan médical, et c'est souvent par ce biais qu'un soutien psychologique peut s'initier (ne serait-ce que par un bref entretien aux urgences ou par le passage d'un psychiatre en cas de stress aigu). En revanche, une femme subissant

essentiellement une violence psychologique, sans marque corporelle, peut voir son calvaire invisibilisé : il n'y a pas d'intervention médicale urgente, et souvent l'entourage ou même certains professionnels minimisent la nécessité d'aide ("au moins il ne te bat pas, ce n'est que verbal"), ce qui conduit ces survivantes à errer plus longtemps sans orientation adéquate vers un soutien thérapeutique. De même, les violences sexuelles, très traumatisantes, provoquent parfois une honte telle que la survivante n'ose pas se manifester rapidement ; lorsque c'est le cas, la prise en charge médicale (prophylaxie, etc.) prime et l'aspect psychologique, bien qu'essentiel, peut passer au second plan si on ne la dirige pas activement vers un accompagnement post-traumatique spécialisé.

Les différences socio-culturelles régionales en Tunisie créent aussi des variations notables dans les trajectoires. Dans les milieux ruraux traditionnels, le poids des normes patriarcales incite fortement à taire les problèmes familiaux : une femme issue d'un environnement conservateur aura intériorisé qu'il ne faut pas "laver son linge sale en public". Elle aura davantage tendance à endurer en silence ou à privilégier une médiation familiale (via les aînés, un imam local) plutôt que de solliciter un psychologue, perçu comme étranger à sa communauté. À l'inverse, dans des milieux urbains plus exposés aux discours des droits des femmes, les survivantes savent plus tôt qu'elles peuvent obtenir de l'aide extérieure et sont un peu moins freinées par la honte à chercher un soutien psychologique. De plus, la présence ou l'absence d'associations féministes actives dans la région est cruciale : là où existent des OSC locales dynamiques, menant campagnes et offrant des permanences, les femmes disposent d'une porte d'entrée supplémentaire et d'un accompagnement souvent plus personnalisé. Dans les régions sans ce tissu associatif, le parcours repose entièrement sur les institutions étatiques, ce qui – compte tenu des lacunes décrites – conduit souvent à des ruptures ou à un non-recours pur et simple.

Le soutien (ou le blocage) de la famille et de l'entourage proche constitue un autre facteur déterminant. Une famille soutenant peut littéralement porter la survivante à travers son parcours : en l'encourageant moralement à ne pas retourner vers l'agresseur, en l'aidant à trouver un soutien psychologique, en l'hébergeant si nécessaire, en gardant les enfants pendant ses rendez-vous, etc. Ce soutien facilite grandement la disponibilité de la femme pour suivre un accompagnement régulier. À l'inverse, un entourage hostile ou ambivalent peut saboter la trajectoire : surveillance des déplacements, critiques incessantes ("À quoi bon voir un psy ? Oublie cette histoire"), menaces de rejet social si elle "dévoile" les violences... Dans certains cas, la famille de la survivante elle-même reproduit les injonctions de silence et culpabilise la survivante d'avoir rompu le secret. Ces dynamiques familiales peuvent entraîner l'arrêt du

suivi, soit par coercition directe (confiscation du téléphone, interdiction de sortir), soit par l'effondrement psychologique de la survivante sous la culpabilité. Notons que l'entourage n'est pas homogène : il arrive qu'une femme trouve un allié en la personne d'une sœur, d'une amie ou d'un voisin, même si d'autres proches désapprouvent sa démarche. Ces alliés individuels jouent alors un rôle de facilitateurs de parcours, parfois plus important que les structures formelles.

Enfin, la situation de l'agresseur lui-même pèse sur le déroulement du parcours de la victime. Si l'auteur des violences est toujours présent au domicile ou dans l'entourage immédiat, la femme vit dans la peur constante, ce qui complique sa disponibilité mentale pour une thérapie. Il est difficile de se confier librement à un psychologue quand on redoute que le mari violent l'apprenne ou qu'on sait qu'on va le croiser en rentrant chez soi. À l'inverse, si l'agresseur est écarté – par exemple incarcéré suite à une plainte, ou éloigné par une ordonnance de protection – la survivante dispose d'un espace de respiration pour entamer un travail sur elle-même. On constate que les femmes ayant pu être hébergées en lieu sûr, ou dont l'auteur de violences a été neutralisé juridiquement, ont des suivis plus réguliers et approfondis : libérées de l'angoisse du danger immédiat, elles peuvent se concentrer sur leur rétablissement psychologique. Cela souligne l'importance d'une articulation entre la protection juridique (éloigner le bourreau) et la thérapie : sans sécurité, difficile de soigner le trauma. Par ailleurs, si l'agresseur reste impuni et continue éventuellement le harcèlement ou les pressions (par exemple via la famille ou les enfants), chaque avancée psychologique de la survivante peut être fragilisée par la réactivation du stress. Certains professionnels de la santé mentale notent ainsi des rechutes symptomatiques chez leurs patientes à chaque fois que l'agresseur tente un contact ou lors des audiences judiciaires où elles doivent le revoir.

### Trajectoire idéale vs trajectoires réelles

En théorie, on peut dessiner le portrait d'un parcours de soins psychologiques idéal pour une femme survivante de violence. Dans ce scénario optimal, chaque étape s'enchaîne de manière cohérente et centrée sur le rétablissement de la survivante. Par exemple : dès la révélation des violences, un dépistage précoce de la détresse psychique a lieu (que ce soit par un médecin, un policier formé ou une travailleuse sociale) et aboutit immédiatement à une orientation vers un service d'accompagnement psychologique. La survivante est prise en charge rapidement, idéalement dans les 48 heures, par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, assistant social, juriste) qui évalue ses besoins globaux. Un plan de soutien personnalisé est élaboré : thérapie individuelle régulière, éventuellement médicaments si nécessaire, mise en sécurité physique,

conseils juridiques, etc. Tout au long de son parcours, un référent reste en contact avec elle pour assurer le suivi et la motivation. La prise en charge se prolonge aussi longtemps que nécessaire, jusqu'à ce que la femme ait reconstruit son autonomie et un équilibre mental satisfaisant, avec des points de bilan pour évaluer les progrès. Dans cet idéal, la gratuité et l'accessibilité du service sont garanties, éliminant les barrières financières ou géographiques. Chaque professionnel rencontré fait preuve d'empathie et oriente vers l'étape suivante sans faille : la police informe sur la ligne d'écoute et le centre d'accueil, l'hôpital appelle un psychologue de garde, l'association accompagne au tribunal, etc. La survivante n'a pas à se battre pour trouver l'information ou les ressources : elles viennent à elle presque automatiquement. Par ailleurs, son entourage est également pris en compte : on l'aide à mobiliser les soutiens positifs et à se prémunir des influences négatives. En somme, la trajectoire idéale est fluide, coordonnée, continue et centrée sur la survivante, de la crise initiale jusqu'à la complète résilience.

Pour que ce parcours idéal fonctionne, plusieurs conditions préalables doivent être réunies à chaque étape. D'abord, un accueil empathique et sécurisant : que la première porte poussée (quelle qu'elle soit) offre à la survivante écoute et respect, lui permettant de formuler sa demande d'aide sans crainte ni honte. Ensuite, une information claire sur les prochaines étapes : la survivante doit savoir dès le début à quoi s'attendre, où elle va être orientée, et pourquoi cela est important pour elle. La disponibilité quasi-immédiate d'un psychologue ou du moins d'une première intervention psychologique est également cruciale – idéalement dans les deux jours suivant le signalement – afin de ne pas laisser s'installer le trouble ou le doute. La gratuité du service psychologique et sa facilité d'accès (proximité, flexibilité horaire, accessibilité linguistique) sont d'autres conditions essentielles, surtout dans un contexte où beaucoup de survivantes ont peu de moyens propres. Parallèlement, un soutien social doit être activé en parallèle : que ce soit par la famille, une association ou un groupe d'entraide, afin que la femme ne se sente pas seule dans le processus et ait de l'aide pour les aspects pratiques (logement, démarches administratives, etc.). Enfin, une approche pluridisciplinaire est souhaitable tout au long du parcours : les intervenants (psychologue, médecin, avocat, travailleur social) devraient pouvoir coordonner leurs actions et partager des informations utiles (avec le consentement de la survivante) pour éviter les doublons ou les oublis. Si toutes ces conditions sont réunies, chaque étape franchie consolide la suivante et la survivante progresse régulièrement vers la guérison psychologique.

La confrontation de cet idéal avec les parcours réels observés en Tunisie met en évidence d'importants écarts. Les témoignages et les études de cas montrent que plusieurs étapes

“idéales” sont fréquemment absentes ou incomplètes dans la pratique actuelle. Par exemple, l’orientation systématique vers un psychologue après un dépôt de plainte reste l’exception plus que la règle : beaucoup de femmes repartent du commissariat sans aucune mention d’un soutien psychologique possible. De même, rares sont les hôpitaux où une cellule d’écoute psychologique intervient d’emblée aux urgences pour les survivantes de violence – ce qui signifie que si la femme ne verbalise pas d’elle-même son mal-être, elle ne sera pas orientée. Autre maillon manquant : le suivi post-urgence. On constate qu’après la phase aiguë (hébergement temporaire, soins immédiats), il n’y a souvent pas de relais solide. Par exemple, une fois qu’une femme quitte un refuge ou sort de l’hôpital, il n’existe pas de système généralisé de relance ou de rendez-vous planifié pour la suite ; beaucoup retournent dans leur communauté sans filet, et la thérapie entamée en crise s’arrête net faute de structure relais localement. Par ailleurs, l’accompagnement juridique et le suivi psychologique sont souvent déconnectés : dans l’idéal, ils devraient avancer de pair, mais en réalité, le parcours judiciaire (dépôt de plainte, enquête, procès) se fait souvent sans soutien psychologique spécifique lors de ces étapes stressantes. Il n’est pas prévu, par exemple, qu’une femme soit systématiquement assistée par un psychologue lors d’une confrontation avec l’agresseur ou qu’elle bénéficie de séances de soutien supplémentaires à l’approche d’un procès, alors que ce serait souhaitable.

Malgré ces lacunes, certains maillons forts ressortent dans des parcours réels et méritent d’être soulignés comme des pratiques à généraliser. Par exemple, on a vu des cas où une femme a pu bénéficier d’un accompagnement global via un centre d’écoute bien coordonné : accueilli dans une association, son cas a été suivi de A à Z, avec orientation médicale, aide juridique pour l’ordonnance de protection, thérapie hebdomadaire et aide à l’insertion professionnelle – ce qui illustre qu’avec une structure pivot engagée, on se rapproche de l’idéal. Autre élément positif observé : la mise en place de protocoles locaux informels grâce à des personnes-clés sensibilisées. Dans tel gouvernorat, un réseau entre la police, l’hôpital et l’OSC du coin fait que chaque survivante identifiée est aussitôt signalée aux autres acteurs, ce qui fluidifie son parcours (c’est souvent le fruit de relations personnelles entre intervenants motivés, plus que d’une règle officielle – mais le résultat pour la survivante est une prise en charge plus continue). Ces exemples montrent qu’il est possible d’améliorer le parcours quand une volonté et une coordination locale existent.

À l’inverse, les maillons faibles les plus courants qui empêchent d’atteindre l’idéal sont bien identifiés : la lenteur administrative et le cloisonnement bureaucratique viennent en premier lieu. Des délais trop longs pour obtenir tel papier ou rendez-vous font perdre le momentum de

la demande d'aide. Le manque de suivi après l'urgence est un autre point faible majeur : beaucoup de dispositifs se concentrent sur la crise initiale (sauvetage, mise en sécurité, premiers soins), puis laissent un vide dans l'accompagnement de long terme nécessaire à la reconstruction. Par exemple, une fois l'ordonnance de protection obtenue, on pourrait croire le problème "réglé", alors que psychiquement tout reste à faire – mais aucune institution ne prend spontanément le relais. Le défaut de communication interservices nuit aussi à l'efficacité : il n'est pas rare qu'une femme doive raconter encore et encore son histoire parce que chaque intervenant ignore ce qui a déjà été fait ailleurs. Outre la souffrance que cela génère, c'est une perte d'information : sans transmission, un psychologue ne sait pas que la femme a entamé une procédure judiciaire stressante, un juge ignore que la plaignante est en état de choc, etc., ce qui conduit à des incompréhensions mutuelles et à des décisions inadaptées. Enfin, l'insuffisance de ressources (humaines, financières) plane sur tout le parcours réel : même les professionnels de bonne volonté admettent ne pas pouvoir tout faire par manque de temps et de moyens. Une psychologue dans un hôpital régional, seule pour tout le service, ne pourra pas offrir un suivi hebdomadaire intensif à chaque survivante – au mieux quelques entretiens de crise. Ces limites structurelles maintiennent un écart douloureux avec le parcours idéal.

En analysant ces trajectoires réelles, on peut dégager des enseignements pour guider les améliorations du système. D'abord, le constat qu'une absence de relance après quelques semaines est souvent synonyme d'abandon suggère fortement d'institutionnaliser un suivi proactif : créer, par exemple, un dispositif où toute survivante ayant commencé un suivi reçoit systématiquement un appel de suivi un mois plus tard si elle ne se présente plus. De même, le fait que la phase judiciaire interfère souvent avec le suivi psychologique (réactivation du traumatisme à chaque démarche légale) indique la nécessité de mettre en place un accompagnement psychologique spécifique pendant les procédures judiciaires : cela pourrait prendre la forme d'une permanence de soutien au tribunal les jours d'audience pour les survivantes, ou d'une coordination entre le psychologue et l'avocat pour préparer la survivante aux étapes difficiles. Autre leçon : dans les parcours qui réussissent, on voit l'impact positif d'un référent unique – ce rôle devrait être généralisé, à condition de leur donner les moyens d'accompagner chaque cas individuellement. Enfin, l'analyse des parcours réels rappelle qu'il faut penser globalement l'aide aux survivantes : ce n'est pas seulement un problème de santé ou de justice, mais un problème transversal. Ainsi, améliorer la trajectoire implique d'agir à la fois sur la qualité de l'accueil policier, la disponibilité des psychologues, la sensibilisation de

la famille, le soutien économique (logement, formation) de la survivante, etc. C'est cette vision holistique qui doit orienter les réformes à venir.

En somme, l'étude approfondie des trajectoires de soins psychologiques des femmes survivantes de violence révèle un système encore perfectible, où la discontinuité reste la norme. Comprendre ces parcours dans toute leur complexité – du premier cri d'alarme au long chemin de la résilience – permet de mettre en évidence les défis systémiques à relever. On y voit les effets cumulés des freins structurels : chaque maillon faible décrit plus haut agit comme un facteur multiplicateur de vulnérabilité sur la vie concrète des femmes. Mais cette analyse met aussi en lumière les points d'intervention les plus stratégiques : par exemple, soigner l'accueil initial et la coordination intersectorielle aurait un impact décisif sur le parcours global, en évitant nombre de ruptures en cascade. C'est pourquoi l'amélioration des trajectoires de soins doit être un objectif central des politiques publiques : en les optimisant, on augmente les chances de sortie durable de la violence et de reconstruction réussie pour chaque survivante.

## Partie VII : Études de cas illustratives

Les parcours théoriques et généraux s'incarnent de manière concrète dans la vie de femmes réelles. Afin d'illustrer la diversité des trajectoires de soins et de mettre en évidence les enjeux précédemment analysés, voici trois études de cas inspirées de situations typiques en Tunisie. Ces cas, anonymisés et synthétiques, présentent chacune un profil de survivante différent – milieu rural, milieu urbain, prise en charge intégrée – et permettent d'éclairer comment obstacles et facteurs de réussite s'entremêlent dans la réalité.

### Cas 1 : Femme en milieu rural face à des services limités

#### Profil et contexte

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années vivant dans un village isolé du nord-ouest de la Tunisie. Mère de trois enfants en bas âge, elle n'a pas de revenus propres et dépend entièrement de son mari agriculteur, tant financièrement que pour la mobilité (elle ne conduit pas et le transport public est quasi inexistant). Son niveau d'éducation est primaire et elle s'exprime plus aisément en dialecte local qu'en arabe standard. Avant la révélation des violences, sa vie était marquée par un fort isolement géographique – une maison éloignée du centre du village – et un isolement social : mari jaloux qui limitait les contacts extérieurs, peu de soutien familial (ses propres parents vivent loin et les relations avec la belle-famille sont tendues).

