

LES VIOLENCES CONJUGALES : POUR UNE CLINIQUE DU RÉEL

Jacques Girard, Isabelle Rinaldi Baud, Hélène Rey Hanson, Marie-Christine Poujouly

Médecine & Hygiène | « Thérapie Familiale »

2004/4 Vol. 25 | pages 473 à 483

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-4-page-473.htm>

!Pour citer cet article :

Jacques Girard *et al.*, « Les violences conjugales : pour une clinique du réel », *Thérapie Familiale* 2004/4 (Vol. 25), p. 473-483.

DOI 10.3917/tf.044.0473

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LES VIOLENCES CONJUGALES : POUR UNE CLINIQUE DU RÉEL

Jacques GIRARD¹, Isabelle RINALDI BAUD², Hélène REY HANSON³
et Marie-Christine POUJOULY⁴

Résumé : *Les violences conjugales : pour une clinique du réel.* – Les problématiques de violences conjugales nous ont confrontés à une mise en question de différents modèles thérapeutiques et à la nécessité d'en intégrer certains éléments, en tenant compte des niveaux de complexité, dans une approche clinique adaptée aux phénomènes de violence : la clinique du réel. Celle-ci associe et prend en compte les caractéristiques présentes dans ces situations : la dimension psychotraumatique, l'impact des violences sur la santé globale à court, moyen et long terme, la responsabilité des actes, la responsabilisation quant à la protection et l'engagement relationnel du couple. Du fait des particularités des problématiques de violence, les auteurs proposent de traiter ces caractéristiques de façon différenciée dans le temps et les settings.

Summary : *Domestic violence : towards a « clinic of reality ».* – Working in the field of domestic violence confronted us to the necessity of evaluating the levels of complexity of each situation, questioning different therapeutic models, and integrating specific elements of these models in a clinical approach adapted to the phenomenon of violence : « clinic of reality ». It associates and takes into account specific characteristics of each situation : the psychotraumatic dimension, the short, medium or long term impact of violence on global health, the responsibility of the acts, the responsabilisation as for protection and relational commitment of the couple. Considering the peculiarities of violence issues, we propose to address these specific characteristics differently according to the time and to the settings.

Resumen : *Las violencias conjugales : hacia una « clínica del real ».* – Las cuestiones de las violencias conjugales nos han enfrentado a interrogar los diferentes modelos terapéuticos y a plantearnos la necesidad de integrar algunos de sus elementos, considerando los niveles de complejidad, en una óptica clínica adaptada a los fenómenos de la violencia : la clínica del real. Ésta visión asocia y tiene en cuenta las características que se dan en estas situaciones : la dimensión sicotraumatológica, el impacto de las violencias sobre la salud global en el corto, medio y largo término, la toma de responsabilidad de los actos, la toma de responsabilización de la protección, y el compromiso de la relación en la pareja. A causa las particularidades de la problemática de violencia, los autores se proponen tratar estas características de manera diferente en el tiempo y los « settings ».

Mots-clés : Violences conjugales – Clinique du réel – Santé globale – Complexité – Flexibilité des settings.

¹ Psychologue, thérapeute de couple, thérapeute de famille ASTHEFIS, Consultation interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence, Département de médecine communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève.

² Assistante sociale, thérapeute de famille ASTHEFIS, *ibid.*

³ Psychologue FSP, thérapeute de famille ASTHEFIS, *ibid.*

⁴ Infirmière en santé mentale, *ibid.*

Keywords: Domestic violence – «Clinic of reality» – Global health – Complexity – Flexibility of settings.

Palabras claves: Violencias conjugales – «Clínica del real» – Salud global – Complejidad – Flexibilidad de los «settings».

