

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INTERVENIR AVEC UN AUTEUR DE VIOLENCES CONJUGALES :
L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE RÉFLÉCHIE
SOUS L'ANGLE DES VIOLENCES CONTRE-TRANSFÉRENTIELLES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
JÉRÔME WERMEILLE

AVRIL 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ma profonde reconnaissance va en premier lieu à ma directrice de mémoire, Myriam Dubé. Elle a su créer avec moi cette fameuse alliance de travail me permettant de surmonter en toute confiance les moments d'incertitude. Sans cette qualité relationnelle et cette complicité intellectuelle, toutes les phases de la création de ce mémoire – de la rupture épistémologique aux corrections finales du manuscrit – n'auraient pas eu la même valeur. Merci!

Je remercie toutes les personnes participantes à ma recherche pour leur générosité émotionnelle et intellectuelle. Elles ont accepté de répondre à mes questions avec intégrité et pris le risque de se montrer personnellement vulnérables et professionnellement imparfaites.

Je tiens également à remercier mes professeurs, chargés de cours et étudiants, qui ont jalonné mon voyage initiatique dans la connaissance. Tous ont exalté ma passion de chercher et de découvrir, d'apprendre et de savoir.

Je porte une attention spéciale à Josée Parenteau, ex-agente à la gestion des études au deuxième cycle, qui a rendu la brumeuse paperasse administrative plus rayonnante.

Je remercie sincèrement les organismes Pro-gam Inc. et Homewood du Plateau d'avoir considéré mes études comme étant suffisamment importantes pour me permettre de les intégrer dans mon emploi du temps.

Je remercie également toutes les personnes de mon entourage personnel qui m'ont suivi et soutenu de près ou de loin dans ce processus parfois envahissant.

J'ajoute que je suis heureux, fier et comblé d'avoir relevé ce défi à la fois humain et académique, solitaire et collectif.

Pour finir, j'ai une pensée chaleureuse pour tous ces hommes, auteurs de violences conjugales qui, je l'espère, pourront bénéficier de personnes intervenantes toujours plus diligentes et soucieuses de leur bien-être dans l'alliance thérapeutique.

Bonne lecture et bonnes réflexions!

AVANT-PROPOS

Proférer la violence, c'est prononcer un anathème
(Martin, Fichelet et Fichelet, 1977, p. 296).

Ce projet de mémoire s'inscrit dans une réflexion éthique¹ plus large en regard de l'intervention avec un homme auteur de violences conjugales. Le sujet de l'intervention m'interpelle, car je peux m'identifier consciemment à lui en tant qu'humain ayant la capacité destructrice d'exercer des violences, en tant qu'homme partiellement modelé par sa socialisation, et en tant que citoyen soucieux du respect de son intégrité. Ce sujet m'intéresse particulièrement, car je ne désire pas que mon rôle professionnel auprès de lui participe à l'opprobre social qui peut l'affliger et décupler le drame existentiel à la source de ses violences. Si, comme lui, j'étais happé par un tel état de déréliction, je souhaiterais que la société me regarde au lieu de me dévisager, me soutienne au lieu de me délaisser. Enfin, ce sujet m'interpelle, car l'intervention avec un auteur de violences conjugales est elle-même traversée par un manque de reconnaissance et de crédibilité sociales. Les violences révoltent. Naturellement. Or, sauf exception, je doute que la répression soit l'unique moyen d'atténuer des violences (vouloir les éliminer serait violemment utopique)². Je crains qu'elle prenne en otage l'auteur de violences conjugales dans l'indignité et l'emprisonne finalement dans ses violences. Dans ce

¹ L'éthique en intervention dans le champ du travail social avec un auteur de violences conjugales amène à réfléchir sur « la difficile recherche de l'équilibre entre d'une part, la transformation des rapports sociaux par la promotion de l'égalité, de la solidarité et de la justice sociale et, d'autre part, la régulation opérée par le système de lois et de politiques sociales actuelles [...] qui visent à assurer le bien-être général de la population, la cohésion sociale et le respect inconditionnel de toutes les personnes dans leurs relations entre elles et avec leur environnement » (Gonin et Jouthe, 2013, p.72).

² « Selon Durkheim, la sanction sociale, dans ses multiples gradations et formes, ne vise pas à réformer les codes moraux des individus qui commettent des actes blâmables ou criminalisés (populations problématiques), ni non plus à dissuader les populations qui sont considérées comme particulièrement prédisposées à transgresser les règles sociales (groupe à risque). La sanction sociale viserait, paradoxalement, surtout la majorité 'saine et normale' de la population. [...] Dans les termes de Durkheim : 'le châtement est surtout destiné à des honnêtes gens; puisqu'il sert à guérir des blessures faites aux sentiments collectifs' » (Otero, 2013, p.359).

contexte, me servir du travail social pour interroger le traitement réservé à un auteur de violences conjugales me semble judicieux, puisque le fondement de cette discipline (ou de cette profession) est de se remettre elle-même en question (Karsz, 2011).

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
AVANT-PROPOS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3
1. Violences conjugales.....	3
1.1. Définition	4
1.1.1. Formes de violences conjugales	6
1.1.2. Répercussions.....	7
1.2. Auteur de violences conjugales.....	8
1.2.1. Caractéristiques structurelles.....	8
1.2.2. Caractéristiques interpersonnelles.....	9
1.2.3. Motifs des violences.....	10
1.3. Enjeux et obstacles en intervention avec un auteur de violences conjugales.....	10
1.4. Abandon de traitement	12
1.5. Alliance thérapeutique	13
1.5.1. Composantes de l'alliance thérapeutique et bris possibles à celles-ci ..	14
1.5.2. Pertinence de l'alliance thérapeutique individuelle avec un auteur de violences conjugales	18
1.5.3. Caractéristiques d'un auteur de violences conjugales qui ont une incidence sur l'alliance thérapeutique individuelle	19
1.5.4. Caractéristiques de l'intervention avec un auteur de violences conjugales qui ont une incidence sur l'alliance thérapeutique individuelle	20
1.6. Objectifs et question de recherche	22

CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE	24
2. Violences dans l'intervention avec un auteur de violences conjugales.....	24
2.1. Notions de transfert, contre-transfert et résonance pour comprendre les motifs possibles de violences dans le contenu de l'alliance thérapeutique individuelle	26
2.2. Motifs possibles de violences du travailleur social dans l'alliance thérapeutique individuelle	28
2.2.1. Relation contre-transférentielle	28
2.2.2. Contre-transfert et transfert du travailleur social, non élaborés en supervision ou en psychothérapie, et défaut de préoccupation soignante primaire.....	29
2.3. Figures des violences dans l'alliance thérapeutique individuelle provoquées par un contre-transfert ou un transfert du travailleur social.....	32
2.4. Pertinence de ce mémoire en travail social	36
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	38
3.1. Type de recherche	38
3.2. Personnes participantes à la recherche	39
3.2.1. Critères d'inclusion	39
3.2.2. Recrutement	39
3.2.3. Présentation des personnes participantes	40
3.3. Méthode de collecte des données	41
3.4. Déroulement des entretiens	42
3.5. Grille d'entretien	43
3.6. Méthode d'analyse des données.....	44
3.7. Considérations éthiques	45
CHAPITRE IV DESCRIPTION DES RÉSULTATS.....	47
4.1. Expériences de l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales.....	47
4.2. Moyens favorisant une alliance de qualité	48

4.3. Bris d'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales	55
4.3.1. Motif des bris d'alliance.....	57
4.3.2. Prévention des bris d'alliance thérapeutique.....	62
4.4. Violences dans l'alliance thérapeutique commises envers un auteur de violences conjugales : un bri spécifique à l'alliance thérapeutique?	64
4.4.1. Formes des violences	65
4.4.2. Motifs des violences.....	68
4.4.3. Prévention des violences	71
CHAPITRE V DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	74
5.1. Liens entre bris d'alliance thérapeutique et violences contre-transférentielles	75
5.1.1. Bris d'alliance thérapeutique contrastés avec les violences contre-transférentielles	76
5.1.2. Motifs des bris d'alliance thérapeutique contrastés avec les motifs des violences contre-transférentielles.....	80
5.2. Prévention des bris d'alliance thérapeutique et des violences contre-transférentielles	82
5.3. Spécificités des violences contre-transférentielles commises envers un auteur de violences conjugales	85
5.4. Réflexivité des personnes participantes au sujet de la présente recherche	87
5.5. Limites de la recherche	90
CONCLUSION	93
ANNEXE A GRILLE D'ENTRETIEN.....	96
GRILLE D'ENTRETIEN	97
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	99
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	100
BIBLIOGRAPHIE	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 3. 1 Profil sociodémographique des personnes participantes	41

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative et exploratoire s'intéresse à l'alliance thérapeutique qu'une personne intervenante développe avec un auteur de violences conjugales. Cette alliance est réfléchié sous l'angle des violences contre-transférentielles. L'alliance thérapeutique est cruciale dans un contexte de demande d'aide souvent non-volontaire dans lequel se cumulent diverses tensions interpersonnelles qui peuvent compromettre le processus de changement vers la diminution des violences de son auteur tout en favorisant l'apparition chez la personne intervenante de violences contre-transférentielles contre son destinataire d'intervention. Sept entretiens semi-directifs avec des personnes intervenantes ont permis de documenter comment des violences contre-transférentielles envers un auteur de violences conjugales s'insinuent dans l'intervention et causent des bris d'alliance thérapeutique. Les propos des personnes participantes ont permis de décrire et de comprendre les motifs de ces violences contre-transférentielles ainsi que les moyens pour les prévenir ou les récupérer afin de restaurer l'alliance thérapeutique. À l'aide d'une approche compréhensive, les personnes participantes, toutes courageusement intègres, ont été invitées à dévoiler leurs zones sombres. Leurs propos s'accordent avec la littérature sur les violences contre-transférentielles. Ces violences sont principalement de la distance affective et du jugement, avec pour motif principal une mentalisation insuffisante des contre-transferts de la personne intervenante générés dans l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales. Les moyens identifiés par les personnes participantes pour prévenir ces violences sont donc l'identification et la gestion des contre-transferts que suscite le lien affectif dans l'alliance thérapeutique. En guise de conclusion, les personnes participantes en particulier et les personnes intervenantes en général, travailleuses sociales ou non, peuvent éviter ou atténuer leurs violences contre-transférentielles en développant davantage leur intégrité (ouverture à soi) et leur authenticité (ouverture à l'autre), afin de se connecter réellement à l'humanité qui les relie aux auteurs de violences conjugales.

MOTS-CLÉS : Intervention, alliance thérapeutique, auteur de violences conjugales, contre-transfert, violences contre-transférentielles.

INTRODUCTION

Les violences conjugales occasionnent de plus ou moins graves répercussions dans la société et imposent souvent une manière d'intervenir basée sur le contrôle social et la sécurité publique. Dans ce contexte et suivant la lecture des violences (violences expressives ou violences instrumentales) sur laquelle elle s'appuie, l'intervention avec un auteur³ de violences conjugales peut devenir paradoxale et controversée, portant en elle à la fois une dimension clinique visant l'autodétermination de l'individu et une dimension sociopolitique visant la coercition.

Idéalement, intervenir avec un auteur de violences conjugales nécessite de tenir compte de ses motivations particulières, jumelées à ses caractéristiques personnelles, interpersonnelles et structurelles complexes. Pour ce faire, l'enjeu principal est de créer en intervention une alliance thérapeutique avec lui, ce qui permettra de s'atteler à des tâches spécifiques pour remplir des objectifs communs. Cette alliance, fluctuante et plus ou moins solide, atténuerait les effets délétères du contexte de demande d'aide souvent non-volontaire et diminuerait les comportements de violences. L'importance d'entrer dans le monde d'un auteur de violences conjugales et de comprendre sa perspective de la réalité permet de créer un sentiment primordial d'acceptation et de confiance favorisant l'ouverture au changement personnel et social. Sans cet intérêt marqué à l'univers de l'autre et sans tenir compte de son rythme de transformation, les premiers soubresauts d'une certaine coercition envers l'auteur de violences conjugales risquent d'apparaître et non loin de là les premiers bris d'alliance thérapeutique, d'où l'importance de réfléchir sur cette problématique, l'alliance thérapeutique et ses bris possibles avec un auteur de violences conjugales, grâce à un cadre théorique qui

³ Pour l'alléger, le texte est écrit au masculin. Par ailleurs, le texte focalise sur les hommes auteurs de violences conjugales, c'est pourquoi le terme « auteur » reste au masculin. Or, la capacité de destruction est universelle, elle n'a pas de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, de classe, de race ou de culture (Dutton, 1996; 2006).

focalise sur les violences contre-transférentielles de la personne intervenante. En plus de faciliter la compréhension de la problématique, ce cadre théorique tracera le chemin vers l'analyse qualitative des données. Ainsi, une méthodologie qui préconise une approche compréhensive favorisera une collecte des données dans un climat d'ouverture et de sécurité, nécessaire à l'éthique exigée par une telle démarche. Les résultats des entretiens effectués avec les personnes participantes, elles-mêmes intervenantes, donneront un regard varié et nuancé sur l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales et les violences contre-transférentielles que celle-ci peut contenir. Enfin, la discussion des résultats finalisera le mémoire en faisant le pont avec les objectifs initiaux de la recherche.

CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE

1. VIOLENCES CONJUGALES

La violence conjugale⁴ est une problématique sociale à la jonction poreuse de la sphère publique et de la sphère privée, dont les formes, les motifs et les répercussions sont complexes. Au début des années soixante-dix, pour que les violences conjugales cessent d'être taboues et soient enfin reconnues comme une préoccupation sociale et politique majeure, le mouvement de libération des femmes en a fait une problématique très intimement liée aux inégalités de pouvoir entre les sexes (Lessard et al., 2015; Turcotte, 2003). Symbole de la reconnaissance portée à la cause des femmes, la première entreprise d'intervention avec des auteurs de violences conjugales s'est limitée à les criminaliser et à les sanctionner. En complément de l'accompagnement psychosocial des victimes et de la judiciarisation des auteurs de violences conjugales, l'intervention auprès de ces derniers consistait en la rééducation, fonctionnaliste par nature, une forme supplémentaire de contrôle social (Turcotte, 2003, 2012). Parallèlement au développement de l'intervention psychosociale avec l'auteur de violences conjugales dans les années quatre-vingt-dix, le besoin s'est fait sentir de développer des bases communes entre les différents acteurs travaillant à contrer cette problématique sociale, et ce, dans tous les secteurs de l'intervention. En 1995, la première politique gouvernementale en matière d'intervention en violence conjugale, qui comprenait notamment une définition du problème, voyait le jour.

⁴ Le mot « violence » sera généralement au pluriel dans le texte pour mettre l'accent sur sa complexité. En effet, « violences » au pluriel souligne qu'elles sont multiples et multidimensionnelles, améliorant ainsi la réflexion, l'analyse et l'intervention (Lessard et al., 2015).

1.1. Définition

Outre cette prise de position politique concernant la violence conjugale, laquelle s'accompagne d'une définition partagée du problème, les définitions théoriques et méthodologiques de celle-ci prolifèrent, suscitant polémiques et confusions⁵. Chaque courant de pensée présente la définition qu'il en retient et son contexte d'apparition, selon sa vision du monde, ses valeurs et sa conception socio-historique de l'intervention avec un auteur de violences conjugales (Bélanger, 2003; 2005; Chamberland, 2003; Dutton, 2006; Gosselin, Lafontaine, Bélanger, 2005; Kaminski, 2009; Kuenzli-Monard, 2001; Lessard et al., 2015; Stark, 2006). La définition officielle est la suivante :

La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle » (Gouvernement du Québec, 1995, p. 23). Elle peut être vécue dans une relation conjugale formelle ou informelle à tous les âges de la vie incluant la période post-séparation (Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence faite aux femmes et aux enfants, 2017, p. 2).

Les stratégies subtiles, mais répétées, de contrôle coercitif constituent un indicateur plus fiable de la présence d'une dynamique de violences conjugales que la simple mesure des comportements violents, parce que ces stratégies ont, avec le temps, un effet cumulatif néfaste sur les victimes et contribuent au maintien d'un rapport de pouvoir asymétrique (Stark, 2014). Ces stratégies peuvent être utilisées pendant la relation conjugale ou après la séparation des partenaires. Elles peuvent inclure des violences physiques, mais elles prennent plus souvent la forme de violences psychologiques, classées dans deux principales catégories (Stark, 2014).

⁵ Les définitions des violences conjugales utilisées dans le présent mémoire sont appuyées scientifiquement. Ont été omises ici les définitions basées uniquement sur la pratique de l'intervention.

Premièrement, « la coercition implique l'usage de la force ou de menaces pour forcer ou empêcher une réaction particulière chez une personne » (Stark, 2014, p. 40), pour créer la peur et la dépendance de la victime envers l'auteur de violences. Ses manifestations incluent : l'agression répétée, l'intimidation, le dénigrement, le harcèlement, la surveillance, les menaces et l'humiliation (Stark, 2014). Deuxièmement, les « tactiques de contrôle sont destinées à forcer l'obéissance » (Stark, 2014, p. 44) en privant l'autre de ressources ou en imposant ses propres choix. Ses manifestations comprennent : l'isolement, la privation, l'indifférence, l'exploitation, l'imposition de règles, l'utilisation des enfants. Plusieurs nécessités fondamentales peuvent être contrôlées comme « l'argent, la nourriture, le logement, le transport, les rapports sexuels, le sommeil, l'hygiène, l'accès aux soins de santé » (Stark, 2014, p. 46). Un auteur de violences conjugales peut imposer des règles à sa partenaire « [...] sur la manière de montrer ses émotions, de s'habiller, de se coiffer, nettoyer, cuisiner et discipliner leurs enfants » (Stark, 2014, p. 46); et il tend à changer souvent les règles pour maintenir le contrôle.

Il existe d'autres actes de violences pouvant être commis envers un partenaire intime sans qu'ils s'inscrivent dans une dynamique de contrôle coercitif (CRI-VIFF (2017); Johnson, 2008; 2014). Ces actes violents, prenant forme dans une diversité de contextes conjugaux, familiaux et culturels, s'expliquent également par différents facteurs individuels, interpersonnels et sociaux. L'étude de ces différentes dynamiques devrait être effectuée dans une perspective de compréhension des distinctions entre ces violences et le contrôle coercitif (CRI-VIFF, 2017).

Les violences conjugales se distinguent des conflits, de la colère et de l'agressivité. Les conflits sont plutôt des divergences de croyances et de valeurs entre des individus, mais dans lesquels la peur n'est pas centrale. La résolution d'un conflit n'est pas la victoire ou la domination de l'un sur l'autre. La colère est une émotion qui sert à l'affirmation de soi, sans qu'elle ne débouche nécessairement sur des violences. Enfin, l'agressivité

est une énergie fondamentale servant à la survie, qui peut être constructive quand elle sert de défense. Elle devient destructrice et violente quand elle est offensive et prédatrice (Paradis, 2012).

Les violences situationnelles peuvent aussi se distinguer des violences conjugales. Dans les premières, l'enjeu n'est pas de dominer l'autre, mais d'avoir du pouvoir sur la situation. Ainsi, l'intention est de gagner sur le sujet du conflit. En outre, les violences situationnelles seraient moins planifiées que les violences conjugales. Enfin, les impacts sont souvent mineurs, la peur ne prend pas le dessus et la liberté de s'exprimer existe entre conjoints (Paradis, 2012). La frontière est ténue entre violences situationnelles et violences conjugales. Sa délimitation dépend de ses enjeux épistémologiques, politiques et idéologiques.

En résumé, les violences conjugales, en plus de se caractériser par des prises de contrôle et d'être actionnelles, instrumentales, offensives et prédatrices, consistent aussi en des pertes de contrôle, réactionnelles, impulsives, expressives, défensives et auto-préservatrices lorsque des conflits non résolus perdurent et s'aggravent avec le temps. (Chamberland, 2003; Dutton, 2006; Kaminski, 2009; Murphy et Eckhardt, 2005). Quel que soit leur degré d'instrumentalité, les violences porteraient un sens et exprimeraient, de manière plus ou moins consciente, volontaire et planifiée le vécu, les besoins et les désirs de son auteur (Fortin, 2016). Les violences se caractérisent par une multitude de comportements et d'attitudes aux formes variées.

1.1.1. Formes de violences conjugales

Les violences physiques sont parmi les plus visibles et les plus rapportées; elles peuvent atteindre l'intégrité physique et occasionner des blessures corporelles plus ou moins graves. Les violences verbales, quant à elles, se caractérisent par des cris, insultes, sarcasmes, humiliations et menaces. Les violences psychologiques (ou violences émotionnelles), plus insidieuses, s'expriment par des attitudes et des gestes plus ou

moins subtils, voire imperceptibles, qui touchent l'individu, parfois à son insu, dans son intégrité psychique. Jalousie et méfiance excessives, abus de pouvoir, regards, gestes, silences peuvent contenir des violences dont le but pour son auteur est d'utiliser de stratégies pour contrôler l'autre dans ses perceptions, ses affects ou pour le contraindre à répondre à ses besoins ou désirs. Les violences psychologiques incluent aussi la négligence, l'indifférence et le rejet des besoins de l'autre. Méconnues, les violences spirituelles touchent spécifiquement les croyances profondes, en tentant de les contrôler, de les dominer. Les violences sexuelles, plus taboues, peuvent aller des regards insistants et dégradants au harcèlement et aux viols. Enfin, les violences économiques, courantes, mais mésestimées, servent à contrôler les ressources financières et matérielles, allant jusqu'à instaurer la dépendance (À cœur d'homme, 2015; Ministère de la Justice, 2017; Gouvernement du Québec, 2012-2017). Dans ces violences conjugales, certaines formes sont subtiles et invisibles, car elles ne sont ni physiques, ni sévères, ni graves. À long terme, les répercussions de ces violences peuvent cependant être tout aussi nuisibles (Chamberland, 2003).

1.1.2. Répercussions

Les violences conjugales sont les violences les plus répandues dans le monde; leurs répercussions sociales et humaines sont diverses et considérables (Lessard et al., 2015). Qu'elles soient physiques ou psychologiques, elles peuvent générer des émotions douloureuses (peur et insécurité), nuire à l'intégrité psychologique (perte d'estime et de confiance en soi) et au développement personnel, relationnel et social des femmes et des hommes qui en sont victimes et des enfants qui y sont exposés. Elles peuvent désorganiser le système conjugal ou familial et aliéner les rapports entre ses membres, les éloigner les uns des autres (Chamberland, 2003). Les transgressions physiques, psychiques, émotionnelles, voire sexuelles, spirituelles et économiques se vivent de manière très intime, selon les limites, très subjectives, tracées entre ce qui se qualifie de violent ou non violent (Chamberland, 2003). Un auteur de violences conjugales

n'est pas épargné par ses propres violences, qui peuvent miner sa dignité et occasionner de réelles blessures psychiques (détresse, souffrance, honte et culpabilité) (Vézina, 2012).

En résumé, il est difficile de délimiter rigoureusement les caractéristiques des violences, de les recenser et de comprendre toute la complexité de leurs fonctions (Lavergne et Perdoncin, 2010). La frontière est floue entre les différentes définitions des violences : un type de violences n'en exclut pas nécessairement un autre. Les violences peuvent être à la fois et toutes en même temps physiques et psychologiques, offensives et défensives, bénignes et graves et commises par des hommes et des femmes, dans des proportions différentes selon la gravité des violences, et ce, même si la littérature scientifique porte principalement sur l'homme auteur de violences conjugales.

1.2. Auteur de violences conjugales

Un auteur de violences conjugales présente différentes caractéristiques qui sont propres à son histoire personnelle, sociale et culturelle. Il est toutefois possible de faire ressortir des points communs à l'ensemble des expériences cognitives, affectives, relationnelles et sociales de celui-ci. Se pencher ici sur l'homme auteur de violences conjugales repose principalement sur deux raisons : d'une part, les écrits foisonnent en ce qui concerne ce dernier et d'autre part, ce qui est non négligeable, l'échantillonnage de ce projet de mémoire concernera les personnes intervenantes (travailleuses sociales ou non) qui travaillent avec un destinataire d'intervention, masculin la plupart du temps.

1.2.1. Caractéristiques structurelles

Un contexte socioéconomique désavantageux, l'incorporation de messages sociaux et culturels liés au genre et à la violence depuis presque les débuts de l'humanité jusqu'à

aujourd'hui, ainsi que des traumatismes liés à des maltraitances et négligences infantiles contribuent à l'apparition de violences (Murphy et Eckhardt, 2005; Chamberland, 2003). La socialisation masculine peut opprimer des hommes et les confiner « dans des rôles la plupart du temps inhumains, antisociaux et autodestructeurs » (Turcotte, 2008, p. 10) favorisant l'apparition de conduites violentes hétérodestructrices (Turcotte, 2008).

1.2.2. Caractéristiques interpersonnelles

Malgré des différences interpersonnelles complexes sur les motifs conduisant aux abus, les auteurs de violences conjugales ont des similarités cognitives, affectives et relationnelles-comportementales (Murphy et Eckhardt, 2005). Sur le plan cognitif, un auteur de violences conjugales peut adopter, à travers des expériences relationnelles et des messages sociaux, des croyances rigides, absolutistes, irrationnelles, arbitraires et standardisées qui justifient, banalisent ses violences et le disculpent de celles-ci (Murphy et Eckhardt, 2005). D'un point de vue affectif, une colère mal gérée et de l'hostilité détermineraient fortement les violences. La fragilité émotionnelle (mauvaise estime de soi et peur de l'abandon) et une hypersensibilité jumelées aux éventuels troubles de santé mentale et de personnalité compliquent la régulation des émotions (Murphy et Eckhardt, 2005). Sur le plan relationnel-comportemental, la violence permet de gérer la distance relationnelle pour mieux vivre avec les émotions que suscite l'intimité (Murphy et Eckhardt, 2005). Ces caractéristiques, cognitives et affectives, s'exacerbent avec les enjeux relationnels-comportementaux. La détresse émotive et la frustration relationnelle, la fréquence et l'intensité des conflits conjugaux peuvent générer de l'impuissance qui se traduit par la prise de contrôle sur la relation, elle-même embourbée dans un style interactionnel hyperréactif basé sur l'hostilité et le blâme mutuel. Les violences sont ainsi l'expression illégitime de revendications légitimes (Murphy et Eckhardt, 2005).