#### Violences subies et conséquences immédiates

Depuis plusieurs années, elle subit des violences conjugales régulières. Initialement verbales et psychologiques (insultes, menaces, humiliation quotidienne), les violences ont dégénéré en agressions physiques de plus en plus graves au fil du temps. Lors de l'incident déclencheur, son mari l'a battue avec une planche, lui causant une fracture du bras et de multiples contusions. Ce soir-là, sous le choc, elle a ressenti un état de terreur et de dissociation : incapable de pleurer ou de crier, elle s'est réfugiée chez la voisine la plus proche avec ses enfants une fois le mari endormi. Physiquement, elle porte des blessures visibles (bras en écharpe, hématomes au visage) ; mentalement, elle est en état de stress aigu : tremblements, sursauts au moindre bruit, regard vide par moments traduisant la sidération, alternant avec des crises de larmes incontrôlées. La voisine constate qu'elle présente aussi des symptômes d'anxiété (peur panique que le mari arrive, inquiétude pour ses enfants) et de détresse profonde.



## Premières réactions et soutien informel

Dans un premier temps, cette femme est restée silencieuse sur les violences par peur et honte. Elle craignait le jugement social dans le village – « qu'est-ce qu'on va penser de moi si je dis que mon mari me bat ? » – et redoutait surtout les représailles du conjoint s'il apprenait qu'elle avait parlé. Ce n'est qu'après cette agression extrême où sa vie a semblé en danger qu'elle a cherché du secours. Avant d'envisager les institutions officielles, elle a sollicité du soutien informel. Réfugiée chez sa voisine durant la nuit, elle a pu confier en partie ce qu'elle vivait. La voisine, compatissante, lui a conseillé de patienter jusqu'au matin et d'en parler au maire du village ou à l'imam pour qu'ils fassent entendre raison au mari. Une autre personne du voisinage, alertée par la voisine, est venue la voir discrètement et lui a suggéré de contacter un cousin éloigné travaillant à la délégation (bureau local des affaires sociales). Toutefois, aucun de ces soutiens informels n'a osé lui dire clairement de fuir ou de porter plainte – les conseils étaient plutôt de « calmer le jeu » ou de trouver une solution à l'amiable via la médiation d'hommes respectés de la communauté. En somme, l'entourage compatit mais reste empreint des normes locales : sauver le foyer autant que possible, éviter le scandale public. Elle-même est partagée : une part d'elle a envie de fuir loin, l'autre est terrifiée par les inconnues d'un départ (où aller avec des enfants ? sans argent ?).

## Ressources locales théoriques et obstacles concrets

En milieu rural, les ressources institutionnelles sont limitées. En théorie, elle pourrait s'adresser au poste de police le plus proche, situé à 15 km, ou à la brigade de la garde nationale qui couvre la zone, pour déposer une plainte. Il existe aussi un centre de santé de base dans le village où exerce une infirmière, et un délégué régional à la protection de l'enfance au chef-lieu du gouvernorat (utile si les enfants sont en danger). La délégation des affaires sociales peut accueillir des doléances sociales et orienter vers un centre d'hébergement s'il y en a un de disponible. Il y a enfin, sur le papier, un bureau régional du ministère de la Femme censé travailler avec les associations, mais aucune association de femmes n'est physiquement présente dans ce village. En pratique, ces ressources sont difficilement accessibles pour notre protagoniste. Le poste de police est éloigné et elle n'a pas de moyen de transport ni même l'argent pour payer un taxi collectif. De plus, le poste est tenu exclusivement par des hommes du coin, dont certains connaissent son mari – elle redoute un manque de confidentialité et de ne pas être prise au sérieux (le risque que l'agent prévienne son mari la dissuade fortement). Le centre de santé local, ouvert seulement en matinée, n'a pas de médecin résident, seulement du personnel paramédical : elle craint qu'on y traite ses blessures sommaires sans poser de

questions, ou qu'au contraire on la questionne de manière insistante sans pouvoir réellement l'aider ensuite. Surtout, aucun de ces services n'est disponible la nuit de l'incident : le manque de permanence 24h/24 en zone rurale la force à attendre le lendemain, ce qui augmente la probabilité qu'elle change d'avis entre-temps. La confidentialité est un autre obstacle : le village étant petit, se rendre au bureau du délégué ou chez le médecin est vite su de tous, ce qui la met mal à l'aise. Ces obstacles – distance, horaires restreints, personnel majoritairement masculin et membre de la communauté locale, absence de structure d'accueil spécialisée – rendent l'accès à l'aide formelle très hasardeux.

### Mise en contact avec un dispositif structuré

Finalement, cette femme a été mise en contact avec un dispositif de prise en charge plus structuré grâce à une intervention externe déclenchée par la gravité de son cas. Au petit matin, voyant l'état de la personne, la voisine a pris l'initiative d'appeler la déléguée de la Femme et de la Famille du gouvernorat (un numéro figurant sur un prospectus distribué des mois auparavant). Par chance, la déléguée a répondu et compris l'urgence : elle a coordonné avec la gendarmerie pour qu'une patrouille vienne récupérer la femme et ses enfants au village. Ainsi, après cette nuit difficile, la survivante a été conduite en voiture officielle jusqu'à l'hôpital régional le plus proche (à 30 km) pour soigner son bras cassé et ses blessures. À l'hôpital, les services sociaux informés en amont l'ont prise en charge en lien avec une association nationale disposant d'un centre d'accueil en ville. Concrètement, dès la sortie des urgences, une représentante d'une association féministe (venue de la ville voisine) l'a rencontrée à l'hôpital même. Cet appel discret à la ligne d'écoute par la voisine, et la réaction en chaîne des autorités locales sensibilisées, ont donc servi de catalyseur pour la mettre à l'abri et la connecter au système d'aide. Sans cette médiation, il est probable qu'elle serait retournée chez elle faute de savoir vers qui se tourner, surtout dans son état de choc. Cela montre qu'en milieu rural, l'activation proactive des réseaux officiels (ici via la délégation régionale) est souvent nécessaire pour compenser l'impossibilité pour la survivante d'accéder d'elle-même aux ressources distantes.

### Difficultés pratiques surmontées pour engager le parcours de soin

Le début de son parcours de soin psychologique n'a pas été simple et a exigé de surmonter de nombreux obstacles pratiques. D'abord, la nécessité de parcourir une cinquantaine de kilomètres pour rejoindre le centre d'accueil en ville où elle pouvait être hébergée et suivie : n'ayant jamais voyagé seule, c'est la première fois qu'elle se retrouvait aussi loin de son village. La logistique a été partiellement facilitée par l'intervention institutionnelle (transport initial

assuré par la gendarmerie). Ensuite, il a fallu organiser la prise en charge de ses enfants. Deux d'entre eux ont pu être confiés temporairement à sa sœur qui habite un village voisin (cette solution a été encouragée par la déléguée de la Femme, car le centre d'accueil avait une capacité limitée pour héberger les enfants). Trouver quelqu'un pour garder les enfants, même provisoirement, a été un véritable casse-tête : sa sœur a hésité, craignant la réaction du mari, mais a accepté par solidarité. La survivante a dû convaincre sa propre famille de l'aider, en expliquant (avec l'appui d'une travailleuse sociale) que c'était pour le bien des petits, le temps qu'elle "règle ses problèmes". Par ailleurs, elle n'avait aucune affaire personnelle ni argent en quittant précipitamment son foyer : il a fallu lui fournir des vêtements, des produits de première nécessité – ce que l'association a pris en charge grâce à un fonds d'urgence et à la solidarité locale. Un autre défi a été de trouver quelqu'un pour l'accompagner physiquement lors des premières démarches en ville, car elle ne savait pas se repérer et restait dans la crainte d'être suivie par son mari. Une militante de l'association l'a donc accompagnée à chaque rendez-vous les premiers jours (hôpital, dépôt de plainte officialisé en ville, etc.). Ainsi, ce parcours n'a pu démarrer réellement que grâce à une prise en charge globale initiale : transport, hébergement, prise en charge des enfants, assistance matérielle et accompagnement physique – autant d'éléments indispensables sans lesquels cette femme n'aurait probablement pas poursuivi le processus.

### Premier contact avec le système d'aide formel

Arrivée dans le centre d'accueil géré par l'association en collaboration avec les autorités, elle a eu son premier véritable entretien d'urgence avec une psychologue clinicienne le lendemain de son admission. Son récit a été accueilli avec beaucoup d'empathie : la psychologue a adopté un ton doux, l'a laissée parler à son rythme en la rassurant ("ici vous êtes en sécurité, on vous croit, prenez votre temps"). Cette écoute bienveillante, très différente de ce qu'elle imaginait dans un cadre "officiel", l'a profondément soulagée – elle dit s'être sentie « traitée comme un être humain, pas comme une coupable ». Au commissariat central de la ville où elle a été invitée à déposer une plainte formelle (le dossier ouvert par la gendarmerie étant à compléter), l'attitude a été correcte bien que plus distante : on lui a évité l'attente et la femme officier référente "Violences conjugales" a pris sa déposition. Elle rapporte que cette policière était "ferme mais polie", lui posant toutes les questions nécessaires sans commentaire déplacé. Ainsi, son premier contact institutionnel en ville a été mitigé mais globalement positif : à l'hôpital, elle a été traitée médicalement sans jugement et orientée vers l'assistante sociale, au commissariat elle a été prise au sérieux, et surtout au centre d'accueil elle a bénéficié d'une écoute empathique

exceptionnelle. Ce contraste avec ce qu'elle avait connu dans son village (le silence complice, la peur du qu'en-dira-t-on) l'a encouragée à s'ouvrir davantage. Néanmoins, elle a aussi noté quelques moments d'incompréhension : ne trouvant pas les mots et accablées par un sentiment de honte, elle avait du mal à exprimer certaines choses face à l'officier de police, et celui-ci n'avait pas prévu l'assistance d'un psychologue – heureusement la travailleuse sociale de l'association était présente pour “l'aider à verbaliser” ses besoins et faciliter la communication. Globalement, ce climat de respect qu'elle a trouvé en ville l'a incitée à poursuivre le processus, malgré ses craintes initiales d'être mal reçue ou moquée.

### Soutien psychologique proposé et suivi effectivement reçu

Sur le plan psychologique, on lui a proposé un suivi individuel avec une psychologue clinicienne au centre d'accueil. Étant donné sa difficulté à mettre en mots sa douleur psychique, la psychologue, formée au psychotraumatisme lui a proposé au début des séances de médiations psychocorporelles, ce qui a été crucial pour établir la confiance. Les entretiens suivants se sont focalisés sur l'accueil de son trauma et la stabilisation émotionnelle (beaucoup de psychoéducation pour lui faire comprendre ses réactions de peur, de honte, de cauchemars, et les normaliser). Parallèlement, un médecin local, lui a prescrit un traitement anxiolytique léger pour l'aider à dormir et réduire les angoisses nocturnes. On lui a aussi proposé de participer à un groupe de parole hebdomadaire avec d'autres femmes hébergées au refuge, afin de rompre son isolement et de rencontrer des “pairs” qui vivent des choses similaires. Au début, elle était réticente à parler en groupe, par pudeur, mais en assistant comme observatrice aux premières séances, elle s'est progressivement sentie en confiance et a fini par s'exprimer.

La prise en charge psychologique a toutefois dû composer avec des contraintes de durée. Son hébergement au refuge était initialement prévu pour six semaines renouvelables – durée relativement courte au vu de la gravité de son traumatisme, mais imposée par la capacité limitée de la structure. Pendant ces semaines, elle a pu avoir une séance individuelle par semaine avec la psychologue, et participer à quatre séances de groupe. Elle a également reçu des conseils ponctuels d'une aidante travaillant dans l'association, qui la soutenait au quotidien (il ne s'agit pas de thérapie, mais sa bienveillance faisait partie du soutien moral global). Au total, elle estime avoir eu à peine une dizaine d'heures d'entretien psychologique en deux mois, ce qui est peu. Après huit semaines, elle a dû quitter le refuge pour faire place à d'autres cas urgents. À ce moment, elle se sentait un peu mieux – elle avait repris suffisamment confiance pour envisager l'avenir – mais elle était encore fragile. L'association a tenté de maintenir le lien en l'orientant vers un centre de consultation psychologique rattaché à l'hôpital de son gouvernement.

Cependant, pour y aller, elle devrait faire le déplacement depuis le village où elle est retournée vivre chez un parent. Faute de moyens de transport et prise par les démarches judiciaires en cours, elle n'a pu s'y rendre qu'une seule fois dans les trois mois suivant son départ du refuge. En pratique, son suivi psychologique continu s'est interrompu après son passage en centre d'accueil, hormis quelques appels téléphoniques de relance de la psychologue qu'elle a reçus. On peut donc dire que son accompagnement psychologique est resté ponctuel et limité dans le temps, essentiellement concentré pendant la période d'hébergement d'urgence.

### Évolution de sa situation personnelle en parallèle

Pendant qu'elle amorçait ce parcours de soins, sa situation personnelle a connu des évolutions décisives. D'abord, la priorité a été de garantir sa sécurité et celle de ses enfants. Grâce à l'association et à la déléguée régionale, elle a pu déposer une plainte officielle. Le mari violent a été arrêté quelques jours plus tard et poursuivi pour violence aggravée. Le tribunal a délivré en urgence une ordonnance de protection interdisant au mari d'approcher sa femme et ses enfants. Cela a eu un double effet : positif sur le sentiment de sécurité (sachant le mari sous contrôle judiciaire, elle a pu souffler) mais aussi négatif sur le plan émotionnel (la confrontation au système judiciaire a été éprouvante pour elle). Elle a été hébergée temporairement, comme dit, puis sa famille a accepté qu'elle revienne habiter chez une cousine en ville, loin du domicile conjugal. Elle n'est donc pas retournée vivre avec l'agresseur – une issue favorable qui n'est pas donnée à toutes, et qui est en partie due au fait qu'il était sous le coup de la loi. Sur le plan judiciaire, elle a bénéficié de l'appui d'une avocate commise par l'association, ce qui l'a beaucoup rassurée dans ses démarches.

Au bout de quelques mois, le mari a été condamné à une peine de prison avec sursis et à une amende, assortie d'une obligation de ne pas entrer en contact. Cette issue mitigée (il n'est pas allé en prison ferme) l'a inquiété, car elle craint qu'une fois la tension retombée il revienne au village. Cependant, sa situation matérielle s'est légèrement améliorée : avec l'aide de l'association, elle a intégré un programme d'autonomisation économique. Elle a perçu aussi une modeste subvention de l'association pour faire un micro-projet de vente de pain traditionnel et de sandwich, ce qui l'aide à subvenir aux besoins des enfants. Tout cela s'est mis en place pendant qu'elle était suivie par l'association, illustrant l'importance d'articuler la prise en charge psychologique avec les autres volets (juridique, sécurité, économique). Si, faute d'alternative, elle avait dû retourner vivre avec son agresseur (situation malheureusement courante quand la famille refuse d'héberger ou que la justice n'intervient pas), son rétablissement psychologique aurait été gravement compromis. Dans son cas, le fait d'avoir pu

s'éloigner définitivement du conjoint violent constitue un facteur protecteur majeur pour sa santé mentale : pas de rechute sous les coups, pas de stress quotidien de danger à la maison.