Implantée au sein du département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève, la Consultation Interdisciplinaire de Médecine et de Prévention de la Violence (CIMPV) s'adresse à toute personne – victime, auteur-e, témoin direct ou indirect – confrontée à la violence (physique, psychique, sexuelle, négligence, etc.). Dans le cadre de son mandat clinique de prévention de la violence, son objectif est de diminuer l'impact de la violence sur la santé globale et d'en prévenir la survenue ou la répétition. La CIMPV développe une approche clinique interdisciplinaire fondée sur l'intégration de connaissances issues de différentes disciplines, telles que la victimologie clinique, la psychotraumatologie, la médecine préventive, la médecine interne, les soins infirmiers, la traumatologie, la psychiatrie, la médecine légale, les sciences humaines et sociales, en particulier la psychologie clinique, la psychologie de la santé et le travail social. La CIMPV prend en compte les violences interpersonnelles, institutionnelles et organisées. Toutefois, nous ne considérons dans cet article que les violences conjugales, qui représentent 59.2% (N = 1243) des situations traitées à la CIMPV de janvier 1998 à décembre 2003.

Au cours de ces dernières décennies, la prise en charge des situations de violences conjugales s'est fondée sur différentes approches théoriques: les théories systémiques, psychodynamiques, sociales militantes comme le féminisme et plus récemment victimologiques et psychotraumatologiques. Mises en œuvre indépendamment, ces théories privilégient certains aspects de la problématique au risque de prendre la partie pour le tout.

Le traitement systémique individuel des protagonistes de la violence conjugale, ainsi que l'évaluation précise de l'impact des violences sur leur santé, nous ont permis de développer une pratique clinique adaptée aux phénomènes de violence: la clinique du réel (Raimbault, 1982; Ansermet, 2002). Cette pratique nous a amenés à résister, dans un premier temps, au traitement du couple «désigné comme patient», sans prise en compte préalable de l'individu, en tant que personne victime et/ou auteur de violences et surtout potentiellement atteinte dans sa santé physique, psychologique et sociale.

Perspective de la complexité

Dans la prise en charge des situations de violences conjugales, la complexité se situe à plusieurs niveaux; nous retenons celui des définitions de la personne humaine, des violences, de la crise, du contexte et de l'intervention.

Selon une pensée écosystémique (Duss-Von Werdt, 1990), l'**individu**⁵ est considéré dans ses dimensions physique, sociale, spirituelle et autopoïétique⁶.

Il est une personne à part entière, un être bio-psychosocial, sujet de droit, qui est appréhendé dans son contexte de vie, son environnement et son histoire, (attachements, développements, dimensions transgénérationnelles), quels que soient son comportement et sa demande. Cela implique le respect de son autonomie et de ses choix de vie en tant que processus (ressources et vulnérabilités) (Rinaldi Baud, 2000), tout en le confrontant à ses responsabilités.

La violence est un phénomène complexe qui recouvre des aspects multicontextuels, multidimensionnels et polysémiques, ce qui nous conduit à parler «des violences» et à nous référer à différents cadres épistémologiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (WHO/OMS, 1996) en donne une définition descriptive: «Par violence, il est entendu l'usage intentionnel ou la menace d'usage de la force physique ou du pouvoir contre soi-même⁷, une autre personne, un groupe ou une communauté, et entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou de celle qui en est victime».

Du point de vue de l'épistémologie systémique, plusieurs auteurs se sont intéressés aux violences dans le couple et la famille. Perrone et Nannini (1995) décrivent deux formes de violence: la violence/agression dans les relations symétriques de type égalitaire et la violence/punition dans les relations complémentaires de type inégalitaire. Barudy (1997, p. 36) insiste sur les interrelations entre les différents types de maltraitance au niveau horizontal et vertical (transgénérationnel) où se manifestent la défaillance ou l'échec «de deux caractéristiques au moins de la condition humaine: la possibilité d'attachement et la parole».

Selon l'Ecole de Palo Alto, toute communication (Watzlawick *et al.*, 1972) est effectivement caractérisée par le contexte relationnel qui engage individuellement les interlocuteurs, leurs représentations, leurs rôles et leurs liens, leurs interactions et leurs ponctuations, les dimensions du temps et du contexte culturel. La violence en actes a valeur de communication; ce langage comportemental est un message

⁵ Pour des raisons de simplification du texte, le masculin est utilisé pour faire référence au sexe masculin ou féminin d'une personne.

