

SANTIONNER ET/OU SOIGNER LES CONJOINTS VIOLENTS
---

Marie-Véronique LABASQUE

FORMATRICE ET COORDINATRICE DU DEPARTEMENT D'ETUDES ET DE RECHERCHES CREA/IRFFE (AMIENS - FRANCE)

[marie.labasque@irffe.fr](mailto:marie.labasque@irffe.fr)

Résumé :

Cette communication s'appuie sur une expérience de psychologue clinicienne auprès de conjoints violents qui engageaient une psychothérapie sous la contrainte ou volontairement. Cette expérience est la source d'un constat que l'association entre action thérapeutique et action judiciaire semble correspondre à une réponse adaptée à un acte compris non seulement comme l'expression d'une difficulté personnelle mais également comme la transgression de la loi sociale. Cette association semble ainsi offrir un cadre cohérent à l'agresseur pour qu'il puisse penser sa responsabilité et évoluer vers un changement de comportement.

Cette communication va donc tenter, après un bref rappel historique de la judiciarisation des violences conjugales en France et des premières offres thérapeutiques, d'interroger l'intérêt de proposer un cadre adapté et spécifique pour rencontrer ces patients (peu enclins à demander de l'aide à un tiers) et la nécessité d'offrir une double réponse, judiciaire et psychologique, aux auteurs de violences conjugales. En effet, nous postulons que répondre uniquement par la loi ou uniquement par le psychologique n'est qu'une réponse à moitié. Enfin, il s'agit d'appréhender que la seule prise en charge (sociale et psychologique) des victimes ne permet pas de lutter efficacement contre ces violences, identifiées de plus en plus par les différents gouvernements européens comme un problème majeur de santé publique.

## **Introduction**

Formatrice dans un centre de formation des travailleurs sociaux à Amiens (France), je suis également en charge de coordonner le Département d'Etudes et de Recherches de mon association, le CREAM de Picardie. Avant d'occuper ses différentes fonctions, j'étais psychologue auprès de femmes et d'enfants victimes de violences intrafamiliales. J'ai également travaillé auprès de conjoints violents. C'est à partir de cette dernière expérience que j'ai rédigé ma thèse de doctorat de psychologie. J'intervenais alors dans une association parisienne qui proposait des psychothérapies aux hommes auteurs de violences conjugales. J'ai ainsi eu l'occasion de travailler au contact d'hommes qui engageaient une thérapie volontairement ou sous la contrainte (le plus souvent judiciaire, dans le cadre d'une obligation de soin). Cette rencontre m'a permis d'engager quelques réflexions sur l'apparente opposition qui persiste en France entre sanction judiciaire et soin psychologique.

Tout d'abord, j'ai pu observer, pour avoir travaillé auprès des victimes dans une association et des agresseurs dans une autre, que la prise en compte de la nécessité d'offrir une aide et des soins psychologiques aux conjoints violents a été beaucoup plus tardive que pour les victimes. Ce retard, compréhensible au regard de l'urgence d'intervenir auprès des victimes, n'avait cependant toujours pas été compensé, malgré le fait que la France manifestait haut et fort sa volonté de lutter contre les violences conjugales, notamment en se dotant d'un arsenal juridique répressif. Ces tous premiers constats ont aiguisé ma curiosité à l'époque et n'ont pas perdu de leur intérêt puisqu'ils restent inchangés aujourd'hui.

Le bien fondé de proposer des offres d'écoute et d'aide psychologique ne semble pourtant plus à prouver. Beaucoup s'accordent en effet pour dire que la violence intrafamiliale est non seulement l'expression d'une difficulté personnelle mais représente également une transgression de la loi sociale (Silvestre, 1997 ; Silvestre et col., 1999). L'association entre action thérapeutique et action judiciaire semblerait garantir la reconnaissance du statut de victime chez l'agressé(e) et donner un cadre cohérent à l'agresseur pour qu'il puisse penser sa responsabilité et évoluer vers un changement de comportement. Cependant, même s'il est important que l'auteur soit confronté à la justice afin de le responsabiliser pénalement et de le réinscrire dans un cadre social bien défini, il est tout aussi important que la psychothérapie puisse être un espace, un cadre indépendant de la répression afin de libérer et de laisser s'exprimer la demande et la parole de ces hommes.