### Rôle de l'entourage durant le parcours de soin

Son entourage familial a joué un rôle contrasté. Sa famille proche (notamment sa sœur et sa cousine) l'a soutenue en acceptant de s'occuper de ses enfants temporairement et de lui offrir un toit après le refuge. Cet appui familial a été déterminant pour qu'elle puisse poursuivre ses démarches – sans cela, elle aurait peut-être été contrainte de revenir chez son mari par pur manque d'alternative. Ce soutien n'a pas été sans ambiguïtés : certains membres de la famille l'encourageaient à tenir bon et à suivre les conseils de l'association, tandis que d'autres, plus traditionalistes, lui suggéraient tout de même de “pardonner” après la sanction judiciaire, arguant que désormais il aurait peur de la loi et se tiendrait tranquille. Elle a donc subi aussi des pressions familiales contradictoires. Heureusement, personne ne l'a ouvertement rejetée ; même son père qui au début était fâché qu'elle ait « exposé leurs problèmes aux étrangers » a fini par reconnaître qu'elle n'avait pas eu le choix vu la violence subie. La communauté locale, quant à elle, est restée à distance. Dans le village, les avis divergeaient : certaines voisines compatissaient en privé mais évitaient d'en parler publiquement, d'autres colportaient des ragots sur elle (“elle a abandonné son mari, que vont devenir les enfants sans père”). Ce regard social mitigé a pesé sur son moral. Durant son suivi psychologique, la question de la stigmatisation communautaire est revenue souvent : elle exprimait la crainte d'être mal vue au village comme une femme qui a “brisé son foyer”. La psychologue l'a aidée à prendre du recul et à prioriser sa propre sécurité et celle de ses enfants sur les qu'en-dira-t-on. Au final, son entourage rapproché a été plus solidaire que ce qu'elle redoutait au départ, ce qui l'a confortée dans son parcours de sortie de la violence.

### Progrès réalisés grâce à l'aide reçue

Malgré la brièveté du suivi psychologique formel, cette femme a présenté plusieurs améliorations significatives. D'un point de vue clinique, on a observé chez elle une diminution nette des symptômes de stress post-traumatique au fil des semaines en sécurité : ses cauchemars et insomnies se sont estompés grâce au traitement et au sentiment de protection, ses crises d'angoisse se sont espacées. Elle a retrouvé progressivement un meilleur contrôle émotionnel – par exemple, elle a pu évoquer certaines scènes violentes sans s'effondrer en larmes après quelques séances, ce qui était impossible au début. Son estime de soi, profondément atteinte par des années d'humiliations, a commencé à se reconstruire : au centre d'accueil, encouragée par les autres femmes et les encadrantes, elle a osé envisager des initiatives personnelles comme

participer à un programme d'autonomisation économique, puis plus tard exprimer le souhait de gagner un peu d'argent par elle-même. Un signe tangible de cette reprise de confiance a été sa décision courageuse de ne pas retourner vivre avec l'agresseur même après la fin de l'hébergement d'urgence. Lorsqu'on lui a demandé ce qu'elle envisageait une fois l'ordonnance de protection expirée, elle a répondu qu'elle préférerait tenter de démarrer une nouvelle vie, éventuellement divorcer, plutôt que de redevenir l'épouse terrorisée d'avant. Cette affirmation de sa volonté propre est un grand progrès comparé à la résignation dans laquelle elle était initialement plongée. On peut estimer qu'elle a amorcé un chemin de résilience : elle parle maintenant de ce qu'elle a vécu avec un certain recul, en utilisant des termes comme "ce qu'il m'a fait est injustifiable", là où avant elle disait "peut-être que je n'étais pas une bonne femme". Ce changement de discours traduit un repositionnement psychique : elle se reconnaît en tant que survivante de violence et non comme responsable, ce qui est fondamental pour se reconstruire.

### Besoins psychologiques encore non couverts

Malgré ces avancées, plusieurs de ses besoins psychologiques sont restés sans réponse complète. D'abord, elle souffre toujours de séquelles d'un stress post-traumatique latent : bien que ses symptômes aigus se soient atténués, elle demeure vigilante à l'excès, hypervigilante dans les lieux publics, et continue d'avoir des sursauts d'angoisse inexpliqués. Faute d'avoir pu bénéficier d'une thérapie spécialisée (par exemple une approche de désensibilisation des traumatismes comme l'EMDR), son traumatisme n'est pas entièrement résolu ; il est à craindre que certains déclencheurs (bruits violents, disputes autour d'elle) ravivent encore son anxiété pendant longtemps. Ensuite, elle présente une anxiété durable liée à son insécurité socio-économique : tant que la question de son indépendance financière et de son logement stable ne sera pas réglée, elle restera psychologiquement vulnérable. Chaque difficulté matérielle (maladie d'un enfant, problèmes d'approvisionnement de denrées comme la semoule ou l'huile pour son petit commerce) menace de la replonger dans le désespoir. Un soutien psychologique plus long terme aurait pu l'aider à mieux gérer ce stress chronique et à développer des stratégies d'adaptation, mais elle n'y a pas eu pleinement accès. Par ailleurs, elle demeure relativement isolée socialement. Certes, elle a noué des liens au refuge, mais en retournant dans sa région, elle a perdu le contact quotidien avec des pairs compréhensifs. Elle n'a pas eu l'occasion de rejoindre un groupe de survivantes sur place faute de structure associative locale active. Ce manque de réseau de pairs fait qu'elle se sent parfois seule face à son parcours, sans pouvoir partager avec d'autres femmes qui ont surmonté des épreuves similaires. Enfin, sur le plan

psychologique profond, il persiste chez elle une douleur liée à l'histoire familiale qu'elle n'a pas pu explorer : la médiation familiale faite rapidement n'a pas permis de crever l'abcès de certaines blessures (par exemple, elle n'a jamais pu exprimer à son père sa peine qu'il ne l'ait pas soutenue plus tôt). Un suivi thérapeutique prolongé aurait pu l'accompagner dans ce travail de pardon, de deuil ou de réconciliation familiale, important pour sa sérénité future. En résumé, si son état est nettement meilleur qu'au point de départ, elle reste en chantier psychologique inachevé, avec des fragilités qui pourraient nécessiter un accompagnement supplémentaire.

### Lacunes systémiques révélées par ce cas

Le parcours de cette femme met en lumière plusieurs lacunes systémiques de l'aide aux survivantes en milieu rural tunisien. D'abord, l'absence de services de proximité est criante : sans l'intervention quasi miraculeuse d'une autorité alertée, cette survivante n'aurait eu accès à aucun soutien psychologique ou social. Il n'existe pas de centre d'écoute ou de permanence psychologique dans son périmètre local, ce qui l'a obligée à rompre avec son milieu pour obtenir de l'aide. Cela souligne la nécessité de développer des relais ruraux, des antennes locales ou des unités mobiles pour ne pas laisser les femmes isolées livrées à elles-mêmes. Ensuite, son histoire illustre la dépendance à des facteurs informels : c'est la solidarité spontanée (la voisine, puis la fibre humaine de la déléguée) qui a suppléé aux manques du système. Un système efficace ne peut reposer sur la chance ou la bonne volonté isolée ; il devrait y avoir des protocoles clairs garantissant qu'une femme dans sa situation soit repérée et secourue systématiquement. Par ailleurs, ce cas montre les difficultés logistiques colossales qu'une survivante rurale doit affronter : distances, transports, garde d'enfants, etc. Sans soutien matériel, beaucoup n'y parviennent pas. Ici, toutes ces difficultés ont pu être levées grâce à l'intervention conjuguée de plusieurs acteurs – ce qui est loin d'être toujours le cas. La prise en charge de cette femme a nécessité une rupture géographique (elle a dû quitter son milieu pour être aidée), ce qui est en soi une limite : idéalement, l'aide devrait être accessible sans imposer un exil temporaire de la survivante. Enfin, ce cas révèle que même en étant sortie du silence, la survivante se retrouve encore confrontée à l'insuffisance de suivi à long terme une fois l'urgence passée, faute de structures locales pour poursuivre le travail thérapeutique. Cela suggère que les femmes rurales doivent souvent choisir entre retourner dans un désert de services (en rentrant chez elles) ou rester en ville loin de leur réseau social pour continuer à se faire aider – un choix cornélien.



## Facteurs de réussite à valoriser

En dépit de ces lacunes, cette histoire comporte aussi des éléments positifs sur lesquels capitaliser. Un facteur de réussite clé a été la réactivité d'une chaîne d'acteurs locaux : la voisine, la déléguée régionale, la gendarmerie, l'hôpital, l'association ont coopéré, chacun dans son rôle, pour protéger et accompagner la survivante. Ce cas prouve qu'une coordination rapide est possible même en milieu rural dès lors que les personnes sont sensibilisées et qu'un réseau de contact existe. On peut s'inspirer de cet exemple pour formaliser de tels réseaux dans toutes les régions (par exemple, diffuser largement les numéros de référents comme la déléguée, et inciter les habitants à les contacter en cas de soupçon de violences graves). De plus, la solidarité communautaire embryonnaire manifestée (même discrètement) par la voisine et la sœur montre qu'il y a des ressources locales sur lesquelles s'appuyer : former des femmes-relais dans les villages, capables d'orienter les survivantes vers l'aide appropriée, pourrait améliorer énormément la détection et l'aiguillage des cas comme celui-ci. Autre point fort : la détermination des intervenants de terrain. Dans ce cas, une travailleuse sociale a suivi son dossier avec passion, une psychologue s'est adaptée techniquement, une avocate l'a soutenue gratuitement, etc. Ce sont des ressources humaines engagées qu'il faut reconnaître et soutenir. L'effet conjugué de ces soutiens a été de redonner espoir à la survivante en un laps de temps relativement court. Valoriser et reproduire ces bonnes pratiques (par exemple en constituant dans chaque gouvernorat une équipe pluridisciplinaire mobile pouvant intervenir sur signalement) pourrait sauver bien d'autres femmes.

## Perspective de la survivante rétrospectivement

Si l'on donne la parole à cette survivante sur son parcours, certains éléments ressortent. Elle souligne comme déterminants pour sa reconstruction la prise de conscience qu'elle n'était pas seule ni coupable : « Quand j'ai vu qu'on me traitait avec respect et qu'on m'expliquait que je n'avais pas mérité ça, j'ai commencé à y croire ». Selon elle, le soutien psychologique, même bref, a été crucial : « La psychologue du centre m'a vraiment aidée à me relever, sans elle je n'y serais pas arrivée ». Elle exprime une immense gratitude envers les personnes qui l'ont écoutée sans jugement. En parallèle, elle formule aussi des critiques sur ce qu'elle a vécu et des souhaits pour que ça s'améliore pour d'autres femmes dans sa situation. Par exemple, elle regrette d'avoir ignoré si longtemps qu'elle pouvait avoir un soutien : « J'aurais eu besoin qu'on m'explique plus tôt que je pouvais avoir de l'aide, même au village... Personne ne nous dit ces choses ». Elle aurait souhaité une présence locale, ne serait-ce qu'une personne ressource, pour en parler avant que la situation n'empire. Elle souligne également la difficulté de poursuivre le

suivi psychologique en rentrant chez elle : « Après le refuge, je me suis retrouvée seule... J'aurais voulu continuer à voir la psychologue ou quelqu'un, mais c'était trop loin ». Pour elle, il faudrait que le système n'abandonne pas les femmes une fois l'urgence passée : « On se sent un peu lâchée dans la nature après. Il faudrait un suivi, même par téléphone, quelque chose... ». Elle ajoute enfin qu'un élément qui l'a beaucoup aidée est d'avoir rencontré d'autres survivantes : « Au début j'avais honte, mais quand j'ai entendu les autres femmes parler, je me suis sentie normale... on s'est soutenues ». Elle recommande donc que les femmes comme elle puissent se réunir, même dans les villages, pour partager leurs expériences avec l'aide de professionnels. Son témoignage est précieux pour identifier ce qui a été salutaire (l'écoute empathique, la coordination pour la mettre à l'abri) et ce qui a manqué (information en amont, suivi de proximité dans la durée) dans son parcours. En ce sens, ce cas illustre à la fois la réussite partielle du système d'aide – qui a su la sauver physiquement et amorcer sa reconstruction – et les marges d'amélioration évidentes pour tendre vers un accompagnement complet.

## Cas 2 : Femme en milieu urbain et rôle des associations

### Profil et cadre de vie

La deuxième étude de cas concerne une femme de 30 ans vivant en milieu urbain, à Sfax. Elle est diplômée (niveau bac+3) et travaillait comme employée de bureau avant de cesser son activité à la suite de ses problèmes conjugaux. Mariée depuis cinq ans, sans enfant, elle appartient à une classe moyenne modeste. Contrairement au cas précédent, elle dispose d'une certaine indépendance financière au début (salaire, économies légères) et d'une connaissance plus familière des outils de communication (Internet, réseaux sociaux). Son environnement urbain lui offre objectivement plus de ressources potentielles (centres de santé, associations, avocats, etc.), mais aussi l'anonymat relatif d'une grande ville. Toutefois, cette autonomie apparente est tempérée par son statut familial : elle est très attachée à son image sociale et craint le scandale dans son entourage professionnel et amical. Son mari, commerçant, est connu dans leur quartier, et elle appréhende le jugement de leur cercle commun.

### Violences subies et état initial

Elle subit des violences de la part de son mari depuis environ deux ans. Il s'agit principalement de violences psychologiques et économiques : il la dénigre constamment, la contrôle dans ses déplacements, l'isole de ses amis, et depuis qu'elle a perdu son emploi (en partie à cause de lui, car il l'incitait à rester à la maison), il lui supprime l'accès à l'argent et surveille ses dépenses. Les disputes dégénèrent parfois en violences physiques modérées (gifles, tirage de cheveux), et

plus récemment, il y a eu un épisode de violence sexuelle conjugale imposée. Les conséquences sur sa santé mentale sont marquées par une dépression insidieuse : elle a progressivement perdu confiance en elle, cessé presque toute activité sociale, souffre d'insomnie, de perte d'appétit et d'un sentiment persistant de désespoir. Au moment où l'histoire bascule, elle envisage même le suicide par moments, se sentant piégée. Sur le plan physique, elle n'a pas de blessures graves visibles, hormis quelques contusions passées inaperçues. Son état est d'autant plus préoccupant qu'il est invisible pour l'extérieur : elle fait bonne figure en public, n'osant pas montrer sa détresse. Cependant, sa famille proche (sa mère notamment) la trouve changée, "éteinte", et soupçonne qu'elle a des problèmes conjugaux sans en connaître l'ampleur.

## Révélation et choix du recours

Sa réaction initiale face aux violences a longtemps été le silence et le déni. Elle espérait que son mari "changerait" et attribuait son comportement à des soucis professionnels ou à de la jalousie excessive qu'elle pensait pouvoir calmer. Ce n'est qu'après l'épisode d'agression sexuelle, qu'elle a vécu comme un véritable traumatisme, qu'elle décide de ne plus subir en silence. Elle ne se tourne pas d'emblée vers la police ou l'hôpital – par honte de dévoiler cette dimension intime de la violence et par méfiance envers les institutions (elle craint d'être mal reçue ou de ne pas être crue car physiquement peu de marques). Au lieu de cela, elle choisit de contacter directement une association de défense des femmes dont elle avait entendu parler à la télévision. En effet, quelque temps auparavant, tard un soir où elle n'arrivait pas à dormir, elle était tombée sur une émission télévisée où intervenait une militante d'une association féministe parlant du soutien aux femmes battues. Elle avait noté mentalement le numéro de téléphone qui s'affichait à l'écran. C'est ce numéro qu'elle compose, un matin, depuis son bureau (alors qu'elle s'y trouve seule, avant de démissionner). Ce choix de contacter directement une association plutôt que les autorités s'explique par son niveau d'information plus élevé : elle sait qu'une association peut la conseiller en toute confidentialité, sans conséquences immédiates comme une plainte qui impliquerait la police et la famille. Elle voit l'association comme un intermédiaire neutre et bienveillant pour évaluer ses options.

Au téléphone, elle parle à une écoutante de l'association, fond en larmes en racontant son calvaire, et reçoit une première validation : on la rassure en lui disant qu'elle a bien fait d'appeler et qu'on peut lui proposer un rendez-vous d'accueil le jour même. Ce premier contact la soulage énormément – "pour la première fois quelqu'un m'a dit que ce que je vivais n'était pas normal et qu'on pouvait m'aider". Elle accepte de se rendre dans l'après-midi même au

centre d'écoute de l'association en ville. Ainsi, son point d'entrée principal dans le parcours d'aide formel est l'organisation de la société civile plutôt que les services publics.