⁶ La dimension physique fait référence à l'environnement matériel du sujet (pays, maison, climat, conditions de vie, etc.).

La dimension sociale fait référence à tout un univers social incluant tous les univers relationnels de niveaux dyadique, familial, groupe plus large, ou sociétal. Dans ces univers, il apparaît vital de communiquer, d'aimer et d'être aimé.

La dimension «spirituelle» fait référence à la notion d'«Ecologie de l'esprit» (Bateson, 1977): il s'agit de l'univers historique et culturel, celui des mentalités, des idéologies, des valeurs, celui d'une philosophie de vie à une époque donnée.

La dimension autopoïétique indique que l'individu s'organise et se construit sur la base de la conscience de soi (conscience de soi, de ses différences, de ses origines et appartenances, de son identité et de ses attributions) et de son écosystème comme cadre de référence.

⁷ Notre mandat n'inclut pas les tentatives de suicide non liées à un processus de violence intentionnelle.

imprécis pouvant donner lieu à de multiples interprétations et projections. Il est indispensable pour le décoder et le contextualiser.

Kuenzli-Monard (2001) dresse un panorama des théories de la violence et développe, d'un point de vue socio-constructiviste, une alternative à l'explication causale de la violence, inspirée de la théorie des limites.

Christen *et al.* (2004, p. 63) reprennent ces différents courants et insistent sur les «deux niveaux d'analyse différents et complémentaires : les individus et la relation» en rapport avec la théorie des types logiques, et sur le rôle du contexte sociétal de la loi.

Les violences agies (actes, paroles, attitudes) définissent et imposent un contexte relationnel plus fort que toute parole (des intervenants ou de l'auteur) qui chercherait notamment à rassurer, à atténuer, voire à nier les faits. Les 2 niveaux de types logiques différents (Bateson, 1977) – les actes, les faits, leurs conséquences et la dimension relationnelle du processus – ne doivent être ni confondus ni abordés simultanément au risque de clivage ou de disqualification de l'un par l'autre. Il est nécessaire de faire des hypothèses sur la fonction et les finalités du recours à la violence en tant que communication paradoxale et manifestation symptomatique qui vise à l'homéostasie (Watzlawick *et al.*, 1979) du système familial élargi et environnemental.

Dans les situations de violences conjugales, la **crise** émerge à différents niveaux : celui de la survenue de la violence et celui de l'intervention de tiers, tant pour le patient et son environnement que pour l'intervenant et le réseau des professionnels. A ce stade, les résonances des intervenants (ressources, attitudes défensives, traumatisation vicariante, etc..) influencent particulièrement la qualité de l'intervention (Rey et Rinaldi Baud, 2000).

Il est nécessaire de **contextualiser** les violences, en particulier dans leurs dimensions socio-culturelles (Silvestre *et al.*, 1999). **La référence à la Loi** constitue un tiers indiscutable et une référence commune incontournable, permettant de rétablir l'altérité au-delà de toute autoréférence. Au sein de l'espace thérapeutique, elle opère comme levier et garantie éthique. La violence est inacceptable et sanctionnée par les lois et le cadre thérapeutique ne peut être un espace de non-droit.

Comme le décrit si bien Ansermet (1999, pp. 12-14) «ce qu'on rencontre dans la clinique, c'est l'évidence d'un réel impossible à supporter. [...] Réalité physique et réalité psychique (...qui) se double pour le (clinicien) d'une rencontre imprévue avec lui-même». Au plan clinique, les violences ne peuvent être traitées qu'à partir de la **rencontre** (Ansermet, 2002) au cas par cas. Au-delà de la mise en danger de l'intégrité (physique, psychologique, sexuelle) de la personne, la violence attaque sa capacité relationnelle et ses compétences ontologiques à faire du lien. La relation thérapeutique est également menacée et les résonances suscitées par les problématiques de violence – effroi, peur, fascination, identification, etc. – peuvent empêcher le thérapeute de créer les conditions d'une alliance permettant à la personne de se sentir à nouveau dans le monde des humains.