Cette communication va donc tenter de faire le tour de quelques questions se rapportant à l'accompagnement des conjoints violents. Ainsi, après un bref retour sur l'histoire de la judiciarisation des violences conjugales en France et des premières expérimentations de psychothérapies à destination des conjoints violents (1), nous allons nous intéresser aux effets escomptés de ces psychothérapies (2), à la nécessité d'offrir un cadre adapté pour rencontrer ces patients (3) et, enfin, à l'intérêt de proposer une double réponse, judiciaire et psychologique, aux auteurs de violences conjugales (4).

## **1 - Bref retour sur l'histoire de la judiciarisation des violences conjugales en France et des premières expérimentations de psychothérapies à destination des conjoints violents.**

### 1.1 – Quelques éléments sur le dispositif légal de lutte contre les violences conjugales.

Comme l'affirmait l'ONU en 1991, « Le problème que constitue la violence à l'égard des femmes n'a été reconnu que récemment comme étant un crime et un obstacle majeur à l'égalité, au développement et à la paix ».

L'Etat français n'a pas fait exception et a ainsi affirmé tardivement son droit de regard en matière d'intervention dans la vie familiale. Les années 1960 et 1970 représentent, à ce sujet, une véritable révolution culturelle puisque c'est à partir de cette époque que l'Etat se montre soucieux d'organiser la protection des femmes en danger physiquement et psychologiquement. Les pressions exogènes de type idéologique qui secouent la société civile française de cette époque vont permettre des évolutions notables, notamment dans la lutte contre les violences conjugales.

En s'attardant quelques minutes sur le contexte européen, il est possible de constater que les actions gouvernementales portant sur la lutte contre ces violences et particulièrement sur la prise en charge des agresseurs sont souvent très récentes (datant, pour la plupart, des années 1990). Les différents gouvernements nationaux ont élaboré des stratégies d'intervention qui correspondent, schématiquement, à trois types de réponses. Une majorité d'états a opté pour un traitement uniquement civil de la violence conjugale. Cette démarche est celle de l'Allemagne, du Danemark, de la Finlande, de la Grèce et du Luxembourg. Le Royaume-Uni et l'Autriche ont adopté ce type de traitement juridique mais ont également

élaboré un dispositif visant à éloigner le conjoint violent et à attribuer le domicile conjugal à la victime. D'autres états ont privilégié un traitement répressif de la violence conjugale. C'est le cas essentiellement de la France et de la Belgique qui font de ces violences une infraction pénale spécifique. De même, l'Espagne s'est dotée en 1999 d'un arsenal législatif spectaculaire pour combattre la violence conjugale, renforcé en 2004 par la création de tribunaux spéciaux, spécialisés dans les violences conjugales.

Ces prises de positions nationales sont, en grande partie, le fruit de recommandations de l'Union Européenne qui a voulu montrer que la problématique des violences faites aux femmes était aussi une de ses priorités (par la mise en œuvre, par exemple, du programme DAPHNE). Il est cependant à noter et probablement à regretter le manque récurrent de recommandations spécifiques quant aux prises en charge des conjoints violents. Ce manque de recommandation européenne se répercute directement sur les politiques nationales qui peinent à émettre des propositions concrètes relatives à l'accueil et l'accompagnement des hommes violents.

En France, dans l'ancien code pénal, les violences commises par le conjoint ou le concubin n'étaient pas spécifiquement désignées. Elles relevaient des articles applicables aux « voies de fait » ou « coups et blessures volontaires » voire aux « crimes ». Dans les années 1980, de nombreuses associations ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur la gravité et l'ampleur de ces violences, en demandant que soit prise en compte la qualité de l'auteur. Dans les années 1990, les lois vont progressivement devenir un outil spécifique de la répression des actes de violences et de la défense des victimes. Ainsi, le nouveau code pénal, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994, a permis de reconnaître la qualité de conjoint ou de concubin de la victime comme une circonstance aggravante des « atteintes volontaires à l'intégrité de la personne » (loi n° 92-683). La violence conjugale devient, à cette date, un délit spécifique et est donc passible du tribunal correctionnel.