1.2.3. Motifs des violences

Plusieurs courants explicatifs permettent de mieux comprendre les motifs des violences. La théorie de la frustration-agression voit la violence comme le résultat d'une mauvaise gestion d'émotions négatives (peur, colère) qui, suffisamment accumulées, pousseraient aux comportements violents (Windstok, 2013). La théorie de l'apprentissage social conçoit les violences comme le résultat d'un apprentissage acquis par la socialisation. Or, l'apprentissage social a tendance à comprendre l'agression comme une réaction à un événement extérieur qu'il s'agit de corriger de manière comportementale, mais néglige l'univers intérieur que l'individu se crée devant ce qu'il vit en contact avec l'extérieur (Dutton, 2006). Les motifs des violences semblent plus complexes et reposer sur une combinaison de facteurs sociaux, interpersonnels et individuels (Dutton, 2006; Lessard et al., 2015; Murphy et Eckhardt, 2005).

Un auteur de violences conjugales a une reconnaissance minime de ses difficultés et une connaissance psychoémotive de lui-même très limitée. Il peine à sentir, à comprendre et à assumer sa détresse (Bélanger, 2012 ; Dutton, 2006; Turcotte, 2012), qu'il charge sa conjointe de soulager par les violences (Dutton, 2006). Les violences lui permettent donc de changer l'autre pour éviter d'avoir à changer lui-même, de faire porter la souffrance à l'extérieur de lui pour éviter d'avoir à la vivre (Dutton, 2006). C'est la découverte de cet univers inconnu qui peut guider l'intervention avec un auteur de violences conjugales.

1.3. Enjeux et obstacles en intervention avec un auteur de violences conjugales

Initialement, l'intervention avec un auteur de violences conjugales n'a pas été pensée en fonction de sa détresse et de ses besoins, mais en fonction de la personne subissant sa violence (Dutton, 2006). Ainsi, une mission politique et sociale peut encore aujourd'hui s'infiltrer dans des mandats d'aide (Bélanger, 2007; Jacquier Erard, 2016)

et faire pencher l'intervention davantage vers le contrôle social et la sécurité publique que vers l'épanouissement personnel et relationnel (Bélanger, 2007; Dutton, 2006). Le désir de prévention, s'il s'installe dans une logique de répression, diffère des exigences que l'intervention aménage pour de meilleurs résultats. La prise de risque peut avoir des effets moins nocifs que la gestion du risque à teneur répressive, dans la mesure où le lien de confiance entre auteur de violences et travailleur social pourrait éviter de précipiter la crise dans l'urgence. Des pulsions trop réprimées en intervention risqueraient d'exploser à retardement avec plus de vigueur (Lynes, 2003; Bélanger, 2003).

Le mandat d'aide doit être clairement séparé du mandat légal de répression. L'intervention en travail social, faut-il le souligner, jouxte deux réalités s'interpénétrant. D'une part, elle fait appel à la vigilance du travailleur social, qui lui-même doit respecter des règles déontologiques propres à son ordre professionnel et des politiques gouvernementales présentes socialement, soit un travail de contrôle social et d'autre part, un travail de transformation sociale. Pour cette raison, l'intervention avec un auteur de violences conjugales devrait s'amorcer en complément de la machine judiciaire, afin que le travailleur social puisse occuper bien davantage son rôle d'agent de transformation sociale face aux violences que celui d'agent de contrôle social, ce dernier étant déjà occupé par l'appareil judiciaire. Un véritable mandat d'aide doit permettre au travailleur social de se fier sur son expérience clinique et son jugement professionnel pour ajuster l'intervention. Cette posture clinique lui assure la liberté d'esprit nécessaire à son travail, en gérant le risque pour la sécurité des individus de façon éthique plutôt qu'uniquement légaliste (Bélanger, 1996, 2005, 2007; Hamel, 2005; Murphy et Eckhardt, 2005; Philippe, 2002).

À ces tensions éthiques, institutionnelles, politiques, voire idéologiques, s'ajoutent des enjeux sociaux, liés à la socialisation masculine. Les exigences de la masculinité divergent des exigences de l'intervention qui demande de se montrer vulnérable,

d'admettre ses échecs, de se dévoiler, d'être introspectif, d'abandonner le contrôle et la coercition. Pour gagner la confiance d'un homme qui a des dynamiques de violences conjugales et obtenir l'ouverture au changement, il doit sentir qu'il a du pouvoir et de la liberté dans sa démarche (Turcotte, 2008). Le fait de se sentir respecté dans son rythme, ses besoins et ses ressources permet finalement d'atténuer des résistances plutôt psychologiques et relationnelles en lien avec les expériences passées dans la famille d'origine (Bélanger, 2005).

La violence conjugale s'exprime d'abord dans un contexte d'intimité, un contexte propice à la mise à nu des difficultés personnelles et relationnelles associées à des carences affectives, des traumatismes psychologiques, des vulnérabilités narcissiques qui réfèrent à des expériences vécues dans le tout premier contexte d'intimité qu'est la famille d'origine (Bélanger, 2005, p.153).

Ce contexte d'intimité est aussi celui qu'installe l'intervention et qui peut être vécu par un auteur de violences conjugales comme une violente intrusion (Bélanger, 2005), cause d'attrition en intervention.

1.4. Abandon de traitement

L'abandon diminuerait avec des approches qui favorisent une alliance thérapeutique et la cohésion dans les groupes de thérapie. L'alliance protège de l'aversion à l'autorité, surtout chez un auteur de violences conjugales judiciairisé et non volontaire (Murphy et Eckhardt, 2005). L'obligation de consulter, mandatée par la Chambre criminelle et pénale, et le dédale des démarches judiciaires augmenteraient le taux d'attrition, même si pour certains, ces contingences deviennent un motivateur extrinsèque, de peur des sanctions légales (Fortin, 2016). Cependant, indépendamment des raisons qui motivent une personne à demeurer dans un programme, cela ne signifie pas pour autant qu'elle change, et ce, même si le changement est souvent complexe à mesurer, ou qu'elle assume la responsabilité de ses actes (Jacquier Erard, 2016). Bien que l'alliance thérapeutique ait le pouvoir de baisser le taux d'attrition et réduire les comportements

violents (Day, Chung, O'Leary et Carson, 2009; Jacquier Erard, 2016), il n'est pas encore possible d'établir un lien causal clair entre l'alliance thérapeutique et ses effets positifs (Jacquier Erard, 2016). Ces travaux montrent l'importance de l'alliance thérapeutique comme élément incontournable pouvant apprivoiser certains hommes dans leur difficulté à accorder du pouvoir à une personne en position d'autorité de peur d'être abusé par elle.

1.5. Alliance thérapeutique

Aider une personne, c'est nouer avec elle une relation de respect et de confiance, condition qui lui permet de vivre avec dignité, et ce, toute orientation théorique confondue (Bogo, 2006; Delisle, 2001; Gambrill, 2013; Gelso, 2011; Hefez, 2010; Hochman, 2012; Kadushin, 1990; Miller, Duncan, Hubble, 2001). Cette relation de confiance permet l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire un dispositif d'intervention mis en place par un travailleur social, conjointement avec un destinataire d'intervention (Delisle, 2001; Meissner, 2006). Cette alliance thérapeutique permet un espace relationnel de travail intégré dans un cadre éthique de collaboration où s'articulent des manières précises de se conduire et où se conjuguent avec justesse plusieurs dimensions : autorité, responsabilité, empathie, croyance, autonomie, initiative, liberté, neutralité et abstinence (Meissner, 2006). Cette alliance sert à établir une complicité dans la tâche et à orienter un travail commun de co-construction de sens de la réalité du destinataire d'intervention (Delisle, 2001). La démarche consiste à s'effacer devant l'autre, à le laisser répondre à ses questionnements et à accepter ses zones de mystères, ainsi qu'à lui donner l'occasion de se trouver dans une quête de sens qui, bien qu'individualisée, demeure ouverte à la modification (Boutanquoi, 2004).

1.5.1. Composantes de l'alliance thérapeutique et bris possibles à celles-ci

L'alliance thérapeutique peut se diviser en trois composantes interreliées, chacune servant les deux autres et réciproquement. La première est le lien affectif, qui repose sur la confiance, le respect, et la compréhension, qui se crée par l'association et l'engagement mutuel d'un travailleur social et d'un destinataire d'intervention dans un travail commun (Bordin, 1994). La deuxième composante porte sur les objectifs qui solidifient le lien à mesure qu'ils sont définis avec et pour le destinataire d'intervention. Enfin, les tâches ou activités, troisième composante, vont permettre d'atteindre les objectifs. Celles-ci doivent être adaptées aux besoins du destinataire d'intervention et à ses capacités; il doit se sentir à l'aise avec elles. Selon l'agencement de ces trois composantes, l'alliance peut être fortifiée ou affaiblie⁶, car le lien affectif en intervention est lié à la manière dont s'agencent, en collaboration avec le destinataire d'intervention, les objectifs et les tâches (Bordin, 1994). Le lien affectif est priorisé sur les tâches et les objectifs avec le destinataire d'intervention méfiant. Il a besoin de bâtir une solide confiance avec son travailleur social pour entreprendre le travail clinique. Le fait de mettre trop d'emphase sur les objectifs et les tâches peut nuire à une telle confiance (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005). Dans ce mémoire, la composante du lien affectif va être priorisée sur celles des objectifs et des tâches.

L'alliance thérapeutique repose sur deux dimensions : le contenu et l'interpersonnel. Les composantes tripartites de l'alliance thérapeutique telles que présentées ci-dessus

⁶ Un désaccord sur les objectifs pour le destinataire d'intervention pourrait être le besoin impératif de se sentir mieux rapidement, alors que le travailleur social vise, pour celui-ci, le travail de réflexivité afin d'atteindre, à défaut d'une libération immédiate, une plus grande capacité de bien-être à long terme. Les désaccords sur les tâches pourraient être que le destinataire d'intervention n'est pas prêt à comprendre ce qu'il vit pour effectuer des changements, alors que le travailleur social l'y incite. Enfin, une tension dans le lien affectif pourrait être que le destinataire d'intervention se sent infantilisé et contrôlé. Ses trois dimensions sont interconnectées. Un travailleur social qui n'arrive pas à mener les tâches d'intervention et à répondre aux objectifs peut susciter méfiance, celle-ci pouvant nuire à la collaboration de travail sur les tâches et objectifs (Safran, Muran, Samstag, Stevens, 2002).

s'intègrent à la dimension du contenu de l'alliance. La dimension interpersonnelle, pour sa part, se subdivise en quatre composantes : l'alliance individuelle, l'alliance sous-systémique, l'alliance avec les systèmes entiers et l'alliance intrasystémique (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005). L'alliance thérapeutique devient un phénomène ne se limitant pas à deux individus, mais englobant, sous les appellations système du travailleur social et système du destinataire d'intervention, plusieurs alliances entre plusieurs individus plus ou moins interreliés.

L'alliance individuelle est la relation directe entre le système « travailleur social » et le système « destinataire d'intervention » (par exemple, entre le travailleur social et son destinataire d'intervention). L'alliance sous-systémique (plus ou moins indirecte) se forme entre le système « travailleur social », incluant certains sous-systèmes (c'est-à-dire certains partenaires jumelés à lui dans ses diverses tâches) et le système « destinataire d'intervention » et certains sous-systèmes (c'est-à-dire certaines personnes concernées par l'intervention). L'alliance avec les systèmes entiers repose sur les alliances entre tous les systèmes du travailleur social et du destinataire d'intervention, mais de manière élargie, comprenant toutes les personnes avec qui ils peuvent être en lien, indépendamment du contexte d'intervention. Enfin, l'alliance intrasystémique se construit entre les sous-systèmes d'un même système (par exemple le travailleur social avec son superviseur ou le destinataire d'intervention avec ses parents) (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005). Ces quatre dimensions réunies forment l'alliance interpersonnelle totale, laquelle est déterminée plus ou moins par certaines composantes.

Dans l'alliance individuelle, le destinataire d'intervention considère son travailleur social comme son allié et non pas comme l'allié des autres membres de ses sous-systèmes ou de ceux de son travailleur social. Le contexte d'intervention influence donc le type d'alliance (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005). En matière d'intervention avec un auteur de violences conjugales, il semble judicieux de privilégier le profil

individuel, car sa méfiance généralisée risque de favoriser d'éventuels bris d'alliance. Dans la présente recherche, il sera principalement question du contenu de l'alliance individuelle, une des composantes de la dimension interpersonnelle de l'alliance thérapeutique et très brièvement de la composante intrasystémique.

La qualité de l'alliance thérapeutique individuelle fluctue; l'alliance peut se rompre et se restaurer⁷. Les bris convenablement restaurés peuvent renforcer le contenu de l'alliance et apporter de meilleurs résultats en intervention (une plus grande adéquation entre lien affectif, objectifs et tâches). Ces ruptures peuvent survenir à n'importe quel moment, elles varient en fréquence, en intensité et en durée, peu importe l'intention et l'expertise du travailleur social. Les contributions précises au bris d'alliance venant du travailleur social ou du destinataire d'intervention dépendent de la particularité de chaque rupture. Le bris dépend de l'interprétation négative que fait le destinataire d'intervention du comportement de son travailleur social. L'important n'est donc pas de vouloir les éviter, mais de les repérer quand ils surgissent pour mieux les récupérer. (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

Les bris au contenu de l'alliance thérapeutique individuelle se divisent en trois dimensions : des désaccords sur les objectifs d'intervention, des désaccords sur les tâches et des tensions dans le lien affectif (Safran, Muran, Samstag, Stevens, 2002). Les bris au contenu de l'alliance sont multiples : l'expression directe ou indirecte d'un sentiment négatif ou d'hostilité; la complaisance, soit l'acceptation inconditionnelle des objectifs et des tâches proposées par le travailleur social, par peur du conflit ou du rejet par exemple; les manœuvres d'évitement qui se caractérisent par des mises en

⁷ Notons que la qualité et les effets de l'alliance sur le destinataire d'intervention dépendent des modèles de thérapie. Les thérapies cognitivo-comportementales, par exemple, demandent une participation accrue du travailleur social, ce qui peut donner l'impression au destinataire d'intervention d'être envahi et inadéquat. Les approches plutôt psychodynamiques, qui se caractérisent par le retrait du travailleur social, peuvent, quant à elles, donner l'impression au destinataire d'intervention d'être délaissé (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

échec des tâches ou des objectifs donnés (ignorer le travailleur social par exemple); les opérations de rehaussement de l'estime de soi qui traduisent une défense à la dévalorisation, telles que se présenter seulement sous un bon jour en dévaluant directement le travailleur social; la non-réponse à une intervention, telle que le refus de collaborer aux tâches préalablement acceptées (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

Les avenues possibles pour restaurer les bris au contenu de l'alliance thérapeutique individuelle reposent principalement sur la métacommunication. Le travailleur social peut : leur porter attention et les nommer; avoir conscience de ses propres émotions, ce qui permet d'évaluer la qualité du lien affectif et de ne pas les utiliser subtilement contre le destinataire d'intervention (analyse du contretransfert); accepter l'importance de reconnaître son rôle dans le bris d'alliance ou dans la perpétuation de celui-ci afin de passer d'une confrontation à une dynamique de collaboration; manifester de l'empathie pour l'expérience du destinataire d'intervention pour l'aider à s'explorer, à identifier ce qu'il vit et à l'exprimer en toute confiance; porter attention au sentiment de dévalorisation ressenti par le destinataire d'intervention qui peut se voir comme l'unique source du problème dans le bris d'alliance et maintenir la condition d'observateur du destinataire d'intervention pour que cela ne soit pas uniquement le travailleur social qui prenne en charge le processus de métacommunication (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

En conclusion de cette section, retenons que tout au long du processus d'intervention, un dialogue ouvert sur le lien affectif, les objectifs et les tâches permet d'aider le destinataire d'intervention à apprivoiser un processus d'affirmation de lui-même, à négocier une collaboration tout en étant attentif aux bris qui mettent l'alliance en tension. Cette attention portée à l'alliance thérapeutique amène au travailleur social considération et compétence du point de vue du destinataire d'intervention, de même

que contrôle et pouvoir sur le plan de l'intervention (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

1.5.2. Pertinence de l'alliance thérapeutique individuelle avec un auteur de violences conjugales

Malgré la crainte qu'il suscite⁸, un auteur de violences conjugales mérite et nécessite lui aussi une alliance thérapeutique individuelle à l'intérieur d'un espace d'intervention accueillant, sécuritaire et confidentiel qui soit favorable à l'émergence de sa parole et de sa voix pour qu'elle soit écoutée et entendue (Bélanger, 2005; Brodsky, 2011; Dulac, 1997, 1999; Dutton, 2006, 2007; Lindsay, Turcotte, Montminy et Roy, 2006; Lynes; 2006; Murphy et Eckhardt, 2005; Turcotte, 2003, 2012). Ces conditions favorisent un lien d'intimité (Bélanger, 2005).

L'alliance thérapeutique individuelle avec un auteur de violences conjugales – qui favorise, par ailleurs, la cohésion dans un groupe de thérapie – est le plus important facteur de changement (Dutton, 2006, 2007; Roy et al., 2013) qui l'engage plus solidement dans sa démarche (Roy et al., 2013). L'alliance thérapeutique individuelle se forge grâce à la confiance et au respect inconditionnel que le travailleur social et les membres d'un groupe se témoignent. Elle suscite des interactions qui permettent de favoriser l'alliance intrasystémique par l'identification du destinataire d'intervention aux autres membres du groupe, le développement d'un sentiment d'universalité et la sortie de l'isolement (Roy et al., 2013). Un auteur de violences conjugales éprouve le

⁸ En intervention avec un auteur de violences conjugales, devant son hostilité, il s'agit d'accepter qu'il puisse agresser, car tenter de le calmer serait perçu comme du contrôle et pourrait exacerber l'agressivité. Le défi, pour un travailleur social, est d'accepter cette position de vulnérabilité et d'impuissance, car l'espoir qu'un passage à l'acte n'arrive pas insufflerait à l'auteur de violences conjugales confiance et apaisement. Comme il peut vivre de telles situations dans sa relation de couple, il s'agit de créer une expérience dans l'intervention qui lui permette (comme au travailleur social) d'affronter une réalité (inconfortable, dérangeante) sans s'attendre à ce qu'elle soit différente. Il s'agit donc de régler le conflit et surtout de s'en libérer, au lieu de l'attiser par la méfiance et la réprimande (Philippe, 2001).

besoin de sentir que son travailleur social est respectueux, humain, impliqué et professionnel, ainsi que capable à la fois de soutien et de confrontation, de l'accompagner sans le contrôler (Roy et al., 2013). La création d'une alliance thérapeutique individuelle focalisée sur la motivation d'un auteur de violences conjugales, jumelée avec une bonne adéquation entre ses attentes, ses objectifs et les activités du programme d'intervention augmentent les chances de ne pas abandonner (Brodeur, 2006).

1.5.3. Caractéristiques d'un auteur de violences conjugales qui ont une incidence sur l'alliance thérapeutique individuelle

Généralement, la principale préoccupation pour un auteur de violences conjugales non volontaire et obligé de suivre une thérapie est de se soustraire aux contraintes légales qui lui sont imposées et non de travailler à changer des comportements ou à se remettre en question. Admettre sa violence favoriserait le processus thérapeutique et l'engagement à la démarche. Cependant, ce déni du destinataire d'intervention dans la reconnaissance des dynamiques de violences conjugales qu'il instaure ne doit pas être une barrière à l'intégration aux services, car le déni peut se travailler grâce à l'alliance thérapeutique et il devient alors l'un des objectifs d'intervention. L'important est de trouver une motivation intrinsèque, quelle qu'elle soit (Fortin, 2016). La contrainte ne favorise donc pas la démarche thérapeutique, mais ne lui nuit pas nécessairement non plus (Fortin, 2016). Pour certains auteurs de violences conjugales, la judiciarisation permet un début de prise de conscience (Vézina, 2012).

L'alliance thérapeutique individuelle se veut fragile et menaçante pour un auteur de violences conjugales, car celle-ci provoque une réminiscence de son histoire relationnelle plus ou moins marquée par l'abus, la transgression, la trahison (Corbeil, 1999; Dutton, 2006, 2007; Meissner, 2007; Sonkin, 2007; Thomas, 2002). Demander de l'aide en contexte de judiciarisation et parler de soi à un inconnu, de surcroît à un

individu chargé d'un rôle (symbolique ou non) d'autorité (perçu ou réel) est honteux et anxiogène, surtout pour un homme socialisé à l'invulnérabilité (Hamel, 2005, 2013; Meissner, 2007; Turcotte, 2012). Beaucoup minimisent leurs violences et n'assument guère leur responsabilité. Ils se protègent ainsi de sentiments de honte, de culpabilité, de la crainte d'être blâmés, ce qui nuit aux objectifs d'intervention (Hamel, 2005). Une attitude hostile et abusive de la part du travailleur social briserait le dialogue et confirmerait à l'auteur de violences conjugales l'utilité de la coercition dans les relations humaines (Murphy et Baxter, 1997, dans Turcotte, 2012). L'alliance thérapeutique individuelle dépend de l'accord d'un auteur de violences conjugales de céder au travailleur social une autorité, dont le caractère est d'être copartagé (Dutton, 2006). En revanche, la relation de confiance au détriment de l'authenticité ne garantit pas le succès de l'intervention. La méfiance peut aussi servir l'alliance dans un contexte de contrainte (Schrod, 2004).

1.5.4. Caractéristiques de l'intervention avec un auteur de violences conjugales qui ont une incidence sur l'alliance thérapeutique individuelle

L'alliance thérapeutique individuelle doit composer avec une grande méfiance et une grande résistance au changement de la part d'un auteur de violences conjugales, surtout dans le contexte de sa demande souvent non volontaire (Murphy et Eckhardt, 2005; Sonkin, 2007). Pour réduire ses résistances, il s'agit de rappeler que le cadre de travail est de l'aider à changer selon ses besoins, et non de le contrôler, en confirmant que le contexte de sa demande d'aide est difficile. Le processus thérapeutique, souvent vécu comme quelque chose d'étrange et d'inquiétant, doit être vulgarisé : la confidentialité est garantie, la peur de parler est reconnue et normalisée, l'expression est valorisée, car libératrice, et le jugement et le blâme sont proscrits. Il doit être informé que la thérapie peut l'aider à se prémunir d'utiliser ou de subir des violences, à mieux vivre avec ses difficultés, à avoir des relations plus satisfaisantes, sachant que celles-ci sont ardues et que les autres n'agissent pas toujours selon ses propres désirs ou besoins. L'important

en intervention est de ne pas s'opposer à un auteur de violences conjugales, mais d'adopter sa perspective et d'être centré sur ses préoccupations, ses difficultés, ses motivations aux violences et ce qu'il vit par rapport à celles-ci (Murphy et Eckhardt, 2005). Il est à noter que les hommes en général ont besoin d'un cadre clair et solide, assurant la crédibilité du travailleur social (Tremblay et L'heureux, 2002); une bonne ligne directrice minimise les passages à l'acte (Dutton, 2006).

Plus un travailleur social comprend et sent ce qu'un auteur de violences conjugales vit, plus il peut développer avec et pour lui des objectifs et des tâches justes et réalistes qui amélioreront leur qualité relationnelle et augmenteront sa participation au travail clinique. Ainsi, dans le cas d'intervention de groupe, les rencontres individuelles préliminaires qui sauront créer une alliance forte augmenteront les chances de succès dans le groupe (Murphy et Eckhardt, 2005). Il s'agit tout d'abord d'instaurer la motivation au changement en réduisant l'ambivalence à l'égard d'un auteur de violences conjugales et en trouvant un terrain d'entente concernant les tâches à se donner, travailleur social et destinataire d'intervention, pour atteindre les objectifs de changement. Deuxièmement, il s'agit de commencer à créer une compréhension partagée du problème afin de débiter un changement dans les comportements d'un auteur de violences conjugales et de stabiliser les facteurs aggravants de vie parfois chaotiques. Troisièmement, il faut encourager chez un auteur de violences conjugales des changements au niveau des cognitions et des comportements qui promeuvent des alternatives au contrôle et à la coercition dans les relations. Quatrièmement, un travail plus en profondeur avec un auteur de violences conjugales permet de déceler les motifs des comportements et de consolider une sécurité intérieure afin de prévenir les comportements violents (Murphy et Eckhardt, 2005). La technique de la confrontation est donc inutile, voire nuisible à un auteur de violences conjugales et à la relation, tant et aussi longtemps qu'il n'est pas attentif à ce qu'il vit (Hamel, 2005; Murphy et Eckhardt, 2005; Sonkin, 2007).

Il est ainsi constaté que les études portant sur l'alliance thérapeutique individuelle avec un auteur de violences conjugales focalisent davantage sur les caractéristiques de l'intervention qui favorisent cette alliance avec lui que sur celles qui nuisent à celle-ci. Il est donc intéressant de se questionner sur les caractéristiques qui font obstacle à l'alliance thérapeutique individuelle en explorant si ces dernières peuvent relever d'une quelconque forme de violences. En outre, il est à se demander si les violences s'insinuent plus facilement dans l'intervention avec un auteur des violences conjugales.

1.6. Objectifs et question de recherche

Par conséquent, l'objectif général de la recherche est de mieux décrire et comprendre les bris d'alliance thérapeutique individuelle. Plus spécifiquement, parmi ceux-ci, il s'agit d'explorer si de possibles violences envers un auteur de violences conjugales ont lieu en intervention et ce, afin de récupérer les ruptures d'alliance et permettre l'entièreté de la démarche thérapeutique avec lui (laquelle vise, faut-il le rappeler, à enrayer les violences conjugales et non à les perpétuer).

La question de recherche se lit comme suit : des violences contre-transférentielles envers un auteur de violences conjugales s'insinuent-elles dans l'intervention, causant des ruptures dans l'alliance thérapeutique ?

Les trois objectifs spécifiques sont de décrire et de comprendre à partir des propos des personnes intervenantes qui travaillent avec un auteur de violences conjugales :

- 1) Les bris d'alliance thérapeutique individuelle, plus particulièrement les formes de violences contre-transférentielles envers un auteur des violences conjugales nuisant à son contenu (établissement du lien affectif, des objectifs et des tâches);
- 2) Les motifs de ces violences contre-transférentielles;

- 3) Les moyens de prévenir ou de récupérer ces violences contre-transférentielles pour restaurer l'alliance thérapeutique.

CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE

2. VIOLENCES DANS L'INTERVENTION AVEC UN AUTEUR DE VIOLENCES CONJUGALES

Les violences sont inhérentes à la vie sociale et culturelle et au champ de l'intervention en travail social (Bouchereau, 2012; Ciccone, 2014; Malherbe, 2003; Paillard, 2014). Même une aide de suffisamment bonne qualité implique une violence et une souffrance, car elle s'immisce dans un corps psychique, physique ou social, elle s'ingère dans une identité, travaille avec des blessures affectives (Ciccone, 2014; Paillard, 2014). L'intervention est une opération intrusive et imposée sur une situation sociale jugée défaillante; sans être nécessairement aidante, cette intrusion a même la potentialité de faire violence au destinataire d'intervention⁹. Dans cette étude, l'intérêt n'est pas cette opération intrusive qu'est l'intervention proprement dite, mais ce qu'elle peut receler de violences, autrement dit « violences dans l'intervention » et non « violences de l'intervention » (Nélisse, 1992; Schrod, 2004)¹⁰.