### Rôle clé de l'association dans l'orientation et la prise en charge

Lorsqu'elle arrive au centre d'écoute de l'association, situé dans un quartier discret, elle est accueillie par une travailleuse sociale et une psychologue. L'entretien dure plus de deux heures, durant lesquelles elle raconte en détail les violences subies, pleure, exprime sa peur de divorcer mais aussi son impossibilité de continuer ainsi. L'équipe de l'association joue dès lors un rôle central dans son parcours : elles établissent avec elle un plan d'action global. Sur le plan psychologique, la psychologue du centre lui propose de démarrer une thérapie individuelle à raison d'une séance par semaine, pour travailler sur la dépression et le trauma sexuel. Sur le plan juridique, l'association la met en contact avec une avocate féministe bénévole qui lui expliquera ses droits (possibilité de plainte pour viol conjugal, ou de demander le divorce pour préjudice, etc.). Sur le plan pratique, on lui propose si nécessaire un hébergement temporaire dans une maison d'accueil partenaire si elle doit quitter le domicile conjugal en urgence. Dès ce stade, elle sent un encadrement pluridisciplinaire se mettre en place autour d'elle, ce qui la rassure énormément : « je n'étais plus seule, une équipe entière s'occupait de moi ». L'association joue donc le rôle de pivot de sa prise en charge, en coordination avec – mais aussi en complément des institutions publiques. En effet, c'est via l'association qu'elle accède ensuite aux services publics de manière accompagnée : par exemple, la psychologue de l'association l'oriente vers un médecin psychiatre de l'hôpital pour évaluer son état et éventuellement documenter le traumatisme, l'avocate l'accompagne déposer une main courante à la police pour signaler les faits en toute sécurité, etc.

On voit ici combien le rôle complémentaire des associations est crucial : elles offrent un espace d'écoute chaleureux, du temps (chose que les structures publiques surchargées offrent peu), et une approche globale centrée sur la survivante. Dans son témoignage ultérieur, cette femme dira : « L'association m'a tenue la main à chaque étape. Au commissariat, je ne tremblais pas car quelqu'un de l'association était à mes côtés. Chez le psy à l'hôpital, c'est elles qui ont pris rendez-vous pour moi. Je n'avais pas à revivre les parcours administratifs toute seule ». Effectivement, l'association lui évite la majorité des écueils du système : elle bénéficie d'un accès priorisé (via le réseau associatif) à un psychiatre, à une conseillère juridique, et si besoin au refuge. Le parcours de soin qui se dessine pour elle est donc fortement balisé par l'association, ce qui augmente ses chances de réussite et de continuité.

## Déroulement du parcours et articulation institution-association

Suivant les conseils de l'association, elle décide d'entamer en parallèle une procédure judiciaire et un suivi thérapeutique. D'une part, après quelques semaines de réflexion et de préparation psychologique, elle porte plainte contre son mari pour violences et viol conjugal, avec l'assistance de l'avocate de l'association. Ce choix n'a pas été facile : elle redoutait les retombées (comment ses proches réagiraient, le regard de la société, etc.), mais se sentait soutenue dans cette démarche. Au poste de police spécialisé où elle dépose plainte, l'association est intervenue en amont pour signaler son arrivée, si bien qu'elle est orientée vers une officier femme formée. La présence de l'avocate et d'une représentante de l'association lors de la déposition (en tant que soutien moral) est tolérée, ce qui la met en confiance. Même si l'interrogatoire policier est éprouvant, elle ressort soulagée d'avoir officialisé sa situation. D'autre part, elle suit rigoureusement ses séances de psychothérapie hebdomadaires au centre de l'association. La psychologue adopte une approche cognitive et de soutien pour traiter sa faible estime d'elle et le stress post-traumatique dû au viol. En quelques semaines, elle commence à retrouver des couleurs : elle dort mieux grâce à un léger antidépresseur prescrit par le psychiatre de l'hôpital (rendez-vous obtenu via l'association rapidement). Elle reprend aussi contact avec d'anciennes amies qu'elle avait coupées, encouragée par la psychologue à réactiver son réseau social positif.

Par ailleurs, ne souhaitant plus vivre avec son mari, elle profite d'un séjour de ce dernier chez ses parents pour quitter le domicile conjugal avec l'aide de l'association. Elle est accueillie pendant un mois dans une maison d'hébergement gérée par une autre OSC (en coordination avec l'association féministe). Cela la met physiquement à l'abri pendant la période critique de la confrontation judiciaire. Ce refuge en milieu urbain est plus confortable et anonyme que le cas rural précédent : c'est un appartement discret en ville, où elle peut continuer à aller à ses séances de thérapie et même se rendre à son ancien travail pour discuter d'une éventuelle réembauche (une initiative encouragée pour retrouver son autonomie). Durant cette période, son mari, furieux de sa disparition et de la plainte, la harcèle par messages. L'association l'aide à rassembler ces preuves de harcèlement et à les communiquer à la police pour renforcer son dossier. Le fait qu'elle soit entourée en permanence par le réseau associatif la protège aussi de céder aux pressions ou aux tentatives d'approche de son époux.

## Accompagnement psychologique en pratique

Le soutien psychologique qu'elle reçoit est assez complet. Elle a donc ses séances individuelles régulières, qui s'échelonnent sur plusieurs mois – l'association lui garantit un suivi jusqu'à ce

qu'elle se sente prête à le terminer. Parallèlement, elle participe à un groupe de parole mensuel à l'association, où elle rencontre d'autres femmes urbaines ayant vécu des violences. Ces échanges lui font beaucoup de bien, lui permettant d'apprendre des stratégies utilisées par d'autres et de ne plus se sentir stigmatisée. Par exemple, voir une autre survivante, plus âgée, parler de sa reconstruction après divorce lui donne de l'espoir pour sa propre vie. À mesure que la thérapie avance, son discours évolue : d'une voix brisée qui s'excusait presque d'"exagérer", elle passe à une voix plus affirmée, reconnaissant la gravité de ce qu'elle a subi et exprimant ses aspirations personnelles (elle évoque reprendre des études, voyager, choses qu'elle n'osait plus imaginer). La psychologue l'aide également à gérer son sentiment de culpabilité vis-à-vis de la plainte – sentiment instillé par certaines réactions de proches qui lui ont reproché de traîner son mari en justice. Ce travail sur la culpabilité est crucial pour qu'elle maintienne le cap de sa démarche judiciaire sans fléchir. On lui apprend à se recentrer sur ses droits et son besoin de justice, plutôt que sur le regard des autres.

### Intervention auprès des institutions par l'OSC

Ce cas illustre bien comment l'association sert de courroie de transmission avec les institutions publiques, tout en comblant leurs faiblesses éventuelles. Par exemple, lorsque la procédure judiciaire traîne un peu et qu'une confrontation avec l'agresseur est programmée, la psychologue de l'association en informe le juge via un rapport signalant l'état de vulnérabilité de la survivante, de sorte qu'il prenne des précautions (la confrontation sera annulée au profit d'un témoignage par écrit, évitant à la survivante un face-à-face). C'est une initiative de l'association qui n'est pas prévue automatiquement par le système mais qui améliore nettement la situation psychologique de la survivante dans la procédure. Là encore, c'est le travail d'activation du réseau qui tisse des liens que le parcours standard n'aurait pas fournis. Grâce à ces médiations, son parcours à travers diverses structures (police, justice, santé, hébergement) se fait de manière relativement fluide et coordonnée – une fluidité rarement atteinte sans l'appui associatif.

### Situations rencontrées et surmontées

Elle a dû affronter quelques obstacles spécifiques malgré tout. Notamment, lors de la procédure judiciaire, elle a subi une tentative de conciliation familiale impromptue : sa belle-famille a cherché à la rencontrer pour la faire retirer sa plainte, invoquant l'honneur de la famille. Cette pression, assez forte émotionnellement, l'a bouleversée. Elle en a parlé en urgence à sa psychologue, qui l'a aidée à préparer une réponse assertive et à s'entourer (elle est allée à la rencontre accompagnée d'une militante de l'association, ce qui a dissuadé la belle-famille de la

harceler plus avant). Par ailleurs, elle a connu un passage à vide au bout de trois mois de suivi : une fois la phase aiguë passée, elle s'est demandée si elle faisait bien de "s'acharner" sur cette voie de séparation et de procédure, face au poids du divorce imminent (le mari, de son côté, a entamé une demande de divorce pour rupture de la vie commune). Ce doute l'a presque conduite à interrompre sa thérapie, se disant qu'elle allait "tourner la page toute seule". Là encore, l'association a joué un rôle : ne la voyant pas venir à une séance, la psychologue l'a appelée et, entendant son désarroi, lui a proposé une séance supplémentaire à distance. Ce suivi proactif a empêché une rupture de son parcours : elle a finalement repris les séances avec encore plus de détermination.

### Bilan du cas et enseignements

Cette femme a pu se reconstruire progressivement grâce à un réseau de soutien bien huilé en milieu urbain. Au bout de six mois, elle a retrouvé un emploi (non sans difficultés mais aidée par une recommandation de l'association dans une structure partenaire). Son divorce a été prononcé à ses torts à lui, et une ordonnance de protection a été mise en place pendant un an. Sur le plan psychologique, elle sort de la dépression : elle se projette dans de nouveaux projets, a renoué avec ses amies, et participe occasionnellement aux activités de l'association elle-même pour aider d'autres femmes – signe d'une certaine autonomisation et envie de rendre ce qu'elle a reçu. Ce cas met en évidence l'importance cruciale des associations en milieu urbain : elles comblent non seulement les lacunes de l'État, mais apportent une chaleur humaine et un accompagnement personnalisé que l'approche institutionnelle standard fournit rarement. L'articulation public-privé a ici bien fonctionné : chaque acteur a joué son rôle avec le pilotage de l'association. On voit aussi qu'en ville, la diversité des ressources (juristes, psychologues, refuges, médecins spécialisés) facilite un accompagnement vraiment pluridimensionnel. Cependant, ce cas n'est peut-être pas représentatif de toutes les femmes urbaines : celle-ci avait un certain niveau d'éducation qui lui a permis de chercher de l'aide activement. De nombreuses femmes urbaines, notamment dans des quartiers populaires, n'ont pas cette information ou cette audace de contacter une association et restent prisonnières de violences malgré la proximité des ressources. L'étude de ce parcours encourage donc à renforcer la visibilité et l'accessibilité des associations en milieu urbain, car lorsqu'une survivante en profite, les résultats sont probants : la violence peut être stoppée et la reconstruction entamée de manière plus durable.

En rétrospective, cette survivante souligne : « Sans l'association, je n'aurais jamais eu la force d'aller jusqu'au bout. Elles m'ont redonné la dignité qu'il m'avait prise ». Elle insiste sur le fait qu'il faudrait que toutes les femmes connaissent l'existence de ces centres d'écoute : « J'ai eu

la chance de tomber sur cette émission TV... D'autres peut-être ne savent même pas qu'il y a des gens qui peuvent les accompagner ». Son témoignage rejoint ainsi un constat général : en milieu urbain aussi, il reste un travail de sensibilisation énorme pour que les survivantes identifient spontanément ces ressources. Elle mentionne également que l'approche compréhensive de l'association a été déterminante : « Ils ont tout pris en charge, pas seulement mes blessures intérieures mais aussi mes problèmes concrets. » Ce modèle intégré d'intervention, centré sur la survivante, est ce qui lui a permis de s'en sortir plus rapidement. En somme, le parcours de cette femme montre comment, lorsque tous les leviers disponibles en ville sont actionnés – notamment le rôle moteur des associations – une survivante peut non seulement échapper à la violence, mais aussi rebondir et retrouver son autonomie psychique et sociale.

### Cas 3 : Parcours d'une survivante bénéficiant d'un programme de prise en charge intégré

#### Contexte d'identification et entrée dans le programme

Ce troisième cas illustre une situation idéale où la survivante a bénéficié dès le départ d'un programme de prise en charge intégrée et coordonnée. Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, identifiée comme survivante lors d'une intervention des autorités à son domicile dans le Grand Tunis. Les voisins avaient appelé la police suite à des cris ; sur place, la police a trouvé la jeune femme blessée et en état de choc après une violente agression par son frère (violences intrafamiliales). Or, le gouvernorat dont elle dépend fait partie d'un projet pilote de prise en charge intégrée des violences. Concrètement, lorsqu'une telle situation est détectée, un protocole d'orientation immédiate s'enclenche : la police a informé sans délai le Centre d'Assistance Psychologique de Ben Arous (un centre public spécialisé). Ainsi, la jeune femme a été transférée le jour même vers ce centre intégré, après un bref passage à l'hôpital pour traiter ses blessures. Ce contexte d'entrée est donc très différent des cas précédents : ici, la survivante n'a pas eu à naviguer d'elle-même – c'est le programme qui l'a prise en charge d'office. Elle a été identifiée à chaud par le système grâce aux mécanismes de repérage (voisinage vigilant, police formée) et immédiatement dirigée vers un dispositif où santé, social et justice travaillent de concert sur les cas de violences.

#### Prise en charge globale dès l'accueil

À son arrivée au centre intégré, son état a été évalué conjointement par une équipe pluridisciplinaire. Ce centre, fruit d'un partenariat entre ministères et ONU Femmes, regroupe



sous un même toit des professionnels de divers secteurs : psychologues, médecins, juristes, assistants sociaux. La jeune femme a ainsi pu, dans la même journée, recevoir les premiers soins médicaux, porter plainte avec assistance juridique (une juriste du centre a recueilli sa déposition en présence d'un officier de police détaché au centre, évitant un passage au commissariat classique), et entamer un entretien psychologique d'urgence. Tout cela s'est fait dans un lieu unique, aménagé de façon accueillante, ce qui a énormément facilité son cheminement. Elle témoigne plus tard qu'elle ne s'est pas sentie perdue dans des couloirs administratifs : "Dès que je suis arrivée, on m'a dit : ici on va s'occuper de vous, de tout. Et c'était vrai, je n'ai pas eu à courir à droite à gauche." Ce type de "one-stop center" est pensé pour réduire la ré-exposition traumatique et accélérer la prise en charge, et dans son cas cela a très bien fonctionné.

### Étapes successives du parcours intégré

Son parcours au centre s'est déroulé sur plusieurs semaines, avec une coordination fluide entre les différentes interventions. La première semaine a surtout été dédiée à la mettre en sécurité et à stabiliser son état psychologique. Étant donné que l'agresseur était un membre de la famille avec qui elle vivait, on lui a immédiatement proposé un hébergement protégé : elle a été orientée vers une association d'aide aux femmes survivantes de violences et en situation de rue qui lui a proposé un hébergement en urgence dans un hôtel en attendant de lui trouver une place dans leur structure d'hébergement. Sur le plan légal, l'Unité spécialisée présente sur place a rapidement monté un dossier : grâce aux éléments collectés par le médecin du centre (certificat médical, photos des blessures) et au témoignage recueilli par la juriste, un juge des référés a émis une ordonnance d'éloignement du frère violent en quelques jours. Pendant ce temps, la prise en charge psychologique a débuté très tôt : dès le deuxième jour, une psychologue du centre lui a été assignée comme référente. Cette psychologue a assuré un suivi rapproché au début (de brèves séances de débriefing tous les trois jours, pour l'aider à surmonter le choc), puis espacé les séances à bihebdomadaires. Parallèlement, une assistante sociale a travaillé avec elle sur son projet de vie hors de sa famille, cherchant des solutions de logement pérenne et de formation professionnelle, en lien avec le ministère des Affaires sociales.

Ce qui frappe dans ce parcours, c'est la linéarité et la cohérence des actions : chaque étape était anticipée par l'équipe et expliquée à la survivante. Par exemple, avant qu'elle ne quitte le logement d'urgence dans l'hôtel pour aller dans le centre d'hébergement, une réunion de cas a eu lieu entre psychologue, juriste et assistant social pour planifier la suite et s'assurer qu'elle continuerait de voir la même psychologue même en résidant ailleurs. Ainsi, le passage d'une institution à une autre n'a pas entraîné de rupture : elle a continué son suivi psychologique au

centre intégré en revenant deux fois par semaine, tout en étant hébergée dans une structure sécurisée. De même, lorsque son affaire est passée en justice, c'est la juriste du centre qui l'a accompagnée à l'audience et qui avait préparé avec la psychologue ce moment pour qu'il ne soit pas trop éprouvant.