Ainsi, la constitution d'un délit spécifique et les aggravations prononcées ont marqué la prise en compte par le droit pénal, et donc par le législateur, de la spécificité de la violence conjugale par rapport aux autres formes de violence. Cette volonté du monde politique et judiciaire de sanctionner des violences jusque là invisibles et impunies s'est manifestée par l'exigence de constituer un arsenal juridique pour protéger les victimes et punir les auteurs de ces violences. Cependant, les déceptions furent nombreuses car non seulement les sanctions

ont été peu ou mal appliquées mais cette transformation d'une "mauvaise habitude" en une infraction désormais pénalisable n'est pas encore pleinement perçue comme telle dans les mentalités. Cela a pour conséquence que peu de ces actes sont réellement poursuivis et plus rarement encore sanctionnés. Certains auteurs (dont G. Rousseau, 2000) n'hésitent pas à dénoncer le « caractère illusoire du dispositif légal de lutte contre les violences conjugales ». En effet, selon elle, les juges ont tendance à prononcer des relaxes, des classements sans suite ou de simples avertissements sous forme de sursis simple ou assortis d'une mise à l'épreuve. Elle poursuit (p. 108) en affirmant qu'« Exceptionnellement, les tribunaux prononcent des peines d'emprisonnement ferme en considération tant de l'exceptionnelle gravité des faits qui leur sont soumis que de l'état de récidive légal de l'auteur ».

Ces difficultés de mise en œuvre de la loi sont très certainement à réinscrire dans l'histoire même de la société française. En effet, celle-ci a longtemps pensé la répression par un processus d'isolement du coupable dont les conséquences sont aujourd'hui observées et contestées. Beaucoup insistent sur la nécessité d'envisager des voies de réinsertion sociale pour pallier les effets de l'incarcération mais surtout pour aider les anciens détenus à comprendre et à ne pas reproduire les actes ayant conduit à ce type de sanction. Il n'est donc plus question de retirer ces hommes du tissu social mais, au contraire, de les aider à mieux vivre à l'intérieur de celui-ci. La question du suivi psychologique des hommes violents, au cœur de cette idée d'alternative à l'incarcération, est cependant toujours en débat. Elle semble probablement trouver, au niveau juridique, une première réponse dans l'ordonnance d'une obligation de soins dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'une mise à l'épreuve assortie ou non d'un sursis. C'est en effet dans ce contexte que beaucoup de professionnels (psychiatres ou psychologues) travaillent aujourd'hui auprès des conjoints violents.

## 1.2 – Proposer une aide psychologique aux conjoints violents.

Si l'on revient quelques années en arrière, nous pouvons constater que les premiers centres spécialisés pour conjoints violents sont nés à la fin des années 80. Ainsi, l'association SOS Femmes Alternatives, à l'initiative de l'ouverture du centre Flora Tristan en 1978, fut également à l'origine de l'Association pour la Prévention de la Violence en Privé en 1986 qui a accueilli les premiers auteurs de violences conjugales en juin 1988. Deux autres associations ont vu le jour à cette même époque : Vivre sans Violence en Famille à Marseille et le centre RIME (Recherche et Intervention Masculine) à Lyon.

Ces trois premiers centres, apparus en France à la fin des années 1980, partageaient l'idée qu'il était impossible de mettre fin aux violences conjugales en ne proposant de l'aide qu'aux victimes.

Que ce soit en France ou dans les pays d'Amérique du nord, l'intervention envers les conjoints violents s'inspire de différentes méthodes (pour le seul Canada, c'est plus de quarante méthodes qui sont utilisées dans les multiples lieux de prise en charge), elles-mêmes fondées sur des analyses différentes de la violence et de son origine : origine liée à un problème psychologique, origine relationnelle, psychopathologique ou sociale. Toutes s'accordent cependant sur l'importance de trois critères d'évaluation : la demande, l'efficacité et l'abandon des suivis proposés.

- **La demande d'aide et de soin**

Demander de l'aide implique une prise de conscience du problème en question et une compréhension de l'importance d'un tiers pour essayer de le résoudre. Un des modèles régulièrement repris dans les études sur le processus de recherche d'aide est celui de Gross et Mac Mullen (1983) qui décompose ce processus en trois étapes :

1. la perception de la situation comme un problème nécessitant une aide extérieure.
2. la décision de supporter les conséquences du problème, de le régler seul ou de solliciter une aide.
3. la mise en place de stratégies permettant d'obtenir l'aide espérée.

Or, plusieurs recherches<sup>1</sup> insistent sur le fait que les conjoints violents présentent plusieurs caractéristiques considérées comme des obstacles à l'engagement dans un processus d'aide :

- dépendance et jalousie (Sonkin et col., 1985),
- manque de contrôle de leur impulsivité (Sonkin et col., 1985),
- négation de leur problème (déli ou minimisation de leur violence selon Dutton, 1986),
- conception rigide et stéréotypée des rôles de l'homme et de la femme.