En contexte d'intervention se trame une dépendance entre le travailleur social et le destinataire d'intervention. Cette relation est asymétrique et biaisée, « l'aidé, par définition, n'apporte rien, sinon ses besoins : il est défini par ce qui lui manque » (Bajoit, 2005, p. 120), alors que le travailleur social ne retire rien, directement, de l'aidé. Cette dépendance (très forte) caractéristique du destinataire d'intervention (et

⁹ Dans le présent texte, les termes « intervention » et « aide » sont interchangeables.

¹⁰ À ce propos, la « maltraitance en institution » se distingue de la « maltraitance institutionnelle », la première étant celle qui s'agit dans l'institution de manière interpersonnelle, la deuxième, celle d'une structure tout entière et de son organisation qui s'agit plutôt de façon impersonnelle (Blavoet et Crognier, 2009).

qui le définit par ailleurs) reste incomprise par la société qui tend à la percevoir comme illégitime.

Le demandeur d'aide doit reconnaître sa dépendance pour rentrer dans ce « faux échange » (Bajoit, 2005, p. 121), donc vivre une certaine humiliation et culpabilisation. Pour contrer la blessure à son intégrité, le destinataire d'intervention se doit de livrer à son travailleur social des résultats, comme le gain d'autonomie, donc la perte de cette dépendance qui le lie à lui. Pour le travailleur social, le pouvoir que sa fonction et la relation d'aide lui attribuent est source de culpabilité, de malaise, qui l'incite à rassurer le destinataire d'intervention sur sa propre valeur, son courage, ses droits et sa dignité (Bajoit, 2005).

Pour assumer ce malaise lié à leur relation de pouvoir et de dépendance, la nature asymétrique de la relation est souvent niée. Suivant le contexte de la demande, la détresse et l'urgence qu'il vit, le destinataire d'intervention doit savoir déjouer le système pour obtenir ce qu'il veut. De l'autre côté, le travailleur social doit détecter les éventuelles manipulations sous une apparente honnêteté (Bajoit, 2005). « La contradiction de base du travail social d'aujourd'hui est entre la volonté d'activation et le devoir de soupçon! » (Bajoit, 2005, p. 133).

Ce contexte met la table à la possibilité que des violences s'insèrent de façon insidieuse et de façon méconnaissable dans l'intervention, camouflées derrière l'intention très noble d'aider un destinataire d'intervention sans nécessairement tenir compte de ses besoins et désirs. Il est désormais utile de s'intéresser aux formes et aux motifs de ces violences dans l'intervention.

2.1. Notions de transfert, contre-transfert et résonnance pour comprendre les motifs possibles de violences dans le contenu de l'alliance thérapeutique individuelle

La problématique de ce projet a expliqué que l'une des trois composantes de la dimension du contenu de l'alliance thérapeutique est le lien affectif, c'est-à-dire une relation personnelle¹¹ qui se crée entre le travailleur social et le destinataire d'intervention. La relation personnelle se subdivise en deux sous-composantes : « realism », un terme anglais se rapprochant de lucidité (Gelso, 2011), traduit par « intégrité » (Delisle, 2001) et « genuineness », un terme anglais (Gelso, 2011) qui se traduit par « authenticité » (Delisle, 2001). L'intégrité est la capacité d'être en contact complet avec soi-même (Gelso, 2011; Delisle, 2001). L'authenticité¹², quant à elle, est la capacité de percevoir et d'expérimenter l'autre de façon lucide, et non pour ce que l'on souhaite qu'il soit. Cette relation personnelle ou lien affectif, dimension du contenu de l'alliance thérapeutique individuelle, est biaisée par un second type de relation, la relation transférentielle. Une relation personnelle – qui se vit dans l'ici et maintenant (Delisle, 2001) – devient transférentielle quand l'intégrité ou l'authenticité fait défaut¹³ (Gelso, 2011).

La relation transférentielle¹⁴ (ou virtuelle) symbolise une reproduction de l'histoire relationnelle du destinataire d'intervention, un témoignage inconscient de sa réalité

¹¹ La relation personnelle est aussi appelée « relation réelle » par opposition à « relation transférentielle » (Gelso, 2011), mais le mot « réel » est sujet à caution puisque la réalité est relative dans une perspective constructiviste (Gelso, 2011; Kuenzli-Monard, 2001).

¹² Notons que pour Kadushin (1990), l'intégrité (genuiness) est la capacité de vivre ce que l'on exprime, alors que l'authenticité (authenticity) est la capacité d'exprimer ce que l'on vit.

¹³ Pourtant, des sentiments et des pensées peuvent être authentiquement vécus et exprimés, mais trahir un transfert massif, n'appartenant pas à la relation réelle entre le travailleur social et le destinataire d'intervention. En outre, le monde interne peut être vécu avec intégrité, mais exprimé avec austérité, compliquant la co-construction de la relation réelle (Gelso, 2011).

¹⁴ À la différence de la perspective psychodynamique, la perspective humaniste voit la relation comme étant uniquement réelle, la relation transférentielle étant superflue (Gelso, 2011).

expérientielle et subjective, suscité par la polymorphie de son travailleur social (Gelso, 2011; Delisle, 2001). La manière singulière et détournée de voir et d'expérimenter le travailleur social révèle la personnalité du destinataire d'intervention et non celle du travailleur social (Gelso, 2011). Or, le transfert est un processus intersubjectif, une co-construction (Gelso, 2011; Delisle, 2001). Le travailleur social influence de manière inexorable le transfert qu'il provoque inévitablement ; une partie du transfert au contour ténu appartient au travailleur social (Gelso, 2011), faisant en sorte que le destinataire d'intervention peut ainsi déclencher, sans en être conscient, le contre-transfert du travailleur social, sans pour autant endosser ses réactions, c'est-à-dire l'expression des empreintes du vécu passé et présent du travailleur social (Gelso, 2011).

Le transfert comme transmission du vécu du destinataire d'intervention sur le travailleur social, qui le vit de l'intérieur et peut y répondre par un contre-transfert dans certaines occasions, se rapproche du concept de résonance. La résonance est l'articulation dynamique et circulaire des transferts et des contre-transferts (Hefez, 2010). Pour le travailleur social, sa résonance (ou résonance contre-transférentielle, pour la formuler ainsi) peut devenir un outil de compréhension du destinataire d'intervention, mais aussi de la dynamique relationnelle qui se joue avec lui¹⁵ (Hefez, 2010; Schrod, 2004), permettant ainsi au travailleur social « d'agir sur ce qui agit sur lui » (Elkaïm, 2009, p. 41) et d'éviter de se complaire, malgré lui et son destinataire d'intervention, dans des résistances mutuelles (Elkaïm, 2009).

Une élaboration du contre-transfert du travailleur social est garante d'une prise de contact avec soi et avec l'autre, d'une révélation sur soi et sur l'autre (Ciccone, 2014). Les résonances sont l'expression d'une identification réussie avec le destinataire

¹⁵ « Ce que nous vivons avec l'autre ne concerne pas seulement quelque chose qui est lié à notre histoire, mais que cette dernière, simplement, nous sensibilise » (Elkaïm, 2009, p. 30). En outre, « [...] un élément lié à l'histoire de l'un ne s'amplifie que dans un contexte où cette amplification a une fonction pour l'autre » (Elkaïm, 2004, p. 147).

d'intervention qui exprime l'universel derrière le particulier (Hefez, 2010; Schrod, 2004). La résonance est une ouverture à soi et à l'autre, suspendue de tout jugement et de toute interprétation.

2.2. Motifs possibles de violences du travailleur social dans l'alliance thérapeutique individuelle

2.2.1. Relation contre-transférentielle

Cette ouverture peut devenir inquiétante (Hefez, 2010), surtout dans la relation avec un destinataire d'intervention dont l'altérité est extrême et les actes odieux (Canino, 2008). La catégorisation et la distance du travailleur social envers son destinataire d'intervention permettent de se défendre de la relation, quand ce qu'il y a d'universel à tout être humain est trop difficile à concevoir, à reconnaître et à admettre (Canino, 2008). Les réactions (ou résonances) contre-transférentielles suscitées par des récits d'horreur peuvent contenir une violente indignation (Canino, 2008, Green, 2005).

Ce genre d'étiquetage dont la fonction est de se distancier de l'autre dans la relation contre-transférentielle ou de résonance est violent. En effet, le refus du travailleur social de livrer, à travers la résonance, une part de sa subjectivité au destinataire d'intervention qui est aussi marginale que celle de ce dernier, préférant se réfugier derrière une apparente normalité et éviter de bousculer ses propres convictions (Bouchereau, 2012), est une violence.

L'analyse de son contre-transfert permet au travailleur social de trouver l'équilibre entre la « loi du Talion » et la « mansuétude compréhensive » pour éviter de cliver le destinataire d'intervention (Green, 2005, p. XII). « Il faut pouvoir faire *le grand écart* entre l'identification à l'agresseur et l'identification à la victime » (Berger, 2001, p. 7). Cette forme d'emprise partagée, vécue à travers la relation transférentielle, a du sens

pour les deux et permet au travailleur social de se défendre de la relation à l'autre, de se protéger de ce qu'elle révèle de ses manques et de ses lacunes (Schrod, 2004). Même si « [...] le transfert est une violence, dans la mesure où l'autre est pris pour ce qu'il n'est pas [...] la violence inévitable du transfert n'excuse pas la violence réelle, et évitable, inutile, de l'analyste » (Ciccone, 2014, p. 69). L'important est d'être là en présence du destinataire d'intervention et de le découvrir avec un regard neuf et personnel, à chaque nouvelle rencontre comme pour la première fois (Ciccone, 2014).

2.2.2. Contre-transfert et transfert du travailleur social, non élaborés en supervision ou en psychothérapie, et défaut de préoccupation soignante primaire

Les violences contre-transférentielles du travailleur social seraient l'expression bien présente et actuelle des violences enfouies dans son histoire personnelle, suscitées par le transfert du destinataire d'intervention. Elles pourraient contribuer à faire émerger chez le destinataire d'intervention des violences transférentielles, qui agissent dans le présent et l'actuel sur le travailleur social. Il s'agirait d'un déclencheur transférentiel des violences, qui n'appartient pas à la relation immédiate, mais qui agit concrètement dans cette dernière.

La rencontre avec certains destinataires d'intervention peut déclencher une forte charge affective contre-transférentielle chez le travailleur social et l'inciter aisément à adopter des comportements et des attitudes néfastes envers eux. La haine du travailleur social envers son destinataire d'intervention est inévitable, aussi fort soit l'affection qu'il peut lui porter (Ciccone, 2014). Cette haine, éprouvée par le travailleur social et suscitée par son destinataire d'intervention et par la relation qu'ils tissent entre eux, n'aboutit pas en violences contre-transférentielles si elle est clairement reconnue et élaborée (Ciccone, 2014; Schrod, 2004).

De plus, comme une mère envers son enfant, le travailleur social doit pouvoir tolérer d'être haï par son destinataire d'intervention, en toute impuissance et surtout sans s'en

prendre à lui. L'intervention évite ainsi de servir de défouloir au travailleur social sur le compte de son destinataire d'intervention (Winnicott, 1969).

Toutes ces formes de violence [du soignant] plus ou moins déguisées [...] sont toujours au bout du compte des aménagements d'un contre-transfert non élaboré [...] face à la violence que font vivre les patients et leurs pathologies, et relativement à l'attente qu'ont les soignants, tout comme les institutions ou le social, vis-à-vis des patients (Ciccone, intro, 2014, p. 3).

Par ailleurs, le transfert (la souffrance personnelle de l'intervenant) non élaboré en thérapie (et non le contre-transfert provoqué par le transfert du destinataire d'intervention) chez le travailleur social, qui vient de son besoin réel de soigner, probablement issu du besoin de réparer sa propre histoire infantile, peut amener des violences. Le destinataire d'intervention sert alors à son insu les intérêts du travailleur social ; il est, malgré lui, investi d'un univers, celui du travailleur social, qui ne lui appartient pas et qui lui fait obstacle. Il n'est finalement pas aidé pour ce qu'il est, mais pour ce qu'il représente aux yeux du travailleur social. L'intention de réparation devient destructive. Cette mise en scène d'une expérience douloureuse force le destinataire d'intervention à tenir un rôle de travailleur social qui ne lui appartient pas¹⁶. Pour que le destinataire d'intervention puisse se comprendre lui-même et comprendre l'autre, il faut qu'il puisse s'identifier à un travailleur social qui se comprend avec intégrité et qui comprend le destinataire d'intervention avec authenticité de façon à ce que ce dernier puisse lier son expérience à celle du travailleur social, sans toutefois avoir l'impression d'assimiler une expérience travestie de lui-même (Ciccone, 2014).

Les violences des affects sont donc mobilisées dans et par l'intervention (Ciccone, 2014). Les affects de haine, de culpabilité et de honte apparaissent « dans tout soin qui

¹⁶ Historiquement, dans la littérature, la notion de transfert est généralement associée aux résonances que vit le destinataire d'intervention et la notion de contre-transfert aux résonances que vit le travailleur social. Cependant, lorsque les rôles s'inversent en intervention, le travailleur social peut vivre des transferts et le destinataire d'intervention des contre-transferts (Delisle, 2001).

confronte à l'impuissance et au désespoir, ce qui peut conduire les soignants à des positions hostiles à l'égard du patient » (Ciccone, 2014, p. 61). L'idéal du moi et l'idéal professionnel du travailleur social peuvent être affectés par sa difficulté à accepter l'altérité du destinataire de l'intervention et susciter chez lui du dégoût (Ciccone, 2014). La haine insuffisamment élaborée s'immisce sous d'apparentes bonnes intentions, liées plutôt au besoin du travailleur social qu'à celui du destinataire d'intervention (Ciccone, 2014). L'intervention met en contact avec des émotions violentes qu'il s'agit de réguler pour qu'elles n'affectent pas le destinataire d'intervention (Ciccone, 2014). « Les pratiques dans lesquelles on se sent impuissant ou marginalisé sont des pratiques coupables, devant son surmoi, et honteuses, devant son idéal » (Ciccone, 2014, p. 62). Ces émotions non élaborées attisent pour le travailleur social l'impression d'être illégitime et inadéquat et débouchent sur la haine (Ciccone, 2014; Winnicott, 1969).

Il semble donc que les violences dans l'intervention prennent leur origine dans un défaut de préoccupation soignante primaire. La préoccupation soignante primaire est un concept emprunté à Winnicott (1956) en référence à la qualité de la sensibilité de la mère pour son enfant. Cette forme de négligence à l'autre, à première vue banale, peut occasionner de grandes violences telles que le gel des affects, la non-écoute et la rétorsion (Ciccone, 2014) qui seront entre autres abordées ci-dessous.

La violence peut se tapir dans une relation affective personnelle faussée par une relation contre-transférentielle ou transférentielle non élaborée en supervision ou en thérapie (manque de reconnaissance par le travailleur social de ses propres transferts ou contre-transferts). Le manque d'authenticité qui s'ensuivra de la part du travailleur social biaisera la compréhension développée dans le processus thérapeutique du destinataire d'intervention et contribuera à lui accoler une étiquette qui ne lui correspond pas, donc potentiellement porteuse de violences. Le manque d'intégrité du travailleur social privera le destinataire d'intervention d'une partie de ce dernier et suscitera chez lui un sentiment d'isolement. L'élaboration de la résonance évite d'attribuer à l'autre des

caractéristiques qui ne lui appartiennent pas, le percevant tel qu'il est, et permet de rester en contact avec soi, dans tous ses aspects, donc avec l'autre.

2.3. Figures des violences dans l'alliance thérapeutique individuelle provoquées par un contre-transfert ou un transfert du travailleur social

Le gel des affects de la part du travailleur social lui permet de se protéger psychologiquement de la souffrance vécue au contact de certains destinataires d'intervention dont les difficultés sont importantes ou dont les actes sont monstrueux. Cette rationalisation du travailleur social l'empêche d'entrer en contact avec la vie affective du destinataire d'intervention ainsi qu'avec sa construction du monde, privant ce dernier d'une réelle écoute (Canino, 2008; Ciccone, 2014; Gilgun, 2008; Rey Rinaldi, 2000).

À l'instar d'une attitude d'indifférence, les désirs et besoins du travailleur social non élaborés par lui en supervision ou en psychothérapie, comme on l'a vu plus haut, peuvent aussi générer une non-écoute (ou pseudo-écoute) négligeant l'identité du destinataire d'intervention, le privant d'un réel contact et lui évitant de se rapprocher de son expérience intime et émotionnelle. Cette non-écoute peut aussi aliéner le destinataire d'intervention en interprétant comme de l'hostilité de saines tentatives de s'affirmer. En éventuelle position d'expert, le travailleur social prétend connaître l'autre sans avoir à le consulter (Ciccone, 2014). Les violences commencent quand un savoir est appliqué sur l'autre, sans égard au savoir que cet autre transmet à soi (Ciccone, 2014). C'est « une sorte d'impérialisme épistémologique », une « objectification » de l'individu (Malherbe, 2003, p. 39). Pareille attitude peut causer l'échec de l'intervention, indûment attribuable au destinataire d'intervention (Ciccone, 2014; Paillard, 2014).

Ce manque d'analyse par le travailleur social de son propre transfert ou contre-transfert amène le destinataire d'intervention à réagir de la façon dont le travailleur social veut

qu'il réagisse, rassure le travailleur social sur la compréhension qu'il en a (Delisle, 2001) et le disculpe de son propre jugement et du manque d'écoute (Ciccone, 2014). En bout de ligne, le destinataire d'intervention peut s'isoler dans une culpabilité et séduit malgré lui par une demande toxique, exigeant implicitement qu'il s'occupe des besoins égotistes de son travailleur social (Ciccone, 2014).

L'intervention, la manipulation et la transgression se côtoient dangereusement (Ciccone, 2014). Une telle imposture (Bourgeault, 2003) dénaturerait le rapport qui s'installe entre le travailleur social et le destinataire d'intervention : la vision du monde et les nécessités du premier pouvant coloniser celles du deuxième. « Le devoir de servir l'autre succombe au droit de se servir de l'autre » (Bouchereau, 2012, p. 150). Or, « [il] est difficile, comme le dit Rosenfeld, de faire la différence entre des projections d'un patient et sa perception correcte des scories de l'attitude narcissique de l'analyste » (Ciccone, 2014, p. 64).

À la non-écoute peut s'ajouter la rétorsion qui se traduit par des interprétations ou des conceptualisations qui blâment, humilient, stigmatisent et qui trouvent leur justification dans le modèle d'intervention. « Ces réponses représentent autant d'agis contre-transférentiels, lorsqu'elles répondent avant tout à ce que le patient produit chez les soignants, et non pas aux besoins du patient » (Ciccone, 2014, p. 66).

L'idéologisation (ou fétichisation) du cadre d'intervention ou de la posture du travailleur social peut contribuer à violenter le destinataire d'intervention. L'expérience du destinataire d'intervention est obnubilée par une lecture théorique qui ne lui convient pas, qui le dissout dans des généralités, le prive d'un contact et d'une compréhension ajustés – la personne se sent disqualifiée et honteuse (Ciccone, 2014; Kuenzli-Monnard, 2001; Hefez, 2010). Le transfert du destinataire d'intervention peut être perçu ainsi par le travailleur social comme l'expression de son univers passé, alors

qu'il témoigne d'une défense contre le travailleur social dans le présent¹⁷ (Ciccone, 2014, Paillard, 2014). Le risque est alors de faire douter le destinataire d'intervention de son propre senti, de le disqualifier et de susciter la honte (Ciccone, 2014).

Cette (im)posture clinique (en faux self) du travailleur social est porteuse de violence : « la violence est alors théorisée, rationalisée, justifiée non par le modèle du soin, mais par l'idéologie du soin » (Ciccone, 2014, p.67), reléguant le destinataire d'intervention en seconde position, prétendant le connaître sans le consulter, en le théorisant (Ciccone, 2014; Giordano, 2009), ou encore en l'accablant d'une vérité (certes pertinente) qu'il n'est pas (encore) prêt à entendre – Delisle (2001) parlerait alors d'intégrisme ou d'excès d'intégrité (Giordano, 2009). En somme, ces violences symboliques (qui entravent le processus de symbolisation du destinataire d'intervention) éloignent de l'expérience du destinataire d'intervention, empêchent de le comprendre et privent la relation d'un contact intègre et authentique. « Le patient peut alors s'identifier à cet aspect mécanique et intellectuel afin de créer une complicité où la vie émotionnelle disparaît de la scène » (Ciccone, 2014, p. 66). L'idéologie de systèmes d'intervention permet de se protéger du doute et de l'insécurité. Le doute doit être réintroduit dans la pratique (Schrod, 2004).

« La collusion patient-soignant » (Ciccone, 2014, p. 70) sert à éviter le travail clinique pour ne pas toucher à certaines dimensions personnelles et relationnelles du destinataire d'intervention. Le danger est de créer une fausse complicité avec le destinataire d'intervention dans le but narcissique de s'approprier son intérêt et sa reconnaissance et ainsi de se réparer en intervention au lieu de répondre aux besoins du destinataire d'intervention.

¹⁷ C'est un exemple de contre-transfert vécu par le destinataire d'intervention en réaction au transfert du travailleur social.

« Les désaccordages, les dysrythmies dans le lien thérapeutique » (Ciccone, 2014, p. 70) viennent de toutes ces interventions qui ne concordent pas avec le besoin du destinataire d'intervention (silence trop long, interprétation inadéquate ou décision hâtive). Certains destinataires d'intervention sont conscients des contre-transferts du travailleur social. Ils repèrent les moments où le contact est affecté ou carrément rompu. Le fait de ne pas reconnaître ces bris de contact et les attribuer au destinataire d'intervention serait une violence (Ciccone, 2014, Paillard, 2014).

L'exposition aux violences vécues par le destinataire d'intervention provoque une attitude contre-défensive, suscitant une peur (d'être inadéquat, négligeant), confrontant le travailleur social à ses propres tabous, à son propre potentiel de violences occasionnant des conduites de non-respect et de disqualification et faisant verser l'intervention dans une lecture unidimensionnelle pour « échapper à la complexité et surtout à l'ambiguïté » (Schrod, 2004, p. 326). Adopter une attitude de fatalité (dramatiser) devant la gravité de la situation ou nier cette gravité (banaliser) est plus rassurant pour le travailleur social, car, dans un cas comme dans l'autre, il se fait croire que l'intervention devient superflue (Schrod, 2004).

Globalement, l'intervention devient violente quand elle réduit le destinataire d'intervention à un objet privé de parole, de liberté de penser et de vivre dans toute son humanité. Elle crée une dépendance au lieu d'une autodétermination (Malherbe, 2003). Ces diverses figures de violences privent le destinataire d'intervention d'un contact réparateur (Ciccone, 2014).

Distinguer derrière chacune de ces figures de violences la proportion transférentielle de la contre-transférentielle, autrement dit distinguer ce qui appartient à l'histoire singulière du travailleur social ou du destinataire d'intervention de ce qui appartient à la relation thérapeutique dans les violences agies, n'est pas évident. Elles confrontent le travailleur social à sa propre responsabilité devant les actes de violence qu'il peut utiliser, sans toutefois négliger la facilité avec laquelle ces mêmes actes de violences

sont suscités par des agirs (violents ou non) historiquement situés chez le destinataire d'intervention.

2.4. Pertinence de ce mémoire en travail social

Une telle étude sur l'intervention avec un destinataire d'intervention auteur de violences conjugales trouve à la fois sa pertinence dans la rareté de son objet de recherche (Brodeur, Lesieux, Rinfret-Raynor et Pépin-Gagné, 2014) et dans l'originalité de sa perspective théorique : les violences transférentielles et contre-transférentielles. Ces violences semblent se défilier de la recherche sur l'intervention en travail social, qui plus est lorsque celle-ci touche à un auteur de violences conjugales. D'un point de vue éthique, les violences transférentielles et contre-transférentielles devraient être davantage scrutées, puisque ses conséquences s'apparentent à celles qu'elles condamnent et qu'elles veulent éliminer : les violences conjugales.

Cette recherche peut être utile en aidant, à travers celle-ci, le travailleur social à être plus conscient des enjeux transférentiels et contre-transférentiels dans l'intervention¹⁸. Permettre au travailleur social de reconnaître ouvertement qu'il pourrait faire preuve de violences contre-transférentielles pourrait l'aider à développer son intégrité et son authenticité, nécessaires à l'alliance thérapeutique et par conséquent à la prévention des violences. Aider l'auteur de violences conjugales à ne pas vivre des violences contre-transférentielles dans l'intervention permettrait donc de l'aider à développer une relation différente de celle qu'il peut vivre dans sa relation de couple, l'aider à se sentir

¹⁸ Par souci de clarté et pour éviter toute confusion, ce mémoire va dorénavant utiliser la notion de contre-transfert pour parler des résonances que vit le travailleur social et utiliser la notion de transfert pour parler des résonances que vit le destinataire d'intervention, tenant pour acquis que le contre-transfert du travailleur social peut également contenir une dimension personnelle, donc transférentielle.

mieux avec lui-même et indirectement à permettre aux personnes subissant ses violences de s'en libérer elles aussi.

Cette sensibilisation aux violences contre-transférentielles dans l'alliance thérapeutique pourrait aussi permettre au travailleur social d'être plus conscient de lui-même en réfléchissant plus ouvertement, dans un climat de respect et de confiance à son propre potentiel de violences dans l'alliance thérapeutique. Ultiment, cet exercice pourrait prévenir l'usure de compassion.

Enfin, la recherche implique de ne pas tirer de jugements moraux (Van Campenhoudt et Quivy, 2011) ; or, les violences impliquent nécessairement un jugement de valeur. La difficulté est donc de construire une recherche compréhensive sur les violences.

CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La présente méthodologie de recherche va successivement se pencher sur le type de recherche, les personnes participantes de la recherche, leurs critères d'inclusion, leur recrutement, la méthode de collecte des données, le déroulement des entretiens, la grille d'entrevue, la méthode d'analyse des données et, enfin, les considérations éthiques.

3.1. Type de recherche

La présente recherche s'affaire à décrire et à comprendre les bris d'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales¹⁹, principalement sous l'angle des violences contre-transférentielles commises à son endroit dans l'intervention, en interrogeant des personnes intervenantes avec lui. Bien que soucieuse de la réussite de ses propres finalités, la présente recherche considère également les effets qu'elle peut provoquer sur ses personnes participantes. Elle se veut éthique et génératrice de résultats qui puissent être bénéfiques pour ses acteurs (Anadon, 2006). L'adoption d'une approche compréhensive, par l'intermédiaire d'une recherche qualitative de type exploratoire, donne l'occasion à la personne participante d'exprimer sa voix tout en l'incluant dans une démarche réflexive, qui pourrait, par la même occasion, l'aider à dévoiler et prévenir les inconforts de la réflexivité issue de la recherche.