## Impact d'une coordination optimale

Bénéficier d'un tel travail coordonné a clairement facilité sa réhabilitation psychologique. Elle n'a pas eu à se battre pour obtenir de l'aide : celle-ci lui a été offerte presque avant même qu'elle la demande. Cette absence d'obstacle lui a permis de se concentrer sur elle-même très rapidement. Sa psychothérapie a pu aller en profondeur, car dès les premières semaines, les besoins basiques (sécurité, démarches légales, hébergement, santé physique) étaient gérés. En quelques séances, la confiance avec la psychologue s'est établie, et elle a pu travailler sur des traumatismes anciens (il s'est avéré qu'elle avait subi des abus pendant l'enfance, jamais adressés).

De plus, le fait d'avoir une référente unique (la psychologue) tout au long du parcours a créé un sentiment de stabilité. Même quand elle a entrepris ce processus de séparation avec ce milieu familial violent, elle continuait de voir cette même référente, qui en quelque sorte coordonnait tous les autres aspects avec elle. Cela lui a donné un fort sentiment de soutien continu : "Chaque fois que j'avais un doute ou un problème, je savais qui appeler, ma psychologue était là pour m'orienter". Par exemple, lorsqu'elle a eu une opportunité d'emploi, elle en a discuté avec elle et l'assistante sociale pour voir comment concilier ça avec son accueil dans le centre et sa prise en charge, etc.

## Résultats et avancées

Grâce à cette coordination exemplaire et malheureusement rare, la jeune femme a fait des progrès notables sur tous les plans. Psychologiquement, au bout de six mois, ses symptômes post-traumatiques (flashbacks, hypervigilance) se sont nettement atténués ; elle exprime une résilience forte, notamment par le désir de s'engager à son tour (elle a commencé à participer à des activités de sensibilisation de l'association en témoignant anonymement de son histoire pour d'autres jeunes). Sur le plan professionnel, elle a intégré une agence de communication et se projette dans une carrière. Elle a renoué avec des membres sains de sa famille (une tante qui la soutient) tout en maintenant ses distances avec ceux qui étaient toxiques. Elle a quitté le centre d'hébergement et s'est installée en colocation. Ce succès doit beaucoup au fait qu'aucun de ses besoins n'a été laissé de côté : le travail de réseau a traité la personne dans sa globalité.

Même les questions administratives ou juridiques – souvent source de stress – ont été simplifiées pour elle, ce qui lui a évité bien des angoisses supplémentaires.

## Éléments systémiques mis en évidence

Ce cas montre ce qui est possible lorsque les lacunes habituelles sont comblées par un dispositif spécialement coordonné pour la prise en charge des violences. Il souligne notamment l'importance d'une coordination formelle intersectorielle : ici, ce n'était pas un patchwork improvisé mais bien un protocole formalisé appliqué. Le Centre d'Assistance Psychologique a pu standardiser une méthodologie de suivi qui assure que la survivante n'est jamais livrée à elle-même entre deux étapes. L'implication directe d'acteurs étatiques et associatifs dans le projet a permis d'aplanir des obstacles bureaucratiques : par exemple, la présence sur place d'un officier de police et d'un représentant légal a accéléré la procédure judiciaire. Ce cas illustre aussi l'impact positif d'avoir des ressources dédiées : ce centre a son propre budget, ses professionnels formés spécifiquement, et travaille en partenariat avec des associations locales. Il est un modèle de réponse intégrée. Bien sûr, un tel dispositif est lourd et il est le seul dans le pays actuellement, mais il sert de vitrine de ce qu'on devrait tendre à généraliser.

## Enseignements pour l'avenir

À travers ce parcours sans rupture, on voit concrètement les bénéfices d'un accompagnement qui prend en compte simultanément les dimensions clinique et sociale. Au niveau de la survivante, elle n'a jamais eu le temps de "tomber dans les trous" du filet de sécurité : chaque fois qu'une étape se terminait, une autre commençait sans délai. Pour les intervenants, travailler en équipe pluridisciplinaire a aussi apporté plus d'efficacité et de sens : la psychologue savait que son travail s'inscrivait dans un contexte où la justice suivait, où le social soutenait – ce qui évite l'usure et le sentiment d'impuissance qu'ont parfois les professionnels isolés. Ce cas met aussi en lumière l'importance du suivi dans la durée : même après la phase aiguë, le programme assure une continuité (la jeune femme peut continuer à consulter le centre aussi longtemps qu'elle en aura besoin, même une fois sortie du dispositif principal). Cette pérennité est souvent le maillon manquant dans les parcours réels : ici, il est présent, et on en voit les fruits en termes de stabilisation de la survivante.

En donnant la parole à cette survivante, elle exprime sa gratitude envers ce système intégré : « Ils m'ont prise en charge comme un être humain complet, pas juste un cas. On m'a aidée sur tous les fronts, ce qui m'a permis de vraiment me reconstruire ». Elle souhaiterait que toutes les femmes puissent bénéficier d'un tel accompagnement : « J'ai eu la chance d'être dans un

gouvernorat où ce centre existe. Si ça m'était arrivé ailleurs, est-ce que j'aurais eu autant d'aide ? Je ne pense pas... Il faut que ce genre de centre soit partout ». Selon elle, les points déterminants ont été la rapidité d'intervention – “on ne m'a pas laissée seule une seule nuit dans la terreur” – et la cohérence du suivi – “tout le monde était au courant de mon histoire, je n'ai pas eu à répéter cent fois”. En termes de critiques, elle n'en voit guère, si ce n'est qu'elle a conscience d'être un cas privilégié et elle s'inquiète pour les autres : “J'ai croisé au centre des femmes qui venaient d'autres régions parce qu'elles n'avaient rien chez elles... Ce n'est pas normal qu'il faille venir à Tunis pour être aidée correctement.”. Son témoignage est un plaidoyer pour la généralisation des bonnes pratiques qu'elle a connues, et rappelle que la volonté politique et les ressources mises dans ce domaine portent réellement leurs fruits sur la vie des survivantes.

## Retours d'expérience du terrain

Au-delà des cas individuels, il est essentiel de recueillir les retours d'expérience des acteurs de terrain – ceux qui, au quotidien, interviennent auprès des survivantes ou qui ont eux-mêmes parcouru ce chemin de sortie de la violence. Ces perspectives variées (professionnels de la santé mentale, intervenants sociaux et associatifs, femmes survivantes) convergent souvent sur les constats, tout en apportant des éclairages spécifiques selon leur rôle. Elles permettent d'identifier les avancées comme les lacunes du système tel qu'il fonctionne réellement.

## Point de vue des professionnels de la santé mentale

Les psychologues qui prennent en charge les femmes survivantes de violences font part de constats récurrents sur la nature des troubles et les difficultés rencontrées dans leur pratique. Ils soulignent d'abord la gravité des traumatismes psychiques observés. Dans leur consultation, ils voient défiler des patientes présentant des tableaux complexes : syndrome de stress post-traumatique avec reviviscences, troubles anxieux généralisés, dépressions sévères, sans compter les somatisations (maux de tête, douleurs diffuses) et parfois des conduites addictives (prise de tranquillisants, d'alcool) développées pour tenter de gérer la détresse. Nombre de ces femmes arrivent en consultation tardivement, après des mois ou des années de violences, ce qui aggrave la chronicité des symptômes. Les professionnels notent que ces troubles sont bien sûr des conséquences directes des violences subies, mais aussi de l'isolement social et du manque de reconnaissance auxquels les survivantes font face. Par exemple, le stress post-traumatique a tendance à se compliquer en trouble dépressif lorsque la survivante n'a pas de soutien et se sent incomprise – situation fréquente.

Les spécialistes de santé mentale insistent également sur l'importance de diagnostiquer tôt ces troubles pour éviter leur installation durable. Ils regrettent que le dépistage psychologique ne soit pas encore systématique dans les services de première ligne : trop souvent, disent-ils, les survivantes leur sont adressées tard, après avoir somatisé leur mal-être ou avoir fait des tentatives de suicide. Certains psychiatres d'hôpitaux rapportent que c'est via les urgences pour tentative de poison ou d'automutilation qu'ils découvrent l'histoire de violences conjugales derrière – signe que l'accès au soutien est intervenu bien trop tard, quand la patiente était déjà dans le désespoir. Cette situation est frustrante pour eux, car plus le trouble est installé, plus la prise en charge sera longue et difficile.

Du point de vue thérapeutique, les psychologues mettent en avant la nécessité d'une approche spécialisée. Accompagner une femme traumatisée par des violences de genre n'est pas une consultation "classique" : cela requiert des compétences en victimologie, en gestion du trauma, parfois en thérapie familiale, etc. Or, ils constatent que tous les praticiens ne sont pas formés à ces spécificités. Dans les services publics en particulier, il n'y a pas toujours de psychologues formés aux techniques comme l'EMDR, ou même aux enjeux du psychotraumatisme. Les professionnels investis dans ce domaine militent pour davantage de formation continue : ils aimeraient que chaque psychologue et voir psychiatre, des secteurs publics ou associatifs, confronté à la question des VFF maîtrise l'approche à adopter face à une survivante de violence (accueil sans jugement, techniques de stabilisation émotionnelle, etc.). Eux-mêmes se forment souvent par le biais de séminaires organisés par des ONG ou grâce à des modules spécialisés (certains mentionnent l'existence de diplômes universitaires en victimologie qu'ils ont suivis, mais cela reste individuel et non systématique).

Les soignants soulignent aussi le défi de la compliance (adhésion) des patientes dans le contexte de violences. Ils constatent, comme évoqué précédemment, de fréquentes ruptures de suivi. Du point de vue du soignant, il est particulièrement difficile de voir une patiente interrompre la thérapie brusquement, souvent après avoir abordé un sujet sensible. L'un des psychologues témoigne : "Il faut identifier le moment idéal pour parler de certaines choses, avant de la perdre... On sait que les survivantes reviennent puis repartent, c'est cyclique. Parfois, juste après une agression c'est le bon moment car la motivation est là, mais dès que la situation se calme, elles peuvent disparaître.". Ces professionnels adaptent donc leur stratégie : beaucoup tentent de faire un "noyau dur" de travail pendant les premières séances, anticipant un éventuel abandon. Ils expriment le besoin de dispositifs de rappel structurés pour les aider : sans cela,

c'est à eux individuellement de courir après les patientes qui ne reviennent pas, ce qui n'est pas toujours possible avec une charge de travail importante.

Un aspect souligné par les psychiatres est la gestion médicamenteuse dans ces cas : ils se disent parfois contraints de prescrire des anxiolytiques ou antidépresseurs pour stabiliser rapidement une patiente, mais ils savent que le traitement de fond doit être psychothérapeutique. Hélas, le manque de professionnels de la santé mentale formés disponibles (qu'ils soient psychologues ou psychiatres) fait que trop souvent, selon eux, on se repose sur le médicament pour "tenir" la patiente, faute de mieux. Ils appellent de leurs vœux un renforcement des équipes pluridisciplinaires pour ne plus être les seuls, avec la prescription, à soutenir ces patientes.

Les professionnels de santé mentale font également part de leur épuisement professionnel potentiel face à la rudesse de ces situations. Écouter jour après jour des récits de violences extrêmes n'est pas anodin pour eux non plus : certains évoquent un impact émotionnel sur leur propre personne, parlant de nécessité de supervision pour évacuer la charge traumatique secondaire. Malheureusement, peu de structures offrent de telles supervisions ou un soutien aux soignants. Ce manque augmente le risque de burn-out ou de désengagement : il est arrivé que des psychologues quittent leur poste en centre d'écoute après quelques années, usés par la dureté des cas sans soutien institutionnel suffisant. Ainsi, du point de vue de ces professionnels, prendre soin de leur santé mentale à eux est indispensable pour pouvoir continuer à bien soigner celles de leurs patientes. Ils recommandent donc d'instituer des groupes d'échange de pratiques entre psychologues traitant des violences, ou des cellules de soutien aux soignants (beaucoup font cela de façon informelle entre collègues militants, mais aimeraient une reconnaissance officielle de ce besoin).

En résumé, le point de vue des cliniciens met en exergue : la gravité et la variété des troubles psychiques des survivantes (nécessitant dépistage et compétences spécifiques), la difficulté à assurer un suivi continu (d'où le besoin de mécanismes pour favoriser l'adhésion et relancer les patientes), l'importance de la formation spécialisée et de la supervision pour garantir une prise en charge de qualité, et l'exigence d'avoir un réseau de ressources pour une approche réellement globale. Malgré ces difficultés, nombre de psychologues et psychiatres notent aussi des satisfactions : ils témoignent des résiliences impressionnantes dont font preuve certaines survivantes dès lors qu'on leur offre un espace de parole et de reconstruction. Ils voient régulièrement, disent-ils, des femmes "renaître" après quelques mois de thérapie combinée à un soutien social, ce qui les conforte dans l'idée que leur travail a un impact majeur sur la vie des survivantes. Ces retours les poussent à plaider pour plus de reconnaissance institutionnelle

de leur rôle : ils souhaiteraient que la santé mentale des survivantes soit pleinement intégrée aux protocoles de prise en charge, et pas traitée en parent pauvre ou en option.

### Point de vue des intervenants associatifs et sociaux

Les travailleurs sociaux, les militants d'OSC et les intervenants de la société civile en première ligne dressent un constat convergent : ils jouent un rôle pivot et parfois de substitution par rapport aux services publics, mais manquent de moyens et de reconnaissance à la hauteur de leur engagement. Leur perspective met en lumière la complémentarité indispensable, mais encore trop peu formalisée, entre leurs actions et celles des institutions officielles.

Les OSC témoignent qu'elles sont souvent le dernier recours, voire le seul pour beaucoup de femmes. De par leur présence sur le terrain, leur accessibilité (écoute anonyme, accueil bienveillant) et leur réputation acquise au fil des ans, elles voient arriver nombre de survivantes qui n'ont pas trouvé satisfaction dans les structures publiques. Une intervenant associative résume : « Le véritable soutien des femmes survivantes de violence, c'est souvent nous qui le fournissons, mais officiellement on nous relègue au "complémentaire" ». En effet, malgré leur travail déterminant, les associations ressentent parfois un manque de considération de la part des pouvoirs publics, comme si leur action n'était qu'accessoire alors qu'elle est en réalité centrale dans la lutte contre les violences. Historiquement, rappellent-ils, ce sont les associations féministes qui ont porté la question des violences bien avant l'État, et c'est grâce à leur plaidoyer que la loi 2017-58 a vu le jour. Pourtant, dans les mécanismes institutionnels actuels (comme les cellules de coordination régionales, etc.), la place donnée à la société civile reste limitée ou consultative, alors qu'elle devrait être partie prenante active.

Concrètement, les intervenants associatifs décrivent leurs missions multiples auprès des survivantes : accueil, écoute active, orientation vers les structures (police, hôpital, assistance juridique), accompagnement physique lors des démarches (tribunal, commissariat), hébergement d'urgence quand c'est possible, aide matérielle (collecte de dons, micro-crédits), suivi psychologique quand ils ont des psychologues bénévoles ou salariés, animation de groupes de parole, et enfin plaidoyer pour améliorer les lois et leur application. Ils agissent sur tous les fronts – prévention, protection, prise en charge, et même réinsertion. Cette polyvalence est à la fois leur force et une source de tension : « On fait ce qu'on peut avec les moyens du bord, mais on ne devrait pas tout faire nous-mêmes », dit l'une. Le principal frein qu'ils rencontrent est l'insuffisance de ressources. Financièrement, beaucoup d'associations fonctionnent par projets financés par des bailleurs internationaux ou des donations, ce qui

n'assure pas la pérennité : elles ne peuvent embaucher durablement assez de personnel pour répondre à toutes les demandes. Par exemple, une ligne d'écoute associative peut ne fonctionner que sur une amplitude horaire limitée faute de subventions pour la faire 24h/24. Un centre d'hébergement associatif aura 10 places quand il en faudrait 30, etc. Les intervenants sociaux appellent donc à un soutien plus important de l'État envers les structures associatives existantes – via des subventions, la mise à disposition de locaux, des conventions de partenariat. Quelques avancées existent (conventions entre le ministère et certaines OSC pour gérer des centres), mais les acteurs de terrain aimeraient une institutionnalisation du partenariat public-privé, afin de soulager les OSC d'une partie du poids financier et leur permettre de se concentrer sur l'accompagnement.