---

<sup>1</sup> Cf. la recension des écrits effectuée par Ouellet, Lindsay et Saint-Jacques (1993).

Malgré ce profil, d'autres recherches insistent sur le fait que certains conjoints violents s'engagent et persistent dans un processus thérapeutique sans nécessairement être contraints par des mesures judiciaires (Turcotte et col., 2002).

- **Demander, c'est s'engager**

L'engagement est une donnée fondamentale du processus thérapeutique et de la relation qui va se créer entre le patient et son psychologue. En effet, une relation ne se préserve que si elle est investie par les deux protagonistes. Cet engagement est totalement différent lorsque les patients se présentent en psychothérapie dans le cadre d'une obligation de soin. Dans ce cas, le thérapeute est parfois à la recherche de toutes manifestations provenant du patient qui puissent servir de base pour amorcer la relation thérapeutique. Pour cela, il faut que le patient affronte ses défenses, prenne conscience de son problème puis se l'approprie et commence à percevoir ses aspects négatifs. Chambon et Marie-Cardine (1999) ont constaté que les patients suivis dans un cadre d'obligation se posent moins de questions, se remettent moins en cause, réagissent de manière moins émotive aux aspects négatifs de leur problème, s'ouvrent moins à leur proche et font peu d'efforts pour comprendre leurs difficultés et pour tenter de les maîtriser.

Ainsi, dans ce cadre, il est plus difficile de voir émerger une demande qui soit la leur (et non celle de la justice ou de la société) et de prendre appui sur celle-ci pour engager le processus thérapeutique.

- **L'efficacité des offres thérapeutiques**

Les différentes évaluations de l'efficacité des traitements proposés au Québec font état de deux résultats principaux. Le premier se rapporte à la cessation ou non des violences au sein du couple. Il semble que suivre une thérapie tend à faire diminuer toutes les formes de violences (Lindsay et col., 1991) et principalement les violences physiques et sexuelles. La plupart des offres de soins ne semble avoir qu'un effet passager sur la violence psychologique<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Gondolf (1995, p. 85) observe « une diminution moins impressionnante » dans le cas des menaces et de la violence psychologique que dans celui de la violence physique. De même, les études de Dutton (1986), Edleson et Syers (1989), Edleson et Grusznski (1988) et celle de Simpson et col., (1990) insistent sur le fait que les traitements ont des effets qui varient selon le type de violence et seraient plus performants vis-à-vis de la violence physique que de la violence verbale et psychologique.

Le second grand résultat montre que l'ampleur de l'efficacité est fonction de trois éléments : qui signale les comportements de violence, quel type de violence examine-t-on et quels individus sont observés.

- **L'abandon des thérapies**

Il semble que les principaux handicaps au bon déroulement des prises en charge des conjoints violents se rapportent au nombre réduit de participants et à un taux d'abandon très élevé en cours de traitement. Ce taux d'abandon, pouvant s'élever à 50 % des patients, représente, pour certains, le principal argument en faveur de l'imposition d'un traitement par le tribunal car il semble que les hommes sont moins nombreux à abandonner leur suivi psychologique lorsqu'ils sont exposés à des sanctions judiciaires en cas de non-respect de l'ordonnance (Burns et col., 1991).

L'abandon précoce des suivis thérapeutiques est un phénomène fréquent quels que soient les contextes de soin. En effet, selon Garfield (1995), environ un tiers des patients consultant dans des cliniques psychiatriques refusent la psychothérapie qui leur est proposée. De même, approximativement 40 % des patients ayant commencé une thérapie l'arrêtent avant les quatre premières séances (Chambon et Marie-Cardine, 1999).

## **2 – Effets escomptés des psychothérapies à destination des conjoints violents.**

### **2.1 - L'alliance thérapeutique.**

Le premier des effets escomptés lors d'une psychothérapie à destination des conjoints violents reste la mise en place d'une alliance thérapeutique entre le patient et son psychologue. Comprise comme un facteur de changement essentiel, elle peut être également perçue comme un aspect particulier du transfert. De la qualité de cette alliance dépend, en grande partie, l'efficacité de la thérapie engagée.