¹⁹ Il est à préciser que l'intervention psychosociale avec des auteurs de violences conjugales exclut de ce mémoire l'intervention policière et judiciaire, bien que celle-ci puisse affecter le mandat d'aide.

3.2. Personnes participantes à la recherche

Il incombe à la personne participante intervenant avec un auteur de violences conjugales de réfléchir sur son potentiel de perpétuation des violences dans l'alliance thérapeutique. Cet exercice de réflexivité devrait mieux prévenir des violences qui s'apparentent dans certaines de leurs répercussions à celles qu'elles sont supposées éliminer. La personne intervenante est donc la mieux placée, par son rôle, sa position et sa responsabilité sociale, pour s'interroger sur ce qu'elle peut induire en toute légitimité et avec les meilleures intentions.

3.2.1. Critères d'inclusion

Notre échantillon est composé de personnes intervenantes, travailleuses sociales ou non, faisant ou ayant fait partie d'un organisme spécialisé dans l'intervention avec des auteurs de violences conjugales. Nous avons favorisé le recrutement de travailleurs sociaux. Toutefois, comme nous étions dépendant de la bonne volonté des personnes de participer à la présente recherche, le type de profession exercée de notre échantillon est diversifié. Leur expérience dans le domaine est d'au minimum cinq ans, pour augmenter les chances de bénéficier d'une maturité professionnelle, d'une expérience appréciable et d'un recul sur celle-ci. Ces critères de base s'ajoutent idéalement à une diversité de caractéristiques – âge, culture, genre, situation personnelle (famille, couple, etc.) et surtout professionnelle (titre, formation initiale) – pouvant favoriser une collecte de données qualitatives contrastées (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

3.2.2. Recrutement

Nous avons recruté sept personnes participantes, spécialisées dans l'intervention avec des auteurs de violences conjugales, venant de cinq organismes membres du regroupement provincial à *cœur d'homme*, Réseau d'aide aux hommes pour une société

sans violence. Nous avons évidemment exclu tout professionnel issu de l'organisme dans lequel je travaillais au moment de la collecte des données, pour éviter tout biais dans la recherche et tout conflit d'intérêts.

Le recrutement de la personne participante a veillé à respecter certaines consignes : présentation claire des objectifs et des modalités de la recherche ; description détaillée des critères de sélection ; avertissement quant aux répercussions possibles (avantageuses ou non) sur la personne participante ou sur l'organisme. La présentation s'est faite par téléphone auprès des directeurs ou responsables cliniques de chaque organisme. Ensuite, un feuillet récapitulatif de la recherche et un formulaire de consentement leur ont été envoyés par courriel. Cette diligence a voulu d'entrée de jeu installer un climat de respect et de confiance.

Lorsqu'une personne participante potentielle nous contactait, son éligibilité était évaluée. Ensuite, nous examinions si elle acceptait que l'entrevue soit enregistrée. Un temps et un lieu de rencontre étaient alors choisis.

3.2.3. Présentation des personnes participantes

Au début des entretiens, nous avons recueilli chez la personne participante ses données sociodémographiques, afin d'en apprendre plus sur son histoire personnelle et professionnelle : genre, âge, diplômes obtenus, expériences professionnelles, etc. Le Tableau 3.1 ci-dessous donne une bonne vue d'ensemble. Il indique que sept personnes participantes ont été recrutées, cinq hommes et deux femmes. Leurs formations académiques respectives sont les suivantes : baccalauréats et maîtrises en travail social, en psychologie, en psychoéducation ou autre. Leurs titres sont : travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs et intervenants. Quatre d'entre eux détiennent un titre de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec. Leurs années d'expérience dans le domaine vont de quelques années à quelques décennies. Comme

l'échantillon ne comporte pas que des travailleurs sociaux, ces professionnels seront désignés comme des personnes intervenantes.

Tableau 3.1 Profil sociodémographique des personnes participantes

1. Sexe des personnes participantes	<ul style="list-style-type: none"> • hommes (n=5) • femmes (n=2)
2. Formations académiques	<ul style="list-style-type: none"> • maîtrises en travail social (n=3) • maîtrises en psychologie ou équivalent (n=2) • bacc. en psychoéducation (n=1) • bacc. connexe (n=1)
3. Titres	<ul style="list-style-type: none"> • travailleurs sociaux (n=3) • psychologues (n=1) • psychoéducateur (n=1) • intervenants (n=2) • psychothérapeutes (n=5)
4. Nombre d'années d'intervention avec des auteurs de violences conjugales	<ul style="list-style-type: none"> • plus de 20 ans (n=2) • entre 10 et 20 ans (n=4) • entre 5 et 10 ans (n=1)

3.3. Méthode de collecte des données

Des entrevues individuelles semi-structurées ont été proposées, celles-ci visant à donner suffisamment de place à la personne participante pour lui permettre un certain recul sur sa pratique afin qu'émerge une réflexion éthique et critique de l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales. Cette méthode de collecte d'informations convient à l'exploration des pratiques sociales, où s'expriment en toute liberté sa théorie du monde et le sens de ses expériences (Campenhout et Quivy, 2011). La forme semi-structurée nous a permis de saisir la richesse de l'expérience de la personne participante, tout en l'aidant à ne pas s'écarter de l'objet de recherche. L'objet de cette recherche invite à beaucoup d'empathie et de délicatesse (surtout avec la personne participante et intervenante, travailleuse sociale ou non, dont la fonction sociale est hautement valorisée) tout en gardant un cadre relativement serré et précis.

Sans atteindre la saturation théorique (Campenhoudt et Quivy, 2011), nous estimons que les données recueillies confirment la pertinence de notre objet de recherche, permettent une certaine représentativité théorique et révèlent un début non négligeable de réflexion.

3.4. Déroulement des entretiens

Avant les entretiens, nous avons effectué une entrevue préparatoire où notre directrice de mémoire nous a passé la grille d'entretien (annexe A) pour que nous puissions mieux nous connaître dans le rôle de personne participante à notre propre recherche et pour que nous puissions mieux articuler notre savoir sur notre objet de recherche. En outre, comme entraînement, voir à l'œuvre une chercheuse professionnelle a été une grande source d'inspiration. Enfin, nous avons expérimenté la grille d'entretien directement avec la première personne participante. À la suite de cette première rencontre, nous avons constaté la bonne qualité de la grille. Bien entendu, après chaque entrevue, notre posture s'est assouplie, nous permettant de rendre nos entrevues plus organiques à mesure que nous apprivoisons et intégrons notre questionnaire.

Au début des sept entretiens, d'une durée moyenne de 80 minutes (65 à 120 minutes), les objectifs et les modalités de la recherche (confidentialité, anonymat, sécurité des données, droit d'interrompre l'entrevue temporairement ou définitivement en tout temps) ainsi que les derniers commentaires et questionnements ont été passés en revue pour que le consentement soit le plus éclairé possible. À la fin des entrevues, une rétroaction a été proposée pour recueillir l'expérience des personnes participantes sur tout le processus (commentaires, critiques, suggestions, impressions), autant sur la forme que sur le fond. Leur expérience est globalement positive, profonde et enrichissante, bien que suscitant parfois du malaise.

L'important demeurait l'ouverture à entendre la voix de la personne participante sans qu'elle ne soit colonisée par la nôtre (Charmillot et Dailler, 2007). Comme nous avons

été plongés dans le même milieu qu'elle depuis longtemps, nous avons anticipé une certaine collusion avec elle. Cette collusion a pu éluder la possibilité de creuser davantage les propos qu'elle a avancés, et nous priver d'une description singulière et précise de sa réalité (Enosh, Ben-Ari et Buchbinder; 2008).

3.5. Grille d'entretien

Les violences contre-transférentielles de la personne participante dans l'alliance thérapeutique ont été abordées en se basant sur son expérience personnelle et professionnelle concernant les auteurs de violences conjugales qu'elle rencontre. Des questions ont permis d'entamer une réflexion à la fois personnelle et professionnelle portant autant sur son travail d'intervention avec un auteur de violences conjugales que sur sa relation aux violences exercées par ce dernier et ses propres potentialités de violences.

Comme le sujet des violences d'une personne intervenante est délicat et sensible et que nous avons dû créer nous aussi une certaine alliance dans l'entrevue de recherche, l'entretien a démarré de manière plutôt générale et impersonnelle avec des questions orientées sur leurs savoirs des violences conjugales et de l'intervention. Ensuite, nous nous sommes rapprochés d'elle et de sa propre expérience en lui demandant de nous faire partager quelles étaient ses difficultés et son expérience personnelle du contact avec un auteur de violences conjugales. Puis, nous sommes allés plus en profondeur dans le sujet de l'alliance thérapeutique en focalisant sur la manière dont elle peut la créer (si tel est le cas). Petit à petit, nous avons exploré les dimensions plutôt négatives de sa manière d'intervenir (la manière dont elle peut briser l'alliance thérapeutique ou affecter un auteur de violences conjugales). Finalement, nous en sommes arrivés aux violences contre-transférentielles éventuelles qu'elle peut reconnaître dans la pratique en général de l'intervention avec un auteur de violences conjugales et qu'elle peut, finalement, utiliser elle-même dans l'alliance thérapeutique avec celui-ci.

En résumé, une partie de la collecte des informations a permis de mettre la table à notre objet de recherche afin de créer suffisamment de confiance pour que la personne participante puisse finalement, à sa façon et plus ou moins ouvertement, rapidement et profondément, se dévoiler sur des dimensions moins gratifiantes, voire gênantes de sa manière d'intervenir. Ce souci éthique trouve son équilibre entre une double responsabilité du chercheur : colliger des données et prendre en compte l'humanité de la personne participante. Cette tension entre rapport instrumental et bienveillance méthodologique avec la personne participante s'est régulée en restant transparent sur la nature du lien que nous avons développé avec elle : une relation méthodologique et non, justement, une alliance thérapeutique. Par exemple, notre écoute n'a pas pu être la même que celle envers un destinataire d'intervention : nous avons dû nous en tenir à nos objectifs de recherche. Le recueil du témoignage de la personne participante doit demeurer une fin en soi et non devenir un moyen pour atteindre d'autres objectifs que ceux de la recherche (Wadbled, 2018).

3.6. Méthode d'analyse des données

L'analyse d'un entretien inclut l'influence sur celle-ci du cadre théorique utilisé, le genre de questions proposées et la relation d'échange tissée avec l'interlocuteur. Ne pas considérer ces facteurs d'influence serait faire preuve d'une grande naïveté épistémologique (Campenhoudt et Quivy, 2011).

L'analyse espère trouver un sens latent non exprimé directement par les mots. Il semble que le rôle de l'analyse soit de voir et non uniquement de regarder, d'entendre et non uniquement d'écouter, pour qu'enfin la parole exprime une voix (Paillé, 2008). Pour ce faire, une retranscription intégrale (contenu et contenant), une lecture flottante et des écoutes multiples alimentées de beaucoup de prises de notes ont été élaborées pour en retirer des unités globales de sens (Campenhoudt et Quivy, 2011). Nous avons érigé une grille de codification relativement souple avec les premières entrevues que nous

avons peaufinée par la suite pour accueillir les unités de sens pertinentes, mais inédites. Une analyse structurale a été utilisée, celle-ci pensant la thématique de l'entrevue non pas en termes de fréquence, mais en termes d'ordre d'idées (Campenhoudt et Quivy, 2011), pour voir les liens de sens manifestes autant que latents qui s'y retrouvent en associant des idées (posture interprétative amenée dans la partie discussion). Tout ce processus s'est fait sous la supervision et l'appui de notre directrice de mémoire.

Le contenu des entrevues réalisées avec les personnes intervenantes a été effectué avec des analyses verticales de l'expérience personnelle et professionnelle de chacune avec un auteur des violences conjugales, de leur vécu en lien avec cette recherche. Des analyses transversales ont ensuite été réalisées pour comparer les expériences de chacune des personnes intervenantes entre elles. La représentativité théorique du contenu des témoignages des personnes participantes à l'étude est assurée par le principe de saturation théorique, c'est-à-dire que la collecte de nouvelles données cesse lorsqu'aucun nouveau contenu significativement différent n'apparaît (Paillé et Muchielli, 2012). La saturation théorique quant aux figures des violences contre-transférentielles dans l'alliance thérapeutique n'a pas pu avoir lieu, sept personnes intervenantes seulement ayant été interrogées en regard de l'objet de recherche.

3.7. Considérations éthiques

La principale préoccupation éthique est de pouvoir rendre la recherche utile pour le participant et l'auteur des violences conjugales. La recherche se veut un exercice de réflexivité permettant à la personne participante de mieux appréhender des violences subtiles et involontaires. Si la recherche peut permettre à la personne participante, voire au lecteur de ce mémoire, de mieux intervenir ou d'en profiter pour faire cette réflexivité critique de la pratique, elle aura rempli de loin ses attentes. En outre, si la recherche peut utiliser à son avantage son propre potentiel autocritique en cours de processus, en apportant l'empathie et la compréhension nécessaires à une telle prise de

conscience réflexive chez la personne participante de la recherche, elle pourrait peut-être arriver à mieux approfondir ce sujet délicat en appréhendant et minimisant les inconforts associés à celui-ci.

Avant le recrutement et la conduite des entretiens de recherche à proprement parler, nous avons obtenu le certificat éthique exigé par l'UQAM. Bien entendu, les règles habituelles d'anonymat et de confidentialité ont été respectées auprès de la personne participante. En effet, un consentement libre et éclairé lui a permis de s'aventurer dans la recherche en connaissance de cause et de signer le formulaire de consentement sans contrainte ni supercherie, les modalités de la recherche, ainsi que ses objectifs et retombées lui ayant été ouvertement et rigoureusement explicités au préalable. Enfin, il s'est établi un climat de confiance (relative) et d'ouverture (relative), permettant à la personne participante de dialoguer au sujet de sa propre expérience de la recherche, ses questions et commentaires étant les bienvenus. Elle a eu la liberté de se retirer en tout temps de la recherche, d'interrompre les entrevues au besoin, définitivement ou temporairement.

Il lui a été aussi indiqué que les informations recueillies auront une durée de vie de 5 ans (pour les analyses) et le temps de la recherche (pour les verbatims) et que sa contribution ne pourra en aucun cas être identifiable, vu la suppression de certaines informations, ainsi que la présentation des analyses horizontales uniquement. Finalement, une attention à tout imprévu a été de rigueur. La remise en question des pratiques ainsi que le regard que la personne participante porte sur elle dans l'intervention peuvent être perturbants. Une copie de la recherche et un questionnaire seront distribués au participant après-coup, afin de recueillir ses dernières rétroactions sur le résultat final.

CHAPITRE IV DESCRIPTION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les données colligées lors de sept entretiens individuels avec des personnes intervenantes spécialisées dans l'intervention avec des auteurs de violences conjugales. Les résultats se découpent en six sections. La première aborde les expériences de l'alliance thérapeutique²⁰ avec un auteur de violences conjugales, dans lesquelles se dégage un de ses fondements principaux, la qualité du lien. La deuxième section se penche sur les moyens pour y parvenir. La troisième révèle les bris de cette alliance avec un auteur de violences conjugales, les motifs de ces bris et leur prévention. La quatrième section au cœur de la recherche concerne un bris spécifique d'alliance avec un auteur de violences conjugales, soit les violences contre-transférentielles commises à son égard en intervention. On y retrouve leurs formes, leurs motifs et leur prévention.

4.1. Expériences de l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales

Selon l'ensemble des personnes participantes, leur expérience de l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales révèle que l'un des fondements premiers de cette alliance est la qualité du lien affectif, composante de la dimension contenu de l'alliance, qui repose sur l'authenticité, la bienveillance, l'égalité, la confiance, la confidentialité et l'intimité²¹. La qualité de la relation est une nécessité clinique fondamentale pour un destinataire d'intervention en souffrance, spécialement

²⁰ Lorsque nous parlerons d'alliance thérapeutique au chapitre de la discussion des résultats, nous ferons référence à la composante individuelle de sa dimension interpersonnelle.

²¹ Les termes utilisés dans la description des résultats peuvent prêter à confusion : la limite n'est pas toujours claire entre les thèmes que les personnes intervenantes répertorient pour décrire leur propre pratique et pour décrire la pratique des personnes intervenantes en général. Il se peut donc que le langage utilisé ne rende pas complètement justice à l'expérience personnelle des personnes participantes.

pour un auteur de violences conjugales, souvent non volontaire²² et récalcitrant. Une personne participante précise qu'une alliance de qualité se négocie, s'apprivoise et s'entretient mutuellement dans le temps. Pour une autre, elle devient cependant relative en contexte d'intervention de groupe : « La cohésion de groupe et le lien entre participants peut supplanter l'importance de l'alliance thérapeutique avec l'intervenant » (P5). L'alliance thérapeutique croît avec la crédibilité que le destinataire d'intervention accorde à la personne intervenante pour explorer son monde intime, crédibilité qui, selon une personne participante, repose sur un cadre structuré et sécurisant qui lui donnera la permission de le faire.

[L'alliance thérapeutique] c'est la thérapie. C'est une relation dans laquelle... elle est structurée. Si elle est pas structurée, c'est pas de la thérapie. Donc pour moi, le cadre, surtout en violence conjugale, c'est la base de la base de la base : une structure qui sait jusqu'où je peux arriver, pis au-delà de là, je peux pas, dois pas, je dois résister à la tentation d'aller au-delà de là, même si ça fait trop mal. Et c'est ça la violence, finalement, quand on dépasse cette limite qu'il faudrait jamais dépasser. On doit couper la relation avant de dépasser cette limite... Comme thérapeutes, on doit jamais dépasser ces limites, on doit pas être violent. [...] Le thérapeute devrait jamais dépasser cette limite qui devient violence avec le client... et c'est pas facile avec certains clients (P7).

La qualité de l'alliance peut être atteinte grâce à certaines dispositions professionnelles ou attitudes de la personne intervenante comme il en sera question dans la prochaine section sous le référent opérationnel de moyens.

4.2. Moyens favorisant une alliance de qualité

Les quatre moyens principaux répertoriés dans cette section sont l'ouverture à soi, à l'autre, à l'alliance thérapeutique ainsi que la mentalisation des contre-transferts

²² Les personnes intervenantes rencontrent des auteurs de violences conjugales référés par la cour, mais qui, malgré leur contrainte légale, vont travailler en intervention sur une base volontaire.

positifs. Pour la majorité des personnes participantes, l'ouverture à soi commence avec la capacité d'observer, d'identifier et de comprendre ses résonances contre-transférentielles, particulièrement les négatives, c'est-à-dire les émotions vécues dans le contact avec le destinataire d'intervention.

La majorité des personnes participantes mentionnent que pour permettre une ouverture optimale à soi, il s'agit, pour elles, de devenir plus lucides, de prendre conscience de leurs propres zones d'ombres, de leurs enjeux personnels non résolus, de leurs souffrances, de leur insécurité liée à l'intimité et à l'engagement ainsi que de la possibilité d'agissements hostiles et violents qui en découlent. Il faut chercher à éviter de régler ses propres difficultés au détriment de celles du destinataire d'intervention.

Il faut que j'intervienne avec qui je suis en sachant que j'ai des enjeux. Il faut que je les identifie, il faut que je les attrape quand ils traversent la pièce, entre moi pis le client. [...] Il y a des enjeux qui sont pas réglés à l'intérieur de moi. Au moins, j'en suis consciente. Sinon, je pourrais pas faire mon travail, parce que c'est ma vie personnelle qui va rentrer, qui va se mettre en plein milieu de la pièce. Je pourrai pas aider cette personne-là de façon adéquate, je pense. [...] Ben oui, parce que si je suis pas attentive à ça, je risque d'agir. Je risque d'intervenir d'une façon teintée. Pis... il est pas question de moi dans... la personne mérite pas que/que/que... que j'y passe des messages en fonction de ce que moi je v... de mes problèmes pas réglés. Fait que... Pis je veux comprendre, je veux comprendre (P3).

D'accepter, qu'à chaque semaine, on va être amené à vivre des situations de contre-transferts. Et d'accepter qu'on va devoir se poser des questions. D'où ça vient? Avoir de l'empathie émotionnelle, pas uniquement cognitive. L'empathie émotionnelle, ça va de pair avec être capable de s'autocritiquer, se poser des questions sur l'origine de son trauma (P2).

Pour plusieurs personnes participantes, ces résonances, éventuellement traumatiques, informent à la fois sur soi-même et sur le destinataire d'intervention, et permettent de distinguer son identité personnelle et professionnelle.

Et à quel moment, [la personne participante cite son prénom] l'intervenant, qui a été créé à partir du même passé que [elle cite son prénom] dans sa vie personnelle? À quel moment ça s'entremêle pas un peu? Pour les deux rôles – ben j'ai plusieurs rôles là – mais pour ces deux rôles, je proviens de la même place. En tout cas, c'est pas simple, hein ? (P3).

L'ouverture à soi, c'est aussi, pour d'autres personnes participantes, l'honnêteté et la transparence sur leurs propres sentiments, ce qui invite le destinataire d'intervention à faire de même et ainsi à bâtir l'alliance thérapeutique :

Mais lorsque je suis heurté et que ça parait, que l'émotion monte, si je fais semblant, qu'est-ce que je suis en train d'indiquer aux individus qui sont dans le groupe, ben que je suis faux-nez et que tu peux faire semblant de pas avoir de [inaudible]... C'est pas arrivé une fois [inaudible]... quelques fois c'est arrivé, quand c'est arrivé, pis que ça a été nommé, pis... j'ai jamais perdu le lien thérapeutique, j'ai jamais perdu la confiance du client, ni de mon collègue (P5).

Pour plusieurs personnes participantes, l'ouverture à soi implique de pouvoir garder un recul émotionnel sur les récits de violences entendus. Ainsi, il faut supporter la souffrance vécue par un destinataire d'intervention, se laisser toucher par celle-ci sans se laisser affecter, ni l'utiliser contre ce dernier. Ce moyen permet d'atteindre une alliance de qualité à condition que la personne intervenante reconnaisse ses propres limites, ses compétences et, bien que l'exercice soit ardu, les rôles respectifs de chaque personne dans la dyade thérapeutique quant à l'apparition des résistances et des impasses relationnelles vécues par le destinataire d'intervention.

Je pense qu'un des défis, c'est d'être, pour moi en tous cas, c'est d'être suffisamment conscient de mes blessures pour savoir quand est-ce qu'elles pouvaient s'activer, et gérer un peu la question du transfert/contre-transfert. À quel point je pouvais aller dans une piste ou dans un endroit, parce que moi, ça active certaines de mes blessures et pas parce que le client il a besoin de ça? Ma préoccupation, c'était souvent ça, c'est de gérer la question contre-transférentielle. Quand on parle de quelque chose que c'est violent, quand on parle de quelque chose que c'est triste, c'est difficile. Rester concentré, rester

bienveillant, rester clinique. Je pense que c'était ça une de mes plus grandes préoccupations (P7).

Pour plusieurs personnes participantes, l'ouverture à soi demande de prendre soin de soi comme individu et comme personne intervenante. « On est notre propre outil, donc ben mon outil, j'en prends soin. » (P5)

Un autre moyen permettant l'atteinte d'une alliance thérapeutique de qualité est l'ouverture à l'autre, soit au destinataire d'intervention. Il semble que plusieurs attitudes qui permettent une ouverture à soi favorisent l'ouverture à l'autre, soit l'authenticité, la confiance et le respect. D'autres attitudes telles que l'accueil, l'empathie, la présence disponible, l'acceptation inconditionnelle, la neutralité bienveillante, la position de non-expertise vis-à-vis la subjectivité de l'autre, la liberté de décision et d'action, sont des façons d'être qui encouragent ce moyen.

On est assis – je fais du lien avec ton alliance de tout à l'heure, j'y réfléchissais en te parlant, moi je dis souvent aux hommes, on est assis sur la chaise à la, même hauteur que vous autres. Donc moi, je suis dans le groupe avec vous. C'est mon rôle, j'ai ma tâche, mon collègue aussi. Mais ma chaise n'est pas trois pouces plus haute que la vôtre. Je suis un homme, je suis père. Fait qu'il y aussi la partie individu que je suis (P5).

Mais comment dire... avec un climat... ce gars-là, il est pas juste jugé, mais il est aussi libre d'avoir ses opinions, libre de ses choix. *Tu peux faire ça à la maison, pas de trouble là, moi j'y peux rien. Vas-y. Moi, quand tu sors d'ici, après ça, je suis plus là, là. C'est ton choix.* Je veux qu'il sente cette liberté-là. [...] La plupart du temps ce que je souhaite, c'est que ce client-là puisse me le dire que il sent que cette accusation-là était pas justifiée, que c'est pas vrai qu'il est violent. Je veux vraiment qu'il puisse me dire ça. Pis qu'en plus, ensuite, on puisse le travailler. Je veux vraiment qu'il ait un espace... (P6).

Pour la plupart des personnes participantes, il s'agit d'être présentes sans être envahissantes, d'accompagner sans pression, ni abus de pouvoir, d'accepter le destinataire d'intervention tel qu'il est et de le laisser se dévoiler à son rythme quelle

que soit la teneur de ses propos (propos qui ne cadrent pas nécessairement avec le discours dominant sur les violences conjugales), leur degré de véracité et de superficialité. Selon les personnes participantes, ces points sont d'autant plus importants avec un auteur de violences conjugales, intimidé, voire agressé par le contexte de non-volontariat et d'intimité d'une séance d'intervention. L'important est de prendre le temps de découvrir les difficultés derrière une (apparente) absence de demande d'aide et de reconnaissance de difficultés.

C'est ça l'équilibre selon moi: un pied sur le gaz, un pied sur le frein. Il faut avoir une certaine distance et pas réagir, pour que l'autre se sente pas jugé, pis qu'il sente qu'on est solide, pis qu'on peut tout entendre. Mais, en même temps, suffisamment présent pour qu'il se sente écouté, pour qu'il sente qu'il y a un être humain qui est là, qui écoute, qui est présent. C'est ça que je trouvais flippant. Comment être là, sans trop être là, pour qu'il se sente écouté? Parce que si on est trop là, ça devient maternant, pis ils aiment pas ça les gars. Mais en même temps, ils ont besoin de quelque chose de maternant, mais sans se faire infantiliser (P7).

Pour plusieurs personnes participantes, l'ouverture à l'auteur de violences conjugales implique d'écouter et de s'intéresser à son expérience interne de détresse et de souffrance avant de vouloir découvrir ses comportements violents.