Dans les situations de violences, sur un plan systémique du moins, la victime et l'auteur sont les porteurs du symptôme, mais de manière différente. Ceci implique

dans un premier temps un abord de chaque personne individuellement et dans un deuxième temps et à certaines conditions, un abord du processus relationnel. Néanmoins, cet aspect relationnel doit rapidement être nommé via l'effet de la violence sur le lien. Si l'on fait référence à la notion de symptôme pour les situations des violences conjugales, on peut considérer aussi bien chacun des partenaires, que leur relation, comme symptomatique et/ou dysfonctionnelle. Au-delà des personnes, de la responsabilité de l'auteur et de la prise en compte de la personne victime, l'entité couple peut être considérée comme « auteur-victime en souffrance ». Celle-ci nécessite un traitement dans le sens de poursuivre ou de mettre fin à la relation en faisant appel aux notions d'autonomie/dépendance – individuation/séparation (perte). Par rapport à d'autres problématiques (par exemple anorexie, phobie scolaire, etc.) où l'on vise à comprendre la fonction du symptôme avant de viser à le supprimer, le symptôme « violence » nécessite une approche préventive et proactive visant en premier lieu à sa suppression dans son expression en acte.

Violences et santé

La prise en charge des situations de violences conjugales nécessite une évaluation précise de l'impact différencié des violences sur la santé⁸ globale des personnes qui y sont exposées. Dans cette évaluation il s'agit de prendre en compte les données de la victimologie clinique, de la clinique des traumatismes psychiques, les données des recherches sur les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants, menées le plus souvent dans une perspective de genre, et les données sur l'impact au sens large et à long terme des maltraitances infantiles.

« Les études montrent que des femmes qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle pendant l'enfance ou à l'âge adulte, sont plus souvent malades que les autres, en ce qui concerne les fonctions physiques, le bien-être psychologique et l'adoption d'autres comportements à risques » (WHO/OMS, 2002, p. 113). Les effets de la violence sur la santé globale des personnes qui en sont victimes peuvent perdurer à moyen et long terme, même après la fin des violences. « Plus la violence est grave, plus l'impact sur la santé physique et mentale de la femme est profond. Les répercussions dans le temps de différents types et de multiples épisodes de violence semblent être cumulatives » (ibidem). Les symptômes – psychiques et neuro-physiologiques – de stress aigu ou chronique, les symptômes de dépression, le développement ou l'aggravation de troubles de la dépendance (alcool, toxicomanies, troubles alimentaires), le développement ou l'aggravation de troubles de l'organisation de la personnalité doivent être évalués, contextualisés et mis en lien avec une éventuelle exposition actuelle ou passée à des violences (Campbell, 2002).

Les violences conjugales répétées et chroniques, dont l'impact associé des troubles multiples, nécessiteraient le développement de la notion d'état de stress

⁸ La notion de santé – objective et subjective – n'est pas seulement l'absence de symptômes ou de pathologies, elle fait référence à des indicateurs plus globaux de bien-être physique, psychique et social (OMS).

post-traumatique complexe (Herman, 1992). Elles peuvent avoir un effet puissant, déstructurant, désorganisateur et traumatisant pour les personnes impliquées et leur entourage. Celles-ci peuvent être atteintes dans leur intégrité et leur identité : au niveau de leur territoire bio-corporel, au niveau de leurs représentations psychoaffectives et au niveau de leurs compétences relationnelles et sociales. Outre l'isolement, la peur et la perte de l'estime de soi, la confusion des ressentis et des pensées peut amener la personne victime à se demander si ce qu'elle vit est réel et si elle en est coupable. La personne auteur des violences peut présenter, au niveau émotionnel et cognitif, tous les degrés possibles entre la reconnaissance des faits et des ressentis, la conscience de l'impact des violences sur l'autre et le fait de les minimiser, voire de les nier.