Cette alliance est perceptible lorsque le patient veut poursuivre sa thérapie avec une volonté consciente de coopérer, qu'il travaille sur lui-même, réfléchit entre chaque séance aux propos échangés lors des précédentes, etc.

## 2.2 - Sortir du déni par la mise en mots et comprendre sa violence.

La mise en mots des comportements violents permet à ces patients une appropriation progressive de leurs actes. En nommant la violence, le patient la reconnaît comme sienne. Cela lui permet non seulement de sortir d'un éventuel déni mais également d'instaurer le pré-requis nécessaire à la compréhension de son acte.

La verbalisation des actes violents a permis à la plupart des patients rencontrés de débiter un travail d'introspection. Il ne s'agit pas, comme le dit Goldbeter-Merinfeld (2000, p. 6) « de vouloir "excuser" ou déresponsabiliser l'individu brutal, mais de cerner le sens possible de l'expression violente (...) ». Il s'agit plutôt d'élaborer un espace que le patient va investir et s'approprier pour faire acte de reconnaissance de sa violence et pour ainsi l'aider à la comprendre. En effet, la thérapie peut aider les conjoints violents à trouver d'autres voies que la violence pour faire face à leurs difficultés. Dans beaucoup de cas, il existe une prise de recul par rapport aux motivations qui conduisent à la violence et une diminution significative des violences surtout sous leur forme physique. Pour certains patients rencontrés, cette prise de conscience est suivie par l'instauration d'un dialogue avec leur compagne. Ils ont alors la possibilité de partager leurs émotions, leurs sentiments à l'égard de ce comportement qui les relie et, ainsi, d'avoir moins besoin de recourir à la violence.

### **3 – Nécessité d'un cadre adapté pour rencontrer ces patients.**

Notre recherche nous a permis, en premier lieu, d'observer que la population des conjoints violents était effectivement peu encline aux soins psychologiques comme cela avait déjà été largement démontré dans les précédentes études du continent nord américain. Au-delà de cette première caractéristique, nous avons également pu percevoir que la demande d'aide et de soins de ces patients ne s'inscrivait pas dans un schéma habituellement retrouvé dans laquelle la souffrance psychique était reconnue et parvenait à être verbalisée. Ici, la demande n'est que rarement explicitée et, lorsqu'elle l'est, elle est peu souvent en lien avec la cessation des violences agies ou avec l'éventualité d'une souffrance psychique ingérable en dehors d'un suivi psychologique. Enfin, nous avons identifié que le cadre des thérapies se devait de s'adapter à la problématique particulière des patients (régie par la question des agirs et des impulsions).

Le parcours thérapeutique, perçu comme un processus, s'accompagne d'un certain nombre de changements chez le patient. Le premier des changements envisagés (mais non le moindre) est comportemental et vise à essayer de mettre en place de nouveaux comportements pour sortir progressivement d'une réponse unique qu'est le recours à la violence. L'arrêt des violences est ainsi nécessairement la première cible du suivi psychologique.

Deux possibilités s'ouvrent alors pour le thérapeute et le patient. Soit ils travaillent autour de ce symptôme pour tenter de le contrôler, de le contenir et le circonscire. Soit ils travaillent pour que la formation de ce symptôme ne serve plus à rien, qu'il en perde son sens initial. Dans ce cas, il est quand même important d'interférer avec la possibilité d'apparition de violences.

Certains des patients rencontrés ont déjà été suivis par des services sociaux ou judiciaires. Ils connaissent ainsi le fonctionnement de ce type de "contrôle" social et savent comment interagir avec les professionnels. Or, le contrôle éducatif ou judiciaire se situe à un niveau différent de celui du soin. Ce changement de niveau est compliqué, il implique des efforts que les conjoints violents n'ont peut-être pas envie de faire ou ne sont pas en mesure de fournir : remise en question, reconnaissance de sa violence, introspection, etc. Cela revient, pour ceux qui y parviennent, à accepter l'altérité et leur besoin de trianguler leurs difficultés au contact d'une personne reconnue comme étant susceptible de leur apporter une aide. Cela permet d'offrir un espace où le patient est susceptible de rencontrer sa souffrance, « pour enfin la faire penser par un autre » (Ciavaldini, 2003, p. 15). Il semble que le cadre thérapeutique doit offrir un espace de paroles qui permette aux patients de réintroduire un sens dans leur histoire. Ce cadre, susceptible de développer une fonction de pare-excitation, doit être suffisamment solide pour contenir les agirs et suffisamment souple pour des patients dont la mentalisation est pour le moins incertaine.