Exact ! Il y a un principe là de base : si on se rend pas aux sentiments et aux émotions qui motivent profondément les hommes à recourir à la violence, ils arrêteront jamais. C'est cette prise de conscience qui fait que ils peuvent développer la volonté d'arrêter. Pas avant. (P2)

Enfin, pour la majorité des personnes participantes, l'ouverture à l'alliance thérapeutique (entre la personne intervenante et le destinataire d'intervention) est la résultante de l'ouverture à soi et à l'autre. Elle participe également de la qualité de l'alliance thérapeutique. Pour quelques personnes participantes, elle se focalise en premier lieu sur une métacommunication entre personne intervenante et destinataire d'intervention. Cette métacommunication se penche sur l'entente mutuelle de travail,

c'est-à-dire le contrat thérapeutique au sein duquel s'arriment, au cas par cas, les besoins et les objectifs du destinataire d'intervention, intimement liés à la mission et à l'expertise thérapeutique de la personne intervenante. Ce dialogue implique parfois que cette dernière révèle, avec pudeur et retenue, sa propre expérience de la relation qu'elle tisse avec son destinataire d'intervention.

Je me suis pas mis, moi, à déballer, à dévoiler, pis à ventiler, mais de nommer de façon transparente et honnête : *Ça m'énerve, pis il y a quelque chose qui me touche là-dedans*. C'est sûr que j'en ai fait quelque chose après, si je reste là-dessus, ça fonctionne pas (P5).

Cette ouverture à l'alliance thérapeutique permet pour plusieurs personnes participantes de donner la parole au destinataire d'intervention sur l'expérience étrange et inédite qu'elle suscite, sur les enjeux de confiance, sur la manière dont il peut se sentir confronté par les interventions.

Pour la plupart des personnes participantes, l'ouverture à l'alliance thérapeutique implique de créer les conditions favorables à son apparition : par exemple, en évitant de susciter des résistances qui insécurisent les destinataires d'intervention, en trouvant l'équilibre entre liberté et structure, rapprochement et distance à l'intérieur de la relation thérapeutique, en reconnaissant le courage du destinataire d'intervention et en lui évitant des confrontations hâtives. « C'est vivre l'expérience de se sentir en sécurité. Alors que quand les hommes sont violents, c'est parce qu'ils se sentent pas en sécurité. Si ils se sentent pas en sécurité dans le groupe, il y a des risques de passage à l'acte » (P2). « C'est d'essayer pratiquement de jamais connoter négativement ce qu'ils nous disent. De souligner le courage d'être transparent, authentique [...] » (P2).

Il s'agit, selon certaines personnes participantes, d'accueillir le destinataire d'intervention avec respect, de normaliser son vécu et sa vulnérabilité, malgré les stéréotypes de la masculinité. Ainsi, il peut se sentir moins honteux, plus digne et plus à même de se dévoiler et de s'ouvrir à l'alliance thérapeutique.

Créer un espace où lui peut se sentir un peu soit-il pas jugé. Parce que déjà de venir ici, ça a été difficile. Il a pas envie. Si en plus son thérapeute est hostile... (rire) ... comment il peut avoir envie, peut-être, d'en dire un peu plus. Peut-être de dire : *Ouais, c'est vrai que des fois je vais un peu loin* (P6).

Le dernier moyen permettant le renforcement d'une alliance de qualité entre intervenants et destinataires d'intervention, lequel est expérimenté par la majorité des personnes participantes, est la mentalisation des contre-transferts positifs au contact de leurs destinataires d'intervention.

Le seul fait de vivre des émotions est positif : « Ah ben oui! Ils me touchent tous tout le temps. C'est ce qui fait que je continue mon métier, parce que si j'étais plus touché, j'aurais pas de raison d'être là... C'est ça! » (P1). Des personnes participantes confient qu'elles éprouvent même, à l'occasion, plus de sympathie et d'affection envers certains en particulier, par exemple les destinataires d'intervention capables eux-mêmes de sympathie. Il semble effectivement plus facile, encourageant, satisfaisant et valorisant de travailler avec un destinataire d'intervention motivé et capable de remise en question.

Ben ça à l'air simple de dire ça, mais comme s'ils arrivaient un peu plus à ce qu'on... au travail qu'on fait, comme adhérer, dans le sens où ça peut être utile pour eux. Ils voient une certaine utilité. Ils s'engagent dans un changement. Pis ils sont d'accord à remettre en question les choses. Ils voient même un certain bénéfice à le faire (P 6).

La dimension contre-transférentielle positive suscite chez les personnes intervenantes, comme on peut le constater dans leurs propos, un stimulant défi : leur permettre de découvrir une motivation sincère derrière une apparence d'absence de demande d'aide.

Le contre-transfert positif permet également, selon les personnes participantes, d'intervenir avec le destinataire d'intervention masculin auteur de violences conjugales dans un contexte libéré des préjugés liés à la masculinité : « Donc ça empêche de

déshumaniser qui que ce soit dans la société finalement et ça, ça me fait du bien. » (P4). Plusieurs personnes intervenantes soulignent leur admiration pour le courage déployé par un auteur de violences conjugales afin de développer un lien de confiance suffisant avec elles, lien qui va leur permettre de tolérer une remise en question, un accès à leur souffrance, à la honte vécue : « Il y a quelque chose d'extraordinaire là, je trouve, dans ce... Je les admire dans cette démarche-là. Être capable de faire ça, du lien de confiance qu'ils vont créer... C'est gratifiant. » (P4).

Dans le processus d'intervention, la qualité de l'alliance thérapeutique peut être affectée par diverses attitudes ou conduites de la part de la personne intervenante, provoquant des bris d'alliance. Ces entraves vont être abordées ci-dessous.

4.3. Bris d'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales

En prenant appui sur la qualité du lien affectif décrit par les personnes participantes au point sur les expériences de l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales comme étant un des fondements de l'alliance, cette section traitera des bris de cette alliance, de leurs motifs et de leur prévention.

Différents bris peuvent venir affecter la relation thérapeutique entre la personne intervenante et un auteur des violences conjugales. Les personnes participantes ont ainsi nommé la distance affective et le jugement verbal/non-verbal,

Pour la majorité des personnes participantes, la distance affective de la personne intervenante envers son destinataire d'intervention est un bris d'alliance thérapeutique. Ses manifestations sont la technocratisation de l'intervention, de l'indifférence et du désengagement, de la méfiance et une perte de la neutralité bienveillante, pouvant être dissimulées derrière une ouverture feinte. Cette distance peut se manifester aussi concrètement par le non-respect du rythme du destinataire d'intervention.

Et ça peut juste être là, dans ma façon de pas respecter le rythme de la personne, de pas être présent. Ben c'est moi qui brise l'alliance, c'est moi qui fais pas mon travail. Moi là, faut que je sois collé sur la personne. Et si je m'en dégage, si je suis au-dessus, à côté, si je suis pas à la bonne... si je suis pas à côté de la personne, ben c'est moi qui brise l'alliance. Hein, ça m'appartient ce bout, là (P4).

Pour plusieurs personnes participantes, leur distance affective leur appartient, mais peut être suscitée par le destinataire d'intervention, dans la mesure où elle est générée chez elle par sa difficulté à accepter le degré de violences et le manque d'empathie de certains auteurs des violences conjugales, leur tendance à la victimisation ou à la déresponsabilisation.

Le jugement, verbal/non-verbal, est un autre bris d'alliance thérapeutique. Pour la majorité des personnes participantes, il prend la forme d'un étiquetage individuel et organisationnel : « Tu vas travailler dans un organisme qui travaille avec les hommes qui ont des comportements violents. Donc déjà en partant, t'as cette étiquette-là » (P6). Pour plusieurs personnes participantes, le jugement est un manque d'empathie et d'acceptation, une diabolisation et une culpabilisation du destinataire, ayant pour intention de provoquer le changement. Par ailleurs, l'erreur étant humaine, l'importance de la récupérer dans le travail clinique est nommée: « Quand je brise l'alliance, j'ai l'impression que... quand je brise l'alliance, j'ai l'impression que je prends pas conscience du jugement que je porte sur la personne, je l'intègre pas comme facteur qui fait partie du lien. (P4) ». En outre, selon une personne participante, il est facile d'attribuer au destinataire d'intervention une mauvaise foi qu'il ne mérite pas et de laisser les contre-transferts de la personne intervenante affecter son ouverture à la relation.

Et peut-être que de la manière que je m'inscris là-dedans, que je me place à travers l'intervention, ils pourraient sentir qu'ils ont pas beaucoup de place pour éprouver ce qu'ils éprouvent. Cette insécurité profonde qu'ils éprouvent, qui se manifeste en contrôle, qu'elle est comme ci, comme ça. [Il parle comme s'il était à la place d'un destinataire d'intervention suspicieux envers sa conjointe]

Ça fait cinq minutes que je l'attends, donc nécessairement elle est en train de me tromper, en train de faire ci, de faire cela. Et comment... peut-être que je réagis d'une manière qui les amène à penser qu'ils sont, qu'ils sont pas légitimés de se sentir insécures (P6).

Les bris d'alliance thérapeutique sont souvent proportionnels au manque d'élaboration introspective de la personne intervenante quant à ses contre-transferts avec le destinataire d'intervention. Ce motif de bris d'alliance est élaboré dans la section suivante.

4.3.1. Motif des bris d'alliance

Le motif soulevé par la majorité des personnes participantes se retrouve dans la négligence des résonances contre-transférentielles, une mentalisation insuffisamment étayée de leurs contre-transferts. L'utilisation inadéquate des émotions, des blessures psychologiques ou des traumatismes (affects dépressifs et histoires infantiles non résolues) vécus par les personnes intervenantes durant le processus thérapeutique peut les amener à de l'hyper théorisation, un moyen inadéquat de se défendre de ces vécus contre-transférentiels.

Moi je connais pas d'auteurs... Pas d'auteurs, que dis-je? D'intervenants qui n'ont pas d'histoires traumatiques. Ça fait partie du boulot. Et ceux qui pensent [qu'ils en ont pas], ils se dirigent direct dans le mur. [...] Les risques pour les intervenants – pour faire une boutade : faire une maîtrise en travail social; pas faire de travail sur soi; tout lire sur la violence conjugale; pis penser qu'on maîtrise tout (P2).

Pour plusieurs personnes participantes, cette absence de mentalisation des contre-transferts peut entraîner un jugement envers le destinataire, lui-même provoqué par des émotions non résolues, telles que la crainte d'être heurté dans ses propres valeurs, d'être choqué par les histoires de violences entendues. « Donc je juge la personne nég... [-ativement] pour toutes sortes de raisons : elle sent mauvais, peu importe là, il

y a plein de facteurs qui peuvent faire en sorte que il y a une répulsion ou un dégoût, de la colère ou de l'ennui. Peu importe... » (P4).

Oui. Il y a d'autres cas qui parlent plus de la personne pour moi. La personne qui dans son lien, dans le lien qu'elle crée. Là, il me parlait pas de notre relation là. Il me parle de sa relation avec sa conjointe, pis moi je le juge. Ça marche pas là. Il est pas en train d'induire ça là. C'est pas lui qui induit ça là. C'est pas un lien de transfert... c'est pas à ça que je réagis. (P4)

Ce jugement de la personne intervenante peut d'ailleurs être dynamisé par le destinataire d'intervention lui-même dans la relation transférentielle :

Je vais donner un exemple différent, où le participant s'installe ici, pis il me dit : *Ils sont où tes diplômés?* Il est là, mais il a tout essayé, il a tout vu, il a tout fait. Il a réponse à tout. C'est extraordinaire! Lui pourrait me faire vivre le sentiment de... Je pourrais avoir l'impression de marcher sur les œufs, je veux pas le décevoir, parce qu'il est grandiose quand même. Tu comprends ? Bon. Et ça, ça me parle pas de moi. Ça me parle de lui. Comment lui induit ça. Fait que c'est ça la distinction. Voilà (P4).

L'expérience du contre-transfert en intervention est une dimension mentionnée par la majorité des personnes participantes. Si ce dernier n'est pas mentalisé, de l'antipathie peut même être ressentie, selon leurs propos, pour certains destinataires d'intervention qu'ils jugent indésirables. Plus spécifiquement, cette antipathie pourra nuire à la neutralité bienveillante et nourrir l'indignation éprouvée devant la violence de certains témoignages de négligence, par exemple envers les enfants.

Quelque chose qui était très difficile, c'est justement le contraire. Là, je voyais un homme qui semblait se foutre de ses enfants et que clairement il savait qu'il endommageait les enfants, mais il utilisait les enfants comme monnaie d'échange. Ça, je trouvais ça difficile au niveau contre-transférentiel, parce que j'avais trop envie de le punir. Je trouvais que c'était un irresponsable, un père malveillant. C'était difficile de rester, de rester bon (P7).

Selon les propos de la majorité des personnes participantes, le récit des violences du destinataire d'intervention contre ses proches peut avoir comme conséquence de les

heurter, entraînant chez certains colère et frustration, injustice et envie de punir. En l'absence de mentalisation de ces contre-transferts, les interventions – assumées – peuvent devenir des confrontations qui dissimulent leurs sentiments négatifs.

Hein, je pourrais à ce moment-là, là, si je le confronte lui, il va ressentir ma zone, il va sentir qu'il y a quelque chose qui m'a heurté. Hein, parce que j'aurais pas de filtre moi là-dedans. Fait que moi, sous couvert de confrontations empathiques, je vais induire ma portion que je trouve injuste, pis ma colère. Et là, lui risque de réagir à ça évidemment. En tout cas... D'où il sort lui, là. Lui, il va le ressentir. C'est moi qui induis ça, là, c'est pas lui à ce moment-là (P4).

Plusieurs personnes participantes rapportent une usure de compassion qui finit inévitablement par les rattraper au fil des rencontres avec les auteurs de violences conjugales qui sont souvent involontaires, démotivés et fermés au travail clinique. Elles mentionnent que le travail sur la motivation et sur la reconnaissance du problème est éprouvant à la longue avec cette frange de la population. Selon les propos de certaines personnes participantes, cette usure prend la forme de fermeture, de manque d'attention, de désintérêt, d'impatience et d'évitement chez la personne intervenante : « Mais ça, ça fait partie de l'érosion de la motivation du thérapeute. Fait que là, ça commence direct. Style : *Avez-vous besoin d'aide ?* (Là on est en microseconde.) Parce que si l'individu me dit : *Non! C'est fini, c'est fini!* » (P2). Cette usure de compassion peut même affecter de façon significative le savoir-être en intervention.

Avec les années je pense que je suis resté trop longtemps dans ce boulot, pis je commençais à m'apercevoir que j'étais plus distant ou être moins touché par la question de la violence, moins surpris, peut-être d'être moins attentif par certaines choses que j'aurais dû être, d'être moins sensible. Pas de voir la violence comme quelque chose de normal, mais à force de voir x quantités de gars, il y a des histoires que je pense me touchent moins. Pas de devenir insensible, mais j'ai toujours eu peur de ça. [...] D'être moins préoccupé par certaines choses (P7).

Une autre personne participante fournit des raisons à cette fatigue de compassion.

Le travail, c'est pour vivre le sentiment de complétude. Ça nous nourrit narcissiquement. Donc on est toujours à la recherche de nourriture narcissique. Les clients qui sont à zéro motivation t'apportent aucune nourriture, ils te demandent juste à toi d'en fournir. Tu peux te vider avec ces patients-là. Tu peux te perdre de vue. Aboutir dans la fatigue de compassion. Préalable à la dépression. Burnout. Il faut se protéger dans ce boulot-là, hein, des situations contre-transférentielles. Se protéger aussi d'être trop envahi par les patients non-vol... c'est même pas des patients, c'est des visiteurs plaignants (P2).

Des personnes participantes soulignent que l'usure de compassion peut tirer son origine dans certaines expériences de contre-transferts au contact des projections violentes des destinataires à leur endroit, cherchant à les rendre complices de la violence qu'ils exercent : « Mais les tout croches là, qui ont pas de structure dans leur vie, depuis fort longtemps, pis qu'on n'a pas l'idée qu'ils vont en avoir non plus. Je pense qu'il y a des clients qui nous gardent positifs. Il y en a d'autres qui ont un effet contraire » (P6).

Enfin, cette usure peut se rapporter, selon les témoignages de certaines personnes participantes, aux contacts non-authentiques de plusieurs auteurs de violences conjugales méfiants et irrespectueux du cadre thérapeutique, fermés au changement ou dont les facultés cognitives liées à la mentalisation sont limitées :

Autant il y a des clients que je suis content qu'ils arrivent, je suis content qu'ils soient là, pis autant il y en a avec qui j'ai pas envie de travailler. Parce qu'il y a quelque chose dans le rapport qui est faux... Ce gars-là est pas ici pour les bonnes raisons. Il me dit ce que je veux entendre. Dans le fond, j'y crois pas. Je crois pas à son discours. Ou je le touche pas... C'est vraiment varié, très très varié (P6)

Des sentiments d'intimidation et de peur induits par certains auteurs de violences conjugales peuvent aussi entraîner l'usure de compassion.

Par ailleurs, il n'est pas facile de relever ses propres bris d'alliance thérapeutique et de les observer.

Il y a certainement beaucoup de choses qui appartiennent au fait que l'intervenant a brisé l'alliance, d'une manière ou d'une autre, il s'en est pas rendu compte, mais il a été heurtant. Un peu comme le premier cas dont je parlais, où finalement, si j'en prends pas conscience pis je fais du rentre-dedans, ben probablement que c'est une bonne idée qu'il ne revienne pas la semaine d'après. Il est maltraité, tu comprends. Et moi, je l'ai pas vu là, je l'ai pas vu. Moi, je suis dans ma zone de confort, dans mon bureau, je suis dans mes habitudes. [...] Fait que c'est pas si facile de... c'est pas si facile de voir... Ça prend une discussion clinique pour chaque cas, et là on est capable de le voir, tu sais. Mais... dans le tourbillon, j'ai l'impression que ça fait partie... j'ai pas beaucoup... c'est ça... ça fait partie des choses qui peuvent m'échapper facilement (P4).

La difficulté à se remettre en question dans les moments où il y a bris d'alliance thérapeutique est partagée par l'ensemble des personnes participantes. « Moi, j'ai l'impression que... Pis... [souponne] J'aime pas ça, mettre la faute sur le client. Parce que c'est comme si je me déresponsabilisais de ça. C'est sûr que j'ai une part de responsabilité » (P3).

En outre, il n'est pas facile de sentir le moment où il y a bris d'alliance.

Ben, c'est souvent une zone d'ombre. C'est ça que je trouvais intéressant dans ton sujet de recherche, c'est une zone d'ombre. Moi je m'y arrête peu, on s'y arrête peu. Je vais parler de moi, mais je m'y arrête peu, parce que souvent la brisure, je la sens pas. Mais le participant ne revient pas la semaine d'après. Et je prends pas le temps de m'arrêter, parce que j'ai de bonnes excuses... La demande est forte là, il y a des listes d'attente, pis bon... (P4).

Des moyens pour prévenir les bris d'alliance thérapeutique sont relevés par les personnes participantes.

4.3.2. Prévention des bris d'alliance thérapeutique

Les moyens mentionnés par les personnes participantes sont l'identification et la gestion de ses contre-transferts, ce dernier moyen ne pouvant se réaliser en l'absence du premier.

La gestion des contre-transferts implique de les identifier et de les apprivoiser en temps réel afin d'éviter au destinataire d'intervention de s'en occuper à la place de la personne intervenante comme l'explique cette personne participante.

Non. Pis je le sais que je pense ça, j'en prends conscience que je pense ça. Pis je me parle, j'ai un dialogue avec moi-même : [personne participante qui nomme son prénom], qu'est-ce que c'est que t'es en train de faire là ? Ramène-toi là ! Attends une minute ! Pourquoi t'es raide de même ? Il faut que je me parle. Ben oui ! (P3).

Selon cette même personne participante, il est important de se connecter à son exaspération interne avec un certain recul pour mieux la réguler et afin de maintenir le cadre de manière optimale.

C'est fatigant, c'est irritant. J'aimerais ça qu'il parle moins, mais ça fait partie de la game. Je l'accepte, c'est comme ça... Il y a des fois, je vais pas avoir envie de le revoir cette personne-là là. Parce que ça me tape sur les nerfs là. Pis je me demande comment je peux faire pour mieux intervenir avec cette personne-là, parce que ça pose un défi, arrêter un client-là constamment là, pis de le ramener dans le cadre, là. C'est fatigant, pis c'est épuisant (P3).

Il est aussi important de pouvoir discerner les doutes qui peuvent surgir par rapport aux interventions effectuées et qui se veulent aidantes.

Il y a comment je l'ai reçu à l'entrée, il y a qu'est-ce que je lui ai dit à un moment-donné, telle telle, telle intervention qui a fait comme no way, moi j'irai pas me faire dire quoi faire. Je sais pas. Mais ça on le sait pas trop. Alors il y a sûrement des choses qui... pis t'sais on s'entend, à l'intérieur d'une rencontre de cinquante minutes, on en dit des choses. Et si on relevait chaque chose, si on faisait le verbatim de chaque rencontre, on serait à même de voir que à certains

moments, hiiii, il y a ça là, quand j'y pense comme il faut, il y avait peut-être quelque chose de très dérangeant, de jugeant, j'sais pas (P6).

Pour plusieurs personnes participantes, les discussions cliniques ou les supervisions permettraient d'identifier plus rapidement leurs contre-transferts (impuissance, colère, etc.) pour mieux les utiliser comme moyens de compréhension, de communication et de prévention des ruptures d'alliance thérapeutique. C'est un exercice d'humilité. « Avant de voir, avant de voir si ça appartient au participant, faut que je commence à voir si ça m'appartient à moi là » (P4).

Selon les personnes participantes, leur propre introspection ou la découverte de leurs dimensions sombres, qui se produit grâce à l'identification des contre-transferts, conduit à la supervision clinique, voire à la thérapie : « Évidemment la supervision, c'était pas suffisant, on est retourné en thérapie. » (P2). Une personne participante souligne plus précisément un processus psychique qu'elle nomme l'« identification projective », ce mécanisme de défense pouvant se produire dans l'intervention avec un auteur de violences conjugales. Ce mécanisme lui a permis de prendre conscience de ses propres enjeux personnels et relationnels en contexte conjugal : « Je vois quelque chose chez eux que j'aime pas chez moi. Donc, je veux rien savoir d'eux. Hahaha ! Donc ils m'obligent à travailler des zones d'ombres à l'intérieur de moi. ». Cette identification est amenée par d'autres personnes participantes: « Je me rends compte qu'en tant qu'homme, l'écart, je vais dire, entre le client et l'intervenant, donc l'écart entre l'homme que j'ai devant moi et moi, qui est dans une position, est parfois pas si grande. » (P5).

La conscientisation de ces identifications ou résonnances, qualifiées de zones d'ombre, qui sont plus ou moins rattachées à leur histoire personnelle ou à la relation qu'ils vivent avec leur destinataire d'intervention, est décrite comme inéluctable pour arriver à intervenir avec le recul nécessaire et sans jugement personnel.

Là j'ai l'impression, j'ai le sentiment que, en faisant mon travail, je peux pas conserver des zones d'ombres, j'ai besoin d'être en forme pour faire mon travail psychologiquement. Donc, c'est comme une forme d'exercice mental où... – je sais pas comment le qualifier là – qui me fait du bien (P4).

Ben ouais, c'est l'expérience qui amène à savoir que, c'est pas tellement l'expérience de me connaître moi que d'être sensible à ce qui peut être induit plus souvent en terme d'émotions par le participant. Et là c'était clair que, je me suis posé la question, c'est-tu lui, ça me parles-tu de lui ? Non, ça me parle de moi. Je le trouve mesquin, c'est moi qui le juge là [...] (P4).

Ce dernier extrait de citation s'ouvre sur l'expérience acquise au fil des années en intervention avec l'auteur de violences conjugales qui permet également de mieux comprendre ses propres défis personnels en intervention.

On peut émettre l'hypothèse que les moyens de prévention aux bris d'alliance thérapeutique permettent de prémunir cette alliance contre un bri spécifique, particulièrement insidieux, soit les violences dans l'alliance thérapeutique commises envers un auteur de violences conjugales.

4.4. Violences dans l'alliance thérapeutique commises envers un auteur de violences conjugales : un bri spécifique à l'alliance thérapeutique?

Les violences commises à l'égard d'un auteur de violences conjugales vont être observées sous trois critères : leurs formes, leurs motifs et leur prévention. Les formes de violences répertoriées par les personnes participantes sont le passage à l'acte, le jugement, l'abandon/négligence et la malveillance. Les motifs des violences sont liés principalement à la négligence des résonances contre-transférentielles. Finalement, la prévention des violences est la prise en considération des résonances contre-transférentielles.

4.4.1. Formes des violences

Les formes de violences nommées par les personnes participantes sont : le passage à l'acte, le jugement, l'abandon/négligence et la malveillance. Pour la grande majorité d'entre elles, le passage à l'acte est une transgression des limites de l'intervention clinique.

Mais là moi je suis devenu inquiet. Là, je lui ai dit : *Je suis très inquiet*. Mais j'y dis – je suis aussi fâché : *Qu'est-ce c'est ça cette histoire-là ? C'est complètement fou votre affaire ?* Il [inaudible] constamment Madame à se faire questionner. Qu'est-ce qu'elle a fait ? À qui qu'elle a parlé ? Pis patati pis patata. *Vous allez revirer fou !* Il m'avait pas trouvé drôle. Mais dans le fait-là, je m'étais échappé (P2).

Plusieurs personnes participantes définissent le passage à l'acte comme une agression potentielle plus ou moins subtile et nocive pour le destinataire d'intervention qui la subit ou la personne intervenante qui la commet. Selon elles, il constitue une prise de pouvoir par la personne intervenante pour imposer une limite, pour forcer l'auteur de violences conjugales à se responsabiliser, à cesser toute violence. Cette prise de pouvoir se caractérise par de l'impatience, de la fermeture, des questions intrusives, des confrontations, de l'intimidation et des menaces plus ou moins directes.

Mais pour moi c'est un peu synonyme, dans le sens que il a pu être – pas il a pu – il a été intimidé, il a voulu réagir... mais j'étais tellement dans... je l'ai apeuré, c'est sûr, au-delà du rôle que j'avais. [...] Oh ça été... pour moi je l'ai agressé verbalement, dans le sens que je l'ai menacé. Tu sais, quand j'y ai dit, j'y ai pas dit : *Ferme ta gueule!* Peut-être que c'est ça que ça voulait dire. Donc, c'était une agression verbale. Il y avait une charge d'agressivité. Fait que pour moi, il y avait de la violence verbale là-dedans. Il y avait une forme de menace aussi qui était vraiment... pis j'étais vraiment en position d'autorité. Pis j'avais un certain aval sur ce bonhomme-là moi (P5).

Selon les personnes participantes, le passage à l'acte est une instrumentalisation de l'intervention au profit des intérêts de l'intervenant et au détriment de celui du destinataire d'intervention.

Parce que c'est ça, les rapports de pouvoir ça peut amener de la violence. Une violence institutionnelle. Pis moi, je veux pas ça. Maintenant, qu'est-ce qui serait de la violence... Quelle violence j'aurais pu faire ? Pis en fait, peut-être qu'il y a des clients qui se sont sentis agressés par des questions que je leur ai posées, par une confrontation qui a eu lieu, par un refus. Ça, j'ai pas tant le contrôle sur comment la personne va recevoir... (P3).

Pour plusieurs d'entre elles, l'impact de ces passages à l'acte sur le destinataire d'intervention est décuplé par le contexte de vulnérabilité dans lequel il consulte et par la position d'autorité de la personne intervenante.

Pour la majorité des personnes participantes, une deuxième forme de violence est le jugement (moralisation, étiquetage organisationnel, dénigrement et rejet de l'altérité).

Dénigrer. Plutôt de l'ordre du dénigrement. Pis là, les clients, ils connaissent ça. Soit ils ont été dénigrés, soit ils dénigrent leurs conjointes, leurs enfants. Si ils en entendent un commentaire dénigrant, de la part du thérapeute... C'est pas évident là. Ils s'attendent pas à ça là. Ils s'attendent qu'on va être bienveillant et bientraitant (P2).

Pour la moitié des personnes participantes, l'abandon/négligence, autre forme de violences, est une absence de lien, une rupture de l'alliance thérapeutique.

On pourrait même le voir comme une forme de violence, cette rupture de lien-là, parce que dans le fond, je suis en train de... j'suis pas au diapason. Je suis pas en contact avec la personne et elle me fait réagir de toutes sortes de manières. Si je suis pas en contact, elle est automatiquement... si je réagis, elle va être automatiquement instrumentalisée. Parce que je suis pas dans le lien. Hein ! Donc, elle est instrumentalisée. Donc, au niveau 0,1 de la violence, ben on est déjà dedans (P4).

L'abandon/négligence pour une autre personne participante est aussi de faire sentir au destinataire d'intervention que son expérience interne est illégitime.

L'abandon peut être beaucoup plus explicite et devenir du rejet en se traduisant par le renvoi définitif et sans ménagement d'un destinataire d'intervention de sa propre thérapie. « Je pense qu'il n'y rien de plus violent que le rejet » (P7).

J'ai réagi à sa violence, lui m'a donné une baffe [psychologique], j'ai donné une autre [psychologique], j'ai réagi, donc oui, ça peut être un geste de violence symboliquement. Il vient pour être aidé, pis je le fous dehors... Bon il y a des façons de rejeter, il y a des façons de dire que la thérapie, elle n'est pas possible et faire ça de façon structurée... Mais de se lever, pis juste ouvrir la porte, je trouve ça violent. Je vois ça comme un acting-out (P7).

Une personne participante associe la malveillance, autre forme de violence, au fait de se donner raison de voir un destinataire d'intervention comme exécration, de le rendre responsable de la difficulté ou de l'impossibilité de l'aider, de le rendre responsable de se faire laisser tomber et de se faire refuser l'intervention. Cette malveillance vient d'une accumulation de frustrations et d'efforts vains pour rester bienveillant et professionnel (P7).

J'essayais, j'essayais [de travailler avec le destinataire d'intervention], pis non! Je voyais que c'était pas possible. Je peux pas faire la thérapie avec cette personne-là. Ça m'insupportait, au point que j'ai demandé [au destinataire d'intervention] de partir, parce que c'est pas possible. Je n'avais pas la bienveillance dont on avait besoin (P7).

Les formes de violences, selon cette personne participante, sont décrites comme pouvant être subtiles et sournoises dans l'intervention et se dissimuler derrière de bonnes intentions.

Bien sûr. Bien sûr. J'imagine. J'imagine. Et là on est vraiment dans la subtilité. On est vraiment dans ce qu'on parle là, cette espèce de de de... sentiment pour

l'autre de se sentir non légitime dans ce qu'il ressent... que ça a donc ben pas de bon sens... ce qu'il vit, comment il le fait. Je suis sûr que oui, j'imagine que oui. C'est dur quand on part d'une violence, beaucoup plus manifeste, je te crie après, je te dis des noms, je te frappe, je te contrôle. Pis une violence qui est plus comme très bien intentionnée [rire]. [...] Tu sais comment on est bien intentionné : *Hey, non, non, je veux t'aider là. C'est lui qui comprend pas [ironique]* (P6).

4.4.2. Motifs des violences

Les personnes participantes s'entendent pour dire que la négligence des résonnances contre-transférentielles, autrement dit la mentalisation insuffisante des contre-transferts et de leurs origines ainsi que l'incapacité à tolérer les émotions douloureuses qui en découlent (se laisser humilier, blesser narcissiquement, violenter par les transferts du destinataire d'intervention) peuvent générer des violences.

Je voulais pas être le mauvais objet. Ça c'est une de mes blessures à moi. J'ai beaucoup de difficultés à être le mauvais objet et à tolérer d'être dans cette fonction. Donc, pour éviter ça, j'ai pas mis un cadre suffisamment clair dès le début, donc ça déraile, car c'est lui [qui] prend le contrôle de la thérapie (P7).

Pour plusieurs personnes participantes, la négligence des résonnances contre-transférentielles se retrouve aussi dans le fait de ne pas prendre conscience, de ne pas identifier, voire mentaliser et nommer son potentiel éminemment violent et la souffrance interne (histoires infantiles de maltraitance ou de négligence) à son origine. C'est alors que l'impact de cette histoire de violences vécue dans sa propre vie peut se manifester en violences envers le destinataire d'intervention. « Mais je vous dirais que... moi je dis que ne pas regarder l'impact que la violence peut avoir sur moi, je me piège » (P5).

Parce que si j'ai une blessure reliée à ça. Je pourrai pas faire comme si ça me heurtait pas. Parfois à divers niveaux. Des fois c'est comme léger, pis je peux

en parler après. Mais si je suis dans une situation qui me heurte assez où l'individu m'agresse (P5).

L'erreur c'est de laisser une situation qui devient trop souffrante. De pas être conscient de notre propre violence, de notre propre souffrance qui amène à la violence, c'est ça l'affaire. [...] La violence elle arrive quand on a plus de mots. Je commençais à manquer de mots [rire]. [...] Avec les années, c'est ça que j'ai commencé à apprendre, à surveiller beaucoup plus ma souffrance, à surveiller à quel point c'est quoi mes enjeux, c'est quoi mes blessures, c'est quoi mes trucs. Et quand je rencontre quelqu'un – c'est pour ça que je dis que je laisse déposer – je le laisse aller pour voir ce qu'il va toucher de mes blessures ou pas. Pis en fonction de ça, on va, je vois où ce que je peux aller ou j'ai envie d'aller ou pas avec cette personne. Jusqu'où je me protège beaucoup plus ou je vais dévoiler un peu plus... (P7).

Ces contre-transferts non mentalisés, selon l'ensemble des personnes participantes, concernent des émotions refoulées, des enjeux passés non résolus, des intentions inconscientes de nuire et de faire culpabiliser le destinataire d'intervention.

J'étais en colère... Je me souviens, je me disais : « J'ai pas été chez lui le faire chier. Pourquoi il vient me faire chier dans mon bureau? Je suis là pour l'aider et il vient ici pour m'agresser. Dégage quoi! J'ai envie de le rejeter. » Je me suis senti humilié dans les propos... il était bon, il savait comment aller dans mes blessures narcissiques [...]. [À la question de savoir si la personne participante a l'intention de blesser son destinataire d'intervention, la personne participante répond au chercheur] Oh bien sûr oui, oui, oui, parce que je trouvais que c'était injuste, il venait me blesser d'une façon injuste. J'étais là pour essayer de trouver des solutions, pour explorer, etc. Pis il m'agressait. Je trouvais ça injuste. [...] « *Il vient me faire mal* », je me disais (P7).

Les émotions en jeu sont : l'impuissance, l'injustice, la colère, la rage devant le manque de collaboration et de changement du destinataire d'intervention, voire devant son bris d'alliance, ses attaques au cadre ou sa déresponsabilisation. Une personne participante précise :

Dans une forme d'aberration. Pis ça faisait cinq-six semaines qu'il était en groupe. Donc il y avait un écart, je comprenais, j'étais empathique. Pis à un moment-donné, ça a été tout le manque d'empathie, le manque de reconnaissance d'une problématique... pis à un moment donné ça m'a agressé, pis là à un moment donné là – j'y ai pas dit : *Ferme ta gueule!* Mais quasiment... Pis là : *T'arrêtes de parler à soir!* Et je me suis avancé sur ma chaise et dans ma posture physique et dans mon non verbal – juste mon collègue a pu me le refléter, mais moi je me sentais intérieurement... parce que là, j'ai réagi. J'ai pas été dans une stratégie d'intervention, de dire : *Okay là, je suis correct, on fait le tour avec les collègues, avec les gars.* J'étais pas objectif. Pis là mon collègue m'a vu, j'y faisais confiance. Et là, je me suis rassis dans le fond de ma chaise, avec beaucoup de malaise, mais... Parce que les clients m'avaient vu aussi. Et je l'avais évoqué après, j'ai dit : *Écoutez, moi, l'intervention était inadéquate, c'était pas une intervention, j'ai réagi.* Ça vient heurter carrément d'aplomb. Pis j'ai fait le tour avec les gars aussi : *Comment vous le vivez ? Un, comment ma réaction ? Comment vous entendez ce que lui relate ?* Et là on l'a retourné, pis là je lui [ai] laissé 90% du... [...] Et je vivais à ce moment-là une honte, un malaise, tant vis-à-vis le client, parce que mon image, il venait de perdre une partie de sa... de ce que je présentais, comme étant une assurance... bon je suis intervenant... (P5).

La banalisation des violences conjugales commises par des hommes auteurs de celles-ci ainsi que la dureté de leurs récits de violences provoquent chez plusieurs personnes participantes de la peur parfois intolérable qu'ils soient à nouveau violents ou homicides : « J'ai eu peur qu'il passe à l'acte ce gars-là » (P2).

Donc, à chaque séance, on était confronté à la rechute, la répétition de sa violence psychologique et verbale, c'était très insidieux. Donc on était pris à témoin. Pis quand on est témoin, on peut pas être témoin bien longtemps. On finit par être pris dans le jeu. Chaque semaine on essayait, on attendait de savoir qu'est-ce qui se passait avec cette histoire-là, qu'il la surveillait. Est-ce qu'il était pour passer à l'acte ? Donc, la tension monte (P2).

Ces tensions internes qui peuvent déboucher sur des violences peuvent être prévenues de plusieurs manières.

4.4.3. Prévention des violences

Pour la plupart des personnes participantes, les résonances contre-transférentielles doivent être découvertes et prises en considération, afin de ne pas les laisser affecter le travail clinique. Il s'agit de prendre conscience de ce potentiel bris d'alliance et de sa charge de violences.

Ils sont incontournables [les contre-transferts]. Ils ont toujours été en mouvement, pis avoir de l'ouverture pour questionner tout ça. Hey ! Faut vraiment être à l'affût là, parce que des patients qui viennent consulter, qui déposent leurs symptômes dans l'organisation où ils viennent consulter. Si on n'est pas sensible à qu'est-ce que le symptôme peut produire dans l'organisation, on risque de passer à l'acte entre nous ou sur nos patients (P2).

Et que j'arrive à prendre du recul, ben je vais perdre une objectivité et si je l'occulte ça et si je fais comme si ça existait pas, j'entends pas, ben je me piège. Parce que c'est quand qu'un individu va remettre le pied sur ce terrain-là. Pour moi, c'est important que je le reconnaisse : ça, ça m'agresse ou ça me touche ou ça vient toucher une dimension. Des fois, je peux même pas le rationaliser, je sais pas à quoi ça fait référence. Mais ça me heurte (P5).

Avec les années je deviens plus, bon, c'est vraiment désagréable, mais ça se peut que ça soit son problème, ça se peut que ça soit sa façon de rentrer en relation [...]. Qu'est-ce que lui essaye de faire au thérapeute, mais pas à moi comme personne. Au début je le prenais personnel (P7).

Pour la plupart des personnes participantes, l'intervention implique donc un travail sur soi pour régler ses difficultés personnelles, s'ouvrir à ses blessures, les apprivoiser, nécessitant au besoin de la psychothérapie et de la supervision clinique. Une introspection personnelle permet d'ailleurs de conserver une introspection professionnelle. Le travail sur soi implique de prendre conscience de ses propres transgressions ou de leur potentialité, de ses conduites pernicieuses, de préserver une attitude de doute et de remise en question constante face à soi-même et à sa pratique professionnelle, d'admettre ses erreurs. Il s'agit d'accepter son impuissance, ses

limites, ses imperfections voire ses erreurs professionnelles, d'accepter que le pouvoir de changement appartienne au destinataire d'intervention et non à la personne intervenante. Bref, il s'agit d'être constamment vigilant pour détecter les motifs pouvant se cacher derrière les bonnes intentions des interventions avec les destinataires de celles-ci, particulièrement lorsque l'on travaille dans le champ des violences.

Même quand on peut pas, on veut pas travailler avec quelqu'un, dans la mesure du possible, on propose quelque chose. Être suffisamment mature pour savoir qu'avec une personne on peut pas travailler et essayer de trouver dans la mesure du possible des ressources pour cette personne-là. Là, je vois quelque chose de clinique. On met un cadre, un cadre bienveillant, pas à la hache. C'est là que je trouve que cela peut être violent symboliquement. On doit, comme thérapeute, savoir comment bien finir une relation, c'est exactement l'enjeu du client, c'est de pas bien finir certaines relations. Si nous-mêmes, comme thérapeute, on travaille pas la relation d'une façon bienveillante adéquate, comment aider quelqu'un qui a des problèmes relationnels. Si on n'est pas capable de faire ça, il faut faire autre chose (P7).

Des personnes participantes soulignent qu'il est important de savoir que ce n'est pas la personne intervenante qui aide, mais quelque chose appartenant au destinataire d'intervention et à la relation qu'il crée avec la personne intervenante. Comme personne intervenante, il est important aussi de tolérer d'être perçue comme le mauvais objet par le destinataire d'intervention. Le travail sur soi permet donc d'assouplir sa position d'intervenant, d'être attentif à ses irritations internes et à sa colère, de ne pas nier l'impact sur soi des récits de violences entendus de la bouche du destinataire d'intervention et d'éviter les passages à l'acte. Pour la plupart des personnes participantes, ce travail sur soi permet de garder une juste distance émotionnelle, une neutralité bienveillante, une humilité invitant le destinataire d'intervention à parler de ce qu'il vit dans l'alliance thérapeutique, entre autres, face aux diverses interventions qui peuvent le confronter.

Sur les conditions de sa vie. Déjà en partant, on n'est pas dans un rapport égalitaire, on est dans un rapport où effectivement, je sais, je suis pas violent, lui est violent, lui est pas correct. À mon avis, il y a déjà quelque chose dans ce

sens-là. C'est pour ça, c'est peut-être pour ça que je trouve tellement important que ce gars-là ait de la place pour s'exprimer. J'imagine que c'est ma manière à moi d'essayer de contrer... Moi personnellement, comme thérapeute dans ma vie, ce que je connais de moi, pis peut-être... des gens me regarderaient intervenir et pis diraient pas la même chose, moi, j'ai pas l'impression que je me place comme l'expert. Ou en tout cas, je veux pas, c'est pas un but pour moi, même si c'est sûr que ça se passe, nécessairement (P6).

D'ailleurs, une bonne alliance thérapeutique évite que la confrontation soit vécue avec violence par un destinataire d'intervention. Expliquer ses interventions permet d'atténuer l'impact éventuellement négatif de certaines d'entre elles : « Dans le fond, j'ai pas rompu le lien. En tout cas, j'ai essayé de pas le rompre, en même temps, je me suis permis d'exprimer un jugement très sévère par rapport à son geste » (P4).

Pour quelques personnes participantes, enfin, il s'agit de rester clinique et de ne pas transformer un mandat d'aide thérapeutique en mission idéologique et politique.

CHAPITRE V DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre reprend les résultats²³ présentés précédemment et les met en lien avec la problématique et le cadre théorique. Cette analyse se base sur la question initiale qui était de savoir si les bris d'alliance thérapeutique²⁴ peuvent relever de violences contre-transférentielles²⁵.

L'objectif général de la recherche était donc de mieux décrire et comprendre les bris d'alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, il s'agissait de découvrir si de possibles violences contre-transférentielles envers un auteur de violences conjugales survenaient dans l'alliance thérapeutique. Un intérêt supplémentaire était de découvrir si les violences contre-transférentielles apparaissaient plus facilement dans l'intervention avec un auteur de violences conjugales.

La question de recherche se lisait comme suit : des violences contre-transférentielles envers un auteur de violences conjugales s'insinuent-elles dans l'intervention, causant des ruptures dans l'alliance thérapeutique ?

²³ Les personnes participantes utilisent un jargon technique pouvant paraître impersonnel pour décrire leur expérience bel et bien subjective. Leur cadre de référence théorique ressemble à celui du chercheur, induisant une certaine collusion intellectuelle.

²⁴ Rappelons que les bris d'alliance thérapeutique sont des désaccords sur les objectifs d'intervention, des désaccords sur les tâches et des tensions dans le lien affectif qui unit la personne intervenante et le destinataire d'intervention. La dernière dimension est la plus courante dans les résultats de la recherche.

²⁵ Rappelons que le transfert est une répétition de l'histoire du destinataire d'intervention (ou de la personne intervenante) qui n'appartient guère à la réalité immédiate, mais qui est suscitée par celle-ci. Le contre-transfert est la réaction de la personne intervenante (ou du destinataire d'intervention) au transfert du destinataire d'intervention (ou de la personne intervenante). Les violences contre-transférentielles (qui, pour des questions d'opérationnalisation, incluent les violences transférentielles de la personne intervenante) sont donc comprises comme les violences de la personne intervenante suscitées soit par son histoire personnelle, soit par le contact avec le destinataire d'intervention, en l'occurrence l'auteur de violences conjugales.

Les trois objectifs spécifiques étaient de décrire et de comprendre :

- 1) Les bris d'alliance thérapeutique, plus particulièrement les formes de violences contre-transférentielles, envers un auteur de violences conjugales;
- 2) Les motifs de ces violences contre-transférentielles;
- 3) Les moyens de prévenir ou de récupérer ces violences contre-transférentielles pour restaurer l'alliance thérapeutique.

Pour répondre à la première question, des liens seront tissés entre les bris d'alliance thérapeutique et les violences contre-transférentielles des personnes participantes. Les motifs des bris d'alliance et des violences contre-transférentielles permettront de compléter l'analyse. Deuxièmement, les moyens de prévenir les bris et les violences contre-transférentielles permettront de mieux comprendre comment possiblement restaurer l'alliance thérapeutique. Ensuite, il sera observé si les auteurs de violences conjugales, comme groupe spécifique, sont plus à risque de vivre des violences contre-transférentielles que d'autres populations usagères de services psychosociaux. Ensuite, une réflexion critique sera présentée au sujet de la difficulté des personnes participantes à parler du sujet même de la recherche. Enfin, les limites que la recherche a atteintes seront expliquées.

5.1. Liens entre bris d'alliance thérapeutique et violences contre-transférentielles

Avant de discuter des résultats à la lueur de la problématique et du cadre théorique, les bris d'alliance thérapeutique seront contrastés avec les violences contre-transférentielles soulevées par les personnes participantes. Bien que ces violences soient généralement comprises par celles-ci comme des bris d'alliance, il ne leur est pas évident de les délimiter. Dans la deuxième partie, les motifs des bris d'alliance

thérapeutique seront mis en relation avec ceux des violences, spécifiquement réfléchis sous l'angle des violences contre-transférentielles proposées dans le cadre théorique.

5.1.1. Bris d'alliance thérapeutique contrastés avec les violences contre-transférentielles

Les bris d'alliance thérapeutique décrits dans la problématique peuvent être provoqués par la personne intervenante ou par le destinataire d'intervention. Ces ruptures reposent néanmoins sur la perception qu'a le destinataire d'intervention des comportements de son intervenant (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990). Ces bris semblent davantage dépendre de l'expérience subjective du destinataire d'intervention que d'une négligence relationnelle appartenant à la personne intervenante qu'il s'agirait d'éviter (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

Il est important de rappeler que la présente recherche se concentre sur la perception qu'ont les personnes participantes intervenantes de leurs contributions aux ruptures d'alliance thérapeutique, indépendamment de l'impact réel sur leur destinataire d'intervention. Les bris d'alliance thérapeutique et les violences contre-transférentielles étant vécus subjectivement par le destinataire d'intervention, il est difficile de savoir si toutes les violences contre-transférentielles créent des ruptures d'alliance thérapeutique. Les résultats de la recherche permettent toutefois de mieux délimiter, ou plutôt de deviner la frontière entre bris d'alliance thérapeutique et violences contre-transférentielles.

Les bris d'alliance thérapeutique rapportés en problématique peuvent donc ressembler, d'une part, à certaines formes de violences contre-transférentielles que les personnes participantes ont rapporté utiliser en intervention et, d'autre part, à certaines figures de violences abordées dans le cadre théorique. Par exemple, la distance affective et le jugement, bris d'alliance exercés par les personnes participantes, selon leurs propos, sont respectivement comparables à l'abandon/négligence et au jugement comme

formes de violences contre-transférentielles nommées par les personnes participantes, sans pouvoir distinguer précisément leurs limites. Ces deux bris d'alliance et ces deux violences contre-transférentielles s'apparentent à la tension dans le lien, qui est une dimension des ruptures d'alliance abordée dans la problématique²⁶ (Safran, Muran, Samstag, Stevens, 2002). L'intensité et l'impact de cette tension sur le destinataire d'intervention pourraient distinguer les bris d'alliance thérapeutique des violences contre-transférentielles.

Plus spécifiquement, la distance affective comme bris d'alliance est définie par les personnes participantes par de l'indifférence et du désengagement plus ou moins dissimulés ou assumés. Pour elles, l'abandon/négligence est identifié comme une forme de violences qui occasionne une rupture d'alliance thérapeutique. Celle-ci semble (selon les formulations des personnes participantes) plus transgressive et néfaste que la distance affective comme bris, car elle a le pouvoir de faire sentir au destinataire d'intervention du rejet et de la honte.

Dans le cadre théorique, cette distance affective ou cet abandon/négligence est décrit comme un gel des affects de la part de la personne intervenante, privant le destinataire d'intervention d'une alliance thérapeutique et d'un contact humain (Canino, 2008; Ciccone, 2014; Gilgun, 2008; Rey Rinaldi, 2000). À cet égard, les personnes participantes notent en outre que leur évitement leur appartient, mais qu'il peut être facilité par le manque d'empathie ou de volonté de responsabilisation du destinataire d'intervention pour ses violences. Par ailleurs, cette distance affective ressemble aux manœuvres d'évitement, voire d'opposition ou de fermeture caractéristiques, mais dans

²⁶ Les deux autres principales dimensions de la rupture, les désaccords éventuels sur les objectifs et les tâches, ne sont guère précisés dans les résultats, bien qu'ils soient intimement liés aux tensions dans le lien.

ce cas-ci, du destinataire d'intervention et non de la personne intervenante, qui nuisent à l'alliance (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

La rupture d'alliance est bidirectionnelle : les bris des uns peuvent être suscités ou amplifiés par les bris des autres dans une relation de transfert/contre-transfert. Cette distance affective caractérise le refus de la personne participante de partager avec l'auteur de violences conjugales une part de son identité aussi inédite que la sienne, se barricadant derrière une image biaisée de lui-même. En ce sens, la distance affective peut être induite par un manque d'intégrité (Canino, 2008).

Les jugements comme bris d'alliance et comme forme de violences ne sont guère distinguables. Les personnes participantes décrivent le bris comme un manque d'empathie et d'acceptation, une diabolisation et une culpabilisation du destinataire d'intervention (avec pour objectif de produire un changement chez le destinataire d'intervention), alors qu'ils décrivent la forme de violences comme une moralisation, un étiquetage organisationnel, un dénigrement et un rejet de l'altérité. Lesquels de ces termes permettent de délimiter les bris d'alliance et les violences contre-transférentielles?

Ce bris, le jugement provoqué par les personnes participantes, se rapproche de la tension dans le lien thérapeutique décrite dans la problématique comme l'expression directe ou indirecte d'un sentiment négatif ou d'hostilité (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990) et s'apparente à certaines des figures des violences répertoriées dans le cadre théorique, à savoir la non-écoute et la rétorsion, et toutes formes de comportements ou d'attitudes qui stigmatisent et éloignent le destinataire d'intervention d'une compréhension juste et adaptée de lui-même (Ciccone, 2015). Pour un auteur de violences conjugales particulièrement, souvent craintif et honteux, l'hostilité tapie derrière de tels jugements peut contribuer à la dégradation de l'alliance thérapeutique et envoyer le message que ces agissements sont souhaitables dans les relations interpersonnelles (Murphy et Baxter, 1997, dans Turcotte, 2012). Le jugement

comme forme de catégorisation permet d'éviter le contact avec l'auteur de violences conjugales, dont les différences parfois extrêmes peinent à trouver chez la personne participante un regard complexe et complet : c'est un défaut d'authenticité (Canino, 2008; Delisle, 2001).

Le passage à l'acte et la malveillance ne sont nommés par les personnes participantes que sous les formes de violences, mais pas dans les bris d'alliance thérapeutique. Le passage à l'acte est défini par les personnes participantes comme une transgression des limites de l'intervention clinique, un manque de respect nocif qui n'existerait guère dans un bris d'alliance. Pour plusieurs personnes participantes, le passage à l'acte est une prise de pouvoir qui intimide, enferme, menace plus ou moins subtilement, dans le but de forcer le changement (arrêt des violences conjugales) du destinataire d'intervention.

Pour l'une des personnes participantes, la malveillance, dernière forme de violences répertoriée dans les résultats, est le fait de rendre uniquement responsable un destinataire d'intervention pour sa difficulté à se faire apprécier et aider par son intervenant. Cette attitude sournoise peut se dissimuler derrière de bonnes intentions. Dans le cadre théorique, cette incursion contre-transférentielle non mentalisée de la personne intervenante pousse le destinataire d'intervention à prendre un rôle d'intervenant pour se protéger du défaut de préoccupation soignante primaire de la personne intervenante. Autrement dit, le destinataire d'intervention trahit sa propre intégrité pour compenser le manque d'intégrité et d'authenticité de la personne intervenante (Ciccone, 2014; Delisle, 2001)

Ces instrumentalisation de l'intervention et ces malveillances plus ou moins conscientes et assumées par la personne participante sont confirmées dans le cadre théorique : la limite est tenue entre l'intervention, la manipulation et la transgression (Ciccone, 2015). Ces instrumentalisation sont décuplées, selon plusieurs personnes participantes, par le contexte de vulnérabilité dans lequel un auteur de violences

conjugales consulte, ce que confirment doublement le cadre théorique et la problématique. De fait, le destinataire d'intervention est dans une position de vulnérabilité en tant que demandeur d'aide fragilisé par la relation asymétrique dans laquelle il se trouve (Bajoit, 2005), en tant qu'homme socialisé à se montrer invulnérable (Bélanger, 2005, Hamel, 2005, 2013; Meissner, 2007; Turcotte, 2012) et en tant qu'auteur de violences conjugales dont le vécu est très souvent marqué par des blessures infantiles réactivées dans le processus thérapeutique (Corbeil, 1999; Dutton, 2006, 2007; Meissner, 2007; Sonkin, 2007; Thomas, 2002).

5.1.2. Motifs des bris d'alliance thérapeutique contrastés avec les motifs des violences contre-transférentielles

Le cadre théorique a permis de dresser un parallèle entre les violences contre-transférentielles et les bris d'alliance thérapeutique. La distance affective et le jugement comme bris d'alliance, ainsi que l'abandon/négligence et le jugement comme violences contre-transférentielles agies par les personnes participantes s'apparentent, comme précédemment discuté, à certaines figures des violences élaborées dans le cadre théorique, respectivement le gel des affects, soit la distance affective (Canino, 2008; Ciccone, 2014; Gilgun, 2008; Rey Rinaldi, 2000) et la rétorsion (Ciccone, 2014).

Les personnes participantes permettent de combler des lacunes dans la littérature concernant les motifs des bris d'alliances. Le premier motif de ces bris d'alliance rapporté par les personnes participantes (motif qui englobe aussi celui des violences contre-transférentielles) est la négligence des résonances contre-transférentielles. Les personnes participantes l'expliquent par une mentalisation insuffisante qui se concrétise dans une utilisation inadéquate des émotions, des blessures et des traumatismes vécus par celles-ci durant le processus thérapeutique. Le cadre théorique informe que ce défaut de préoccupation soignante primaire (Winnicott, 1956) amène

la personne intervenante à nier ses émotions négatives, comme la haine, et à les utiliser avec hostilité sur le destinataire d'intervention (Ciccone, 2015).

La négligence des contre-transferts (cette fois comme motif de violences contre-transférentielles) se réfère à une mentalisation insuffisante du potentiel éminemment violent chez les personnes participantes et de la souffrance à leur origine. Ces émotions douloureuses peuvent appartenir à la propre histoire des personnes participantes ou être suscitées par leur contact avec un destinataire d'intervention oppositionnel et résistant à assumer la responsabilité de ses violences.

Dans ce dernier cas, motif de violences contre-transférentielles et motif de bris d'alliance thérapeutique se rejoignent et indiquent que les violences contre-transférentielles sont liées à une difficulté à supporter l'altérité dans les actes extrêmes de certains auteurs de violences conjugales (Canino, 2008) menant à un défaut de préoccupation soignante primaire qui rend pénible à la fois d'éprouver de la compassion pour certains destinataires d'intervention et de tolérer la haine que ces derniers peuvent leur transférer (Ciccone, 2014; Winnicott, 1956). Certaines personnes participantes admettent leur incapacité à être empathique avec certains de leurs destinataires d'intervention et à remplir le rôle ingrat de mauvais objet.

L'usure de compassion est le deuxième motif des bris d'alliance nommé par les personnes participantes, mais il n'apparaît pas comme motif des violences contre-transférentielles dans leurs propos. Selon elles, il se développe au contact d'un destinataire d'intervention non volontaire, désintéressé, récalcitrant et manipulateur. Les écrits théoriques expliquent que le travail de remise en question de soi par la personne intervenante, donc le travail sur les tâches thérapeutiques (troisième motif de bris d'alliance, s'il est négligé), est ardu. Cette usure semble augmenter le défaut de préoccupation soignante primaire (Winnicott, 1956) et compliquer l'indispensable et salutaire mentalisation des contre-transferts.

5.2. Prévention des bris d'alliance thérapeutique et des violences contre-transférentielles

Les moyens pris pour prévenir les bris d'alliance et les violences contre-transférentielles vont tout d'abord être présentés avant d'être mis en lien avec les avenues proposées dans la problématique pour restaurer l'alliance thérapeutique.

Les moyens pour prévenir les bris d'alliance thérapeutique et les violences contre-transférentielles sont principalement les mêmes selon les témoignages des personnes participantes: l'identification et la gestion des contre-transferts, qui permettent d'éviter que la personne intervenante s'occupe de ses propres enjeux affectifs sur le compte du destinataire d'intervention. Il est donc important, selon elles, de reconnaître leurs propres enjeux émotionnels pour les distinguer de ceux du destinataire d'intervention. La création d'une alliance thérapeutique facilite cette reconnaissance, car elle implique, toujours selon les personnes participantes, d'être conscientes de soi, de l'autre et du lien qui les unit.

Le cadre conceptuel corrobore la théorie que la résonance est un outil de compréhension exempt de jugement, un regard neuf posé sur l'autre (Ciccone, 2014; Hefez, 2010; Schrod, 2004). L'élaboration du contre-transfert permet le contact avec soi et avec l'autre (Ciccone, 2014). En prévention des violences contre-transférentielles, plusieurs personnes participantes soulignent l'importance d'être conscientes de la fragilité de l'alliance thérapeutique et d'être attentives aux éventuelles transgressions contre-transférentielles. Le cadre théorique confirme l'importance de ne pas négliger ces aspects (Ciccone, 2014; Hefez, 2010; Schrod, 2004). Selon les personnes participantes, grâce à une attitude qui privilégie l'introspection, le doute, l'impuissance et l'humilité, leurs intentions subtiles et leurs zones sombres peuvent se révéler à elles. Pour une personne participante en particulier, il est important de tolérer d'être le mauvais objet aux yeux du destinataire d'intervention. Une autre explique qu'il est important d'être attentif à l'impact parfois négatif que l'intervention a sur

celui-ci. Pour améliorer ce profond travail sur les contre-transferts, la plupart des personnes participantes admettent qu'il est important d'avoir des discussions cliniques entre pairs, de la supervision clinique²⁷ et aussi de la psychothérapie personnelle.

Par ailleurs, les moyens pris pour prévenir les bris d'alliance thérapeutique et les violences contre-transférentielles sont indissociables des moyens pris pour favoriser une alliance de qualité, tels que proposés par les personnes participantes. L'ouverture à soi qui consiste à être authentique²⁸, à être conscient des dimensions émotionnelles douloureuses de soi, à se laisser toucher par le destinataire d'intervention sans se laisser affecter; l'ouverture à l'autre qui consiste à témoigner du respect et de la confiance, à être présent sans être envahissant; l'ouverture à l'alliance thérapeutique, qui consiste à ouvrir la métacommunication, à trouver l'équilibre entre distance et proximité relationnelle.

Dans le cadre théorique, l'ouverture à soi correspond à l'intégrité, la capacité à être sensible et attentif à son expérience interne immédiate. L'ouverture à l'autre correspond à l'authenticité, la capacité à être branché sur ce que l'autre ressent dans sa globalité (Delisle, 2001; Gelso, 2011). L'ouverture à la relation correspond enfin à la capacité de prendre en charge une saine métacommunication avec le destinataire d'intervention (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990) où s'articule judicieusement un cadre d'intervention, sécuritaire, éthique et responsable (Gambrill, 2013; Gelso, 2011; Hochman, 2012; Hefez, 2010; Bogo, 2006; Delisle, 2001 ; Miller, Duncan, Hubble, 2001; Kadushin, 1990). En outre, les personnes participantes confirment qu'elles doivent reconnaître leur propre part de responsabilité dans l'apparition des bris d'alliance et en informer en toute transparence le destinataire

²⁷ La littérature sur l'alliance thérapeutique parle alors d'alliance intrasystémique, celle développée entre un intervenant et un superviseur (Baillargeon, Pinsot et Leduc, 2005).

²⁸ Le mot « authentique » des personnes participantes correspond dans sa signification au mot « intégrité » (Delisle, 2001; Gelso, 2011).

d'intervention, ce qui est corroboré en problématique (Safran, Crocker, McMain et Murray, 1990).

Un dernier moyen souligné par la majorité des personnes participantes pour favoriser l'alliance thérapeutique est la mentalisation des contre-transferts non pas négatifs, mais positifs cette fois, qui permet de lutter contre l'usure de compassion en nourrissant le sentiment d'humanité vécu dans l'alliance thérapeutique. Cette résilience vicariante n'est abordée ni dans la problématique ni dans le cadre théorique.

Ces moyens de prévention des bris d'alliance et des violences contre-transférentielles ainsi que ceux qui permettent le développement d'une alliance thérapeutique optimale complètent et approfondissent la composante du lien affectif de l'alliance. Cette composante du lien affectif correspond à la relation personnelle évoquée dans le cadre théorique (Gelso, 2011; Delisle, 2001). La priorité accordée à la composante du lien affectif sur ceux des objectifs et des tâches est de mise avec un destinataire d'intervention plutôt méfiant (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005), ce qui est le cas avec un auteur violences conjugales. À cet égard, les personnes participantes mentionnent l'importance de créer une alliance thérapeutique structurée, fondée sur une négociation permanente, un apprivoisement mutuel et une entente partagée sur la direction à prendre dans l'exploration du vécu intime du destinataire d'intervention. Ces composantes, lien affectif, objectifs et tâches dans la problématique du mémoire, font partie intégrante des moyens mis à leur disposition pour consolider le fragile équilibre de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1994; Delisle, 2001; Safran, Muran, Samstag, Stevens, 2002).

Dans l'ensemble, il est clairement démontré ici que la qualité de la relation est primordiale pour intervenir avec les destinataires d'intervention en général (Gambrill, 2013; Gelso, 2011; Hochman, 2012; Hefez, 2010; Bogo, 2006; Delisle, 2001; Miller, Duncan, Hubble, 2001; Kadushin, 1990) et avec les auteurs de violences conjugales en particulier (Bélanger, 2005; Brodsky, 2011; Dulac, 1997, 1999; Dutton, 2006, 2007;

Lindsay, Turcotte, Montminy et Roy, 2006; Lynes; 2006; Murphy et Eckhardt, 2005; Turcotte, 2003; 2012). Les violences contre-transférentielles potentielles ou effectives sont récupérables pour restaurer l'alliance thérapeutique ou pour prévenir sa dégradation, si tant est que ces dernières l'aient affectée.

Les personnes participantes n'ont pas mentionné que les bris d'alliance peuvent être récupérés (Safran, Crocker, McMMain et Murray, 1990), elles ont focalisé sur leur prévention plutôt que sur leur récupération. Comme le phénomène de rupture et de restauration de l'alliance thérapeutique est inévitable, quelles que soient l'expertise et la dextérité professionnelle de la personne intervenante, il ne s'agit pas tant d'éviter les bris d'alliance thérapeutique, mais de les repérer pour mieux les récupérer (Safran, Crocker, McMMain et Murray, 1990). Ainsi, la prévention des bris d'alliance n'est pas réalistement possible. Toutefois, la prévention des violences contre-transférentielles pourrait être un objectif clinique réaliste à prendre en considération, puisque ces violences sont des bris d'alliance transgressifs, abusifs, nuisibles. Cependant, dans l'impossibilité de les prévenir, les violences contre-transférentielles pourraient tout de même être récupérées pour restaurer l'alliance thérapeutique. L'hypothèse peut donc être avancée que les moyens pour maintenir une alliance optimale tels que rapportés par les personnes participantes se rapprochent de ceux répertoriés en problématique en regard de la récupération des bris d'alliance.

5.3. Spécificités des violences contre-transférentielles commises envers un auteur de violences conjugales

Après avoir décortiqué les violences contre-transférentielles et leurs motifs dans l'alliance thérapeutique avec un auteur de violences conjugales, une question demeure : les auteurs de violences conjugales, comme groupe spécifique, sont-ils plus à risque que d'autres populations usagères de services psychosociaux de vivre des violences contre-transférentielles? Sans pouvoir répondre à la question avec certitude, il est

possible de caractériser la nature et le type de risques qu'encourent les auteurs de violences conjugales dans l'intervention.

Les résultats indiquent qu'il est facile pour le destinataire d'intervention en général, mais pour l'auteur de violences conjugales en particulier, de susciter chez plusieurs personnes participantes des bris d'alliance (distance affective, jugement), issus d'une gestion difficile des contre-transferts ou d'une usure de compassion. Les caractéristiques de l'auteur de violences conjugales qui augmentent les risques de passage à l'acte (explosion de colère et de rage) sont sa fermeture, sa résistance et sa difficulté à s'engager dans un processus de mentalisation et de changement. Le travail effectué dans l'alliance thérapeutique sur la motivation et la remise en question d'un auteur de violences conjugales est éprouvant pour la personne intervenante et la prive de gratifications narcissiques garantes de satisfactions personnelles et professionnelles permettant la prévention de l'usure de compassion. Des conduites d'intimidation ou de dénigrement de la part d'un auteur de violences conjugales envers son intervenant, le danger potentiel qu'il peut représenter pour sa conjointe ou la gravité des récits de violences qu'il dévoile peuvent effrayer, indigner, fragiliser et blesser les personnes participantes et ainsi faciliter l'apparition de leurs violences contre-transférentielles. L'impact de celles-ci peut être décuplé, selon plusieurs personnes participantes, par l'insécurité d'un auteur de violences conjugales (et qui est souvent à la source de ses violences), liée au contexte de non-volontariat et d'intimité des séances d'intervention.

La section problématique indiquait qu'un auteur de violences conjugales se trouvait en position de vulnérabilité, donc en position de se faire violenter, tout d'abord par son statut de destinataire d'intervention qui le place dans une position d'infériorité et de fragilité (Bajoit, 2005), ensuite par son rôle lié à la masculinité qui ne l'a pas habitué à reconnaître et à accepter ses vulnérabilités (Bélanger, 2005, Hamel, 2005; 2013; Meissner, 2007; Turcotte, 2012) et enfin et surtout, par son vécu souvent teinté de violences et d'abus dans l'enfance, qui se revivent dans l'alliance thérapeutique

(Corbeil, 1999; Dutton, 2006, 2007; Meissner, 2007; Sonkin, 2007; Thomas, 2002). En tant que personne ayant posé des gestes de violences, il peut être intimidant et fragilisant (Murphy et Baxter, 1997, dans Turcotte, 2012) de s'ouvrir dans un contexte de contrainte à une personne remplissant à ses yeux un rôle d'autorité (Hamel, 2005; 2013; Meissner, 2007; Turcotte, 2012).

5.4. Réflexivité des personnes participantes au sujet²⁹ de la présente recherche

Il avait été suggéré dans la section méthodologie que cette recherche était l'occasion pour les personnes participantes de se poser des questions sur les violences commises dans leur intervention à l'égard d'un auteur de violences conjugales. La dernière partie des entrevues de recherche est consacrée à un méta-regard sur l'entrevue de recherche elle-même, fournissant des retombées réflexives pour les personnes participantes. Cette partie, même si elle ne traite pas de l'objet de recherche directement, permet au lecteur de comprendre la manière dont les personnes participantes ont réfléchi de façon interactive avec le chercheur.

Pour l'ensemble des personnes participantes, les thèmes du pouvoir, de la transgression et des violences dans l'intervention sont bouleversants, inédits, essentiels et permettent de rester lucide.

Et t'acceptes que toi t'es rendu à zéro. Sinon, tu vas faire de la merde, si tu acceptes pas que tu es rendu à zéro. Il y a d'accepter ses limites. C'est bien ça l'affaire. C'est pas parce que ça fait [plusieurs années] qu'on travaille là-dedans, qu'on n'a pas de limites, justement c'est plutôt l'inverse. On prend conscience qu'on a des limites (P2)

²⁹ Les personnes participantes avaient d'ailleurs généralement de la difficulté à se connecter à leurs propres violences d'un point de vue expérientiel et cherchaient à parler de violences dans l'intervention de manière plus générale et généralisable, moins subjective, ce qui donnait plus de fil à retordre au chercheur.

Ben moi ce que ça m'a amené de plus notre entretien là, c'est de mieux conscientiser, c'est plus clair pour moi. Tu sais je te dirais ça m'appartient ou ça appartient au client. Donc de définir, de mettre des mots sur cette période-là... ce moment-là, ces outils de réflexions-là qui m'amènent à faire la distinction (P4)

Ça m'a amené, entre autres, à mieux prendre conscience de l'importance que... de l'importance quand je juge, dans ma tête je m'entends juger le client. Et ça c'est un facteur pour moi particulièrement à retenir, comme étant un déclencheur potentiel d'un agir violent. Ou juste de rompre le lien avec l'intervenant... avec le client (P4).

Pour toutes les personnes participantes, sans exception, le sujet de recherche permet, non sans appréhension, de se remettre en question, de se montrer vulnérable, malgré la crainte pour certaines d'être jugées dans leurs compétences par le chercheur. Pour celles-ci, le doute³⁰ peut s'emparer d'elles et bousculer leurs propres certitudes. Quels sont leur degré de conscience, de lucidité, d'honnêteté, d'intégrité, d'impartialité envers elles-mêmes et leur propre potentiel de violences dans l'intervention? Jusqu'à quel point se censurent-elles dans les entretiens de recherche, se demandent certaines?

Je suis à l'aise, je suis à l'aise de me faire demander, de me faire poser la question, parce que moi je suis quand même une personne de doute. Fait que j'espère que le jour où j'aurais plus de doute... Pour répondre à la question, tout est là aussi, le doute, le questionnement. Parce que là les dérives, ça vient quand on arrive, quand on en vient à ne plus trop douter. On arrive à s'asseoir sur nos lauriers... Puis... à simplifier les choses. Le simplisme... On arrive à se donner bonne conscience facilement... Enfin, tant qu'on reste un être de doute, on se donne toutes les chances de moins faire de torts, je vais le dire comme ça. Pis bon, je peux faire du tort sans m'en rendre compte. J'espère que si j'ai fait du tort, on me l'a dit. Si je m'en suis pas rendu compte, on me l'a pas dit... (P1).

Ben que c'est presque impossible que j'use de violence envers mes clients. Comme une base de sécurité là. Donc, c'est pas une réflexion que je me suis

³⁰ Dans le cadre théorique, il est mentionné que le doute est l'ingrédient d'une pratique responsable et éthique (Schrod, 2004).

faite très souvent. Vrai ou faux là, mais c'est comme un sentiment qui protège peut-être aussi de l'image de l'intervenant. Bon, que bon, dans mon travail, ça se peut pas que j'use de violence envers un client (P4).

Je trouve ça intéressant de parler de chose que la plupart [du temps] on n'a pas envie, [...] de réfléchir à l'impact qu'on a sur l'autre, d'avouer qu'on n'est pas tout bon. Que c'est bon aussi, que ça fait partie de la relation réelle, relation imparfaite. Pas aller dans la perfection thérapeutique bienveillante à outrance, donc chapeau, chapeau, parler de choses que la plupart des gens ne veulent pas parler comme la violence conjugale (P7).

Pour certaines personnes participantes, il est important, dans ce souci de lucidité et d'humilité, d'accepter ses imperfections et reconnaître que les violences sont quasi inévitables en intervention pour mieux pouvoir la récupérer. Il s'agit, par exemple, de reconnaître que les personnes intervenantes ne sont pas dépourvues de préjugés tenaces contre leurs propres destinataires d'intervention, les auteurs de violences conjugales. En outre, il est judicieux de se rappeler qu'elles sont humaines et potentiellement elles aussi capables de violences dans leur vie personnelle.

Pour plusieurs personnes participantes, il est important, en tant qu'intervenant, de distinguer ses contre-transferts des transferts du destinataire d'intervention, pour ne pas les régler sur le dos de ce dernier.

Parce que peut-être que j'ai besoin moi... C'est moi que je suis en train de traiter en faisant ça. Parce que je suis incapable d'entendre ce qu'il me dit. Je tolère pas ça, fait que ma manière de me réguler à moi, c'est de dire ça à ce moment-ci. Pis quelle crédibilité que j'ai, au moment où je le fais, c'est quoi la crédibilité que j'ai pour y dire ça ? (P6)

Comment la plupart des interventions qu'on fait, beaucoup, beaucoup d'interventions qu'on fait servent à nous réguler et pas nécessairement à réguler le client. (P6)

Il semble important pour cette personne participante de développer des outils pour mieux réfléchir à ces enjeux de violences dans l'intervention.

Pas juste moi, mais t'sais dans le fond, avoir plus de mots pour définir ces éléments-là, dans ta recherche, les éléments qui sont sortis comme facteurs de protection, ou d'identification des éléments à risque, je pense que ça pourrait être utile pour tout le monde, là (P4)

Dans le cadre théorique, il est en effet expliqué qu'il est confrontant d'assumer la responsabilité de ses actes et de ne pas projeter sur le destinataire d'intervention ses propres blessures, ses propres projections, tout en restant attentif à ce que le destinataire d'intervention induit (Ciccone, 2014).

En résumé, les participants confirment que l'objet et les objectifs de cette recherche sont inédits et pertinents, ce qui lui donne une certaine valeur (Brodeur, Lesieux, Rinfret-Raynor et Pépin-Gagné, 2014). D'un point de vue méthodologique, la démarche réflexive prévue est suffisamment réussie, car les personnes participantes confirment qu'elles en ressortent grandies, dans la mesure où elles ont pu augmenter leur conscience éthique et critique. Elles ont été invitées à maintes reprises à se distancer d'une réflexion générale et impersonnelle sur les violences pour plonger dans une réflexion singulière et subjective quant à leurs propres violences. L'alliance méthodologique créée avec les personnes participantes encourage cette découverte d'elles-mêmes par et pour elles-mêmes.

5.5. Limites de la recherche

Notons que la principale limite de l'étude se rapporte à la taille réduite de l'échantillon qui ne permet de pas de généraliser les résultats à l'ensemble des personnes intervenantes avec un auteur de violences conjugales. Les contraintes de temps et d'éloignement géographique de certaines personnes participantes potentielles et surtout le peu de réponses positives reçues par bon nombre d'organismes et de personnes

intervenantes à nos demandes multiples et répétées de participation à notre recherche ont sérieusement limité l'étendue de notre collecte d'informations.

Les résultats venant des personnes intervenantes initialement engagées et concernées par notre objet de recherche peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble des personnes intervenantes travaillant avec un auteur de violences conjugales, vu le refus ou l'absence de réponses de plusieurs. Leur sensibilité, leur ouverture et leur courage peuvent diverger de ceux de l'ensemble des personnes intervenantes dans le domaine, car un tel sujet expose les personnes intervenantes aux préjugés et au rejet, que certains ont d'ailleurs eu peur de vivre à notre contact.

Ce mémoire englobe les violences transférentielles et contre-transférentielles de la personne participante intervenante sous l'unique étiquette de contre-transférentielles. La distinction entre les deux fait défaut, à savoir la distinction entre ce qui appartient uniquement à la personne intervenante (transferts) dans l'apparition de ses violences et ce qui appartient au destinataire d'intervention et à leur relation (contre-transferts). Il serait d'ailleurs pertinent et complémentaire d'étudier, dans un futur projet, l'expérience transférentielle vécue par l'auteur de violences conjugales dans la relation thérapeutique. Cette étude pourrait préciser, selon le profil de personnalité de l'auteur, les principales résonances vécues dans l'alliance de travail.

Cette recherche ne permet pas non plus de distinguer les différents types de résonances contre-transférentielles qui émergent chez le destinataire d'intervention selon son profil de personnalité (Dutton, 2006).

Ce mémoire ne fait guère la distinction entre intervention individuelle et intervention de groupe. Les formes et les motifs des violences contre-transférentielles et les moyens de les prévenir doivent être relativement différents selon le dispositif d'intervention, le contexte organisationnel et le contexte socio-politique.

Des études subséquentes seront nécessaires pour approfondir le sujet de cette recherche, lui donner plus de crédibilité et de visibilité.

Finalement, une telle recherche ne peut jamais se détacher d'une certaine subjectivité dans la construction d'une problématique, dans le choix des concepts, dans la sélection des thèmes analysés et dans le choix des mots eux-mêmes. Bien qu'indispensables à la compréhension du monde, les résultats d'une recherche ne révèlent jamais plus qu'une certaine vision d'un univers, à la fois partielle et partiale.

CONCLUSION

Le chapitre concernant la problématique s'est principalement concentré sur l'intervention avec un auteur de violences conjugales et sur les risques liés au contexte d'intervention où se conjuguent plusieurs tensions sociopolitiques, idéologiques et institutionnelles qui mettent en péril le processus de changement vers la diminution des violences. Pour diminuer le taux d'attrition et pour favoriser le changement d'un auteur de violences conjugales, la création d'une alliance thérapeutique de qualité est primordiale. L'objectif de ce mémoire a donc été de décrire et de comprendre les bris d'alliance thérapeutique et leurs violences potentielles sous l'angle des violences contre-transférentielles, afin de prévenir les ruptures d'alliance et permettre une démarche thérapeutique optimale avec un auteur de violences conjugales. Bien que l'échantillon des personnes participantes soit trop restreint pour atteindre une saturation théorique des données, l'analyse des résultats a permis de tirer certaines conclusions et d'alimenter la réflexion.

Les liens entre les bris d'alliance thérapeutique et les violences contre-transférentielles ont permis de découvrir que la limite est ténue entre bris et violences. Cette limite est tracée par l'intensité du bris et finalement par la propre interprétation de la personne participante sur ce bris. Une violence pour l'une est-elle nécessairement une violence pour l'autre, qu'elle soit agie ou subie?

Les motifs liés à ces bris et à ces violences (principalement l'abandon/négligence et le jugement) sont explicités dans le cadre théorique, et souvent confirmés par les personnes participantes. De plus, la mentalisation insuffisante des contre-transferts vécus au contact d'un auteur de violences conjugales provoque souvent et certainement des violences dans l'intervention.

Les moyens pour prévenir les bris d'alliance thérapeutique et les violences contre-transférentielles sont principalement l'identification et la gestion des contre-transferts

afin de ne pas se laisser affecter, ainsi que le repérage des contre-transferts positifs pour consolider le contact constructif avec soi-même comme personne intervenante et avec l'autre comme destinataire d'intervention. Ce moyen rejoint ce qu'il est nécessaire de considérer pour créer également une bonne alliance thérapeutique.

Les spécificités des violences contre-transférentielles contre un auteur de violences conjugales sont en lien avec ce que les violences suscitent chez les personnes participantes, principalement de l'indignation. Ces spécificités sont aussi en lien avec la nature de la vulnérabilité d'un auteur de violences conjugales: il consulte dans un contexte de contrainte qui le prive d'un sentiment de liberté et de confiance; il est dans une relation d'intimité avec l'intervenant, une intimité menaçante, car étant, voire par défaut, perversion ou autres, à la source de violences vécues dans l'enfance et à la source de ses propres violences.

L'exercice de réflexivité des personnes participantes au sujet de la présente recherche a permis de révéler qu'il n'est pas facile d'être intègre et d'assumer ses propres violences comme intervenant. Cependant, cet exercice de réflexion personnelle permet de mieux apprivoiser les contre-transferts et ainsi d'anticiper les violences. Pour ma part, durant le processus de réflexion et de rédaction de ce mémoire, un constat frappant a été fait. Les enjeux psychoaffectifs et relationnels vécus par un auteur de violences conjugales peuvent rejoindre ceux vécus par les personnes intervenant avec lui. Les formes de violences que les personnes participantes admettent utiliser dans l'intervention avec un auteur de violences conjugales peuvent se classer dans la catégorie « violences psychologiques » agies par un auteur de violences conjugales, telles que répertoriées dans la problématique (À cœur d'homme, 2015; Ministère de la Justice, 2017; Gouvernement du Québec, 2012-2017). En outre, les motifs de ces violences, liées à des blessures non guéries (Murphy et Eckhardt, 2005; Chamberland, 2003), sont identiques aux blessures des violences contre-transférentielles agies par les personnes participantes. D'un côté comme de l'autre, la non-élaboration psychique des

contre-transferts débouche sur la haine et les violences (Cicccone, 2014). Enfin, comme un auteur de violences conjugales, les personnes participantes peuvent être bouleversées par leurs comportements violents, en avoir honte et se sentir coupables (Vézina, 2014).

Par ailleurs, même si les personnes participantes reconnaissent que leur potentiel de violences est aussi présent que celui des auteurs de violences conjugales, peut-être que le rapprochement conscient entre les personnes intervenantes et les personnes auteures de violences conjugales peut permettre de leur rappeler, autant aux premières qu'aux secondes, qu'elles font partie de la même humanité, qu'elles se ressemblent et qu'elles ont la même valeur : elles sont libres de se penser, de se dire et de se vivre. La reconnaissance et l'acceptation de cette commune humanité dans ces zones les plus lumineuses comme les plus sombres – exercice par excellence d'intégrité et d'authenticité – semblent constituer la voie initiale pour la création et le maintien de l'alliance thérapeutique, et par conséquent un moyen fondamental de prévention des bris d'alliance thérapeutique et des violences contre-transférentielles. Autrement dit, la relation personnelle entre une personne intervenante et un destinataire d'intervention auteur de violences conjugales, ce contact humain réel et respectueux qui les unit, cette alliance thérapeutique justement basée sur l'intégrité et l'authenticité, libère des violences inhérentes à la relation transférentielle, qui éloigne un auteur de violences conjugales des autres et de lui-même.

ANNEXE A
GRILLE D'ENTRETIEN

GRILLE D'ENTRETIEN

Questions de réflexivité personnelle

Parlez-moi de vous (votre point de vue sur les violences conjugales; raison du choix de carrière avec les auteurs de violences conjugales; votre expérience du contact et de la relation avec eux; les défis, préoccupations, apprentissages, expériences et savoirs qu'ils vous procurent).

Questions de réflexivité professionnelle

Présentez-moi comment vous intervenez (cadre de travail; type d'intervention; alliance thérapeutique, objectifs, moyens; principales préoccupations dans l'intervention avec un auteur de violences conjugales).

Présentez-moi quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'intervention (votre intérêt ou désintérêt à ce vivent les auteurs de violences conjugales; votre jugement à leur égard, la façon dont vous utilisez la théorie en intervention; la façon dont vous utilisez votre pouvoir pour en arriver à une prise de conscience; tendance à dramatiser des événements ou à les banaliser; tendance à culpabiliser ou blâmer les auteurs de violences conjugales dans l'objectif de les responsabiliser de ses attitudes).

Questions de réflexivité sur les auteurs de violences conjugales

J'aimerais que nous fassions un exercice ensemble. Je vous demanderais de vous mettre à la place d'un auteur de violences conjugales qui vient vous consulter pour obtenir votre aide. Parlez-moi de vous (perception et expérience de vous-même, de vos difficultés, de vos violences, de vos besoins et de vos attentes, de vos intervenants; de la relation avec eux).

Question de réflexivité sur la présente recherche

Parlez-moi de votre avis sur la présente recherche, de votre expérience du présent entretien.

ANNEXE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Alliance thérapeutique avec des auteurs de violences conjugales, réfléchi sous l'angle de la violence transférentielle et contre-transférentielle

Étudiant-chercheur

Jérôme Wermeille, Maîtrise en travail social (profil avec mémoire), 514 276-4518, wermeille.jerome@courrier.uqam.ca

Direction de recherche

Myriam Dubé, professeure à l'École de Travail social de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM, 514 987-3000 poste 5543, dube.myriam@uqam.ca

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique une entrevue individuelle d'environ 1 heure 30. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Le projet vise à décrire et comprendre les caractéristiques occasionnant des bris à l'alliance thérapeutique en intervention. Plus spécifiquement, le projet vise à explorer les violences envers les auteurs de violences conjugales en intervention, et ce, afin de prévenir les ruptures d'alliance et permettre l'entièreté de la démarche thérapeutique avec eux.

La question de recherche se lit comme suit : des violences envers les auteurs de violences conjugales s'insinuent-elles dans l'intervention, causant des ruptures dans l'alliance thérapeutique ?

Les trois objectifs spécifiques sont de décrire et de comprendre à partir des propos des intervenants qui travaillent avec des auteurs de violences conjugales :

- 1) Les phénomènes qui peuvent causer des bris à l'alliance thérapeutique, plus particulièrement les violences envers les auteurs des violences conjugales;
- 2) Les sources de ces violences;
- 3) Les façons de contrer ou de récupérer ces violences pour restaurer l'alliance thérapeutique.

Finalement, la durée prévue du déroulement du projet est d'environ 6 mois. Le projet implique la contribution de 10 participants, tous intervenants dans des organismes spécialisés dans l'intervention avec des auteurs de violences conjugales.

Nature et durée de votre participation

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous est demandé de décrire votre expérience personnelle et professionnelle en lien avec l'intervention avec des auteurs de violences conjugales. Cette entrevue est enregistrée sur support numérique audio avec votre permission et prendra environ 1 heure 30 de votre temps. La transcription sur support numérique qui sera effectuée par la suite ne permettra pas de vous identifier. L'entrevue se déroule dans le lieu qui vous convient le mieux.

Critère d'inclusion et d'exclusion

Les participants doivent avoir une expérience d'intervention avec les auteurs de violences conjugales d'au moins cinq ans et ne pas être intervenants dans le Centre d'intervention et de recherche en violence conjugale et familiale Pro-gam Inc.

Avantages liés à la participation

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de l'intervention avec des auteurs de violences conjugales.

Risques liés à la participation

Les inconvénients sont effectivement négligeables, l'entrevue ayant un potentiel très peu élevé de générer des risques d'inconforts majeurs. Toutefois, dans le cas où vous vivriez un inconfort plus important, les coordonnées de la ressource suivante vous seront proposées : Le centre de services psychologiques de l'UQAM (CSP), 200, rue Sherbrooke Ouest, H2X 3P2, (514) 987-0253.

Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante sans avoir à vous justifier. Il est de la responsabilité du chercheur de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue s'il estime que votre bien-être est menacé.

Confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls le responsable du projet, Jérôme Wermeille, et sa directrice, Myriam Dubé, auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (cassette codée et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par le responsable du projet pour la durée totale du projet. Les données seront détruites (broyées pour les données papier et effacées pour les données numériques) dès la fin de la recherche, sauf les analyses qui seront conservées pour une période de cinq ans.

Limites de la confidentialité

La confidentialité sera levée seulement si le chercheur éprouve un doute raisonnable à l'effet qu'une personne puisse être en danger grave et imminent ou encore puisse causer un préjudice grave ou imminent à une autre personne.

Utilisation secondaire des données

Il y a possibilité que les analyses soient conservées pour une période de cinq ans pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine. Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à ces conditions? Oui Non

Activités de diffusion

Des conférences seront effectuées lors de l'assemblée annuelle de l'ensemble des organismes du réseau à cœur d'homme, spécialisés dans l'intervention avec des auteurs de violences conjugales. Une autre conférence aura lieu dans mon propre organisme, (où aucun employé n'aura participé à ma recherche) spécialisé lui-aussi dans l'intervention auprès des auteurs de violences conjugales.

Deux articles seront publiés dans la revue « Nouvelles pratiques sociales » et dans la revue « Intervention » pour présenter les résultats.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur, Jérôme Wermeille, verbalement; toutes les données vous concernant seront détruites. Votre accord à participer implique également que vous acceptiez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Myriam Dubé, 514 987-3000 poste 5543, dube.myriam@uqam.ca; Jérôme Wermeille, 514 276-4518, wermeille.jerome@courrier.uqam.ca.

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPE 4: cerpe4@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie : (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus; (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

BIBLIOGRAPHIE

À cœur d'homme (2015). Comprendre. Récupéré de <http://www.aceurdhomme.com/comprendre>

Anadon, Marta. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, Vol. 26(1), p. 5-31. Association pour la recherche qualitative (voir recueil UQAM).

Baillargeon, P., Pinsof, W.-M., Leduc, A. (2005). Modèle systémique de l'alliance thérapeutique. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55, p. 137-143.

Bajoit, G. (2005). La place de la violence dans le travail social. *Pensée plurielle*, No 10, 119-135. Récupéré de www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2005-2-page-119.htm

Bélanger, S. (1996). L'intervention auprès des conjoints violents dans un contexte de judiciarisation, Communication présentée dans le cadre du Colloque sur l'intervention en violences conjugales (Longueuil, 1993).

Bélanger, S. (1998). Une approche multifactorielle de la violence conjugale. *Revue Intervention*, n° 106.

Bélanger, S. (2003). Au nom du bien, Réflexion sur l'effet polarisant des violences : ses impacts sur les thérapeutes et les organisations. *Revue Intervention*, n° 118.

Bélanger, S. (2005). L'aide thérapeutique et les violences : Où commence et où s'arrête la répression. *Revue Intervention*, n°124.

Bélanger, S. (2007). L'inclusion du père : réflexion pour une intervention centrée sur les besoins de l'enfant. Dans C. Chamberland, S. Léveillé, N. Trocmé (sous la direction de), *Enfants à protéger Parents à aider Des univers à rapprocher*, (Ch. 3 : p. 33-49). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

Bélanger, S. (2012). Première ligne, Bilan d'une expérience de prévention auprès d'hommes détenus par la police pour des motifs de violences conjugales. Dans S. Gauthier, L. Montigny (sous la direction de), *Expériences d'intervention psychosociale en contexte de violences conjugales*, Montréal : Presses de l'Université du Québec.

- Berger M. (2001/2), Pourquoi est-il si difficile de penser le soin des jeunes extrêmement violents ? *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, 215-229. Récupéré de www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-215.htm. DOI : 10.3917/cpc.017.0215
- Berger, M. (2008). *Voulons-nous des enfants barbares ?*, Paris : Dunod.
- Blavoet, J.-P., Crognier, P. (2009). *Prévenir la maltraitance en institution*, Paris : Dunod.
- Bogo, M. (2006). Diversity and key concepts. *Social Work Practice: Concepts, Processes, and Interviewing*, (p. 35-61). New York: Columbia University Press.
- Bordin, E. (1994). *The Working Alliance, Theory, Research, and Practice*. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Bouchereau, X. (2012). *Les non-dits du travail social, Pratiques, polémiques, éthique*. Toulouse : Éditions Érès.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : peut-il en être autrement ? À quelles conditions ? *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 16, n° 2, 92-105. Récupéré de <http://id.erudit.org/iderudit/009845ar>
- Boutanquoi, M. (2004). Travail social, psychologisation et place du sujet. *Connexions*, No 81, 75-87. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-connexions-2004-1-page-75.htm>
- Brodeur, N. (2006). *Les stratégies de changements employées par des hommes ayant des comportements violents envers leur conjointe. Mesure et analyse à partir de modèle transthéorique du changement* (Thèse de doctorat non publiée), Université Laval. Récupéré de <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/23895.html>
- Canino, R. (2008). La relation clinique face aux processus de déni chez les sujets criminels. *Bulletin de psychologie*, No 493, 17-29. Récupéré de <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2008-1-page-17.htm>
- Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence faite aux femmes et aux enfants. (2015). *À propos du CRI-VIFF*. Récupéré de <https://www.criviff.qc.ca/fr/definition-de-la-violence>
- Chamberland, C. (2003). *Violence parentale et Violences conjugales, Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Montréal : Presses de l'université du Québec.

- Charmillot, M. et Dailler, C. (2007). Démarche compréhensive et méthode qualitative : clarifications épistémologiques, *Recherches qualitatives*, Hors Série, no 3. Actes du colloque Bilan et perspectives de la recherche qualitative, Association pour la recherche qualitative.
- Ciccone, A. (2014). *Les violences dans le soin*. Paris : Dunod.
- Corbeil, J. (1999). La fatigue de compassion chez les intervenants sociaux qui transigent avec les violences familiale et conjugale. Dans J. Broué & Cl. Guèvremont (Eds), *Intervenir auprès des conjoints violents* (p. 75-92). Montréal : Éditions St-Matin.
- Collins, P.H. (2012). *Lost in Translation ? Black Feminism, intersectionnalité et justice sociale*, 6e congrès international des recherches féministes francophones. Lausanne, 29 août 2012.
- CRI-VIFF (2017). Document du comité de travail (2016-2017) sur les définitions à la base des travaux du CRI-VIFF, 4 pages.
- Day, A., Chung, D., O'Leary, P., Carson, E. (2009). Programs for men who perpetrate domestic violence : an examination of the issues underlying the effectiveness of intervention programs. *Journal of Family Violence*, Vol. 24, Issue 3, 203-212. Récupéré de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-008-9221-4>
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien - Écrits et conférences sur la psychothérapie 1988-2000*. Montréal : Les éditions du Reflet.
- Dulac, G. (2009). Compte-rendu du livre de M. Blais et F. Dupuis-Déri, *Le mouvement masculiniste au Québec, l'antiféministe démasqué*, Montréal: Éditions du remue-ménage, 2008. - Reflets: *Revue d'intervention sociale et communautaire*, vol. 15, no 1, 206-211.
- Dutton, Donald G. (2006). *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver: UBCPress.
- Elkaïm, M. (2004). L'expérience du psychothérapeute: Approche systémique et résonance. *Psychothérapie*, Vol. 24, 145-150. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2010-2-page-171.htm>
- Elkaïm, M. (2009). *Entre résilience et résonance*. Paris: Éditions Faberté.
- Enosh, G., Ben-Ari, A., Buchbinder, E.. Sense of Differentness in the Construction of Knowledge. *Qualitative Inquiry*, vol. 14, No 3, April 2008, p. 450-465. Récupéré de <http://qix.sagepub.com>

- Fortin, A. (2016). *La thérapie auprès d'une clientèle résistante d'hommes ayant commis des actes de violence conjugale et sous contrainte de consultation: rationalisations et stratégies d'intervention d'une ressource d'aide*. (Thèse de doctorat). Université d'Ottawa. Récupéré de https://www.ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/35224/1/Fortin_Alexandra_2016_these.pdf
- Gambrill, E. (2013). Interpersonal Helping Skills. *Social Work Practice: A Critical Thinker's Guide* (Ch. 15, p.341-361). New York: Oxford University Press.
- Gelso, C. J. (2011). Contextualizing the real relationship in psychotherapy and psychoanalysis, *The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change* (p. 3-23). Washington, DC : American Psychological Association, ix. Récupéré de <http://psycnet.apa.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/journals/pst/43/3/264.pdf>
- Gilgun, J. F. (2008). Lived Experience, Reflexivity, and Research on Perpetrators of Interpersonal Violence. *Qualitative Social Work*, Vol. 7(2), 181-197. Récupéré de URL: <http://qsw.sagepub.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/7/2/181>
- Gonin, A., Jouthe, E. (2013). Éthique et travail social : enjeux, concepts et aspects méthodologiques. Dans E. Harper et H. Dorvil (sous la direction de), *Le travail social : théories, méthodologies et pratiques* (p.69-88), Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Gosselin, Mélanie. Lafontaine, Marie-France. Bélanger, Claude. (2005). « L'impact de l'attachement sur la violence conjugale : état de la question », *Bulletin de psychologie*, tome 58(5) / 479 / septembre-octobre 2005.
- Green, A. (2005). Préface. Dans C. Balier (dir.). *La violence en abyme* (p. XI-XVII). Paris : PUF – Le fil rouge.
- Hamel, J. (2005). *Gender-Inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse, A Comprehensive Approach*, New York: Springer Series on Family Violence.
- Hamel, J. (2013). Treatment. *Gender Inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse – Evidence-based approaches Book Review* (Ch. 4, p. 72-83). New York: Springer Publishing Company, Récupéré de http://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=4UAXAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=partner+abuse+journal+john+hamel&ots=jV2hCra2Gk&sig=Ty_0iHdPFzMiO_1YmSq3rmvfmms#v=onepage&q=partner%20abuse%20journal%20john%20hamel&f=false

- Hefez, S. (2010) Contre-transfert et résonance : le thérapeute en présence du patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 45, 157-169. Récupéré de URL : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2010-2-page-157.htm>
- Hochmann, J. (2012). L'empathie, pour quoi faire? *Une histoire de l'empathie - Connaissance d'autrui, souci du prochain* (p. 173-193), Nanterre : Odile Jacob, Nanterre.
- Jacquier Erard, V. (2016). L'efficacité des programmes pour les auteurs à prévenir la répétition des violences conjugales : une synthèse narrative. *Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG*. Berne : BFEG (éd.). Récupéré de https://scholar.google.ca/scholar?q=jaquier-erard+2016&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5&as_vis=1
- Johnson, M. P. (2008). *A Typology of Domestic Violence*. Boston, Northeastern University Press.
- Johnson, M. P. (2014). Les types de violence familiale, Dans de M. Rinfret-Raynor, É. Lesieux, M.-M. Cousineau, S. Gauthier et E. Harper (sous la direction de.), *Violences envers les femmes : Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation*, (p. 15-32). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Kadushin, A. (1990). The interview and interpersonal relationships. *The social work interview, A guide for human service professionals* (p. 35-66), New York: Columbia University Press.
- Kaminski, D. (2009). Lorsque celle le conflit surgit les violences. Dans N. Frogneux et P. Neuter (dir.) *Violences et agressivités au sein du couple Vol. I, Mieux comprendre par le croisement des disciplines*. (p. 35-50). Louvain-La-Neuve : Bruylant-Academia.
- Kaminski, D. (2009). Trois Notules sur les violences. Dans N. Frogneux et P. Neuter (dir.) *Violences et agressivités au sein du couple Vol. I, Mieux comprendre par le croisement des disciplines*. (p. 151-157). Louvain-La-Neuve : Bruylant-Academia.
- Karsz, S. (2011). De la charité à la prise en charge, De la prise en charge à la prise en compte. *Pourquoi le travail social ? Définitions, figures, clinique*. (2^{ème} éd. revue et augmentée, p. 95-131). Paris : Dunod.
- Kuenzli-Monard, F. (2001) Déconstruction des idées reçues sur les violences : une alternative à les violences, *Médecine & Hygiène Thérapie familiale*, Vol. 22, 397-412. Récupéré de www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-4-page-397.htm

- Lavergne, C. Perdoncin, A. (2010) Éditorial. Les violences à l'épreuve de la description. *Tracés - Revue de Sciences humaines*, No 19, 5-25, Récupéré de <http://traces.revues.org/4878#text>
- Lessard, G., Montminy, L., Lesieux, E., Flynn, C., Roy, V., Gauthier, S., Fortin, A. (2015). Les violences conjugales, familiales et structurelles : vers une perspective intégrative des savoirs. *Enfances Familles Générations*. No 22, 1-26. Récupéré de <http://efg.revues.org/425>
- Lindsay, J., Turcotte, D., Montminy, L., Roy, V. (2006). Les effets différenciés de la thérapie de groupe auprès des conjoints violents : une analyse des facteurs d'aide. *Collection Études et analyses*. No 34, Février. Récupéré de https://www.criviff.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/publications/pub_93.pdf
- Malherbe, J.-F. (2003). *Le Cri de Dolorès, Penser la violence dans les relations d'aide*. Sherbrooke : Editions G.G.C.
- Martin, D., Fichelet, R. Fichelet, M. (1977). Si la violence existe, discours du violent. In. *Déviance et société*. Vol. 1 – N° 3, 291-308, Récupéré de URL : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ds_0378-7931_1977_num_1_3_952
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. (2001). *Pour en finir avec Babel – À la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*. New York: Edisem Satas.
- Ministère de la Justice (2017). Type de violence et d'abus. Récupéré de <http://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/vf-fv/apropos-about.html#phys>
- Meissner, W.W. (2006). The therapeutic alliance – A proteus in disguise. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 43, No. 3, 264-270.
- Meissner, W.W. (2007). Therapeutic Alliance – Theme and Variations. *Psychoanalytic Psychology*. Vol. 24, No. 2, 231-254.
- Murphy, C. M., Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the Abusive Partner, An Individualized Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.
- Otero, M. (2013). Repenser les problèmes sociaux. Des populations « problématiques » aux dimensions « problématisées ». Dans M. Otero et S. Roy (sous la direction de), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la non-conformité*. (p. 351- 389). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Paillard, A. (2014). Désaccordages, échecs, violences, dans la rencontre patient-soignant. Dans A. Ciccone (dir.), *La violence dans le soin*, (Ch. 10, p. 193-210). Paris : Dunod.
- Paillé, P. et Mucchielli (2008). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, Armand Colin, p. 231-313.
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative Une méthode de la proximité, *Problèmes sociaux – Tome III Théories et méthodologies de recherche*, (Ch. 15, p. 409-443). Montréal : Presses de l'Université du Québec ?
- Paradis, L. (2012). L'enfant, une éponge... L'enfant exposé à la violence conjugale. Son vécu, notre rôle. Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.
- Philippe, R. (2002). En présence d'une personne violente. *Psychologie Québec*, Montréal : Ordre des psychologues du Québec, 29-31.
- Politique d'intervention en matière de violence conjugale. (1995). Récupéré de http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Prevenir_depister_contrer_Politique_VC.pdf
- 'Prévenir, dépister, contrer', Plan d'action gouvernemental 2012-2017, en matière de violence conjugale. Récupéré de http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/Violence/Plan_d_action_2012-2017_version_francaise.pdf
- Rey, H., Rinaldi Baud, I. (2000/10). Violence et accessibilité aux soins: vulnérabilité et ressources des soignants. *Médecine et Hygiène*, n° 2316, 4 octobre, 1938-42.
- Roy, V., Châteauvert, J., Richard, M.C. (2013). An Ecological Examination of Factors Influencing Men's Engagement in Intimate Partner Violence groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(9), 1798-1816. Récupéré de URL : <http://jiv.sagepub.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/28/9/1798.full.pdf>
- Safran, D.J., Crocker, P., McMain, S., Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation, *Psychotherapy*, vol. 27, 154-165. Récupéré de <https://www.google.ca/#q=therapeutic+alliance+rupture+as+a+therapy+event+for+empirical+investigation>
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. Dans J. C. Norcross (editor), *Psychotherapy Relationships That Work*,

- Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (p. 235-254), New York: Oxford University Press.
- Schrod, H. (2004). Violence potentielle des professionnels en lien avec différents contextes. *Médecine et Hygiène*, Vol. 25, 323-228. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-3-page-323.htm>
- Sonkin, D. G. (2007). Attachment theory and domestic violence. Dans N. A. Jackson (editor), *Encyclopedia of Domestic Violence* (p. 41-51), New York: Routledge.
- Stark, E. (2010). Do violent acts equal abuse? Resolving the gender parity/asymmetry dilemma. *Sex Roles*, vol. 62, Issue 3, 201-211. Récupéré de <http://link.springer.com/article/10.1007/s11199-009-9717-2>
- Stark, E. (2014). Une représentation des femmes battues. Contrôle coercitif et défense de la liberté. Dans M. Rinfret-Raynor, É. Lesieux, M.-M. Cousineau, S. Gauthier et E. Harper (sous la direction de), *Violences envers les femmes : Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation* (p. 33-51), Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Thomas, M. (2002). « Psychothérapie, éthique et dangerosité », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 23, n° 1, 69-81.
- Tremblay, G., L'heureux, P. (2002/6). L'intervention psychosociale auprès des hommes : un modèle émergent d'intervention clinique. *Revue Intervention*, n°116, 13-25.
- Turcotte, P. (2002). Inclure la réalité des hommes dans la prestation des services sociaux et de santé au Québec, Afin d'aider les hommes dans leur démarche de changement et promouvoir une société égalitaire et sans violence. (Mémoire présenté au comité ministériel sur la prévention et l'aide aux hommes du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Récupéré de http://www.acourdhomme.com/sites/default/files/memoire_avril_2003.pdf
- Turcotte, P. (2008). L'intervention auprès des hommes aux comportements violents et la socialisation masculine. Dans S. Arcand, D. Damand, S. Gravel, E. Harper (sous la direction de), *Violences faites aux femmes*, (Ch. 13 : p. 299-314). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Turcotte, P. (2012). Sortir la violence de sa vie, L'intervention auprès des hommes en contexte de violence conjugale : Évolution et quelques définitions. *Itinéraires d'hommes en changement* (Ch. 1, p. 7-15). Laval : Presse de l'Université Laval.

- Van Campenhoudt, L., Quivy R. (2001). L'observation, *Manuel de recherche en sciences sociales*, (Ch. 5, p. 139-183). Paris : Dunod.
- Vézina, J.-F. (2012). L'intervention auprès des hommes ayant des comportements violents, dans S. Gauthier et L. Montminy, (sous la direction de), *Expérience d'intervention psychosociale en contexte de violence conjugale*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 239-259.
- Wadbled, Nathanaël (2018). Une attention suffisante à l'intimité. Pour une pratique du transfert et une éthique du contre-transfert dans l'entretien de recherche sur l'expérience vécue. *Recherches qualitatives*, (Vol. 37, numéro 1, été). Récupéré de <https://www.erudit.org/fr/revues/rechqual/2018-v37-n1-rechqual0385/1049455ar/>
- Windstok, Z. (2013). *Partner violence : A new paradigm for understanding escalation*. The Springer series on human exceptionalality, New York: Springer-Verlag editions.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payo