Les violences surviennent à un moment donné – de manière unique ou répétitive, dans un contexte de vie et dans l'histoire d'une personne. Aux aspects objectifs de la violence (les faits, les circonstances, les lésions, les symptômes, etc.) sont associés les aspects subjectifs (le vécu, la souffrance, l'expression des émotions et des sentiments). L'intrication complexe de ces deux aspects s'inscrit dans un contexte donné, un système de croyances et constitue la « réalité » (Watzlawick, 1988 ; Elkaim, 1989) de la personne confrontée à la violence. Cette réalité deviendra – ou non – une expérience traumatique pour la personne concernée et/ou pour son entourage. L'interprétation du traumatisme et sa fonction varient d'une école de pensée à l'autre (Garland, 2001 ; De Clercq et Lebigot, 2001). Cependant, il nous paraît nécessaire de prendre en compte non seulement l'inscription du traumatisme comme effraction psychique, mais également son caractère évolutif comme un processus ouvert, imprévisible et non comme un état surdéterminé.

Les enfants des couples dans lesquels s'exercent des violences conjugales subissent les conséquences directes et indirectes que ces violences ont sur la santé globale de leurs parents, en particulier sur leurs compétences à exercer la fonction parentale. La multidimensionnalité et la diversité des situations de violences conjugales ne permettent pas d'affirmer que les compétences parentales sont forcément détériorées. Néanmoins, ces enfants vivent et se développent dans un climat de confusion importante au regard des besoins fondamentaux, notamment les nourritures affectives, la sécurité émotionnelle, la capacité d'attachement. Ainsi les relations parent-enfant nécessaires au développement de l'enfant sont souvent distordues : les enfants doivent aussi faire face au fait de considérer leurs parents comme victime et comme auteur des violences. Le sens de ces relations fondamentales est forcément aussi empreint du sens des violences conjugales. De plus, dans nombre de situations⁹, les enfants sont eux-mêmes victimes de mauvais traitements de la part de l'un ou l'autre des parents.

Sur le plan interactionnel, l'effet de la violence en actes, souvent relayée par des violences psychologiques plus ou moins sournoises et répétées, est celui d'une pro-

⁹ Sur 200 enfants maltraités (cas documentés) 30% des mères étaient maltraitées (Campbell J.C., *Md Med J*, 1994 ; 43 : 349-50). 59% des mères d'enfants maltraités étaient elles-mêmes battues (ou suspectées de l'être), McKibben L. *et al.*, *Pediatrics*, 1989, 4, 531-535).

fonde remise en question du lien relationnel et affectif. Ce type de violences engendre des distorsions cognitives et des manifestations symptomatiques (peur, doute, tristesse, ambivalence, douleur). La violence en termes d'atteinte directe ou de menace d'atteinte à l'intégrité de la personne a, comme effet pragmatique, d'attaquer le lien relationnel, se traduisant parfois et dans un premier temps par une séparation physique momentanée des personnes.

Clinique du réel et violences conjugales

Les différents aspects de réalité évoqués précédemment (contexte sociétal, impact des violences à court, moyen et long terme, capacité d'autonomie, de pensée et de choix) nécessitent, de par leur prégnance, une adaptation du contexte thérapeutique et de la position du thérapeute. En effet, les violences ne peuvent être abordées du point de vue de la neutralité bienveillante du thérapeute, mais impliquent un parti pris inscrit dans le contexte sociétal.

Les violences interpersonnelles dans les situations relationnelles privilégiées et fortes nécessitent une lecture, une compréhension et donc une intervention à plusieurs niveaux logiques :

- celui des actes qui désignent une personne auteur et une personne victime ;
- celui de la responsabilité de la personne auteur quant à ses actes et de la responsabilité de la personne victime quant à sa protection ;
- celui de l'impact traumatique des violences sur les enfants et de la responsabilité de chacun des parents à les protéger ;
- celui du mode communicationnel et du processus relationnel où c'est l'entité couple qui est en jeu, et qui engage mutuellement et individuellement les partenaires ;
- celui de l'histoire transgénérationnelle de chacun.

Ces niveaux doivent être présents à l'esprit et nécessitent une intervention différenciée dans l'approche et dans le temps, ainsi qu'une flexibilité des settings. Au moment de la révélation des violences, il est souhaitable de voir chacun des partenaires, seul.