Les intervenants associatifs mettent également l'accent sur la nécessité de formaliser la coordination avec le secteur public. Actuellement, la coordination intersectorielle repose souvent sur des relations informelles : tel policier "ami" de l'association prévient quand une femme est au poste, tel médecin bienveillant oriente vers l'OSC, etc. Ils aimeraient que cela devienne systématique et non dépendant des personnes. Par exemple, ils proposent que chaque commissariat ait une liste claire des associations locales de prise en charge et une obligation de les contacter en cas de violence signalée, ou qu'une référente associative siège en routine dans les comités régionaux pour suivre les cas. Aujourd'hui, ils se sentent parfois tenus à l'écart par défiance ou méconnaissance de la part de certains fonctionnaires. Or, ils démontrent quotidiennement l'utilité de leur action de terrain. Un intervenant social note : « La coordination est le maillon faible : on essaye de la faire vivre, mais sans cadre formel on perd du temps et des femmes passent à travers ». Là où des partenariats locaux sont conclus, les choses vont mieux. Par exemple, dans certaines villes, la police oriente quasi automatiquement les survivantes vers l'association X parce qu'un protocole a été signé ; les intervenants souhaitent voir ce modèle reproduit partout.

Un autre aspect crucial que soulignent les associations est leur approche centrée sur la survivante et flexible, qui complète la rigidité parfois des institutions. Elles peuvent adapter l'accompagnement aux besoins individuels : pas de limitation stricte de nombre de séances, possibilité de suivre la femme sur des années si nécessaire, aide sur des sujets connexes (recherche d'emploi, garde d'enfants, etc.) qu'un service public hyper-spécialisé ne ferait pas. Cette souplesse et cette humanité de l'approche associative sont souvent ce que les survivantes apprécient le plus. Les intervenants associatifs en sont conscients et essaient de garder cette qualité d'écoute, malgré la charge. Ils savent aussi qu'ils peuvent se permettre des choses que



l'administration ne peut pas : par exemple, aller discrètement rendre visite à une survivante chez elle pour prendre des nouvelles, ou mobiliser la solidarité communautaire pour collecter de l'argent si une femme en a besoin. Ils jouent donc un rôle d'intermédiaires culturels et sociaux précieux. Cependant, ils pointent la nécessité d'un meilleur soutien institutionnel pour ne pas s'épuiser : organisation de formations spécifiques (beaucoup d'intervenants associatifs sont formés sur le tas), soutien psychologique pour eux-mêmes (comme les cliniciens, ils subissent une charge émotionnelle forte), reconnaissance légale accrue (certains aimeraient par exemple que les rapports psycho-sociaux produits par les associations soient reconnus comme pièces officielles en justice, afin de peser plus pour protéger la survivante).

Les travailleurs sociaux de structures publiques partagent nombre de ces constats. Eux sont parfois coincés entre l'obligation de suivre des procédures et l'envie d'aider plus largement. Certains délégués à la protection de l'enfance ou assistants sociaux hospitaliers avouent qu'ils s'appuient quasi systématiquement sur les associations car eux n'ont pas les moyens d'assurer un suivi approfondi : "Sans l'association du coin, on ne pourrait rien faire pour ces femmes une fois sorties de l'hôpital". Ils appellent donc de leurs vœux un maillage associatif plus dense dans tout le pays, et un renforcement de leurs propres effectifs pour collaborer avec ces OSC.

En somme, du point de vue des intervenants associatifs et sociaux, leur rôle est indispensable et ils souhaitent qu'il soit pleinement intégré au dispositif national, avec un appui financier et logistique adéquat. Ils se voient comme partenaires du service public, capables d'innover et de s'adapter aux besoins des survivantes de manière fine. Ils revendiquent la phrase : "Rien pour les survivantes sans les survivantes, et sans ceux qui les accompagnent au plus près". Leur expérience de terrain les conduit souvent à formuler des recommandations concrètes : création de plus de refuges, unités mobiles pour zones rurales, systèmes d'alerte communautaire, campagnes de proximité, etc. Ils estiment que la société civile est un vivier d'idées et d'initiatives qu'il faut exploiter dans l'élaboration des politiques publiques, plutôt que de la considérer uniquement comme exécutante de missions. Lorsque la société civile est impliquée dès la conception des stratégies, les solutions trouvées sont généralement plus en phase avec les réalités du terrain.

### Point de vue des femmes survivantes accompagnées

Les témoignages des femmes survivantes qui ont bénéficié d'une prise en charge – qu'elle soit institutionnelle, associative, ou mixte – offrent un éclairage direct sur ce qui, dans leur parcours, a été aidant et ce qui a pu manquer. De façon notable, beaucoup de survivantes insistent d'abord

sur les aspects relationnels et humains de la prise en charge comme étant les plus déterminants pour leur reconstruction.

Ce qui revient presque universellement dans la bouche des femmes ayant été accompagnées, c'est l'importance d'avoir été écoutées sans jugement. Nombre d'entre elles décrivent le soulagement immense ressenti lorsqu'elles ont, pour la première fois, pu raconter leur histoire à un interlocuteur empathique – que ce soit un psychologue, une assistante sociale, ou une militante associative – et qu'elles ont senti en face d'elles de la compassion et de la validation. “On m’a crue et on m’a dit que ce n’était pas de ma faute” : cette phrase résume un tournant psychologique que beaucoup identifient. Après des années à intérioriser la honte ou la culpabilité, entendre un professionnel dire “Vous n’avez rien fait de mal, c’est lui le coupable” est libérateur. De nombreuses survivantes considèrent ce moment comme le début de leur réappropriation d’elles-mêmes. Ainsi, elles valorisent énormément les qualités humaines des intervenants : la patience, la gentillesse, la douceur, la compréhension culturelle aussi (que l’interlocuteur comprenne leur contexte sans les mépriser). Quand ces qualités sont présentes, elles disent s’être senties en sécurité émotionnelle pour entamer le travail de guérison.

Un autre aspect qu’elles jugent très aidant est d’avoir reçu une information claire sur leurs droits et les aides possibles. Beaucoup avouent qu’avant d’être prises en charge, elles ignoraient l’existence de la loi contre les violences, des ordonnances de protection, des centres d’écoute gratuits, etc. Celles qui ont eu la chance d’être orientées et informées tôt s’estiment privilégiées. L’une déclare : “Quand on m’a expliqué que j’avais le droit à un avocat gratuit et à un psychologue, ça m’a donné la force de continuer”. Elles plaident donc pour que toutes les femmes soient informées systématiquement de ces ressources. Celles qui ne l’ont pas été dès le début en font la critique : par exemple, une survivante regrette qu’à l’hôpital on ne lui ait jamais parlé de l’existence d’un centre d’accueil alors qu’elle est retournée chez son mari faut de savoir où aller. Ce qui a été aidant, c’est donc quand un intervenant a pris le temps de détailler les options : “On m’a expliqué pas à pas ce qui allait se passer, du coup je n’avais plus aussi peur”. L’accès à l’information restitue du pouvoir aux survivantes, et celles qui en ont bénéficié témoignent de l’apaisement que cela leur a apporté.

Les survivantes soulignent aussi l’impact bénéfique d’un soutien continu et personnalisé. Celles qui ont été suivies par le même référent ou la même structure sur la durée disent avoir gagné un repère stable. “Ma psychologue était mon ange gardien, elle me suivait mois après mois” ; “L’association m’appelait régulièrement pour savoir comment j’allais, ça m’a maintenue”. Se sentir accompagnée dans la durée a évité à beaucoup de replonger dans le désespoir lors des

phases de découragement. Par exemple, durant un procès long, recevoir un appel de l'assistante sociale pour prendre des nouvelles a été crucial pour l'une : "Je me suis dit, il y a quelqu'un qui se soucie de moi, je dois tenir bon". En revanche, plusieurs regrettent un manque de suivi après coup : beaucoup relatent qu'une fois la crise passée ou le programme terminé, elles se sont senties un peu abandonnées. L'une raconte : "Après 3 mois de refuge, on m'a dit au revoir et bonne chance. J'aurais aimé qu'il y ait une sorte de suivi après, parce qu'on se sent très seule." C'est un point critique : les femmes aimeraient que l'accompagnement s'étale tant que leurs besoins persistent, et non s'arrête de façon arbitraire. Celles qui ont pu continuer à garder un lien (par ex, en appelant leur psychologue même après la fin, ou en passant au centre dire bonjour) ont mieux traversé la période post-crise.

Un élément souvent cité comme très positif est la solidarité entre pairs. Les survivantes qui ont participé à des groupes de parole ou qui ont rencontré d'autres survivantes au cours de leur parcours insistent sur la force de ce soutien mutuel. "Voir d'autres femmes qui ont vécu la même chose et qui s'en sortent, ça m'a redonné espoir", dit l'une. Une autre explique qu'au refuge, les résidentes se remontaient le moral entre elles et que ces liens d'amitié l'ont empêchée de retomber en dépression. Nombre d'entre elles suggèrent de développer ces espaces de parole collectifs, car on y trouve une compréhension intuitive que même le meilleur professionnel ne peut totalement simuler. Pour beaucoup, cela a participé à déstigmatiser leur expérience : elles se rendent compte qu'elles ne sont pas un cas isolé ou "anormal", ce qui allège le poids de la honte. D'ailleurs, certaines survivantes choisissent ensuite de s'engager dans le bénévolat ou le témoignage public pour aider d'autres femmes, preuve qu'elles voient la valeur de cette entraide.

Du côté des aspects négatifs ou des insuffisances qu'elles pointent, reviennent principalement les mauvaises expériences initiales et la bureaucratie. Beaucoup de survivantes ont en mémoire un épisode particulièrement douloureux : par exemple, l'accueil au commissariat qui a été traumatisant (moqueries, refus de prendre la plainte, conseils de repartir avec le mari). Celles qui ont vécu cela estiment que ça a retardé voire failli compromettre tout leur parcours. "Le premier policier m'a traitée de menteuse, je suis rentrée chez moi désespérée. Il a fallu que je tombe plus tard sur une association pour que je retente ma chance". Elles insistent donc sur la nécessité de former ces premiers répondants. De même pour la santé : quelques-unes relatent la froideur d'un médecin qui recoud sans un mot gentil, ou d'une infirmière qui questionne sur les circonstances d'un air soupçonneux – ce genre d'interaction négative reste gravé et entache leur confiance envers le système.

La lenteur administrative et l'opacité judiciaire sont aussi sources de frustration majeures. Des survivantes expliquent que la longueur des procédures de divorce ou de procès pénal les a épuisées moralement, d'autant qu'elles n'étaient pas toujours accompagnées pendant celles-ci. L'une confie : « À chaque audience reportée, je craquais nerveusement... j'aurais eu besoin de plus d'accompagnement pendant toute la procédure. » Nombre d'entre elles suggèrent d'améliorer la communication pendant ces phases, de leur expliquer ce qui se passe et pourquoi ça prend du temps, pour réduire leur anxiété.

Sur le plan psychologique pur, quelques survivantes relèvent que le soutien reçu, bien qu'utile, n'a pas toujours traité en profondeur certains aspects de leur traumatisme. Celles qui n'ont bénéficié que d'un soutien de crise ponctuel auraient souhaité un suivi plus spécialisé (par exemple une thérapie du traumatisme sur le long terme). L'une d'elles confie : « On m'a aidée sur le moment à ne plus paniquer, mais mes cauchemars sont revenus plus tard et là je n'avais plus personne ». Ce constat recoupe l'importance d'assurer un accompagnement sur la durée avec éventuellement des techniques thérapeutiques avancées (EMDR, NET, etc.), ce qui manque encore.

Enfin, les survivantes insistent souvent sur la nécessité de changer les mentalités autour d'elles. Beaucoup ont souffert du jugement social ou familial durant leur parcours de sortie de la violence. Celles qui ont eu la chance d'avoir une famille compréhensive mesurent leur privilège, tandis que d'autres ont dû affronter des reproches (« tu aurais dû être plus conciliante », « un psy, ça ne sert à rien, il faut prier »). Elles recommandent donc vivement des efforts de sensibilisation pour que l'entourage sache comment soutenir sans blâmer, et pour que la société arrête de stigmatiser les femmes qui parlent. Plusieurs survivantes ayant repris confiance deviennent d'ailleurs porteuses de ce message dans leurs communautés, preuve qu'impliquer les ex-victimes dans la sensibilisation peut être un puissant levier.

En résumé, la parole des survivantes met en avant ce qui fonctionne – une écoute empathique, une information claire, un soutien continu et l'entraide entre pairs – et ce qu'il faut encore améliorer – l'accueil initial dans certaines institutions, la lenteur procédurale, le suivi post-urgence, la disponibilité de thérapies pointues et la lutte contre la stigmatisation. Leur vécu doit inspirer directement les recommandations pour l'avenir, car ce sont elles qui savent le mieux ce qui, sur le terrain, fait la différence entre une victime abandonnée à son sort et une survivante en chemin vers la reconstruction.

## Partie VIII : Recommandations et perspectives d'action

À la lumière de l'analyse et des témoignages, il apparaît clairement qu'une action multidimensionnelle est nécessaire pour combler les lacunes actuelles et renforcer la prise en charge psychologique des femmes survivantes de violences. Les recommandations qui suivent s'articulent autour de six axes principaux, et sont complétées par des perspectives d'action stratégique pour inscrire ces changements dans la durée. L'objectif global est de bâtir un système plus proactif, accessible et coordonné, où la santé mentale des survivantes occupe la place qu'elle mérite, et où chaque maillon – de la loi jusqu'à la communauté – contribue efficacement à la protéger et à la restaurer.

**Intégrer pleinement le soutien psychologique dans le cadre légal et les politiques publiques :** Bien que la loi 2017-58 soit exhaustive sur la protection et la répression, il convient de la compléter par des textes d'application mettant l'accent sur la prise en charge psychologique. Par exemple, l'élaboration de décrets ou circulaires pourrait préciser l'obligation, pour les institutions (police, justice, santé), d'orienter systématiquement les survivantes vers un soutien psychologique et d'en faciliter l'accès gratuit. Il s'agirait d'inscrire noir sur blanc le droit à l'accompagnement psychologique pour chaque survivante, au même titre que l'aide juridique. Par ailleurs, les politiques nationales (plans stratégiques de santé, stratégies de lutte contre les violences) doivent donner une priorité accrue à la santé mentale des femmes. Cela peut passer par la création d'un programme national dédié ou l'inclusion d'indicateurs de suivi psychologique dans les rapports officiels.

**Assurer la mise en œuvre effective des lois existantes :** Il ne suffit pas d'avoir un bon cadre légal, encore faut-il qu'il soit appliqué uniformément. Des mesures concrètes sont recommandées pour éviter les défaillances constatées : par exemple, mettre sur pied un organe de suivi de la loi 2017-58, indépendant et pluridisciplinaire, chargé de vérifier régulièrement que chaque disposition (notamment celles sur la protection et la prise en charge) est bien respectée sur le terrain. Ce comité pourrait émettre des rapports publics et signaler les manquements (tels qu'un commissariat qui refuse des plaintes ou n'oriente pas vers un psychologue). En parallèle, il est important de prévoir des sanctions administratives envers les agents qui entravent volontairement l'application de la loi – par exemple, en se référant à l'article 25 de la loi qui punit le fait de décourager une survivante de porter plainte. L'impunité de certains acteurs institutionnels doit cesser, afin de créer un électrochoc et changer les pratiques.