Les conjoints violents que nous avons rencontrés dans le cadre d'une obligation de soin reconnaissent (difficilement parfois) les violences conjugales mais ne comprennent pas ce suivi, perçu comme globalement inutile. Ils adoptent, pour la plupart, une attitude passive face à la mesure : ils viennent parce qu'il faut venir, parce qu'on leur a demandé, pour ne pas avoir de problèmes avec la justice, mais l'articulation entre les faits, la sanction et la psychothérapie n'est que peu comprise. Le contrôle judiciaire ou la mise à l'épreuve ne sont pas appréhendés pour ce qu'ils sont censés apporter et sont parfois critiqués. Certains reconnaissent facilement l'acte mais en nient la gravité. La reconnaissance des violences est alors souvent détachée de toute signification ou est justifiée, banalisée. D'autres, enfin, ne comprennent pas car, pour eux, ils n'ont rien fait de grave. Ils présentent un mode de pensée qui rejette hors de la conscience toute possibilité de se considérer comme responsable (déli) : ce n'est pas eux, ce n'est pas si grave. Des mécanismes de défense sont ici à l'œuvre pour éviter de se confronter à la réalité de l'acte et de la sanction.

Comment alors intégrer cette sanction dans l'espace-temps thérapeutique si l'on suppose qu'elle n'est généralement pas acceptée et comprise par les patients reçus dans ce cadre ?

En effet, pour qu'une sanction ait du sens, il faut qu'elle soit comprise et intériorisée. Pour cela, il faut qu'elle soit expliquée et qu'elle vienne s'intégrer au mode de pensée des conjoints violents. Nous pensons que, lorsque ce travail de mises en mots de la sanction n'a pas été réalisé lors de l'audience, le psychologue se doit de l'effectuer avec le patient afin que celui-ci puisse faire le lien entre les différents univers qui interviennent, certes différemment, auprès de lui. Les premiers entretiens constituent probablement un cadre adapté à cette inscription dans le réel. Ils permettraient d'offrir cet espace de paroles si nécessaire mais ils signeraient également l'importance de la place de la transgression et de l'interdit dans les comportements sanctionnés. Selon nous, travailler auprès de conjoints violents sans préciser ces deux dimensions revient à faire fi de la problématique même de ces patients et de la dynamique psychique dans laquelle ils s'inscrivent.

Cette mise en mots de la transgression de la loi sociale peut permettre de réinscrire le patient dans une autre réalité que la sienne. Nous pensons que le thérapeute ne peut pas se contenter, de « l'illusion de traiter uniquement la réalité intra-psychique de son patient » (Nisse et Sabourin, 2004, p. 18), mais qu'il se doit d'être le garant de la loi sociale puis de la

loi symbolique afin que le patient sorte du déni et perçoive progressivement les conséquences et les enjeux de ses comportements violents.

#### **4 – Opportunité d’une double réponse, judiciaire et psychologique.**

« Un cadre légal n’est pas nécessairement et seulement synonyme d’interdit et de sanction (...) » (Charvet, 1999, p. 78)

Les comportements des patients qui se sont présentés à l’association dans un contexte de contrôle judiciaire ou de mise à l’épreuve avaient fait l’objet d’une ou de plusieurs plaintes de la part de leur compagne. Bien qu’ayant pu observer l’abandon de leur suivi par quelques patients, nous restons persuadés que l’obligation de soins a pu être pour eux un levier thérapeutique intéressant. En effet, cela leur a permis de rencontrer un psychologue, ce que la plupart d’entre eux n’aurait pas fait d’eux-mêmes.

Dans ce contexte, il n’est pas impossible de penser que la judiciarisation ou la peur de celle-ci puisse être à l’origine d’une prise de conscience de la gravité des comportements violents (Turcotte et col., 2002). Nous restons cependant conscients que beaucoup d’autres critères rentrent en jeu pour que ces mêmes personnes aient envie d’engager réellement un travail sur eux. Comme le pensent Hardy et ses collaborateurs (2001), une aide, à ce niveau, ne peut être vraiment efficace qu’à condition d’être voulue par la personne qui en bénéficie. Il est donc possible de percevoir la première rencontre avec un psychologue comme un moyen d’aider les patients contraints à prendre conscience de leur(s) problème(s) et de les amener progressivement (et peut-être ultérieurement) à verbaliser une demande qui ne serait plus celle d’un tiers mais la leur.

Cette absence de demande initiale peut effectivement mettre à mal un processus thérapeutique dont la première condition est la reconnaissance des violences, de leur gravité et de leurs conséquences ainsi que la responsabilité des personnes concernées. Classiquement, l’accès d’un sujet aux soins psychiques suppose la capacité à percevoir sa souffrance ou celle qu’il engendre, la capacité à exprimer une demande d’aide et à instaurer une relation thérapeutique avec un professionnel, ce qui n’a pas été toujours le cas dans mon expérience

auprès des conjoints violents. Or cette question de l'introduction du tiers est centrale dans nos pratiques.

Ainsi, les situations de non demande verbale initiale ne sont pas, selon nous, à considérer comme des contre-indications au processus thérapeutique. Cela peut permettre au patient de comprendre que la justice s'est chargée, ou le fera bientôt, de le juger et que l'équipe thérapeutique n'a qu'une position de recherche de sens : elle ne cherche pas à juger mais à comprendre.

Il ne faut cependant pas omettre les risques nés d'un engagement sous la contrainte puisqu'il existe très probablement « des effets pervers dans toute situation où une personne contraint une autre à se faire aider (...) » (Hardy et col., 2001, p. 25).

Dans le cas d'une judiciarisation des violences, la demande de soins a été formulée par un tiers. L'accompagnement de ces patients ne peut alors reposer que sur une alliance du soin et du cadre judiciaire (Ciavaldini, 2003) puisque le parcours avant l'arrivée en consultation (généralement long) a déjà eu des incidences sur la vie sociale du patient (départ de la conjointe, audition, etc.). Ainsi, l'opposition apparente entre psychothérapie et sanction pénale doit, comme elle l'a été pour les délinquants sexuels, être dépassée également pour le traitement des conjoints violents : « La persistance à opposer de façon inconciliable la logique des soins et celle des peines apparaît aujourd'hui de plus en plus stérile et anachronique (...) » (Lameyre, 2002, p. 13). Ce magistrat va plus loin en supposant que « les soins pénalement ordonnés » ne sont pas une entrave à un processus thérapeutique et qu'ils laissent toute latitude à la personne de s'y engager et d'y adhérer : « (...) la personne condamnée peut découvrir qu'il lui appartient en dernier ressort de décider de s'engager dans des soins dont l'appropriation n'est pas empêchée au seul motif qu'ils auraient été ordonnés (...) » (p. 13).

## **Conclusion**

L'apparition et la multiplication des propositions d'écoute, d'aide et de soin en direction des femmes violentées ont fait ressortir l'existence de lacunes importantes dans les services offerts aux hommes auteurs de violences conjugales par les établissements publics ou privés. De plus, les professionnels français semblent encore peu ou mal connaître les dispositifs existants. Il est vrai que ceux-ci sont peu nombreux et qu'ils connaissent des

difficultés qui les obligent parfois à fermer leurs portes au public. Les programmes de traitement des conjoints violents (pour reprendre un vocabulaire nord-américain) sont cependant un des moyens progressivement mis en place dans beaucoup de pays pour lutter contre les violences conjugales même s'ils ne constituent pas une réponse suffisante à ce problème. Les limites sont nombreuses et la principale réside dans le fait qu'ils ne concernent qu'un petit nombre d'hommes et que le taux d'abandon est encore très élevé.

Selon nous, l'intervention auprès de cette population nécessite une prise en charge adaptée et spécifique. Innovante, elle doit encore être l'objet de recherches et de réflexions afin de parfaire ses méthodes mais elle offre, d'ores et déjà, aux conjoints violents la possibilité d'accéder à un espace de paroles dans lequel ils peuvent mettre en mots cette violence pour tenter de la comprendre et d'y mettre fin.

Participer à cet espace de paroles offert à ces hommes nous a permis de nous interroger sur leur personnalité et sur le lien éventuel de celle-ci avec l'apparition et le maintien des violences conjugales. Par exemple, nous avons rencontré des individus pour qui la parole n'était que rarement un vecteur de symbolisation, l'acte venant sans cesse la remplacer. Cela nous a également permis de percevoir la nécessité d'une inscription dans un registre symbolique pour permettre au sujet d'advenir et de l'aider à sortir de ses actes.

La lutte contre la violence conjugale nécessite ainsi, en plus d'une offre cohérente d'accompagnement des victimes, un traitement approprié des conjoints violents qui entre dans le champ de la prévention (particulièrement dans le cadre de la répétition transgénérationnelle) et de la lutte contre la récidive. De même, il nous semble que l'efficacité des prises en charge ne sera optimum que lorsque la collaboration avec la justice sera éclaircie. Comme le dit M Silvestre (1997), répondre uniquement par la loi ou uniquement par le psychologique n'est qu'une réponse à moitié.

## Bibliographie

- Burns, N. (dir) (1991). *Programmes de traitement pour les hommes violents : une analyse qui témoigne de leur succès*, Ottawa, Ministère de la justice.
- Chambon, O., Marie-Cardine, M. (1999). *Les bases de la psychothérapie*. Paris, Dunod.
- Charvet, D. (1999). La fonction du cadre légal, in *Les actes du colloque de la Sorbonne. Première rencontre interministérielle*, Paris, M.I.L.D.T, p. 78-81.
- Ciavaldini, A. (2003). *Violences sexuelles. Le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, In Press Editions.
- Dutton, D.G. (1986). The outcome of court-mandated treatment for wife assault: a quasi-experimental evaluation, in *Violence and victims*, vol 1, N°3, p. 163-175.
- Edleson, J.L., Grusznski, R.J. (1988). Treating men who batter: four years of outcome data from Domestic Abuse Project, in *Journal of Social Service research*, vol 12, N° 1-2, p. 3-22.
- Edleson, J.L., Syers, M. (1989). *The relative effectiveness of group treatments for men who batter*, Minneapolis, The Domestic Abuse Project.
- Garfield, S.L. (1995). *Psychotherapy. An eclectic integrative approach*, New York, John Wiley and Sons.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2000). Violence dans un contexte ou contexte violent ? in *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, Bruxelles, De Boeck, vol 24, p. 5-11.
- Gondolf, E.W. (1995). Batterer programs : what we know and need to know, in *Journal of interpersonal violence*, N° 12, p. 83-89.
- Gross, A.E., Mac Mullen, P.A. (1983). Models of the help-seeking process, in De Paulo, A. (dir) *New Directions in Helping*, N° 2, p. 45-70.
- Hardy, G. (dir) (2001). *S'il te plait ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*, Paris, Erès.
- Lameyre, X. (2002). Une poétique des soins pénalement ordonnés, *Forensic*, N°13.
- Lindsay, J. (dir) (1991). *Les groupes de traitement pour conjoints violents. Recension critique portant sur le traitement, son efficacité, sa mesure*, Université de Laval, Centre de Recherche sur les Services Communautaires.
- Nisse, M., Sabourin, P. (2004). *Quand la famille marche sur la tête*, Paris, Seuil.
- Ouellet, F., Lindsay, J., Saint Jacques, M.C. (1993). *Evaluation d'un programme de traitement pour conjoints violents*, Université de Laval, Centre de Recherche sur les Services Communautaires.

- Rousseau, G. (2000). Les violences conjugales : le caractère illusoire du dispositif légal tendant à la protection des femmes. In Institut d'Etudes Européennes (dir). *Les violences à l'encontre des femmes et le droit français*, Paris, le fil d'Ariane, p. 107-108.
- Silvestre, M. (1997). Application de la loi et ses conséquences dans les situations de violence intra-familiale, in *Thérapie familiale*, vol 18, N° 3, p. 265-271.
- Silvestre, M., Heim, J.P., Christen, M. (1999). Du traitement de la violence conjugale, in *Thérapie familiale*, vol 20, N° 4, p. 403-424.
- Simpson, A. (dir) (1990). *Projet pilote d'implantation d'un système de gestion de l'information en vue d'établir le profil des usagers des services de thérapies pour hommes violents envers leur conjointe et d'évaluer l'efficacité de la thérapie*, Département de santé Communautaire, Hôtel-dieu de Lévis.
- Sonkin, D.J. (dir) (1985). *The male batterer: a treatment approach*, New York, Springer Publishing Company.
- Turcotte, D., Dulac, G., Lindsay, J., Rondeau, G., Dufour, S. (2002). La demande d'aide chez les hommes en difficultés : trois profils de trajectoires, in *Intervention*, N° 116, p. 37-51.