- La personne victime doit être prise en compte selon une approche clinique victimologique¹⁰. La prise en compte prématurée du processus interactionnel comporte le risque d'une victimisation secondaire et d'une disqualification de la dimension thérapeutique de l'intervention, qui nécessite une liberté d'expression de chaque protagoniste.

¹⁰ Nous entendons par victimologie clinique : reconnaissance de la personne en tant que victime des violences subies, élaboration des facteurs de risques, des vulnérabilités, des ressources, des stratégies de protection et de coping, des démarches entreprises, orientation sur le réseau, etc.

- Concernant l'auteur des comportements violents, l'expérience démontre que le laisser seul avec lui-même peut être un facteur important de danger auto-agressif et de récurrence. Le levier thérapeutique que constitue l'accès à la souffrance en lien avec les violences agies doit s'accompagner d'un travail sur la responsabilisation quant à ces violences. Le déni peut constituer un facteur aggravant de traumatisation de la personne victime, d'autant plus s'il est exprimé dans un setting thérapeutique de couple, mettant également le thérapeute dans une situation de juge et partie.
- Les deux membres du couple doivent être responsabilisés quant à l'impact des violences sur les enfants concernés et à leur devoir de protection.

Le travail en entretiens individuels avec chacun des membres du couple vise également à contextualiser la violence dans la relation conjugale :

- Déterminer s'il s'agit de violences unilatérales, réciproques et/ou réactives.
- Déterminer s'il s'agit de violences ponctuelles ou répétées, voire chroniques.
- Se représenter le type d'attachement et de relation du couple (histoire, mythes, attentes, etc.) en fonction de la personnalité et de l'histoire de chacun (vulnérabilités individuelles et/ou contextuelles, sociales, culturelles, etc.) ;
- Déterminer la fonction de la violence dans le couple : la violence est-elle destinée à ramener l'autre dans le giron du couple (maintenir le couple) ou à exclure un partenaire déjà marqué par une altérisation (Neuburger, 2002) ?

Simultanément, l'intervenant doit penser – en termes d'hypothèses – à des questions essentielles sur le processus relationnel, le contexte de vie et l'histoire du couple, la définition des liens affectifs, l'attachement, l'autonomie/dépendance et la façon dont les personnes concernées vivent et voient leur situation :

- Comment chacun vit-il ce qui est arrivé, ce qui se passe ?
- Quelle conscience chacun a-t-il de la situation, de la relation ? En souffre-t-il ? Qui d'autre en souffre ? Est-il en mesure d'en parler, seul, avec son/sa partenaire ?
- Comment se considèrent-ils chacun et mutuellement pour en arriver à agir de la sorte ?
- Qui sont-ils l'un pour l'autre ? au regard des tiers ? (enfants, famille élargie).
- Pensent-ils qu'il est possible de se sortir du cycle des violences ? Ont-ils entrepris des démarches ou sont-ils disposés à le faire ? Lesquelles (thérapies, procédures, protection) ?
- Que ressent l'intervenant dans cette situation ?

L'abord individuel systématique et circonstancié de la question du processus relationnel permet d'envisager et d'organiser adéquatement la suite de la prise en charge. Il s'agit de faire coexister les deux niveaux, celui de la violence subie en tant que victime et agie en tant qu'auteur et celui de la coresponsabilité du processus relationnel, dans lequel survient la violence. A cette étape, la position de la personne

victime concernant l'abord du processus relationnel en présence des deux protagonistes est déterminante et doit être respectée. Elle peut évoluer avec le temps, en fonction des rétroactions du partenaire et/ou du fait des actions entreprises ou non.