**Harmoniser et diffuser des protocoles nationaux :** Pour renforcer l'effectivité des droits, la Tunisie gagnerait à adopter des protocoles nationaux unifiés sur la prise en charge des survivantes, à l'attention de tous les secteurs. Un guide de bonnes pratiques, déjà esquissé dans le "Guide sectoriel Santé", devrait être étendu à la police, à la justice, aux affaires sociales, en y intégrant systématiquement le volet psychologique. Ces protocoles devraient détailler la conduite à tenir dès l'accueil : comment repérer la détresse psychique, comment parler à la femme, vers qui la diriger et en combien de temps. Une fois élaborés (en concertation avec experts et société civile), ces protocoles doivent être largement diffusés et surtout suivis d'effet : on peut imaginer une formation obligatoire de tout nouveau policier ou juge sur ce référentiel, et des audits périodiques pour évaluer son application. L'Observatoire national des violences pourrait être chargé de ces évaluations.

**Mobiliser les ressources budgétaires adéquates :** Sur le plan financier, il est impératif d'augmenter les dotations allouées à la mise en œuvre des actions contre les violences. Le rapport national a souligné la faiblesse des budgets dédiés – cela doit être corrigé. Concrètement, il faut allouer des fonds spécifiques dans le budget de l'État pour : ouvrir ou soutenir des centres d'écoute dans chaque gouvernorat, recruter des psychologues, former les intervenants. Si une loi ou un plan prévoit telle structure, le budget doit suivre. Pour débiter, un fonds spécial pourrait être créé (alimenté par l'État et des partenaires internationaux) afin de financer rapidement les mesures urgentes, comme l'équipement de salles d'écoute dans les commissariats, l'aide matérielle d'urgence aux femmes sans soutien, etc. En parallèle, la recherche de cofinancements extérieurs doit continuer, mais en prévoyant un relais progressif par le budget national pour la durabilité.

**Développer l'accessibilité territoriale des services :** Il est indispensable de décentraliser l'offre de soutien psychologique afin qu'aucune femme, où qu'elle vive, n'en soit privée. Un plan d'action pourrait prévoir l'ouverture d'antennes régionales de centres d'écoute dans tous les gouvernorats, y compris les plus intérieurs. Cela signifie recruter des psychologues et conseillers locaux, éventuellement en s'appuyant sur les structures existantes (centres de santé, maisons de jeunes) pour héberger ces permanences. En zone rurale isolée, on recommande de mettre en place des unités mobiles psychosociales : des équipes qui se déplaceraient périodiquement dans les villages pour assurer des consultations et repérer les situations à risque. L'utilisation des nouvelles technologies doit également être envisagée : développer la téléconsultation en santé mentale via des lignes téléphoniques professionnelles ou des plateformes en ligne sécurisées, afin que les femmes éloignées puissent tout de même échanger

avec un psychologue sans parcourir 100 km. Ces solutions doivent bien sûr être couplées avec la garantie de confidentialité et de sécurité (discrétion absolue de ces contacts à distance). L'objectif est qu'aucune femme ne renonce à l'aide pour des raisons de distance ou d'isolement géographique.

**Augmenter la capacité d'accueil et de suivi :** Les structures spécialisées existantes – qu'elles soient publiques ou associatives – sont saturées. Pour réduire les délais d'attente et éviter de tourner les femmes vers la porte faute de place, il faut accroître leur capacité. Cela passe par le renforcement des équipes pluridisciplinaires : recruter plus de psychologues, de psychiatres, d'assistants sociaux dans les hôpitaux et centres d'accueil. Un effort particulier de recrutement public pourrait cibler les régions sous-dotées en professionnels. Il faudra aussi envisager l'extension des horaires d'ouverture : par exemple, qu'un centre d'écoute garde une permanence le soir ou le week-end, moments critiques où les violences éclatent souvent. Pour ce faire, on peut encourager le bénévolat encadré de professionnels : des psychologues retraités ou en formation pourraient donner quelques heures par semaine, soutenus par l'État via un cadre contractuel ou indemnitaire. Par ailleurs, la création de nouveaux espaces d'hébergement d'urgence est cruciale : augmenter le nombre de refuges, et leur capacité, pour qu'aucune femme en danger ne se voie refuser un toit par manque de place. Chaque nouvelle structure doit intégrer dans son cahier des charges un volet accompagnement psychologique. Enfin, les services généraux (par ex. les hôpitaux) peuvent optimiser leurs dispositifs d'accueil en dédiant certains créneaux exclusivement aux survivantes de violence, afin de raccourcir les délais (une sorte de fil rouge prioritaire en cas de signalement par la police ou l'assistante sociale).

**Créer des centres intégrés “one-stop” :** S'inspirant de l'expérience positive du centre de Ben Arous et d'initiatives internationales, il serait opportun de mettre en place dans plusieurs régions des centres spécialisés intégrés, où en un même lieu la survivante trouverait assistance médicale, écoute psychologique, conseil juridique et éventuellement présence policière pour les plaintes. Ces centres multifonctionnels évitent les errances entre services et assurent une coordination immédiate entre intervenants. On pourrait démarrer par une phase pilote dans une autre région en réunissant sous un même toit une antenne de l'unité spéciale de police, un médecin légiste, un psychologue clinicien, un juriste et un travailleur social. Si les résultats sont concluants en termes de satisfaction des femmes et d'efficacité (ce qu'on anticipe, vu les retours du cas intégré étudié), alors généraliser progressivement cette approche intégrée. Ces centres pourraient fonctionner 24h/24 pour couvrir les urgences, ce qui comblerait une lacune actuelle (la nuit, la coordination est difficile). Bien entendu, cela nécessite une forte volonté inter-

ministérielle car on mélange les secteurs – d'où l'importance du point suivant sur la coordination.

**Établir des normes de qualité pour la prise en charge psychologique :** Pour garantir un haut niveau de service partout, il est recommandé de définir des normes nationales de qualité que chaque structure devra respecter. Par exemple, assurer un premier entretien psychologique dans les 48 heures suivant le signalement de la femme (que ce soit par un psychologue ou un conseiller formé). Ou encore, garantir la confidentialité absolue des échanges (lieux adéquats, pas de divulgation des informations sans consentement). On peut aussi fixer un ratio maximum de patientes par psychologue pour éviter la surcharge et garantir un suivi personnalisé. D'autres normes pourraient inclure la tenue de réunions de suivi pluridisciplinaire pour chaque cas complexe. Ces standards devraient être accompagnés d'un système de supervision régulière des intervenants : par exemple, imposer que chaque psychologue traitant des violences ait accès chaque mois à une séance de supervision ou de groupe de parole entre collègues, afin de maintenir la qualité thérapeutique et prévenir l'usure. Enfin, instaurer un mécanisme de recueil de la satisfaction des usagères après le suivi : par des questionnaires anonymes ou des entretiens de fin de prise en charge, pour évaluer du point de vue des bénéficiaires ce qui a fonctionné ou non. Ces retours permettraient d'ajuster en continu les pratiques et de responsabiliser les structures sur leurs résultats.

**Intégrer le volet psychologique dans les services de première ligne :** Au-delà des centres spécialisés, il faut diffuser la capacité de repérage et d'aide psychologique dans l'ensemble du système de santé et de protection sociale, y compris à la base. Cela signifie former systématiquement les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes à dépister les signes de violences et de détresse psychologique lors de leurs consultations de routine. Par exemple, inclure quelques questions de dépistage en consultation prénatale peut révéler des violences conjugales. Ces professionnels doivent savoir adopter une attitude d'écoute et orienter immédiatement vers les ressources (ils devraient disposer de la liste actualisée des psychologues ou associations locales). De même, positionner des psychologues au niveau des centres de santé de base dans les délégations permettrait d'offrir un premier soutien de proximité. On pourrait créer des postes de "psychologue communautaire" couvrant plusieurs centres de santé, chargé à la fois de consultations et de sensibilisation locale. Par ailleurs, il faut créer des passerelles formelles entre les centres de santé de base et les associations locales : par exemple, une convention où le centre de santé fait venir une fois par semaine un intervenant associatif pour une permanence d'écoute dans ses locaux, ou inversement oriente



systématiquement vers l'association toute femme suspectée de subir des violences. L'idée est de mailler le territoire en utilisant les infrastructures existantes comme points de contact, pour qu'aucune femme ne reparte d'un service de première ligne sans information ni soutien.

**Former systématiquement tous les acteurs concernés :** Une recommandation majeure est de mettre en place des programmes de formation initiale et continue couvrant la thématique des violences basées sur le genre et leurs impacts psychologiques. Dans la formation initiale universitaire, cela signifie introduire dans les cursus : pour les psychologues et psychiatres, une spécialisation en victimologie et psychotraumatologie (par exemple un module obligatoire de quelques crédits, ou un stage pratique en centre d'écoute) ; pour les médecins généralistes, un module sur les violences familiales et le dépistage ; pour les sages-femmes et infirmières, idem. Mais il faut aller au-delà du secteur santé : intégrer également des enseignements sur ce sujet dans les écoles de police, les instituts de formation judiciaire, l'Institut National du Travail et des Etudes Sociales (principale institution de formation des travailleurs sociaux en Tunisie). Tous les professionnels susceptibles d'entrer en contact avec des survivantes devraient recevoir un socle commun de connaissances : compréhension des dynamiques de violence, écoute active et non jugeante, informations légales de base, réflexes d'orientation vers l'aide psychologique. À titre d'exemple, on pourrait rendre obligatoire une unité de formation sur les violences basées sur le genre dans l'école des forces de sécurité et dans l'Institut supérieur de la magistrature. Pour ceux déjà en poste, la formation continue est tout aussi cruciale : organiser des sessions régulières (par ex annuelles) de recyclage, éventuellement interdisciplinaires, pour mettre à jour les connaissances et diffuser les nouvelles pratiques.

**Sensibiliser pour combattre stéréotypes et préjugés :** Un volet important de ces formations doit porter sur la déconstruction des stéréotypes sexistes et l'acquisition d'une posture éthique. L'objectif est de changer les attitudes négatives décrites plus haut. On doit y aborder la question du biais culturel, du devoir de neutralité et de bienveillance, et mettre les professionnels en situation de comprendre le vécu d'une survivante (via des témoignages, des jeux de rôles). Par exemple, faire intervenir des survivantes dans des formations de policiers ou de juges peut avoir un impact fort sur leurs représentations. Il s'agit de forger une culture professionnelle commune où la priorité est la sécurité et le bien-être de la survivante, où le discrédit et la minimisation n'ont pas leur place.

**Outils des professionnels pour mieux accompagner :** Au-delà de la théorie, il faut fournir aux intervenants de terrain des outils pratiques. Cela peut prendre la forme de guides, de fiches réflexes, de protocoles d'entretien. Par exemple, un médecin urgentiste pourrait avoir un guide

de quelques pages sur comment annoncer à une patiente qu'on peut l'orienter vers un psychologue, comment évaluer rapidement son état mental, etc. Des outils d'évaluation standardisés (questionnaires de stress post-traumatique simples) pourraient être introduits dans les pratiques pour aider le repérage. De même, doter les travailleurs sociaux de kits d'information à remettre aux femmes (brochures sur leurs droits, contacts utiles) leur facilite la tâche. Former les professionnels, c'est aussi leur donner les moyens concrets d'agir.

**Soutenir les professionnels pour prévenir leur épuisement :** Comme évoqué, ceux qui travaillent auprès des survivantes de violence sont exposés à un stress et une charge émotionnelle importants. Renforcer les capacités passe donc par prendre soin d'eux également. On recommande d'instaurer des sessions de supervision clinique obligatoires, par exemple mensuelles, pour les psychologues et intervenants psychosociaux traitant des cas de violence : un expert senior anime un debriefing des cas complexes, aide à gérer les émotions, etc. Créer des groupes d'échange de pratiques entre professionnels d'une même région est aussi très bénéfique : qu'un policier, un juge, un médecin et un psychologue d'une même zone se réunissent périodiquement pour discuter de cas (en préservant la confidentialité) permet de renforcer la collaboration et de mutualiser les expériences. Offrir un soutien psychologique aux soignants traumatisés par certains récits devrait devenir une norme : par exemple, permettre à un psychologue qui en ressent le besoin de consulter quelques fois un collègue ou un superviseur pour parler de l'impact d'un cas particulièrement difficile.

**Augmenter les effectifs dédiés :** Dernier point mais non des moindres, plaider pour la création de postes supplémentaires spécifiques à la prise en charge psychologique des survivantes. Dans le secteur public, cela signifie par exemple réclamer l'affectation d'au moins un psychologue dans chaque grand hôpital avec service d'urgences, la titularisation de conseillers conjugaux ou psychologues dans les centres de protection sociale, etc. Ces postes doivent être inscrits aux plans de recrutement de la fonction publique. Il faudra convaincre les décideurs avec des arguments épidémiologiques (prévalence élevée des violences et coût de l'inaction sur la santé publique), socio-économiques (coût des traumatismes non traités : baisse de productivité, charges médicales, etc.), et en s'appuyant sur l'exemple d'autres pays similaires qui ont investi avec succès.

**Instaurer des mécanismes formels de coordination :** Pour garantir une prise en charge globale et fluide, il faut impérativement sortir du cloisonnement actuel entre secteurs. On recommande de créer, au niveau de chaque gouvernorat, une cellule pluridisciplinaire "Violences" qui réunisse régulièrement les représentants de la santé, de la police, de la justice,

des affaires sociales et des associations locales. Cette cellule aurait pour mission de partager les informations (tout en respectant la confidentialité nécessaire) et d'orienter conjointement les cas complexes. Elle pourrait par exemple se réunir mensuellement pour faire le point sur les nouvelles situations, vérifier que chaque survivante a bien un référent dans chaque domaine, et résoudre les problèmes de suivi. Ce type de réunion interservices existe déjà partiellement dans le cadre des comités régionaux de lutte contre les violences, mais il faut les revitaliser et inclure systématiquement la dimension santé mentale à l'agenda. Il serait utile d'avoir dans ces cellules des référents psychologues qui puissent éclairer les autres sur la situation émotionnelle des survivantes et les besoins spécifiques.

Au niveau local (commissariat, tribunal, hôpital), on peut également nommer des points focaux "prise en charge des violences" dans chaque institution. Par exemple, dans un hôpital régional, désigner un médecin référent violences qui assure le lien avec police et associations ; dans un tribunal, un procureur référent qui suit les dossiers de violence conjugale et coordonne avec le délégué social ; dans un commissariat, un officier référent qui appelle l'assistante sociale dès qu'une femme porte plainte... Ces référents identifiés faciliteront les contacts directs entre institutions. Leur rôle devrait être formalisé par une note de service pour qu'ils aient le temps et la légitimité de faire ce travail de lien, en plus de leurs tâches usuelles.

**Élaborer un protocole national de référence pour l'orientation systématique :** Il s'agit de mettre noir sur blanc l'obligation pour chaque acteur d'orienter systématiquement la survivante vers les autres formes d'aide pertinentes. Par exemple, un protocole national intersectoriel pourrait stipuler que : toute femme se présentant aux urgences pour violence doit, après les soins, être informée de l'existence du soutien psychologique et mise en contact (dans les 48h) avec une cellule d'écoute ou un psychologue ; ou que tout dépôt de plainte au commissariat s'accompagne obligatoirement de la remise d'une brochure sur les ressources d'aide psychologique et de l'offre d'un entretien immédiat avec un/une psychologue ou travailleur social si la femme le souhaite. Un tel protocole doit être approuvé conjointement par tous les ministères concernés pour donner à ces gestes d'orientation une valeur impérative. Il est crucial que cette coordination ne repose plus seulement sur le bon vouloir individuel mais devienne une routine institutionnelle.

**Impliquer tous les ministères dans une stratégie commune :** La lutte contre les violences et la prise en charge des survivantes n'est pas du seul ressort d'un ministère (actuellement celui de la Femme), mais requiert une approche transversale. On recommande la signature d'une Convention Interministérielle entre Santé, Femme/Famille, Justice, Intérieur, Affaires Sociales

(et Éducation éventuellement pour la prévention) qui formalise les rôles de chacun et détaille un plan d'action partagé. Cette convention pourrait par exemple créer un comité de pilotage interministériel qui se réunit trimestriellement pour suivre la mise en œuvre des mesures, lever les obstacles bureaucratiques, et maintenir la priorité politique du sujet. Si une telle structure s'avère lourde, on pourrait à minima créer un organe central rattaché par exemple à la Présidence du Gouvernement ou au Ministère des Affaires sociales, qui assure la coordination quotidienne. Un "Observatoire national" renforcé ou une Instance ad-hoc avec un pouvoir exécutif pourrait jouer ce rôle de courroie entre ministères, tout en incluant la société civile et des experts indépendants pour plus d'objectivité. L'idée est qu'il y ait un chef d'orchestre national qui surveille les progrès, facilite la communication entre secteurs et évite que chacun n'agisse en silo.

**Renforcer les outils de communication interservices :** Sur le terrain, la coordination doit être facilitée par des outils. Par exemple, développer un système de référencement informatisé sécurisé permettant à un service de signaler un cas (avec consentement de la personne) aux autres services concernés. Cela pourrait être une base de données commune ou, plus simplement au début, un formulaire standard de référence qu'une structure envoie à une autre (par ex, l'hôpital envoie au centre social un formulaire indiquant qu'une patiente X a besoin de suivi). Actuellement, tout repose souvent sur des coups de fil informels ; officialiser ces transmissions écrites ou numériques assurerait que rien ne tombe entre les mailles du filet. Bien sûr, il faudra garantir la confidentialité et le respect de la vie privée dans ces échanges. On pourrait s'inspirer du secteur de la protection de l'enfance où des protocoles de signalement existent.

En somme, l'objectif de ces mesures de coordination est de construire un réseau intégré autour de la survivante, où chaque intervenant connaît son rôle et celui des autres, et où l'information circule de façon fluide et sécurisée. Cela éliminerait en grande partie les discontinuités de parcours constatées et améliorerait l'efficacité de chaque action entreprise.

**Lancer des campagnes d'information grand public :** Pour que les femmes survivantes et leur entourage connaissent les ressources de soutien psychologique et en comprennent l'importance, de vastes campagnes médiatiques s'imposent. L'État, en partenariat avec la société civile, devrait diffuser régulièrement des messages du type : "Se faire aider n'est pas une faiblesse, c'est un droit", ou "Parler, c'est commencer à se reconstruire". Ces campagnes pourraient passer par des spots TV et radio, des affiches dans l'espace public (gares, hôpitaux, écoles), les réseaux sociaux, etc. Il s'agit de banaliser le recours à l'aide psychologique, de lutter contre la honte. Idéalement, des témoignages positifs de survivantes pourraient être mis en avant (avec leur

accord, éventuellement de manière anonyme ou joués par des acteurs) montrant qu'avec du soutien, on peut s'en sortir. Parallèlement, diffuser largement des brochures et dépliants pratiques dans les lieux fréquentés par les femmes (centres de santé, cabinets de gynéco, commissariats, mosquées même) contenant la liste des numéros utiles et conseils pour chercher de l'aide. L'information doit aller vers les femmes, pas l'inverse.

**Impliquer les médias dans un traitement éthique et éducatif :** Les médias ont un rôle crucial pour changer les normes. Il faut les former à traiter de ces sujets avec respect et pédagogie. Par exemple, organiser des ateliers pour les journalistes sur comment parler des violences sans voyeurisme ni blâme de la survivante, comment mettre en avant l'aspect reconstruction. Encourager la production de contenus (émissions, documentaires, séries TV) qui illustrent un parcours de résilience grâce à l'aide psychologique. Une série ou un téléfilm populaire montrant une héroïne qui va en thérapie après des violences et rebâtit sa vie pourrait avoir un impact considérable sur les mentalités. Utiliser aussi les radios locales, surtout en zones rurales : par des émissions en dialecte local où on discute de ces thèmes avec des intervenants de confiance (par ex un médecin de la région), on touche des populations plus éloignées des médias nationaux. En somme, les médias doivent devenir des alliés pour faire évoluer les représentations : d'un sujet tabou ou banalisé, il faut passer à un sujet discuté ouvertement sous l'angle des droits et de la santé publique.

**Mobiliser les leaders communautaires et la société civile de proximité :** Au-delà des médias, travailler au plus près des communautés est indispensable pour repérer et orienter les survivantes. Il serait bénéfique de former des relais communautaires : cela peut inclure des acteurs religieux (imam, prédicateur), des enseignants, des responsables de centres de jeunesse, etc. Toute personne ressource locale qui jouit d'une certaine écoute pourrait être sensibilisée à détecter les signes de détresse chez les femmes et à leur conseiller les bons services. Par exemple, impliquer des imams éclairés pour qu'ils glissent dans leurs prêches l'idée que la violence conjugale n'est pas tolérable et que chercher de l'aide n'est pas déshonorer sa famille mais protéger sa dignité. De même, soutenir les municipalités, les associations de quartier ou comités locaux de femmes qui fleurissent parfois : ces petits groupes, s'ils sont formés, peuvent accompagner physiquement les femmes vers les centres d'aide, jouer un rôle de "marraine". On pourrait imaginer un programme où dans chaque localité et dans chaque circonscription municipale, un réseau de quelques bénévoles (femmes et hommes) est constitué, après formation de base, pour être le premier recours local et pour relayer l'information vers le système formel.

**Créer et appuyer des groupes de parole de survivantes encadrés :** De nombreuses survivantes ont exprimé le besoin d'échanger avec leurs pairs. On recommande de faciliter la création de groupes de soutien par les pairs, encadrés par un professionnel pour garantir la sécurité émotionnelle. Des anciennes victimes qui sont dans une phase avancée de reconstruction pourraient y accueillir de nouvelles survivantes. Ce type de groupe présente un double avantage : il offre un soutien psycho-social complémentaire à la thérapie individuelle, et il contribue à déstigmatiser la demande d'aide (puisque voir d'autres femmes en parler librement normalise la démarche). L'État pourrait, en lien avec les OSC, mettre en place un programme de formation de "pairs aidants" parmi les survivantes volontaires, puis fournir un lieu et un encadrement régulier à ces groupes. L'impact attendu est de renforcer la confiance et la motivation des nouvelles survivantes à s'engager puis persévérer dans un suivi formel. En effet, une femme qui hésite à aller voir un professionnel de la santé mentale pourrait d'abord être plus à l'aise pour discuter dans un groupe de survivantes ; ce premier pas la rassurerait et l'inciterait ensuite à entreprendre la démarche thérapeutique parallèle.

**Intégrer l'entourage dans le processus de soutien :** Les familles et proches peuvent être des alliés ou des obstacles. Il faut donc les intégrer intelligemment. On pourrait organiser des sessions de sensibilisation pour l'entourage des femmes – par exemple des ateliers pour expliquer aux parents comment soutenir sans juger, aux amis quoi dire ou ne pas dire. Fournir des outils ou conseils concrets aux proches : des brochures du type "votre fille est victime de violence, comment réagir ?" seraient utiles. De même, créer des espaces de discussion où les proches peuvent poser des questions à des psychologues sur l'état de leur fille/sœur, afin de mieux la comprendre et l'aider. Certaines associations font déjà cela de manière informelle, mais il serait bon de systématiser ce volet. Tout en respectant la volonté de la survivante (qui peut exclure certains proches de son processus si elle le souhaite), il est souvent bénéfique d'éduquer l'entourage pour qu'il ne sabote pas le travail fait avec la survivante. Une approche plus familiale, quand c'est indiqué, peut consolider les progrès : par exemple, un parent qui cesse de culpabiliser sa fille et commence à la soutenir activement devient un facteur de résilience.

En somme, sensibilisation et implication communautaire visent à changer le climat social autour des violences : faire comprendre que demander de l'aide est normal et souhaitable, faire évoluer les normes machistes qui légitiment les abus, et tisser un réseau de vigilance et de solidarité de proximité. Ces actions de longue haleine, en complément des mesures

structurelles, contribueront à réduire le nombre de nouvelles victimes et à ce que celles qui le deviennent trouvent plus aisément le chemin de l'aide.

**Définir des indicateurs clés de suivi :** Pour piloter efficacement les améliorations, il faut pouvoir mesurer les résultats. On propose d'établir un ensemble d'indicateurs que tous les acteurs remonteront régulièrement. Par exemple, le nombre de survivantes orientées vers un soutien psychologique et ayant effectivement débuté un suivi ; le taux de poursuite du suivi au-delà de 3 mois (pour évaluer la fidélisation) ; l'évolution d'indicateurs de santé mentale (on peut, via des questionnaires standard, mesurer l'anxiété ou la dépression moyenne en début et fin de prise en charge) ; le taux de satisfaction des usagères à l'égard du soutien reçu ; le nombre de cas coordonnés entre au moins 3 institutions (mesure de la coordination). Ces indicateurs devront être collectés de manière anonyme et agrégée par les structures (hôpitaux, centres, associations). Les suivre dans le temps permettra de voir si les réformes portent fruit (par ex, une hausse du pourcentage de femmes qui continuent un suivi plus de 3 mois serait un bon signe).

**Mettre en place un système national de collecte de données :** Actuellement, les données sur les violences et la prise en charge sont morcelées entre différents acteurs. Il est recommandé de créer une base de données nationale rassemblant les informations essentielles (tout en garantissant la confidentialité individuelle). Cela pourrait être une plateforme où chaque centre ou institution entre des données statistiques sur les cas qu'il traite : profil socio-démo, type de violence, services mobilisés, etc. L'Observatoire des violences pourrait gérer cette base. En complément, il faudra continuer à réaliser des enquêtes populationnelles régulières (tous les 5 ans par exemple) pour estimer la prévalence des violences et le taux de recours aux services, ce qui permettra de mesurer l'impact global des politiques. Par ailleurs, encourager des axes de recherche académique et opérationnelle est capital pour combler les lacunes de connaissances : on pourrait lancer des appels à projets de recherche sur l'impact à long terme des accompagnements psychologiques (combien de femmes s'en sortent durablement ?), sur l'efficacité comparée de différentes approches thérapeutiques dans le contexte tunisien (par exemple, une étude pour voir si l'EMDR apporte un plus significatif sur le SSPT par rapport à un suivi classique), ou encore sur les violences dans des contextes spécifiques (milieu rural, milieux professionnels). Ces études fourniront des preuves pour ajuster les pratiques selon ce qui marche le mieux.

**Impliquer les collectivités locales et les communautés :** Enfin, la mise en œuvre gagnera à décentraliser certaines actions aux niveaux local et régional. Encourager les municipalités à

intégrer un volet “lutte contre les violences et soutien psychologique” dans leurs plans d’action locaux – par exemple en créant des commissions municipales sur l’égalité des genres qui peuvent appuyer les initiatives communautaires, mettre à disposition des locaux, co-financer un centre de proximité. Mobiliser des réseaux de bénévoles ou d’associations de quartier pour le repérage et le relais d’information : on pourrait inciter la création de comités de vigilance locaux (composés de citoyens volontaires, médecins, enseignants...) qui collaborent avec les autorités pour signaler les situations critiques. Nouer des partenariats avec des structures communautaires existantes – centres de jeunes, clubs féminins, centres religieux – pour qu’elles hébergent par exemple des sessions de sensibilisation, des groupes de parole, ou qu’elles relaient les messages de la campagne. Impliquer les communautés permet de faire passer les réformes d’une logique purement institutionnelle à une appropriation sociale, gage de durabilité.

En conclusion, ce rapport a mis en évidence les nombreux défis – institutionnels, sociaux, cliniques – que rencontrent les femmes survivantes de violences en Tunisie dans leurs trajectoires de soins psychologiques. Il a également montré, à travers les études de cas et les retours du terrain, qu’il existe des leviers concrets pour améliorer la situation de manière réaliste et durable. Les recommandations proposées forment un ensemble cohérent d’actions à mener, depuis le plus haut niveau de l’État jusqu’au cœur des communautés locales. Elles visent à instaurer une prise en charge réellement centrée sur la personne, continue, accessible à toutes et de haute qualité, au sein d’un écosystème institutionnel bienveillant et responsable.

En 2025, la question des violences faites aux femmes et de leurs conséquences psychologiques est plus que jamais un enjeu de santé publique et de justice sociale en Tunisie. Les données alarmantes des dernières années nous obligent à agir sans délai, mais aussi sans précipitation aveugle : il faut s’appuyer sur l’expérience accumulée (celle des associations pionnières, des professionnels engagés, des survivantes résilientes) pour construire des réponses ancrées dans la réalité. La Tunisie a déjà franchi des étapes importantes, notamment sur le plan légal. Il s’agit maintenant de traduire l’esprit de la loi en actions concrètes ressenties positivement par les femmes sur le terrain.

Ce rapport, ancré dans les pratiques réelles documentées, propose une vision transversale et intégrée de la prise en charge de la santé mentale des survivantes de violence. C’est une vision où la loi, les institutions, les associations, les familles et les survivantes elles-mêmes avancent de concert vers un même but : que plus aucune femme ne soit laissée sans secours psychologique, et que chacune puisse trouver, dans le parcours d’aide tunisien, le chemin de sa



reconstruction et de sa dignité retrouvée. Les perspectives d'action décrites offrent une feuille de route ambitieuse mais réalisable. Leur mise en œuvre exigera de la volonté politique, de la coordination et des ressources, mais surtout une conviction collective : celle qu'aucune société ne peut prospérer en laissant la moitié de sa population subir en silence une violence détruisant corps et esprit. En investissant aujourd'hui dans la santé mentale des femmes survivantes de violences, la Tunisie investit dans un futur plus équilibré, plus égalitaire et plus humain pour toute la société. Le chemin est tracé ; il reste à l'emprunter résolument.

## Bibliographie

- Association Tunisienne des Femmes Démocrates (ATFD). (2022). Les trajectoires de lutte contre la violence faite aux femmes entre blocage et résilience. Tunis : ATFD.
- Loi organique n° 2017-58 du 11 août 2017 relative à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, République Tunisienne. Journal officiel de la République Tunisienne, n°65, 15 août 2017, 2749-2756.
- Office National de la Famille et de la Population (ONFP). (2010). Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes en Tunisie. Tunis : ONFP.
- ONU Femmes. (2021). L'impact de la COVID-19 sur les violences à l'égard des femmes et des filles et les services fournis aux victimes. New York : ONU Femmes.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2013). Répondre à la violence exercée par des partenaires intimes et à la violence sexuelle contre les femmes : Orientations à l'intention des services de santé. Genève : OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). Classification internationale des maladies, CIM-11. Genève : OMS.
- Union Européenne, Conseil de l'Europe. (2011). Convention d'Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Série des traités du Conseil de l'Europe - No. 210.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2020). Gender-Based Violence in Tunisia: Context Analysis and Response Mapping. Tunis : UNFPA Tunisie.
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Geneva : WHO.
- Centre de Recherches, d'Études, de Documentation et d'Information sur la Femme (CREDIF). (2016). Violence à l'égard des femmes en Tunisie : Etat des lieux et perspectives. Tunis : CREDIF.
- Institut National de la Statistique (INS). (2021). Statistiques démographiques et sociales de la Tunisie. Tunis : INS.
- Ministère de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Seniors (MFFES). (2020). Rapport annuel sur les violences faites aux femmes en Tunisie. Tunis : MFFES.
- Ministère de la Santé, Tunisie. (2021). Rapport sur la santé mentale en Tunisie : État des lieux et recommandations stratégiques. Tunis : Ministère de la Santé.
- Ben Salem, L., & Ben Cheikh, S. (2019). Violence conjugale et troubles psychologiques chez les femmes tunisiennes : étude clinique à Sfax. *Revue Tunisienne de Psychiatrie*, 12(2), 143-154.
- Jrad, E., & Ben Amor, L. (2018). Profil socio-économique et psycho-social des femmes victimes de violences conjugales en Tunisie. *Annales Médico-Psychologiques*, 176(6), 572-578.
- Observatoire National de Lutte contre la Violence à l'Égard des Femmes. (2021). Premier rapport annuel sur les violences faites aux femmes en Tunisie. Tunis : Observatoire National.
- Association Beity. (2021). Rapport annuel d'activités. Tunis : Association Beity.
- Tahadi Association. (2021). Rapport annuel : Prise en charge psychosociale des femmes victimes de violence. Tunis : Tahadi.

- UNICEF Tunisie. (2020). Violence domestique et enfants témoins : implications psychosociales. Tunis : UNICEF Tunisie.
- ATFD. (2020). Rapport d'activité du centre d'écoute pour femmes victimes de violence. Tunis : ATFD.