Réaliser un entretien de couple amène à se demander :

1. Quel message est transmis par ce type de setting ? Au niveau analogique, le fait qu'un professionnel réunisse l'auteur et la victime a valeur de communication et peut prêter à confusion : maintenir le couple à tout prix, sermoner l'un, défendre l'autre, arbitrer, convaincre, etc. Le message « couple réuni en chair et en os » risque de l'emporter sur toute autre considération verbale, d'autant plus si :
 - l'auteur cherche à ne pas perdre sa partenaire, et/ou à maintenir son emprise ;
 - la personne victime est sous emprise et ne peut penser, agir, s'exprimer librement et faire valoir ses droits les plus élémentaires.
2. Que peut ressentir la personne victime si son intention est de se séparer immédiatement, même momentanément, sans pouvoir le dire librement du fait même de la présence de l'auteur ? Comment peut-elle se sentir entendue et respectée ? Que risque-t-il de se passer au retour à domicile ? Estimer qu'en tant qu'adulte responsable, elle n'a qu'à faire valoir son point de vue, ne revient-il pas à faire abstraction de l'impact des violences répétées à court, moyen et long terme ? En cas de récurrence, la personne victime pourra-t-elle faire à nouveau une démarche qu'elle pense vouée à l'échec ?

La suite de l'intervention dépend d'un certain nombre de variables qui peuvent constituer des indications d'entretiens en couple : la poursuite de la relation, la cohabitation, la grossesse, la présence d'enfants, la réciprocité des violences, le contexte social (situation des réfugiés, précarité, etc.), la demande des patients, etc. Ces facteurs peuvent également précipiter une telle indication. Dans tous les cas, il convient préalablement de vérifier que les conditions préalables définies ci-dessous pour un entretien en couple sont réunies :

- chaque personne peut s'exprimer librement lors de l'entretien ;
- les procédures en cours sont connues de l'intervenant ;
- la responsabilité des violences est reconnue par l'auteur à un degré suffisant ;
- les entretiens en couple ne constituent pas un facteur de réactivation de la violence ;
- chaque protagoniste s'engage à ne plus avoir recours à la violence et à se protéger (et protéger les enfants) en cas de danger ;
- le contenu des entretiens en couple ne doit pas être utilisé contre l'autre dans le cadre d'une procédure juridique (actuelle ou future).

Les hypothèses de travail et l'intervention doivent également tenir compte de la notion de temporalité. Il est essentiel de respecter le rythme de chacun des membres du couple. Souvent, le plus lent impose son temps à l'autre.

L'entretien en couple vise à aborder les multiples formes des violences, leur caractère inacceptable, le contexte légal, les impacts sur la santé globale, les responsabilités de chacun. Ceci doit aboutir à l'engagement de chacun à ne plus avoir recours aux violences, à élaborer concrètement des stratégies de protection et de non violence, ainsi que des alternatives aux comportements violents. Il vise également à élaborer le sens de la crise, à dégager les autres aspects conflictuels de la vie en couple et favorise la prise de décisions concernant l'organisation, le fonctionnement et l'avenir du couple et de la famille. Les rôles et fonctions parentales ainsi que les conséquences des violences sur les enfants sont abordées.

En cas de récurrence de la violence physique ou sexuelle, le retour à un setting individuel s'impose, comme une amplification de la violence dans sa fonction d'attaque du lien. Ces précautions garantissent un cadre de travail minimal et traduisent notre conceptualisation du traitement des violences conjugales.

Conclusions

Les conséquences des violences conjugales sur la santé physique, psychologique et sociale des personnes qui y sont confrontées restent largement sous-estimées. Elles nécessitent une attention particulière et une prise en compte de la réalité de leurs impacts, non seulement dans une approche thérapeutique individuelle des protagonistes, mais également dans l'approche thérapeutique du couple et/ou de la famille.

Dans les violences conjugales et familiales, le thérapeute est confronté à l'attaque aux liens relationnels privilégiés qui caractérisent les couples et les familles. En tant que personne exposée à la réalité et au récit des violences, l'intervenant est susceptible de développer des symptômes évocateurs du stress traumatique et en tant que thérapeute, il est susceptible de développer des attitudes défensives. Pratiquer la thérapie de couple/famille sans tenir compte des préalables explicites plus haut, constitue un évitement du réel et une atteinte à l'éthique du cadre thérapeutique.

La violence oblige à un positionnement éthique rigoureux, à l'intégration de ressources interdisciplinaires, à la mise en lien avec un réseau «réel», connu et accessible. A partir du positionnement de non-neutralité, elle nécessite de resituer la pensée systémique dans toute sa complexité, au-delà des notions de déterminisme et de causalité, dans une pratique qui intègre la ponctuation linéaire comme segment d'une problématique circulaire plus large, celle des interactions multiples (couple, intervenant, corps social) à contextualiser au niveau intergénérationnel, environnemental et sociétal.

Jacques Girard
CIMPV

Dépt de médecine communautaire
Hôpitaux Universitaires de Genève
24, rue Micheli-du-Crest
CH-1211 Genève
jacques.girard@hcuge.ch

BIBLIOGRAPHIE

1. Ansermet F. (1999): *Clinique de l'origine. L'enfant entre la médecine et la psychanalyse*, Payot, Lausanne.
2. Ansermet F. (2002): Définition et sources de la violence. Infamies d'enfance. In: Halfon O., Ansermet F., Laget J., Pierrehumbert B. (éds), *Sens et non-sens de la violence*, PUF, Paris (pp. 15-55).
3. Barudy J. (1997): *La douleur invisible de l'enfant. Approche écosystémique de la maltraitance*, Erès, Ramonville Saint-Agne.
4. Bateson G. (1977): *Vers une écologie de l'esprit I*, Seuil, Paris.
5. Campbell J.C. (2002): Health consequences of intimate partner violence, *Lancet*, 359, 1331-1336.
6. Christen M., Heim C., Silvestre M., Vasselier-Novelli C. (2004): *Vivre sans violences ? dans les couples, les institutions, les écoles*, Erès, Ramonville Saint-Agne.
7. De Clercq M. (1996): *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université, Bruxelles.
8. De Clercq M., Lebigot F. (dir.) (2001), *Les traumatismes psychiques*, Masson, Paris.
9. Duss-Von Werdt J. (1990): L'écosystème individuel – Remarques sur l'individu et l'individualisme thérapeutique, *Thérapie familiale*, 11, 3, 237-245.
10. Elkaïm M. (1989): *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Seuil, Paris.
11. Garland C. (dir.) (2001): *Comprendre le traumatisme – une approche psychanalytique*, Collection Tavistock Clinic, Du Hublot, Larmor Plage.
12. Herman J.L. (1992): Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, *Journal of trauma and stress*, 5, 377-91.
13. Kuenzli-Monard F. (2001): Déconstruction des idées reçues sur la violence: une alternative à la violence, *Thérapie familiale*, 22, 4, 397-412
14. Neuburger R. (2002): *Communication personnelle*, Genève.
15. Perrone, N., Nannini, M. (1995): *Violence et abus sexuels dans la famille. Une approche systémique et communicationnelle*, ESF, Paris.
16. Raimbault G. (1982): *Clinique du réel – La psychanalyse et les frontières du médical*, Seuil, Paris.
17. Rey H., Rinaldi Baud I. (2000): Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilités et ressources des soignants, *Médecine & Hygiène*, 58, (2316), 1938-42, Genève.
18. Rinaldi Baud I. *et al.* (2000): Approche interdisciplinaire de la violence: un projet pilote. In Amiguet C., Julier C.R., « *Créer des liens* » *Les pratiques systémiques dans le travail social face à l'exclusion*, (pp. 169-179), IES, Genève.
19. Silvestre M., Heim Ch., Christen M. (1999): Du traitement de la violence conjugale, *Thérapie Familiale*, 20, 4, 403-424.
20. Watzlawick P., Helmick Beavin J., Don Jackson D. (1972): *Une logique de la communication*, Le Seuil, coll. « Points », Paris.
21. Watzlawick P. (1988): *L'invention de la réalité. Contribution au constructivisme*, Seuil, Paris.
22. WHO Global Consultation on Violence and Health (1996). *Violence: a public health priority*, OMS, EHA/SPI/POA.2.
23. WHO/OMS (2002): *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève.