

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

N° 240

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par
NGUYEN Nelly
née le 6 avril 1987 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 14 novembre 2017

**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE AUX AUTEURS MASCULINS
DE VIOLENCES CONJUGALES : REPRÉSENTATIONS, ATTITUDES
ET PRISE EN CHARGE PROPOSÉE.
ÉTUDE QUALITATIVE À PARTIR D'ENTRETIENS
SEMI-DIRECTIFS**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle

Directeur de thèse : Madame la Docteure Brigitte Tregouet

Composition du jury :

Madame la Docteure Laure Vanwassenhove

Monsieur le Docteur Renaud Clément

SERMENT MÉDICAL D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

M. le Professeur Jean-Marie Vanelle

Docteur en Psychiatrie

Praticien Universitaire

Praticien Hospitalier

Vous me faites le très grand honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante. Je vous présente mes sincères et respectueux remerciements pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et la bienveillance dont vous avez fait preuve lors de nos échanges.

Mme la Docteure Laure Vanwassenhove

Docteur en Médecine Générale

Praticien Universitaire associée

Je suis très honorée que vous acceptiez de participer au jury de cette thèse. Votre implication contre les violences conjugales et vos conseils m'ont confortée dans le choix du sujet de ma thèse. Je tiens également à vous remercier pour votre intérêt tout au long dans ma formation.

M. le Docteur Renaud Clément

Docteur en Médecine

DESC médecine légale

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Vous avez tout de suite montré de l'intérêt pour mon sujet et vous n'avez pas hésité à vous engager pour faire partie de mon jury. Je vous remercie vivement pour cette décision et suis très honorée de vous compter parmi mon jury.

Mme la Docteure Brigitte Tregouet

Docteur en Médecine Générale

J'aimerais te témoigner ma profonde reconnaissance pour le temps que tu m'as accordé et pour m'avoir dirigée et soutenue durant la réalisation de cette étude très enrichissante et formatrice. Sur un plan plus personnel, je te remercie de m'avoir fait découvrir ta pratique de la médecine et éclairé dans les moments de doute dans mon exercice. Tu resteras pour moi un exemple.

A Mesdames et Messieurs les médecins qui ont accepté de consacrer du temps pour participer à ma thèse et se sont parfois livrés de façon intime, me permettant d'approfondir mon sujet de thèse. Je vous présente mes sincères remerciements.

A ma maman, sans qui je ne serai jamais arrivée jusqu'ici, qui m'a toujours soutenue et poussé à faire ce que je voulais, et qui reste un modèle de courage, d'intelligence et de détermination. Je t'aime du plus profond de mon cœur.

A mon père, que j'aime, et qui m'aime et me soutient à sa façon. Il m'a transmis des principes essentiels qui m'ont fait grandir, et je l'en remercie.

A Jul, ma sœur, qui n'a jamais douté de moi. Après avoir veillé sur elle, je l'ai regardée se transformer en jeune femme, et même si elle restera à jamais ma petite sœur, je suis très fière et heureuse de son brillant parcours. «J'ai toujours ton cœur avec moi, je le garde dans mon cœur ». T'aime, t'aime, t'aime, t'aime.

A mes Lucioles, Christelle et Monika, qui sont à mes côtés pour partager les bons et mauvais moments, et dont la lumière m'est infiniment précieuse. Vivement la prochaine aventure !

A Anne-Claire, ma bombasse de co-interne, ma « vérifieuse en cheffe », sans qui la médecine n'aurait pas eu le même goût !

A Hélène, qui m'a permis de trouver un deuxième foyer quand j'en avais besoin, et qui restera à jamais associée aux apéros Pineau et discussions animées à refaire le monde.

A Jeremy, qui a accepté de m'aider pour ma thèse, et qui a fait ça comme tout ce qu'il fait dans la vie, de façon « hyper » efficace et agréable.

A Sandrine, ma ragondine des bois, mon petit Jiminy cricket, qui est ma voix de la sagesse (qui l'eût cru ?!)

A mes copines de Nantes, **Margaux, Céline, Laulau**, qui m'ont fait aimer cette ville.

A mes correcteurs en chef, tata **Dany**, tonton **JF** et **Anouk**, dont le sérieux dans l'investissement de ma thèse me touche. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A ma **famille**, tata Jojo, Clairette, John, Cécé, Sandrine et tous les autres, qui ont toujours cru en moi.

A tous les **soignants**, médicaux et paramédicaux que j'ai eu le bonheur de connaître pendant mes stages : le docteur Marie-Pierre Taravella, le docteur Patrice Lemonnier, Danielle, Séverine, Arpi, Béa, Jeanne, Sandra, Nelly et tous les autres.

Sans oublier mon **Tuti-nem's** et mon **Titi**...

« Nous nous abusons nous-mêmes si nous pensons que nous échappons au contre-transfert. »

Ella Sharpe

« Le monde est dangereux à vivre ! Non pas tant à cause de ceux qui font le mal, mais à cause de ceux qui regardent et laissent faire. »

Albert Einstein

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés

ENSAE : École Nationale de la Statistique et de l'Administration Économique

OND : Observatoire National de la Délinquance

FNACAV : Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en Charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiales

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of general practitioners/family physicians

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

ONG : Organisations Non Gouvernementales

TABLE DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION.....	12
II.	PRÉREQUIS	14
A.	DÉFINITION DES VIOLENCES CONJUGALES	14
B.	UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE	14
C.	L'HOMME VIOLENT.....	15
1.	Profil de l'homme violent.....	15
2.	Origine des violences	18
D.	PRISES EN CHARGE EXISTANTES	22
1.	Reconnaissance récente de l'intérêt d'une prise en charge	22
2.	Différentes modalités : sanction pénale, psychothérapie individuelle, groupe de parole.....	24
a.	Sur le plan pénal.....	25
b.	Les groupes de parole.....	26
c.	Les psychothérapies individuelles.....	27
d.	Le conseiller conjugal, la médiation.....	28
E.	LA PLACE ET LA PARTICULARITÉ DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	30
F.	PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS	31
III.	MATÉRIEL ET MÉTHODE	34
A.	LE CHOIX DE LA MÉTHODE	34
1.	Enquête qualitative	34
2.	Entretiens semi-directifs.....	34
B.	LE RECRUTEMENT DE L'ÉCHANTILLON	34
1.	Critères d'inclusion	34
2.	Notion de représentativité : la diversification.....	35
3.	Mode de recrutement.....	35
4.	Taille de l'échantillon : la saturation des données.....	35
C.	LA RÉALISATION DES ENTRETIENS.....	35
1.	Guide d'entretien.....	35
2.	Contexte des entretiens.....	36
3.	Déroulement des entretiens	37
D.	L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	37
1.	Retranscription des entretiens en verbatim.....	37

2. Analyse longitudinale, entretien par entretien.....	37
3. Analyse transversale, thématique	38
4. Analyse transversale, conceptuelle.....	38
IV. RÉSULTATS	39
A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON INTERROGÉ ET DES ENTRETIENS.....	39
1. Caractéristiques des médecins interrogés	39
2. Caractéristiques des entretiens réalisés	40
B. RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE	40
1. Définition des violences conjugales	40
a. Types de violences	40
b. Genre de la violence	44
c. Mécanismes de la violence	45
2. L'homme violent vu par le médecin.....	46
a. Image stéréotypée de l'homme violent.....	46
b. Hypothèses sur les origines des violences.....	48
c. Éventuels facteurs déclenchants	54
3. Répercussions sur la relation médecin/patient d'après le médecin	56
a. Réactions du médecin face aux révélations de violences conjugales	56
b. Conséquences sur l'attitude du médecin envers l'homme violent.....	58
c. Réactions de l'homme violent démasqué, observées par le médecin.....	63
d. Abord des violences avec l'homme	67
4. Prise en charge de l'homme violent	74
a. Conception du rôle du médecin.....	74
b. Difficultés rencontrées.....	77
c. Prise en charge proposée ou souhaitable	82
5. Formation des médecins sur l'homme violent.....	87
a. Absence de formation.....	87
b. Demande de la part des médecins	87
C. RÉSULTATS DE L'ANALYSE CONCEPTUELLE.....	88
1. L'homme violent est un sujet qui rend mal à l'aise le médecin généraliste	88
a. Champ lexical du malaise.....	88
b. Analyse du discours.....	90
2. Raisons du malaise	95
a. L'homme violent : un sujet « nouveau »	95
b. Manque de formation	95

c.	Positionnement par rapport au Code de déontologie	96
d.	Réseaux et structures adaptées insuffisants	96
e.	Raisons personnelles	97
3.	Conséquences de ce malaise	97
a.	Stratégies de défense mises en œuvre par le médecin	97
b.	Remise en cause du rôle du médecin	98
V.	DISCUSSION	99
A.	DISCUSSION DE LA MÉTHODE	99
1.	Forces de l'étude	99
a.	Choix du sujet	99
b.	Choix de la méthode	99
c.	Richesse du corpus	100
2.	Difficultés rencontrées et limites de l'étude	100
a.	Biais de recrutement	100
b.	Biais d'intervention	100
c.	Biais d'interprétation	101
B.	RÉSULTATS ET LITTÉRATURE	101
1.	L'homme violent, un sujet théorisé	101
a.	Caractéristiques connues, quelques clichés persistent	102
b.	Origine, mécanismes de la violence relativement connus	103
2.	Le médecin, mal à l'aise face à l'homme violent	104
a.	Polémique sur son rôle	104
b.	Le contre-transfert négatif	109
c.	Les mécanismes de défense	109
3.	Les prises en charge, à la « traîne »	111
a.	Connaissance des médecins	112
b.	Une nécessité ?	112
c.	État des lieux	115
C.	IMPLICATION ET PERSPECTIVES	117
1.	Une reconnaissance souhaitable par le médecin généraliste de son contre-transfert	117
2.	Une implication du médecin généraliste dans la prise en charge des hommes violents	119
a.	La formation	120
b.	La constitution d'un réseau de professionnels et structures	120
3.	Une sensibilisation du grand public, un travail éducatif et une volonté politique de prise en charge des hommes violents	120

CONCLUSION	125
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXES	130
ANNEXE 1 : MAIL DE RECRUTEMENT ADRESSÉ AUX MÉDECINS.....	131
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	132
ANNEXE 3 : ENTRETIEN RETRANSCRIT	133
ANNEXE 4 : ANALYSE VERTICALE D'UN ENTRETIEN.....	143
ANNEXE 5 : RÉSUMÉ PAR ENTRETIEN.....	159

I. INTRODUCTION

La problématique des violences conjugales m'intéresse depuis plusieurs années, bien avant que l'Etat n'en fasse une cause nationale en 2010. L'état des lieux choquant au vu des statistiques de l'ENVEFF (1), rappelons qu'une femme sur dix a été victime de violences conjugales au cours des douze derniers mois, m'a amenée à penser que la patientèle d'un médecin généraliste était l'endroit propice pour dépister ces femmes et les prendre en charge.

J'avoue avoir été interpellée lors de mon stage chez le praticien par la quasi absence de rencontre de situations de violences conjugales. Mes maîtres de stage étaient pourtant à l'écoute, empathiques et avaient une patientèle variée. Je m'étais alors demandé quelle était la place du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, comment elles le voyaient et quel rôle elles lui donnaient. Mais de nombreuses thèses avaient déjà abordé le sujet, ainsi que celui du dépistage de ces violences.

J'ai alors profité de mon stage en SASPAS pour essayer de mettre en pratique mes connaissances, et je me suis rendu compte que si l'on cherchait des situations de violences conjugales, bien souvent on en trouvait. Je m'étais sentie plutôt à l'aise pour prendre en charge ces femmes, et cela confirmait mon envie de continuer à les dépister. Par contre j'ai eu beaucoup plus de mal face aux auteurs de ces violences. Cela soulevait beaucoup de questions en moi : comment est-ce que je les considérais ? Des malades au sens médical du terme, relevant d'un traitement ? Des délinquants relevant de la Justice ? Des hommes façonnés par un modèle social ou éducatif ? Comment me comporter face à eux ? Fallait-il aborder le problème des violences et de leur comportement ? Comment leur en parler ? Quels étaient les moyens pour les prendre en charge ? Etait-ce le rôle du médecin traitant ? Comment réagir quand on suit également la conjointe ? Qu'en était-il du secret médical ? Je n'ai pas trouvé beaucoup de travaux répondant à toutes ces questions, et bien que le soutien aux victimes me semble nécessaire et prioritaire, je me rendais compte qu'une action complémentaire auprès des auteurs de ces violences s'avèrerait nécessaire. Les principaux auteurs de violences conjugales étant des hommes, je décidais donc de consacrer mon sujet de thèse aux hommes violents.

En relisant les statistiques sur les violences conjugales, je me rendais bien compte que là aussi les données ne concernaient que les femmes, et que l'on ne faisait quasiment pas allusion aux auteurs de ces violences. Je m'étais alors un peu renseignée, et n'avais trouvé que deux thèses traitant des auteurs de violences conjugales, réalisées par deux psychiatres, le Dr M-V. Labasque (2) et le Dr F.

Dallongeville (3). Cela confirmait ma perception que le sujet était relativement « nouveau » ou tout du moins qu'on n'en parlait que de façon très récente et encore discrète. Or si les statistiques faisaient état d'un grand nombre de victimes, le pendant de cela était qu'il y avait un nombre tout aussi important d'agresseurs. Ces personnes-là étaient forcément amenées à un moment donné de leur vie à consulter un médecin, pour un motif en lien ou non avec les violences dont ils étaient l'auteur. Comment les médecins généralistes les percevaient-ils ? Arrivaient-ils à établir une relation de soin avec eux ? Se posaient-ils les mêmes questions que moi ? J'avais donc envie de centrer ma thèse sur les médecins généralistes, afin d'appréhender ce qu'ils pensaient de ces hommes et la façon dont ils se comportaient avec eux.

L'objectif de cette étude est donc de recueillir auprès de médecins généralistes leur vision des auteurs de violences conjugales, leurs attitudes à leur égard et la façon dont ils les prennent en charge. L'important est notamment d'explorer leur ressenti une fois les violences révélées, afin d'évaluer si cela a des conséquences sur la relation médecin-malade. Il s'agit de comprendre comment les médecins se représentent la relation de soin avec un patient auteur de violences conjugales, dont ils connaissent peut-être la victime du fait de leur position de « médecin de famille ».

II. PRÉREQUIS

A. DÉFINITION DES VIOLENCES CONJUGALES

Les violences conjugales se définissent comme « celles qui s'exercent à l'encontre d'un conjoint ou concubin, que le couple soit marié, lié par un PACS, en simple concubinage ou même séparé ». (4)

Ces violences peuvent être :

- Psychologiques : chantage affectif, harcèlement moral, insultes, menaces, dénigrement, mépris, actions de contrôle et les autres pressions psychologiques.
- Physiques : coups, blessures.
- Sexuelles : agression sexuelle, viol.

B. UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE

En France, les violences conjugales sont un réel problème de santé publique. Selon l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) l'indice global des violences conjugales (psychologiques, physiques et sexuelles) montre que 30 % des femmes âgées de 20 à 59 ans seraient victimes de violences conjugales et que seulement 9 % l'auraient déclaré. (4)

« C'est la première enquête statistique réalisée en France de mars à juillet 2000 sur les violences envers les femmes auprès d'un échantillon représentatif de 6.970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en Métropole et vivant hors institutions. L'enquête ENVEFF a été commanditée par le service des droits des femmes et le secrétariat d'Etat aux droits des femmes. » (5)

« L'ENVEFF réalisée en 2000 a permis de mesurer l'ampleur des violences, souvent mésestimée dont voici les résultats :

- Près d'1 femme sur 10 a été victime de violences conjugales au cours des douze derniers mois
- Plus d'1 femme sur 10 a subi une agression sexuelle au cours de sa vie
- 1 femme sur 5 est victime de violences dans l'espace public

Chaque année, en moyenne 201 000 femmes se déclarent victimes de violences conjugales (physiques ou sexuelles), soit 1,2 % des femmes de 18 à 59 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. (6)

En 2008, les violences conjugales déclarées représentaient un quart des violences volontaires en France selon l'Observatoire National de la Délinquance : « Les violences conjugales représentent plus du quart des violences volontaires aux personnes (soit 25,6 % de l'ensemble des faits constatés de violences volontaires sur personnes de 15 ans et plus en 2007). Annuellement, selon l'OND, le nombre de faits déclarés de violences conjugales serait d'environ 45 000. Le nombre de faits établis non déclarés multiplierait considérablement le nombre de faits de violences réels, soit plus de 250 000 faits. Ainsi, le nombre de victimes féminines serait trois fois supérieur à celui des victimes masculines ». (5)

« En novembre 2005, une première estimation nationale des morts violentes survenues au sein du couple en 2003 et 2004 a été réalisée par l'ENSAE Junior Etudes à la suite d'une enquête commandée par le ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité. Tous les décès dans les suites de violences au sein du couple recensés par les services de police et gendarmerie sur la France métropolitaine ont été pris en compte. Il en ressort que :

- En moyenne, une femme meurt tous les quatre jours des suites de violences au sein du couple.
- Un homme meurt tous les seize jours ; dans la moitié des cas, la femme auteur de l'acte subissait des violences de sa part ». (7)

C. L'HOMME VIOLENT

1. Profil de l'homme violent

Tenter de décrire une image de l'homme violent est difficile et cela n'a été étudié que récemment, peut-être par crainte de découvrir une réalité qui pourrait déranger.

- La psychiatre Marie-France Hirigoyen décrit dans son livre « Femmes sous emprise » des hommes fragiles psychologiquement, qui ont en commun les traits suivants :
 - « La déresponsabilisation : tous les hommes violents ont tendance à minimiser leurs gestes, à se trouver des causes externes.

- Une faible estime d’eux-mêmes : ce sont leurs failles narcissiques qui constituent le soubassement du comportement des hommes violents. Ce sont leur fragilité et leur sentiment d’impuissance intérieure qui les amènent à vouloir contrôler et dominer leur compagne.
 - L’angoisse d’abandon et la dépendance : leur tension interne est également liée à leur peur infantile d’être abandonné.
 - La relation fusionnelle : beaucoup d’hommes ne connaissent pas la bonne distance qui permet une relation saine. Ils voient alternativement leur conjointe comme inexistante, ou bien trop envahissante. Ils sont pris entre la peur de la proximité et de l’intimité, et la peur d’être abandonné.
 - La puissance apprise : pour beaucoup la masculinité c’est la capacité de s’imposer. Cela passe sur le terrain du pouvoir, de la domination, de la possession et du contrôle. La société prépare les garçons à occuper un rôle dominant. Ces stéréotypes d’hommes forts, virils, puissants sont parfois lourds à porter et certains hommes ne trouvent pas d’autre moyen pour masquer leur faiblesse ou leur vulnérabilité que d’écraser plus faible qu’eux, à savoir leur femme ». (8)
- Le Professeur Roger Henrion, dans son rapport sur les femmes victimes de violences conjugales au Ministère de la Santé, propose une classification des conjoints violents :
 - « les hommes immatures et impulsifs qui s’énervent et deviennent violents à l’occasion d’un événement qu’ils ne contrôlent pas (grossesse, séparation) ;
 - les hommes psychorigides, autoritaires, qui trouvent normal de dominer leur compagne. On peut rajouter dans cette catégorie les migrants qui arrivent de pays où les coutumes sont différentes et où les femmes ne bénéficient pas du même statut que dans les pays européens ;
 - les hommes qui ont été témoins ou victimes de violences ou d’abus sexuels dans leur enfance et qui reproduisent à l’âge adulte ce qu’ils ont subi ou ont vu faire ;
 - les hommes jaloux qui ont besoin de contrôler leur partenaire (ils représentent 33 % des personnalités violentes dans l’enquête de Thomas et coll.) ;
 - les hommes paranoïaques ou psychopathes qui éprouvent une méfiance quasi délirante à l’égard des femmes ;
 - les hommes qui ne sont violents que lors de la prise d’alcool ou de toxiques, par la levée de l’inhibition ;

- les hommes qui ont des fonctionnements pervers narcissiques, qui ne frappent pas mais qui exercent sur leur partenaire une violence psychologique permanente. Leur violence insidieuse est faite de menaces, de coercition, de dénigrement et de manipulation. Ils ont besoin pour exister de s'attaquer à l'estime de soi de leur partenaire et de s'accaparer leur bonne image. Ces hommes sont difficiles à repérer car ils savent séduire et convaincre les éventuels intervenants extérieurs, et leur partenaire, mise sous emprise, n'est jamais sûre de la réalité de l'agression. Il semblerait que cette forme de violence soit de loin la forme la plus fréquente, même si elle est tolérée très longtemps par la société et aussi par les femmes qui n'osent pas se plaindre ». (9)
- Le Dr Roland Coutanceau, psychiatre ayant animé le groupe de travail sur les auteurs de violences au sein du couple en 2006, distingue schématiquement trois profils :
 - « Le premier profil est celui d'un sujet immature, où la composante de domination masculine sur les femmes peut être présente. Ces sujets sont relativement ouverts et peuvent reconnaître nombre d'éléments et même souffrir d'une certaine manière de ce qu'ils ont fait. Ils peuvent parfois être sensibles au regard et au jugement de leur compagne ou de leurs enfants. Il s'agit d'un groupe minoritaire (20%) avec un suivi assez facile car les sujets sont presque demandeurs.
 - Le deuxième profil, celui qui concerne la grande masse des sujets violents, concerne des sujets égocentriques, mal structurés, présentant de multiples failles et fragilités : instabilité, agressivité, problématique de jalousie, peur de la perte. Leur attitude face aux faits est caractéristique car souvent ils les banalisent ou les minimisent. Ils apparaissent dans un premier temps plus préoccupés des conséquences pour eux-mêmes que du ressenti de leur compagne. Leur immaturité est fortement connotée d'égocentrisme avec un mouvement défensif privilégié, une difficulté d'autocritique, une difficulté à exprimer leurs émotions, à les verbaliser.
 - Enfin le troisième groupe est celui de personnalités fortement problématiques, avec un égocentrisme très marqué et une dimension paranoïaque et mégalomane. La violence s'inscrit dans une conflictualité quotidienne. L'auteur est aux prises avec des difficultés majeures pour vivre sa vie de façon autonome, tant la pression est présente dans le relationnel du quotidien. Il privilégie l'emprise dans son approche de l'autre ». (7)

- Le sociologue Daniel Welzer-Lang établit une liste de profils psychologiques des hommes violents :
 - « Un désir de dominer : quand il sent qu'il risque de perdre le pouvoir sur sa compagne, l'homme violent va utiliser une technique propice pour recréer de la peur dans le but explicite de rétablir son emprise. Cette volonté de domination de l'ensemble des actes de la vie quotidienne lui semble naturelle et correspond aux attentes normatives attachées aux stéréotypes sexuels auxquels il adhère.
 - Un homme non autonome : schématiquement on peut dire que l'homme violent est un être dépendant de son épouse. Sa non –autonomie vulnérabilise l'homme à l'idée que sa femme puisse le quitter et l'incite à toujours accuser l'autre des actes qu'il commet lui-même. Il ne reconnaît jamais sa propre responsabilité, quitte à invoquer la colère et la perte de contrôle comme ultimes explications de sa violence.
 - Une rigidité de pensée et une retenue émotionnelle : l'homme violent exprime peu d'émotions telles que la tristesse, la douleur, la vulnérabilité. Quoique certains manifestent une sociabilité importante, c'est d'abord un homme seul, enfermé dans sa représentation archétypale du masculin viril.
 - Un homme envahissant avec une faible estime de soi ». (10)

2. Origine des violences

De la même façon, les causes de violence conjugale ont été analysées par des auteurs d'horizons divers et peuvent donc se compléter ou se contredire.

Les deux grandes causes de violence évoquées sont les phénomènes sociologiques et les troubles psychologiques.

- Les approches socio-comportementales, avec notamment les théories féministes

C'est le cas pour le sociologue D.Welzer-Lang : « Les constructions sociales du masculin et du féminin, produisant l'oppression des femmes et l'aliénation des hommes sont porteuses de violences ». (10)

Ou le Pr Henrion : « Il est important de sortir du stéréotype psychiatrique et de préciser que la violence à l'égard d'un conjoint n'est pas une maladie mais un comportement souvent appris qu'il

est possible de changer. En ce qui concerne les causes du comportement des conjoints violents, on rencontre deux courants de pensée :

- les théories féministes, selon lesquelles la violence conjugale trouverait son origine dans l'oppression des hommes sur les femmes.
- les théories selon lesquelles plusieurs causes seraient à l'origine de cette violence : des causes liées à l'apprentissage social de la violence ; des causes psychologiques liées à l'insécurité, à l'impulsivité ou à l'immaturité de l'homme.

Le point commun de toutes les formes de violence conjugale se situe dans le besoin de contrôle et de domination de l'autre. Les hommes violents considèrent l'autre comme leur propriété. En fait, ils sont dans la dépendance de l'autre, même s'ils le nient». (9)

Ou encore le Dr G.Lopez, psychiatre : « La violence, certes, est une affaire d'hommes, mais c'est une question d'éducation, pas de complexe d'Œdipe ni de testostérone». (11)

- Les approches psychologiques, psychanalytiques, qui permettent la « compréhension de la peur et de la souffrance possiblement vécues par ces hommes, mais qui n'excusent pas non plus la violence et ne dédouanent pas l'auteur de sa responsabilité » (11)

« Selon Alain Legrand, psychologue, psychanalyste et président de la FNACAV, tous les sujets chez lesquels la violence n'est pas une réponse adaptée à la réalité de la situation vécue, et c'est le cas pour tous les auteurs de violence, souffrent de troubles de la personnalité qui trouvent leurs racines dans les débuts du développement humain et aux détours de certaines interactions pathogènes, comme les interactions agressives, sexuelles ou paradoxales. Durant la petite enfance, c'est dans l'univers familial le plus souvent que se réalisent ces interactions. ' Tous les auteurs de violences ont vécu de telles interactions, ont été battus ou abusés, ont été témoins de la violence parentale ou aux prises à des exigences fortement inadaptées à leur maturité, ont été victimes de comportements rigides ou paradoxaux' ». (12)

Selon Michela Marzano, philosophe, chercheuse au CNRS : « À la base de la violence il y a une crise existentielle profonde qui pousse l'auteur à considérer la femme comme rien. Il s'agit souvent d'individus qui n'acceptent pas la « résistance » du réel, c'est-à-dire le fait que parfois la réalité s'oppose à leur désir, que parfois les autres ne répondent pas exactement à leurs demandes. Ce qui les amène à vouloir forcer ce qui résiste, à vouloir plier ceux ou celles qui leur opposent un refus. Les hommes violents sont des individus qui n'ont probablement pas pu développer chez eux ce que

Freud appelle la « compassion ». Pour Freud, la compassion est l'une des « digues psychiques » qui structurent la subjectivité des individus, une « digue » qui s'oppose à la « cruauté ». Or, les hommes violents sont des individus qui, en général, n'ont pas de compassion vis-à-vis des autres, et notamment des femmes. Car les femmes, à leurs yeux, sont souvent des « choses », des « objets » dont on peut disposer complètement». (13)

Ce centrage sur les facteurs intrapsychiques a été exploré par la thèse de Marie Véronique Labasque en 2006 : « Le fonctionnement psychique de ces hommes s'est structuré au cours d'une enfance et d'une adolescence pendant lesquelles les sources de souffrance semblent avoir été nombreuses, les fractures relationnelles fréquentes et le vécu de violences familiales quasiment omniprésent. Il est difficile ici de ne pas faire le lien entre ce vécu infantile et les violences actuelles et entre leur histoire et les modalités de leurs relations d'objet intériorisées. En effet, nous sommes convaincus que l'histoire (familiale et conjugale) de ces hommes est un élément essentiel à prendre en compte pour comprendre la place de la violence dans le fonctionnement psychique ». (2)

Pour Henri Laborit, psychiatre, « l'apprentissage de la violence se fait dans les premières années de la vie. Elle n'est donc pas innée. Elle est une réponse ultime et réactionnelle, un passage à l'acte provoqué par une situation subjectivement insupportable. Etre violent signifierait ne pas surmonter les tensions, les obstacles, les frustrations imposées par l'existence. Freud y voit une opposition entre pulsion de vie et pulsion de mort ». (10)

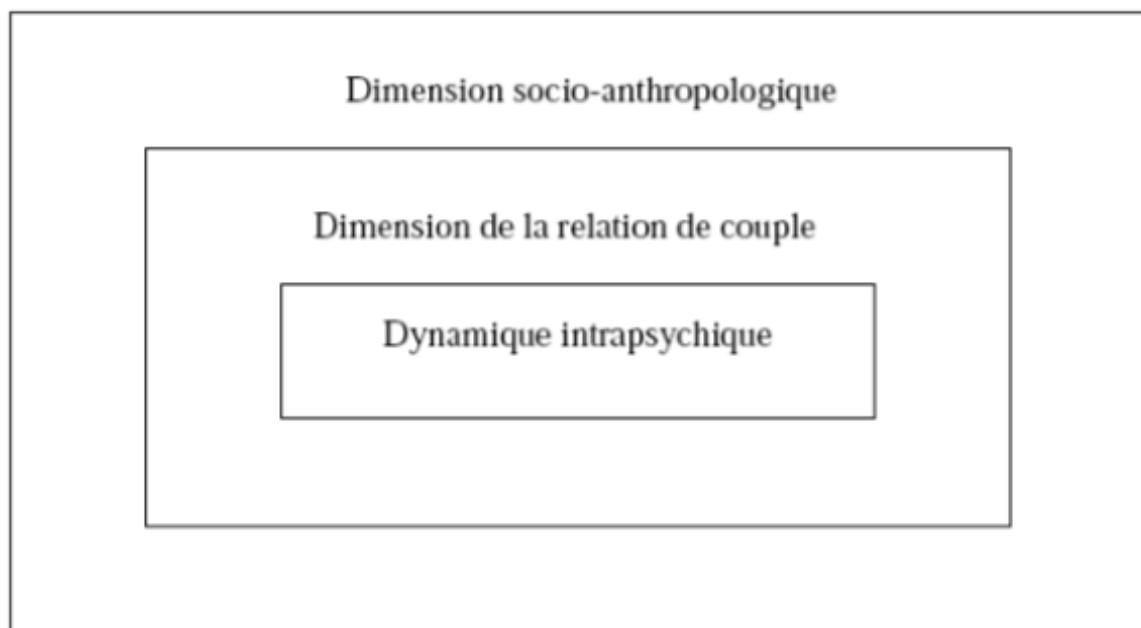
Enfin de nombreux auteurs s'accordent à dire que les facteurs de violence peuvent être multiples et intriqués, que cela rend leur étude complexe et nécessite presque une analyse au cas par cas :

- Pour J.Dankwort, engagé dans le traitement et l'accueil des hommes violents dans la banlieue de Montréal, quatre courants théoriques peuvent être identifiés :
 - « Les théories psychoanalytiques de l'agression : fortement influencés par les travaux de Freud ou Darwin, les tenants de ce courant pensent que l'agressivité des hommes permet d'assurer la reproduction de l'espèce. Les hommes seraient donc victimes de leurs caractéristiques génétiques ou biologiques.
 - Les théories de l'apprentissage social : ces théories comportementalistes insistent sur les conditionnements sociaux. Dans cette optique, la violence masculine n'est plus un instinct biologique, ni une maladie mais le produit de l'apprentissage social masculin générant stress et piètre image de soi. L'objectif est d'arriver à une « libération » de l'homme, une lutte contre l'aliénation masculine, notamment par l'écoute de ses émotions.

- Les analyses intégrant les facteurs socioculturels.
 - Les courants intégrant une perspective féministe, insistant sur le fait que notre société est sexiste et patriarcale. La violence conjugale est perçue comme construite socialement mais individuellement choisie par l'homme ». (10)
- Les causes sociétales et psychologiques à l'origine des violences sont également pointées par la commission des Droits de la femme au Parlement européen, dont « la résolution adoptée le 29 avril 1986 s'élève fermement contre la tendance à considérer les violences exercées contre les femmes comme le fait d'individus déséquilibrés. La commission estime que cette violence résulte de facteurs sociaux et psychologiques liés à la situation vulnérable des femmes et à la division inégale du pouvoir entre hommes et femmes au sein de notre société ». (10)
- Le Dr M-F Hirigoyen en fait bien la synthèse : « à l'origine de la violence domestique, on trouve à la fois des facteurs sociaux et une vulnérabilité psychologique, celle-ci étant influencée par l'éducation et l'environnement social. Ces différentes approches ne sont pas antagonistes mais complémentaires. Aucun facteur pris isolément ne suffit à expliquer pourquoi un individu est violent. Un traumatisme de l'enfance peut certes créer, par le biais du stress post-traumatique, une prédisposition à la violence, qui sera ou non renforcée par le contexte social et culturel de la personne ». (8)
- L'article de Fabienne Kuenzli-Monard, psychologue, présente un panorama de 11 théories déclinées en 7 niveaux constituant autant d'explications de violence domestique :
- Un premier niveau attribue la violence à l'intérieur de la personne, soit à cause d'un problème de santé mentale, soit par un manque de contrôle de soi.
 - Un deuxième niveau localise la violence dans le développement de la personne, soit comme la répétition des comportements pathogènes, soit par un processus d'apprentissage induit par ses comportements pathogènes.
 - Le troisième niveau localise la cause de la violence au sein des relations humaines. Passé un certain seuil et en réponse au stress la personne perd son équilibre et libère le surplus par une décharge d'énergie, en l'occurrence, un acte violent.
 - Au quatrième niveau, figure la théorie des blocages de la communication. Les hommes qui agissent violemment souffrent d'une pauvreté communicationnelle.

- Au cinquième niveau, il est fait état des conséquences de l'utilisation d'alcool ou de drogue. Les recherches mentionnées à ce propos constatent que ces comportements addictifs sont associés mais non inducteurs.
- Au sixième niveau, la violence est attribuée à l'interaction du couple.
- Le septième niveau fait appel aux théories féministes. Ainsi la dimension socioculturelle impute aux structures sociales, par les traditions, les normes et les idéologies, la responsabilité du maintien de la violence.». (5)

Finalement c'est le schéma développé par J. Laporte dans sa thèse sur la contribution à la connaissance des auteurs de violences conjugales, qui me semble résumer le mieux l'intrication des différentes causes à l'origine des violences chez ces hommes : « Dans notre souci de connaissance des situations de violences conjugales, nous faisons l'hypothèse d'une triple fragilité fondamentale des auteurs de violences conjugales : précarité sociale, inadaptabilité conjugale et vulnérabilité psychique ». (5)



Représentation des différentes dimensions des violences conjugales

D. PRISES EN CHARGE EXISTANTES

1. Reconnaissance récente de l'intérêt d'une prise en charge

Les violences conjugales se déroulant dans la sphère du couple, la réticence à intervenir au sein même des foyers, sur des affaires qui sont considérées comme relevant habituellement du privé, peut être une explication à la reconnaissance tardive de ces violences. Il valait mieux garder cela secret, et l'Etat et la société n'avaient pas à s'en mêler comme le souligne Welzer-Lang D. dans son livre sur les hommes violents en 2005 : « La localisation de la violence domestique dans le privé et l'intimité des relations conjugales et familiales favorisent secret et silence sur ces pratiques. Le privé est sacré, telle pourrait être la maxime traduisant actuellement le rapport privé/public en France ». (10)

Cette situation a heureusement fini par évoluer, notamment sous l'impulsion des mouvements féministes, qui ont eu à cœur de défendre la femme et ses intérêts : « La question de la violence conjugale a pris une ampleur considérable dans le débat public des sociétés occidentales. Ce phénomène qui a probablement toujours existé a été mis en lumière sous l'impulsion des mouvements féministes dès les années 70. Le développement de politiques publiques facilitant la dénonciation de la violence domestique (multiplication des lieux d'information, d'écoute, humanisation de l'accueil policier...) et l'action des associations d'aide aux victimes ont grandement contribué à lever le tabou ». (5)

« Au Canada, les centres d'accueil pour les hommes violents envers leurs compagnes sont une institution. C'est en 1982, au Québec, que le premier d'entre eux voit le jour. En France, grâce à la mobilisation des associations féministes au cours des dernières décennies, l'accompagnement des victimes a pu se développer et l'arsenal répressif a été considérablement renforcé – même si, dans les faits, tous les parquets ne mettent pas la même diligence à poursuivre les auteurs. Cependant, à la différence du Canada, le suivi des conjoints violents a, jusqu'à présent, peu retenu l'attention des pouvoirs publics ». (10)

Les associations féministes font aussi partie des acteurs qui ont demandé à ce qu'on s'intéresse aux auteurs de violences conjugales. Dans un texte diffusé en mars 2008 aux associations adhérentes et intitulé « Principes d'intervention auprès des hommes auteurs de violences au sein du couple », la Fédération Nationale Solidarité Femmes illustre ce positionnement. Pour cette fédération, « les violences conjugales doivent être pensées dans une dimension sociale et non en terme de soins ou de santé mentale. L'intervention auprès des hommes auteurs de violences au sein du couple requiert la compréhension de la nature de la violence masculine, ses effets, son intentionnalité de contrôle,

les croyances issues de la socialisation masculine, le contexte sexiste et la justification des hommes pour l'exercer ». (5)

Ces demandes ont également été entendues au niveau de l'État, qui a tout d'abord axé la priorité sur l'aspect répressif et punitif à l'encontre des auteurs de violences conjugales :

« En France, la violence conjugale a fait l'objet d'une reconnaissance tardive par les pouvoirs publics. L'existence d'une victime renvoyant en l'occurrence à l'existence d'un agresseur, la sensibilisation à cette problématique a entraîné, depuis plus d'une dizaine d'années, un accroissement constant des mesures répressives à l'encontre des conjoints violents : depuis la réforme du Code pénal qui fait de la qualité de conjoint ou concubin une circonstance aggravante en cas d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne, jusqu'à la loi de 2006 qui, entre autres, permet l'éviction du domicile du conjoint violent. Il faut attendre cette même loi de 2006 pour qu'apparaisse une obligation de prise en charge sociale, sanitaire ou psychologique des auteurs, en vue de prévenir la récurrence ». (14)

« Une des attentes formulées vis-à-vis de l'État serait la mise en œuvre d'un processus de disciplinarisation : la pacification des mœurs est indissociable d'un processus de pénalisation des mœurs. La succession des lois concernant les violences conjugales en est l'illustration. De 1980 à 2006, plus de 10 textes législatifs paraîtront concernant la question des violences faites aux femmes. Le nouveau code pénal alourdit les peines encourues, change la qualification de certaines infractions, ajoute des cas de circonstances aggravantes. L'État accélère et accroît le poids de l'incrimination et de la pénalisation. Ce vaste mouvement est rendu nécessaire par l'évolution du mode de vie, notamment par l'absence de lien social induisant repli sur soi, isolement, absence de dialogue de communication. Ces situations obligent les citoyens à se tourner vers les pouvoirs publics pour réguler les moyens de règlement des conflits internes individuels ». (5)

2. Différentes modalités : sanction pénale, psychothérapie individuelle, groupe de parole

Nous avons vu qu'il y a plusieurs profils d'hommes violents et, bien entendu, selon les profils, les traitements seront différents. Le Dr M-F. Hirigoyen insiste bien sur le fait que toutes les prises en charge ne sont pas indiquées pour tous les hommes violents, et que celles-ci doivent être modulées :

- « Les hommes violents de façon impulsive et ponctuelle, dont la pathologie n'est pas trop marquée, finiront peut-être par reconnaître leur violence, à condition qu'ils acceptent une prise en charge psychothérapeutique régulière.
- Avec les psychopathes, la répression juridique et l'obligation de soins ne font en général que renforcer leurs tendances agressives. Pourtant ils ont besoin d'un cadre. La prise en charge devra donc fournir une relation personnalisée, rassurante par sa fermeté et sa permanence.
- Le travail thérapeutique avec les pervers narcissiques est difficile, voire impossible, car ils ne reconnaissent pas les faits et ne se remettent pas en question. S'ils acceptent une prise en charge psychothérapeutique, c'est en général de façon très stratégique et utilitaire.
- Les hommes qui présentent un caractère paranoïaque sont très résistants à toute forme de prise en charge. Il est rare qu'on les fasse changer ». (8)

a. Sur le plan pénal

Sur le plan pénal le procureur de la République peut, selon la gravité des faits :

- « Placer l'auteur en garde à vue ; dans ce cas la procédure judiciaire peut être orientée vers la comparution immédiate en cas de violences importantes et d'antécédents du même type, et le jugement a lieu à l'issue de la garde à vue.
- Convoquer l'auteur devant le tribunal correctionnel dans un délai de deux mois maximum dans le cadre d'une comparution par procès verbal. Cette procédure peut être associée à un contrôle judiciaire socio éducatif qui permet au juge, dans l'attente de l'audience, d'éloigner l'auteur du domicile et de le soumettre à une obligation de soins.
- Proposer un classement de l'affaire sous conditions. Dans une situation de premier épisode où les faits ne sont pas trop graves, c'est une alternative intéressante aux poursuites judiciaires. La procédure est alors adressée au délégué du procureur qui soumet le classement à la condition d'un suivi, notamment psychologique.

Il faut dire avec force que le rappel à la loi de l'auteur de violences est le point de passage obligé de toute prise en charge véritable. C'est un préalable indispensable à la prise de conscience de l'auteur des violences et à la reconstruction de la victime. Pour mieux prévenir la récidive, il est pertinent que le rappel des obligations de la loi et du caractère intolérable de la violence soit réaffirmé solennellement par un magistrat ». (7)

b. Les groupes de parole

L'accès aux groupes de parole passe encore aujourd'hui par la case judiciaire. Ils concernent essentiellement des hommes tenus d'y participer (gratuitement) dans un cadre pré- ou post-sentenciel et sont organisés par un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation : « Ceux-ci étaient astreints, dans le cadre de l'obligation de soins, à suivre un groupe de parole organisé par un SPIP ». (14)

« Un premier entretien individuel est destiné à évaluer la capacité des sujets à s'intégrer à un travail collectif. Ceux qui présentent d'importants troubles psychopathologiques ou des problèmes d'addiction – ainsi que les rares femmes auteurs – sont suivis individuellement par le même binôme de professionnels, ou dirigés vers des structures de soin appropriées. Chaque groupe est constitué d'un maximum de dix hommes, qui doivent s'engager à participer à sept séances d'une heure et demie, à raison d'une par semaine, puis à un bilan individuel ». (11)

Le contenu de ces groupes de parole est réglementé et il y a un cahier de charges à respecter pour être autorisé à accueillir des hommes auteurs de violences conjugales : « Sanctionner un homme violent est, pour la victime, une reconnaissance publique de sa souffrance, c'est donc indispensable. Mais cela doit être accompagné d'un travail éducatif, afin de donner un sens au droit. Les modalités groupales sont un moyen de prévention et d'arrêt de la violence physique. Car ces groupes doivent induire les effets suivants :

- La reconnaissance des faits de violences
- Le développement de la responsabilisation
- Une reprise de l'estime de soi
- L'expression d'une problématique interne liée au passé et aux relations parentales
- L'ouverture à de nouveaux modes de communication avec le (la) conjoint(e) ». (5)

« Contenu des techniques de groupe : le groupe permet de traiter autant les droits fondamentaux de tout être humain que les thématiques existentielles propres à toute vie de couple : les relations hommes-femmes et les rôles sociaux prédéterminés incitant à des schémas de domination, les problématiques de jalousie, la peur de perdre l'autre, les difficultés à gérer les choses en commun ». (7)

A travers les différentes thématiques abordées en groupe, l'objectif est d'amener l'homme violent à une prise de conscience, à une réflexion sur son comportement et à l'apprentissage d'un autre mode

de fonctionnement : « L'objectif est de favoriser la réflexion des auteurs sur leur comportement, afin de donner davantage de sens à la mesure judiciaire : le fait que la société ait fait irruption dans leur sphère privée à travers une décision de justice est souvent vécu comme illégitime et injuste par les participants. Ils retournent le problème et se posent en victimes, ce qui les protège de la honte et de la culpabilité, et leur permet de ne pas se remettre en question. L'essentiel du travail est d'amener les participants à endosser la responsabilité de leurs actes, mais aussi de les conduire à réfléchir à leur sexisme. L'éducation et les stéréotypes pèsent lourd ». (11)

« A l'association « Mots pour Maux », les professionnels des groupes de parole tentent de remplacer l'agir par la parole chez les hommes violents. Pour Magali Barre, éducatrice spécialisée, la violence devient un mode de langage et de communication. Et si les auteurs de violences ont acquis la violence comme mode d'expression, ils peuvent donc la désapprendre. Il lui semble également de son devoir de répondre à la demande d'aide de certains hommes qui souffrent d'être violents, sans pour autant n'avoir aucune complaisance vis-à-vis des auteurs ». (15)

Il faut agir à la racine du problème afin d'éviter les récidives :

« S'il y a des facteurs psychologiques qui interviennent, l'essentiel de la violence masculine se situe dans la construction de la masculinité : le virilisme, pour ne pas dire le sexisme. Aussi, afin de déconstruire cette espèce de bon droit, pour les intéressés, élevés dans une société de plus en plus violente où la performance fait loi, le Dr Lopez préconise de mener un travail critique collectif avec ceux-ci, dans le cadre de groupes de parole structurés ». (11)

c. Les psychothérapies individuelles

Complémentaires ou non des groupes de parole, certains psychiatres estiment qu'une psychothérapie peut être un moyen de prendre en charge les auteurs de violences conjugales :

« Estimant qu'on ne saurait réduire la violence conjugale à l'expression d'un rapport dominant/dominée, d'autres considèrent que la clé d'un réel changement des partenaires maltraitants passe par une prise en charge psychothérapeutique individuelle. Dans leur grande majorité, les hommes violents ne sont pas des personnalités perverses difficilement accessibles à une thérapie, mais des "infirmes de la parole" qui ne reconnaissent pas l'autre comme un sujet, souligne Liliane Daligand, professeure de médecine légale, psychiatre des hôpitaux expert près de la cour d'appel de Lyon . "Le seul apaisement de la violence consistera donc à trouver, pour chacun, un cheminement, souvent long et difficile, vers le langage vraiment adressé à un autre" ». (11)

d. Le conseiller conjugal, la médiation

Deux autres types d'accompagnement existent, qui associent la compagne à la prise en charge, à sa demande libre. L'un, la médiation, est notamment proposé dans le cadre judiciaire. Le second, l'entretien de couple, est indiqué pour des sujets autocritiques, reconnaissant totalement les faits, sensibles aux conséquences pour leur compagne et également sensibles au regard des enfants.

Cependant une mise en garde contre l'utilisation non réfléchie et généralisée de ces deux prises en charge est nécessaire, car elles ne peuvent être appliquées qu'à un certain type de patients. Elles doivent aussi être conduites par des médiateurs compétents en la matière. Elles ne sont donc pas perçues comme optimales par J. Faget (16), M-F. Hirigoyen (8) et R. Coutanceau (7). Ces auteurs préviennent également du risque qui existe à y recourir par défaut, et de l'existence de réelles contre-indications.

«Les performances du système pénal en matière de violences conjugales apparaissent souvent inadéquates. Mais il serait peu pertinent de choisir par défaut l'orientation vers la médiation. Car la médiation ne saurait être appliquée à toutes les situations. Elle ne saurait se substituer d'une part à la nécessité de dire pédagogiquement le droit pour les affaires les plus emblématiques, d'autre part aux réponses thérapeutiques qui sont nécessaires dès lors que les comportements violents ou victimaires s'inscrivent sur un registre pathologique. Son usage peut trouver sa pleine efficacité si le caractère consensuel de la démarche est garanti, si les personnes jouissent de la plénitude de leurs capacités intellectuelles ou psychiques, si les conflits sont encore peu cristallisés, lorsque le recours à la violence n'est pas structurel mais contextuel, de type réactif face à une situation vécue comme insupportable, enfin si la compétence des médiateurs est incontestable ». (16)

« En cas de plainte pour violence conjugale, les juges peuvent être tentés de proposer une médiation. Le danger d'une médiation est de banaliser la violence et de la ramener à un simple conflit de couple ; on rapproche les deux conjoints en demandant à chacun de faire un pas vers l'autre. Or, dans la violence conjugale, les deux parties ne sont pas égales, la relation est asymétrique. Une femme qui a peur est paralysée et ne peut s'exprimer librement. Elle peut se sentir doublement victime, puisque sa souffrance n'est pas reconnue. Or, quand il y a une médiation pénale, il y a classement sans suite, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune poursuite pénale contre la personne mise en cause ». (8)

« Se pose également la question de l'entretien de couple, parfois demandé par l'agresseur et la victime. Dans la plupart des cas, il convient de différer cette rencontre et d'attendre que la victime ait retrouvé son statut de sujet et que l'auteur de violences ait progressé suffisamment dans la conscience de ses actes, afin de permettre un véritable travail d'échange dans l'espace du couple. Il peut y avoir des contre-indications sérieuses. La demande libre de la victime doit être alors recueillie ». (7)

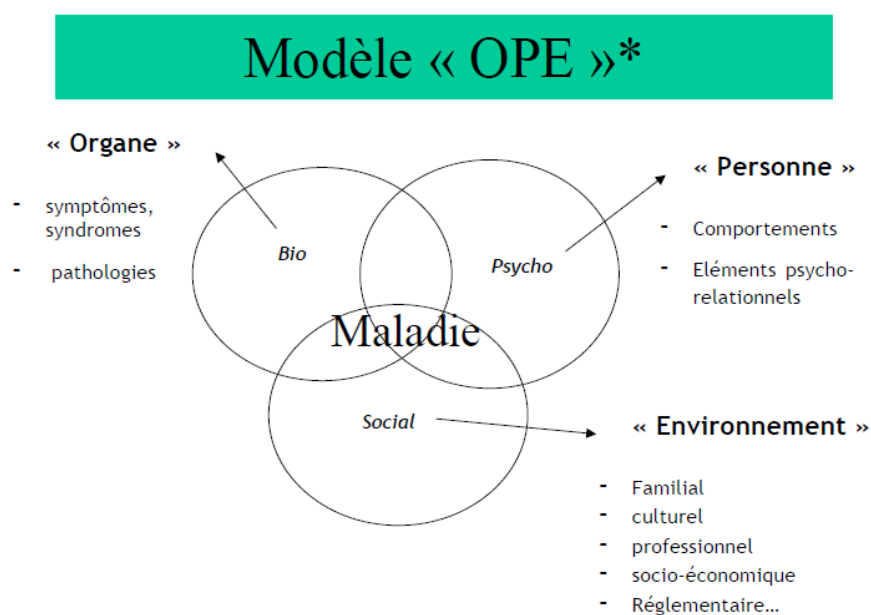
Pour conclure sur cette partie, le Dr R.Coutanceau a écrit un rapport en 2006 synthétisant les différentes dispositions nécessaires à la prise en charge d'un agresseur. Il préconisait quelques principes préalables :

- « nécessité d'un rappel à la loi comme préalable à toute prise en charge thérapeutique. Ce rappel à la loi permet de poser clairement les responsabilités
- intérêt d'attribuer un caractère obligatoire à la prise en charge psycho-socio-éducativo-sociale compte tenu des résistances fréquentes à un tel accompagnement par l'auteur de violences
- systématiser les gardes à vue en cas de violences et le déferrement au parquet, permettant d'envoyer au prévenu une convocation à se présenter auprès d'une structure médico-sociale chargée de faire une évaluation psychosociale de sa personnalité et de l'orienter sur un groupe de parole si nécessaire
- développer des enquêtes sociales rapides spécifiques aux violences intrafamiliales
- développer, dans le cadre de la convocation par procès-verbal, le contrôle judiciaire socio-éducatif associé à une obligation de soins
- développer des consultations spécialisées pour hommes violents à la fois sous la forme de prise en charge individuelle et de groupes de parole. Pour ce faire, recourir à plusieurs types de structures pour la mise en place de ces groupes afin d'élargir l'éventail des possibilités et donc des financements : structures de santé publique, institutions partenaires de la justice, associations. Veiller à ce que ces groupes de parole aient une appellation non stigmatisante : « groupe de responsabilisation »
- développer un travail en réseau des différents acteurs (Intérieur, Justice, Police, Santé, associations) ». (7)

E. LA PLACE ET LA PARTICULARITÉ DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

On associe fréquemment le terme de « médecin de famille » au médecin généraliste dans le sens où il connaît souvent l'entourage proche du patient qu'il suit, et qu'il peut parfois suivre ce même patient tout au long des différentes étapes de sa vie (naissance, enfance, adolescence...). C'est une place particulière, qui a ses bénéfices. En effet connaître l'environnement de son patient, son histoire familiale et personnelle, permet souvent de mieux appréhender le soin et de proposer une prise en charge globale, centrée sur le patient mais tout en tenant compte de son environnement social. C'est ainsi que l'enseigne le Pr C. Honnorat à la faculté de médecine de Rennes, dans son cours sur l'approche clinique en médecine générale : « Le médecin généraliste est aussi un Médecin de Famille. Il soigne tout le monde et aide chacun à trouver sa place. Il enrichit sa connaissance de chacun de celle de l'ensemble des membres de la Famille (...) Il peut s'appuyer également sur une séméiologie sociale et d'abord familiale. Le Malade est un élément d'une communauté qui a sa vie propre, ses règles, ses codes qui interagissent avec lui. La connaissance de cette communauté, permet de recueillir des éléments qui participeront à la construction nosologique mais surtout à la décision médicale élaborée conjointement entre le médecin et son malade ». (17)

Adopter une approche globale, centrée sur le patient, comme exposé dans le cours du Pr B. Gavid en 2009, dans son séminaire sur les compétences en médecine générale à la Faculté de médecine de Poitiers :



* L Levy. *Comment faire un diagnostic de situation. RPMG. 2004. Tome 18.*

Cependant, cette place centrale du médecin peut également comprendre son lot de désavantages. Quand la relation est très ancienne et profonde, il peut y avoir inconsciemment un moment de déni de la part du médecin lorsqu'il apprend des situations difficiles impliquant son patient, notamment s'il est l'auteur de violences. Le fait d'être référencé dans l'esprit d'une famille comme « leur médecin » peut aussi rendre le médecin réticent à dénoncer des situations risquant de perturber l'équilibre apparent d'un système familial, et craindre qu'on ne le rende responsable du changement.

Enfin, notamment dans les situations de violences conjugales, la connaissance possible des deux parties impliquées (mari et femme) peut amener le médecin à se poser la question du secret médical. Il y a ensuite la problématique de la prise en charge, où il est légitime de se demander si le même médecin peut suivre la victime et l'agresseur. La révélation de violences change certainement quelque chose dans la relation médecin/patient.

Un autre aspect important du médecin généraliste est son statut de premier recours. Par facilité d'accès ou par défaut, il peut être amené à être confronté à de probables situations de violences chez des victimes se tournant vers lui.

F. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Pour en revenir à la 1^{ère} enquête statistique sur les violences conjugales, menée par l'ENVEFF en l'an 2000, celle-ci a permis la mise au jour de l'importance de ce phénomène. La médiatisation autour de ces données choquantes a participé à lever le voile sur ce fléau encore considéré comme un sujet relevant de la sphère de l'intime. Et pourtant, lorsque le respect de l'autre n'est plus là, il appartient de plus en plus à la société et à l'Etat, dans une République comme la France, de redéfinir le cadre relationnel/familial. « Les violences conjugales constituent un phénomène social d'ampleur dont l'Etat semble de plus en plus se préoccuper pour arriver à une pax familia ». (5)

S'en sont suivies des propositions de lois et des modifications du Code Pénal, toutes orientées d'abord vers la protection de la victime et la reconnaissance de ces violences. Les associations et mouvements féminins ont eux aussi joué un rôle important dans l'accueil et la prise en charge de ces femmes. « L'attention portée au phénomène des violences conjugales s'est initialement nouée autour des mesures indispensables d'aide et de protection des victimes ». (3)

Si les femmes victimes de violences conjugales commencent à sortir de l'ombre grâce aux recherches faites sur ce sujet et à la reconnaissance qui en découle, il y a cependant peu de travaux sur les auteurs de ces violences conjugales, et notamment leur prise en charge. Des groupes de parole et psychothérapies individuelles ont commencé à se mettre en place, souvent par le biais d'association et en lien avec la Justice, mais ont encore du mal à faire partie intégrante de la prise en charge de ces hommes violents, notamment faute de moyens. Il devient cependant de plus en plus évident que le soutien apporté aux victimes ne peut se dissocier de la prise en compte des agresseurs et d'une action à leur niveau, notamment pour éviter la répétition du schéma de violences et agir à la source du problème. Comme l'exposent J. Laporte et F. Dallongeville :

« Aider, accueillir et protéger les victimes constituaient, à cette époque-là, la première nécessité qui a abouti à la seconde : dénoncer socialement et punir ceux qui commettent ces violences. Cependant il était important de ne pas s'arrêter en si bon chemin et d'offrir également aux conjoints violents des lieux d'accueil et de soutien psychologique ». (5)

« Les dispositifs de prise en charge des auteurs de violences conjugales se sont créés puis développés avec l'idée que la seule condamnation de ces faits associée aux mesures d'aide et de protection des victimes ne suffisent pas à prévenir les phénomènes de répétition. La lutte contre ces violences doit être élaborée sur le long terme, en agissant tout particulièrement au niveau des processus qui déterminent les conduites d'agression et de domination, avec notamment une prise en charge psychothérapeutique, psychosociale et éducative des auteurs ». (3)

Afin que le soin ne soit pas en danger, il est donc nécessaire de prendre en charge les auteurs de violences conjugales, pour les accompagner dans leur changement, et par ricochet aider les victimes. Et le médecin traitant a certainement un rôle à jouer dans le dépistage, la reconnaissance des faits, l'accompagnement de la victime et de l'agresseur, connaissant assez souvent les deux protagonistes. Ce statut particulier de médecin « de famille », qui est souvent utile pour prendre en charge un patient de façon globale, peut s'avérer ici assez troublant et le risque de perturber un équilibre apparent est important.

En tout premier lieu, il est intéressant de savoir comment l'homme violent envers sa conjointe est perçu par le médecin traitant: comme un « délinquant » qui relève uniquement d'une prise en charge judiciaire ? Si oui comment traite-t-il un patient violent qui les consulte ? Ou alors voit-il l'auteur de violences conjugales comme une personne malade, en souffrance, nécessitant des soins ou un traitement ?

Secondairement, le moment où le médecin traitant est mis au courant de l'existence de violences au sein d'un couple est également important à étudier : comment réagit-il face à de telles révélations ? Quand il connaît et suit également le conjoint, aborde-t-il le sujet avec lui ? La connaissance de ce qui se passe à l'intérieur du foyer modifie-t-elle le comportement du médecin lorsqu'il est amené à voir en consultation le conjoint pour des motifs « ordinaires » ? Enfin, si le sujet des violences est abordé par le patient ou le médecin, vers quelles structures le médecin oriente-t-il l'homme violent ? Quel type de prise en charge lui propose-t-il ?

L'objectif de cette thèse est donc de recueillir auprès des médecins généralistes leur perception de l'homme violent, la façon dont la révélation des violences change leur attitude ou leur relation aux patients. Il s'agit également de savoir si les médecins considèrent que cela fait partie de leur rôle, et si oui, comment ils abordent le sujet des violences et quels types de prise en charge ils proposent aux hommes violents.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. LE CHOIX DE LA MÉTHODE

1. Enquête qualitative

La recherche qualitative repose sur le recueil de données verbales conduisant à une analyse interprétative et non sur des mesures quantitatives ni statistiques. Elle est avant tout basée sur l'écoute et l'observation donnant accès aux discours, aux conceptions personnelles et aux comportements des personnes interrogées. Elle nous a donc semblé la plus appropriée pour cette étude ayant pour objectif la vision des médecins généralistes face aux hommes violents. (19)

2. Entretiens semi-directifs

Nous avons choisi la méthode des entretiens semi-directifs individuels. En effet, au moyen de questions ouvertes, ils permettent d'interroger les interlocuteurs sur des thèmes précis sans pour autant orienter leurs réponses.

Ils instaurent ainsi un dialogue dans un climat d'intimité laissant place à la spontanéité, nécessaire à la libre expression sur un sujet aussi sensible que l'homme violent. Ils permettent d'entrevoir le sens que les acteurs donnent à leur pratique selon leur système de valeurs. (20)

Nous obtenons alors des données reproductibles et comparables mais aussi personnelles et subjectives.

B. LE RECRUTEMENT DE L'ÉCHANTILLON

1. Critères d'inclusion

Pour faire partie de l'échantillon, les deux critères nécessaires étaient d'être un médecin généraliste en activité, et d'être installé. En effet, comme nous ne voulions pas seulement évaluer la vision du médecin généraliste à un instant T mais également l'impact sur le suivi du patient auteur de violences conjugales, et sur les modifications possibles de cette relation, il nous semblait plus

intéressant d'interroger des médecins installés, plus à même de revoir le patient et d'entreprendre un suivi sur le long cours.

2. Notion de représentativité : la diversification

Les critères de diversification sont l'âge, le sexe, la durée d'installation, la zone d'activité.

Pour un maximum de diversité, le recrutement devait être le moins restrictif possible.

3. Mode de recrutement

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait à l'aide d'un mail envoyé à des cabinets de médecins généralistes, sélectionnés selon des critères géographiques (mail mis en annexe 1). Il s'est également effectué grâce au bouche à oreille et à mes connaissances personnelles.

4. Taille de l'échantillon : la saturation des données

« A partir d'un certain nombre d'entretiens les informations recueillies apparaissent redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau. Ce n'est qu'après avoir jugé ce 'point de saturation' atteint que l'on peut effectivement considérer la campagne d'entretiens comme close » (20)

C. LA RÉALISATION DES ENTRETIENS

1. Guide d'entretien

Le guide d'entretien (disponible en annexe 2) a été élaboré suite à mes recherches bibliographiques sur les thèmes suivants : violences conjugales, médecin généraliste, médecin de famille, homme violent, auteur de violences conjugales, représentations, prises en charge.

Les articles scientifiques, revues, documentations... ont été trouvés sur la base de données Pubmed, les catalogues SUDOC (Système Universitaire de Documentation). Les recherches ont été effectuées entre novembre 2014 et février 2015.

En complément de la recherche bibliographique, des lectures personnelles (voir bibliographie), un colloque sur les auteurs de violences conjugales (« On ne naît pas auteur de violences conjugales...

Comment le devient-on ? Quelles réponses ? » à la Faculté de Droit d'Angers, le 2 février 2016, organisé par l'Union Régionale Femmes), des discussions avec des confrères, de la famille et des amis ont également inspiré le contenu du guide d'entretien.

L'élaboration du guide s'est faite à partir d'hypothèses et de questions de recherche sur les thèmes que l'on souhaitait aborder. Le plan d'entretien a également reposé sur des stratégies d'intervention dans le but d'optimiser les données recueillies.

Celui-ci, disponible en annexe, explorait plusieurs axes :

- La définition des violences conjugales
- La représentation de l'homme violent (l'image que les médecins en avaient)
- L'origine de ces violences chez l'homme
- La révélation d'une situation de violences conjugales dans leur patientèle
- Le suivi d'un patient connu pour des faits de violences conjugales
- Leur formation concernant ce sujet

A chacun de ces axes correspondait une liste de questions à poser, avec des éléments de relance.

Au fur et à mesure des entretiens, le guide initial a été modifié en fonction de nouvelles pistes de recherche suggérées par les réponses apportées, venant ainsi enrichir le guide initial. Les thèmes sont restés les mêmes mais la façon de poser les questions a changé de façon à obtenir des réponses plus ouvertes et détaillées.

2. Contexte des entretiens

Le lieu de l'entretien était laissé au choix de la personne recrutée, il se déroulait souvent au sein du cabinet du médecin. On excluait seulement les lieux publics, afin de diminuer le risque de nuisances sonores et en raison du thème délicat.

La date et l'heure ont été choisies de façon à maximiser la disponibilité de la personne interrogée.

La durée de l'entretien n'était pas définie par avance, nous choissions un moment où le médecin était le plus disponible sans risque d'être dérangé de façon à optimiser la qualité de l'entretien.

Afin d'obtenir le maximum de données et de rester concentrée et à l'écoute de la personne interviewée, nous demandions aux médecins leur autorisation pour les enregistrer à l'aide d'un dictaphone et d'un téléphone portable. Ainsi, sans avoir à prendre de notes, l'attitude des médecins pouvait aussi être observée et analysée selon les questions.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens débutent par une présentation mutuelle, l'exposition de l'objet et des modalités de l'entretien en insistant sur sa confidentialité afin d'instaurer un climat de confiance. Une première question est posée puis l'échange se nourrit de l'écoute et des différents silences.

De façon à maximiser l'élaboration d'un discours linéaire et structuré, nous disposons de trois stratégies d'intervention (20) :

- La contradiction, qui s'oppose au point de vue développé précédemment par l'interviewé
- La consigne ou question externe, intervention directrice qui introduit un thème nouveau
- La relance, sorte de paraphrase

La conclusion de l'entretien s'est faite lorsque nous arrivions à « saturation des données », à partir du moment où l'échange n'apportait plus d'éléments nouveaux en rapport avec le sujet.

D. L'ANALYSE DES ENTRETIENS

1. Retranscription des entretiens en verbatim

Chaque entretien a été retranscrit manuellement dans un logiciel de traitement de texte Word, en essayant de rester le plus fidèle à l'enregistrement sonore (silences, rires) mais également au discours prononcé (syntaxe du langage parlé, hésitations).

Après avoir retranscrit mot à mot l'ensemble des entretiens, on étudie les différents composants langagiers ainsi que le contenu lui-même. Pour se faire, l'analyse peut être appréhendée de deux façons : longitudinale et transversale.

2. Analyse longitudinale, entretien par entretien

L'analyse longitudinale consiste en un résumé entretien par entretien. Il permet donc d'en faire ressortir l'essence même et les idées prédominantes ainsi que l'ambiance générale. A cette fin, nous cherchons à rester le plus objectif possible sachant que : « L'enquête par entretiens inclut la trace que l'enquêteur laisse de son expérience ». (20)

3. Analyse transversale, thématique

Puis nous effectuons une analyse thématique transversale des résultats. Il s'agit d'une méthode d'analyse « principalement descriptive » qui vise à « cerner par une série de courtes expressions (les thèmes) l'essentiel d'un propos ou d'un document, en rapport avec l'orientation de recherche, puis à regrouper ces thèmes de manière organisée en un raisonnement ». Chaque thème est associé aux extraits de témoignages qui ont la même unité de signification ». (21)

« Vient ensuite l'analyse thématique, qui consiste à découper transversalement tout le corpus. L'unité de découpage est le thème, qui représente un fragment de discours. Chaque thème est défini par une grille d'analyse élaborée empiriquement. L'analyse thématique défait en quelque sorte la singularité du discours et découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens ». (20)

4. Analyse transversale, conceptuelle

L'analyse thématique repose donc sur une classification objective et mécanique de chaque fragment. Cette analyse peut être traduite en concept reposant sur une interprétation subjective des fragments d'un thème, il s'agit de l'analyse transversale conceptuelle.

Ainsi, les concepts ne s'arrêtent pas au contenu mais proposent une signification. Le travail d'analyse à l'aide de catégories engage donc « une intention d'analyse dépassant la stricte synthèse du contenu du matériau analysé et tentant d'accéder directement au sens ». (20)

IV. RÉSULTATS

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON INTERROGÉ ET DES ENTRETIENS

Nous avons réalisé dix entretiens, réalisés entre le 16 janvier 2015 et le 13 mars 2015.

1. Caractéristiques des médecins interrogés

Les dix médecins généralistes recrutés sont âgés de 31 à plus de 61 ans. Leurs principales caractéristiques sont résumées ci-après :

	Tranche d'âge	Sexe	Lieu d'exercice	Statut professionnel	Mode de recrutement
M1	31-40 ans	F	Ville	Installée depuis 1 an	Bouche à oreille
M2	51-60 ans	F	Ville	Installée depuis 27 ans	Connaissance
M3	> 61 ans	F	Zone semi rurale	Installée depuis 32 ans Maître de stage	Connaissance
M4	51-60 ans	H	Zone semi rurale	Installé depuis 26 ans	Bouche à oreille
M5	51-60 ans	H	Péri-urbain	Installé depuis 28 ans	Connaissance
M6	41-50 ans	H	Ville	Installé depuis 9 ans	Connaissance
M7	31-40 ans	F	Ville	Installée depuis 14 ans Maître de stage	Connaissance
M8	31-40 ans	H	Péri-urbain	Installé depuis 10 ans Maître de stage	Mail envoyé au cabinet
M9	41-50 ans	H	Péri-urbain	Installé depuis 1 an et 1/2	Mail envoyé au cabinet
M10	41-50 ans	H	Péri-urbain	Installé depuis 2 ans Maître de stage	Bouche à oreille

Tableau 1 : caractéristiques des médecins interrogés

2. Caractéristiques des entretiens réalisés

Les entretiens ont duré entre 9 et 46 minutes.

	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
M1	Mon domicile	15mn10s
M2	Son domicile	46mn48s
M3	Son domicile	31mn43s
M4	Son cabinet	9mn1s
M5	Son cabinet	29mn18s
M6	Son cabinet	27mn21s
M7	Son cabinet	30mn6s
M8	Son cabinet	25mn10s
M9	Son cabinet	32mn03s
M10	Son cabinet	22mn18s

Tableau 2 : caractéristiques des entretiens réalisés

B. RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE

Les entretiens faisant entre 5 et 15 pages chacun, et les médecins ayant accepté de se livrer pouvant parfois être reconnus malgré des précautions pour préserver l'anonymat, ils ne sont pas présentés dans cette thèse, sauf pour l'entretien de M6 mis à titre d'exemple et en annexe (3 et 4), mais sont accessibles en format électronique pour les membres du jury.

1. Définition des violences conjugales

a. Types de violences

Lorsqu'on demande aux médecins interrogés ce que représentent pour eux les violences conjugales, tous évoquent en premier les violences physiques, sans exception :

(1) Violences physiques

M1	« violences physiques (...) il l'a frappée »
M2	« des accès de violences physiques »
M3	« violences physiques (...) bousculer, frapper »
M4	« des coups et blessures »
M5	« ça peut être physique »
M6	« relations violentes physiques »
M7	« violence physique (...) Tapé dessus »
M8	« violences physiques »
M9	« violences physiques »
M10	« y'a des bleus »

(2) Violence verbale, psychologique

Les violences psychologiques, moins évidentes à dépister et qui ont souvent plus de mal à être reconnues par le grand public comme une forme de violence, sont également bien identifiées par les médecins, avec souvent des exemples venant enrichir leurs propos :

M1	« de l'agressivité verbale (...) Harcèlement moral »
M2	« « les violences morales, psychologiques (...) les gens privés de leurs amis, de leur carte bancaire (...) Il l'a complètement étouffée, sous emprise »
M3	« violences psychologiques (...) plier l'autre à sa volonté (...) violences morales (...) qui l'a coupée de tout (...) isolement complet »
M4	« violences verbales »
M5	« d'ordre psychologique »
M6	« psychologiques (...) violences psychiques, encore plus dissimulées, plus lourdes (...) Des attitudes très humiliantes (...) Humiliation permanente »
M7	« violence morale (...) ce qui détruit la personnalité du conjoint (...) Qui rabaisse l'autre, qui fait que l'autre n'a plus d'autonomie (...) Humiliations (...) Dépendance (...) Ils les infantilisent complètement (...) Enlevé son téléphone »
M8	« violence morale (...) il la dévalorise »
M9	« violences morales (...) un écourtement d'hospitalisation »

M10	« <i>On insulte son conjoint (...) On exerce une pression psychologique (...) On la surveille</i> »
-----	---

(3) Violence sexuelle

Les violences sexuelles, qui ont également été plus tardivement reconnues, rappelons que la reconnaissance du viol entre époux ne date que de 1990 (22), sont évoquées par quelques médecins :

M1	« <i>Violences sexuelles</i> »
M2	« <i>Violences sexuelles</i> » »
M8	« <i>violence sexuelle</i> »
M9	« <i>la violence se porte sur les problèmes de sexualité (...) C'était un peu forcé, il lui demandait des trucs un peu curieux (...)</i> »

(4) Sphère du couple ou plus globale

En ce qui concerne les personnes impliquées, c'est la sphère du couple qui est tout de suite donnée en exemple :

M1	« <i>C'est vraiment dans le couple</i> »
M3	« <i>dans un couple</i> »
M8	« <i>violence entre époux</i> »
M9	« <i>violence entre conjoints</i> »

Pour certains médecins la violence ne s'exprime que dans cette sphère bien particulière, et n'est donc pas du tout visible pour les personnes extérieures au couple :

M1	« <i>C'est souvent envers leur femme, que envers leur femme (...) C'est vraiment dans le couple</i> »
M7	« <i>S'ils sont violents, je suis pas leur femme donc je peux pas le savoir</i> »

Pour d'autres la violence dans le couple n'est que le reflet d'une violence plus généralisée :

M1 *« Très agressifs, qui du coup doivent être agressifs aussi »*

M9 *« Il tape sur n'importe qui (...) C'est le gars qui tape sur tout ce qui bouge, pas forcément que sur sa femme »*

Enfin pour un médecin, la violence s'exprime dans le couple peut-être uniquement parce que la conjointe est la personne présente la plus « disponible » :

M2 *« Mais est-ce qu'il était violent avec sa femme parce que c'était la personne qui vivait avec lui sous le même toit ? Ou est-ce qu'il aurait eu la même violence avec toutes les autres personnes ? »*

(5) Méconnaissance du sujet

On s'aperçoit également, grâce aux exemples donnés par les médecins, qu'il existe une méconnaissance du sujet. L'incompréhension du comportement des femmes victimes, liée à l'ignorance du cycle des violences conjugales, et notamment de la phase dite de « lune de miel », entraîne souvent de la frustration pour les médecins se retrouvant face à ces femmes :

M6 *« Y'a des femmes ça se voit, elles sont frappées une seule fois, le mec il recommencera jamais (...) T'as des femmes qui posent question. Elles reproduisent les mêmes schémas, donc tu te dis, est-ce qu'elles cherchent un homme qui les bat ? (...) Dans l'immense majorité des cas la plainte est retirée, ça pose problème (...) ça pose question (...) A chaque fois elle retire sa plainte (...) ça amène parfois à se poser la question sur certaines personnes. Est-ce que c'est leur manière de fonctionner ? Est-ce qu'on doit y toucher ? »*

Il existe aussi une confusion entre les violences conjugales et les simples conflits conjugaux, ou les situations de vie difficiles :

M1 *« Un jeune gars qui voulait des papiers, c'est quand même violent pour la femme (...) ; (en parlant d'une infidélité) Elle a reçu ça comme un manque de respect. Je pense que*

	<i>c'est une violence conjugale aussi. Pour elle c'est une violence conjugale, morale »</i>
M7	<i>« des disputes »</i>
M9	<i>« Il s'est avéré que le monsieur avait une démence frontale en fait (...) J'ai pas mal de patients avec un problème d'alcool, et les femmes le vivent très mal. On peut assimiler ça à une violence. Ça se fait contre la volonté du conjoint (...) Y'a une espèce de violence morale de voir l'autre cuver »</i>

b. Genre de la violence

(1) L'homme violent

Sans véritable surprise, parfois avant même qu'on ait pu poser la question du genre, la personne violente est le plus souvent du genre masculin :

M1	<i>« Plus souvent quand même des violences envers les femmes (...) J'en ai jamais vu envers les hommes »</i>
M4	<i>« Souvent ce sont les dames qui se plaignent »</i>
M6	<i>« Le plus souvent homme/femme (...) Des maris »</i>
M7	<i>« C'est un problème purement psychiatrique des hommes (...) Taper sa femme (...) La personne qui va taper, l'homme qui va taper sur sa femme »</i>
M8	<i>« un mari par rapport à sa femme »</i>
M10	<i>« Des violences subies par la femme 9 fois sur 10 (...) Les femmes victimes de leur conjoint »</i>

(2) La femme violente

Mais un nombre relativement important de médecins évoquent également rapidement le fait que la femme puisse être à l'origine de ces violences :

M1	<i>« Hommes ou femmes »</i>
M5	<i>« La femme envers l'homme et l'homme envers la femme (...) ça c'est la femme maltraitante vis-à-vis du monsieur »</i>
M9	<i>« C'est une dame qui est violente envers son mari (...) violente physiquement envers son mari »</i>

Certains médecins, souvent de sexe masculin, semblant alors même se justifier sur un mode un peu vindicatif, ou au contraire douter de ce phénomène et le minimiser :

M2	« C'est pas uniquement euh ! c'est dans les deux sens ; Pour l'homme et pour la femme »
M3	« J'ai eu un homme battu (...) Il s'est mis en-dessous d'elle, elle a pris l'ascendant (...) Il y a aussi des hommes battus dont on ne parle jamais (...) Elle lui faisait sans doute pas spécialement mal »
M5	« Y'a peut-être de la maltraitance masculine qui est sous-estimée »
M6	« Mais ça peut être femme/homme hein ! J'en ai rencontré (...) Moi je dis pas que la femme, je dis la personne violentée (...) Parce que les violences envers les hommes c'est encore pire. C'est pire parce que y'a un tabou social encore plus important »
M7	« Ou des femmes d'ailleurs (...) Je pense qu'il y a aussi des femmes qui peuvent taper sur leur mari. Ça doit exister (...) Ou une femme qui tape son homme »
M10	« Un cas d'homme qui se serait fait gifler par une femme »

(3) Le couple violent

Deux médecins évoquent de la violence de la part des deux conjoints, même si l'on peut se poser la question alors de véritables violences conjugales et non juste d'une situation de conflit :

M1	« C'était de la violence un peu à deux »
M9	« de la violence entre conjoints »

c. Mécanismes de la violence

(1) Une violence de fond

M1	« De l'agressivité verbale, un peu continueuse (...) T'en as d'autres où elles racontent que c'est tout le temps »
M2	« Y'en a pour qui c'est un type récurrent, un petit peu tout le temps (...) Y'a la violence caractérisée, aiguë, et puis y'a les trucs sourds, quotidiens »

M5	« Structurel »
----	----------------

(2) Des accès de violence

M2	« ça peut être latent, permanent ou à petites doses, et explosifs quelquefois en fait (...) Des gens qui ont des accès de violence »
M5	« Des choses moins prégnantes (...) Transitoires (...) Réactionnel. Manifestement là c'est réglé (...) De la maltraitance réactionnelle »

2. L'homme violent vu par le médecin

a. Image stéréotypée de l'homme violent

(1) Image négative et violence flagrante

Dans l'imaginaire de certains médecins, l'homme violent a une apparence peu flatteuse, déplaisante, qui traduit ouvertement de mauvaises intentions, avec un comportement qui révèle tout de suite l'existence de violences :

M1	« y'en a sans doute ça se voit qu'ils sont violents (...) Très agressifs, qui du coup doivent être agressifs aussi (...) J'imagine bien que lui c'est un petit violent nerveux (...) Des nerveux en permanence »
M5	« Le type qui est souvent bourré (...) L'alcool (...) Les gens violents ils sont relativement repérables (...) Des types très très violents (...) Un profil psychiatrique »
M6	« T'as d'authentiques pervers (...) Y'a des harceleurs (...) Le mec qui se bourre la gueule un peu tout seul »
M7	« Un délinquant (...) C'est des gens pervers »
M8	« Une espèce de grand nerveux (...) Une espèce d'énorme armoire à glaces (...) Vraiment un mec pas facile »
M9	« C'est le gars qui tape sur tout ce qui bouge (...) pas forcément que sur sa femme (...) Un gars qui s'alcoolise, tu te poses la question forcément (...) Si le gars est alcool (...) Tu sais pas si y'a un lien, mais y'a des gens qui sont toujours hyper agressifs en consultation »

(2) Image sociale positive

Beaucoup de médecins décrivent, au contraire, leur représentation de l'homme violent comme quelqu'un renvoyant une très bonne image à la société, tant sur le plan physique que comportemental :

M1	« <i>J'imagine souvent des gens qui, si je les voyais, ils rendraient bien (...) ça c'est plus ceux qui vont bien présenter</i> »
M2	« <i>Clean, ouais, ouais, clean (...) L'alcool, hyper sympa</i> »
M3	« <i>Y'en a tu leur donnerais le bon dieu sans confession !</i> »
M5	« <i>Pas forcément les milieux défavorisés (...) On a des fois des grosses surprises ! (...) Tu te dis 'Il est pas mal' et y'a quand même violence</i> »
M7	« <i>C'est des gens charmants en général (...) L'homme qui va taper sur sa femme, il va être bien, parfait devant les services sociaux (...) Il va rien apparaître (...) Y'a le paraître et ce qui se passe en vrai (...) Bah il est charmant hein ! Avec nous il est charmant</i> »
M9	« <i>Le p'tit gars bien propre sur lui</i> »

(3) Apparence neutre ou pas d'apparence particulière

Pour d'autres rien dans l'apparence ni dans le comportement de l'homme ne pourrait faire suspecter des violences. Ils ont une image neutre, de « monsieur tout le monde », toutes classes sociales confondues, rendant les violences difficiles à repérer :

M1	« <i>Quelqu'un qui cache bien son jeu (...) Ou alors je les ai vus mais je le savais pas</i> »
M2	« <i>C'est toutes les classes sociales (...) Y'en a qui sont basiques, d'autres hyper intelligents</i> »
M3	« <i>Potentiellement tout le monde peut être violent un jour (...) Dans tous milieux</i> »
M5	« <i>C'est ceux qui ont un profil banal qui sont plus difficiles à repérer (...) Tu t'en rends pas forcément compte</i> »
M6	« <i>Y'a pas de tête d'homme violent (...) C'est tous les milieux, tous les âges (...) Y'a pas de physique de l'homme violent</i> »
M7	« <i>S'ils sont violents, je suis pas leur femme donc je peux pas le savoir ! (...) A toi et à</i> »

	<i>moi (il ressemble) (...) Je pense que ça se voit pas c'est clair (...) C'est pas écrit dessus »</i>
M8	<i>« Les gens savent très bien cacher comment ils sont en réalité »</i>
M9	<i>« ça se voit pas sur sa tête (...) C'est pas une question de milieux (...) ça peut être n'importe qui »</i>

(4) Apparence inoffensive, insignifiante

A l'instar des hommes ayant une apparence neutre, et donc sans signe extérieur pouvant faire suspecter les violences, quelques médecins décrivent des hommes à l'aspect inoffensif, voire chétif, pour lesquels un comportement violent de leur part semble impossible :

M4	<i>« Un monsieur qui est pas violent pourtant »</i>
M5	<i>« Des gens qui ont des profils que à priori on penserait pas (...) ça faisait toujours un peu petit garçon qui venait (...) En plus c'était un petit rabougri »</i>
M9	<i>« Il ressemblait vraiment à rien »</i>

(5) Pas d'image précise

Enfin un certain nombre de médecins n'a également pas d'image précise qui leur vient en tête pour décrire l'homme violent, rejoignant l'idée que celui-ci est difficile à repérer, qu'il n'existe pas d'éléments permettant de l'identifier :

M4	<i>« Est-ce que vous avez une image de l'homme violent ? ' Ben pas forcément' »</i>
M5	<i>« J'ai pas d'image précise (...) Y'a pas de typologie très précise (...) T'as pas d'éléments cliniques très précis »</i>
M8	<i>« J'ai pas de représentation typique »</i>

b. Hypothèses sur les origines des violences

(1) Une cause innée naturelle ou structurelle du fait du caractère (le jaloux, le coléreux, l'autoritaire, le dominant, le pervers) :

M1	<i>« T'as aussi ceux qui ont la violence un peu en eux (...) T'as ceux qui se ressentent mal,</i>
----	---

	<i>qui font ça contre leur gré (...) Ceux qui sont violents de manière naturelle (...) Y'a des gens qui ont des caractères (...) T'as les p'tits nerveux, t'as les gros jaloux (...) Les gens qui sont dans l'abus de pouvoir»</i>
M2	<i>« ça peut être son caractère psy (...) Y'a des gens qui sont autoritaires, qui veulent serrer les boulons (...) Il avait des traits de caractère, il était un peu faible (...) Y'a les coléreux »</i>
M3	<i>« Il avait certainement un fond de violence en lui (...) C'était sans doute un gamin violent en lui (...) La jalousie (...) ça peut être enfoui et tout le monde peut être violent un jour »</i>
M5	<i>« Quand c'est plus structurel (...) Un mec qui a égo un peu (...) Il a toujours raison (...) (...) Des gens imbus de leur personne (...) Qui aiment bien mettre la pression »</i>
M6	<i>« T'as d'authentiques pervers (...) Il est de structure pervers. C'est sa structure, il est comme ça. »</i>
M7	<i>« Je pense que y'a des personnalités (...) C'est sa structure d'esprit (...) C'est des gens pervers (...) Si c'est sa personnalité qui est structurée comme ça »</i>
M9	<i>« Les gens violents, ils sont pas violents par essence, sauf quand ils sont psychopathes »</i>

(2) Racines dans l'enfance

Pour tous les médecins sans exception les violences peuvent trouver leurs racines dans l'enfance de l'homme violent. Ils l'expliquent par deux phénomènes.

Le premier est celui du mimétisme, dans lequel l'homme reproduit un schéma familial vécu, qu'il ait assisté à des scènes de violences entre ses parents, ou qu'il ait lui-même été victime de violences :

M1	<i>« Elle avait peur qu'il devienne violent, c'est par rapport à son histoire personnelle, enfin le père était violent (...) Il commençait à reproduire les mêmes éléments d'agressivité »</i>
M2	<i>« Est-ce qu'il a toujours vu aussi dans sa famille des gens qui... (...) Une espèce d'identification à ce qu'il a vu, vécu dans sa famille, petit ou pas (...) Admettons qu'ils ont toujours vu leur père, leur oncle, grand-père faire ça... Ils se disent pas forcément que c'est quelque chose d'anormal (...) Le problème du modèle familial »</i>
M3	<i>« Des choses de son enfance. C'est pas une excuse du tout mais ça n'arrangeait pas les choses »</i>

M4	« Sa petite enfance, son enfance (...) qui a été abusé sur le plan sexuel par des personnes de sa famille »
M5	« La pression liée aux schémas parentaux (...) Des phénomènes de violences chez les parents »
M6	« Une reproduction du schéma connu »
M7	« Je pense pas que ce soit uniquement les hommes qui ont été battus par leur père, ou qui ont vu leur père battre leur femme, qui battent leur femme »
M8	« Y'a beaucoup de gens qui ont assisté à des violences, notamment entre leurs parents (...) Qui vont refaire la même chose (...) Reproduire la même chose (...) Comme les enfants battus, qui vont battre (...) Il a eu une enfance extrêmement difficile (...) Il a eu des attouchements enfant. Puis il a été entraîné par un copain, où il avait fait des attouchements »
M9	« Y'a sans doute des histoires familiales (...) Il faudrait creuser les histoires familiales »
M10	« Il a vu des atrocités (...) Une histoire familiale extrêmement compliquée (...) Voir ce qui dans l'enfance et dans l'adolescence (...) Quels abandons il y a eus, quels traumatismes, quels drames (...) Parce que y'a toujours une faille affective (...) Souvent un abandon d'un des parents (...) Ou alors de la violence subie dans l'enfance, qu'on reproduit »

L'autre explication possible serait plutôt celle d'un manque de cadre, d'une carence éducative, ayant amené l'homme à se développer sans repère ni limites :

M1	« Il y a une agressivité en toi que tu contrôles pas »
M2	« Un non-respect de quelqu'un, les valeurs elles sont pas là »
M3	« Des gens élevés sans repère, à qui on a tout autorisé, qui n'ont pas de limites, qui ne s'autorisent pas de limites (...) Problème d'éducation, problème d'encadrement »

(3) Un manque de contrôle de l'agressivité

Une violence relevant de l'inné et qui se révélerait par un manque d'apprentissage de la gestion des émotions et des pulsions :

M1	«Souvent c'est que y'a eu un truc, je pense, qui fait que tu deviens violent, qu'il y a une
----	---

	<i>agressivité en toi que tu contrôles pas »</i>
M2	<i>« Des traits de caractère qui peuvent se révéler en cas de difficultés (...) Des gens qui imposent quelque chose, sans avoir forcément conscience que ça correspond à une violence »</i>
M3	<i>« Après y'en a qui se tiennent, y'en a qui se tiennent pas »</i>

(4) Une maladie

Bien que faisant partie du corps médical, on sent que le terme de maladie, largement employé pour expliquer l'origine des violences, est un peu flou et recouvre plusieurs hypothèses assez différentes finalement.

Pour certains médecins la violence en elle-même est une pathologie, et l'homme atteint de cette maladie est donc violent :

M1	<i>« là c'est un peu de la maladie (...) C'est de la maladie (...)</i>
M3	<i>« Dans ce type de pathologie (...) On compare ça à de la maladie (...)</i>
M9	<i>« Y'avait quand même un truc un peu pathologique en-dessous »</i>

D'autres sont plus précis et classent cela dans les maladies psychiatriques :

M2	<i>« ça peut être son caractère psy (...) Y'a quand même des traits de psy là-dedans »</i>
M4	<i>« (Y'a souvent des troubles psychologiques ?) Ben oui c'est évident ! »</i>
M5	<i>« Il avait un profil psychiatrique (...) Des personnalités psychiatriques (...) Un mec euh... pas étiqueté de façon très précise au niveau psychiatrique (...) Il a un profil psychologique particulier »</i>
M6	<i>« Il peut y avoir une psychologie de l'homme violent »</i>
M7	<i>« Je pense que c'est un problème purement psychiatrique des hommes »</i>

La dernière hypothèse est que les violences sont plus secondaires à une pathologie, le plus souvent psychiatrique quand même. Les violences seraient donc les conséquences d'une souffrance sous-jacente, ou l'expression d'un mal être, ou liées à une décompensation de la maladie primitive :

M5	<i>« Y'a quand même souvent une souffrance psychologique »</i>
M6	<i>« Des hommes fragiles psychologiquement (...) Y'a une grosse pathologie</i>

	<i>psychiatrique derrière (...) Il est violent parce qu'il est schizo ou paranoïaque »</i>
M8	<i>« Au fond y'a une souffrance psychologique (...) Un mal être (...) Un syndrome dépressif (...) Je pense certainement que y'a des souffrances »</i>
M9	<i>« Y'avait quand même un truc un peu pathologique en dessous (...) A part si t'as vraiment une pathologie sous-jacente évidente (...) Y'a une pathologie sous-jacente (...) C'était un syndrome anxieux vraiment majeur »</i>
M10	<i>« C'est souvent des gens angoissés, qui peuvent décompenser sur le mode violent »</i>

(5) Influence socioculturelle

Certains médecins évoquent également les traditions propres à un pays d'origine ou une religion qui leur semblent avoir une influence sur le comportement de l'homme (à noter que, pour un des médecins, le modèle culturel français est mis en exergue) :

M2	<i>« Son mari musulman... (sa femme) qui peu à peu s'est retrouvée avec un tchador »</i>
M5	<i>« Les gens en France ils ne reconnaissent pas facilement leur violence (...) ça doit être un peu culturel (...) ça doit être un peu lié à notre culture »</i>
M9	<i>« L'environnement probablement »</i>
M10	<i>« Son histoire privée et familiale n'est pas indépendante de la grande Histoire et de l'histoire de ce pays. Et de la colonisation (...) La situation économique et sociale, la violence du système actuellement n'arrangent pas les choses (...) Y'a un code de la famille algérien, remis en cause par les féministes algériennes, très en faveur des hommes et qui aggrave et facilite cette violence (...) Y'a des sociétés qui sont violentes (...) Domination masculine sur les femmes (...) Tutelle des hommes (...) Les femmes ont incorporé les codes de la domination (...) Il faudrait que la société avance un peu plus »</i>

(6) La relation à la femme

On a vu, dans l'image de l'homme violent ci-dessus, que les mots comme « colère » et « manque de contrôle » reviennent souvent dans la bouche des médecins. Certains vont plus loin et essaient d'analyser d'où viennent ces difficultés. La colère et le manque de contrôle surgiraient car il y aurait à la base des difficultés de communication chez ces hommes, notamment envers les femmes.

Le manque de souplesse, d'ouverture d'esprit et d'adaptation seraient aussi à l'origine des violences :

Difficultés de communication dans le couple :

M2	« Un manque de parole clair et net entre les deux (...) Ceux qui peuvent pas s'exprimer, qu'arrivent pas à parler »
M9	« Un problème de niveau de réflexion (...) Y'a des gens qui arrivent pas à parler. Du coup le seul moyen qu'ils ont de s'exprimer, c'est dans la violence (...) Il arrive pas à verbaliser »
M10	« L'incapacité à dialoguer »

Rapport à l'autre : inadéquation des attentes, inadaptabilité, vision rigide du couple

M1	« Si c'est des hommes que violents envers leur femme, si ils trouvent plus personne, ils sont plus violents... »
M4	« Alors on peut commencer d'abord aussi par l'intimité... Les désirs sont pas tout à fait les mêmes. Le moment venu etcetera. Les messieurs pensent que leur épouse vont être donc euh, la dame idéale hein, voilà. Y'a pas forcément une identification entre ce que l'un attend de l'autre et de l'autre attend de l'un... »
M5	« Psychorigidité (...) Les psychorigides »
M6	« Un rapport aux femmes un peu particulier (...) Un problème de relation à la femme (...) Un problème de sa propre place par rapport à sa femme, la féminité »
M9	« Il était dans un système de fonctionnement particulier (...) Ces espèces d'écosystèmes où le mec est comme ça et la femme s'adapte »

(7) Causes non connues par le médecin

M2	« J'ai pas beaucoup d'expérience (...) Je sais pas »
M4	« Je sais pas »
M6	« Je sais pas ce qui les rend violents »
M7	« J'en sais rien (...) Je pense que y'a pas d'explication de toute façon (...) Je sais pas quoi, enfin y'a un truc qui va pas enfin ! »
M9	« Moi je sais pas »

c. Éventuels facteurs déclenchants

(1) L'alcool, les drogues

Les drogues, et notamment l'alcool, sont citées par quasiment tous les médecins interviewés. L'alcool, connu pour avoir un effet désinhibant, est un facteur déclenchant fréquent des violences :

M1	« Les p'tits jeunes un peu drogués »
M2	« ça peut être dans un contexte d'alcoolisation (...) Des schizo qui décompensent quand ils se droguent (...) Un gars, pareil, qui s'alcoolisait, et c'était dans ses périodes là (...) Mais très violent pendant les périodes d'alcoolisation (...) Ouais l'alcool, énormément (...) ça désinhibe l'alcool »
M3	« Des hommes parfois sous l'empire de l'alcool (...) On voit ça sous l'empire de l'alcool »
M5	« Le type souvent bourré, l'alcool (...) Y'avait de l'alcoolisme en plus »
M6	« Avec une toxicomanie plus ou moins avouée derrière (...) Des addictions (...) Le mec qui se bourre la gueule tout seul (...) La boisson (...) Il boit des fois »
M8	« Si y'a un problème d'alcool (...) Son mari dès qu'il commence à picoler (...) Dès qu'il boit il la dévalorise (...) Qui est comme ça uniquement quand il boit (...) Il est violent verbalement dès qu'il boit (...) Quand il boit il change complètement de personnalité (...) Il me l'avait déjà dit, que quand il buvait c'était pas lui (...) Là en fait c'est vraiment, c'est directement ce problème d'alcool »
M9	« Y'a souvent des histoires d'alcool aussi (...) des histoires d'alcoolisation chez le mari (...) Il fait ça sous l'emprise de l'alcool (...) L'alcool ça peut être lié à des violences conjugales (...) Pas mal de patients avec un problème d'alcool »

(2) Une cause extérieure de difficulté entraînant une souffrance psychologique

Les causes extérieures de difficultés sont fréquemment citées et très nombreuses (chômage, précarité, douleur physique...). Elles sont à l'origine d'un stress ou d'une souffrance pour l'homme, qui deviendrait violent en réaction. Les violences seraient un exutoire à une situation difficile pour lui, et pour certains médecins, sans contexte difficile, les violences disparaîtraient :

M2	« ça peut être dans un contexte de stress (...) Le stress, le boulot (...) Ils peuvent se révéler en cas de difficultés (...) Il y avait une énorme pression (...) Des traits de
----	--

	<i>caractère qui peuvent se révéler en cas de difficultés »</i>
M3	<i>« Des difficultés de vie, manque d'argent (...) ça a été dans un moment où il était particulièrement mal (...) L'alcool peut cacher une dépression sous-jacente »</i>
M5	<i>« Toute la pression liée à l'environnement professionnel (...) La pression liée aux schémas parentaux (...) C'était dans un contexte particulier (...) Un contexte de chômage (...) C'était un peu réactionnel (...) ça a été un peu transitoire (...) De la maltraitance réactionnelle »</i>
M6	<i>« Qui a eu des grosses périodes de chômage »</i>
M7	<i>« Il va pas bien en ce moment (...) Si vous avez mal au dos, si vous êtes fatigué avec votre travail »</i>
M8	<i>« Au fond y'a une souffrance psychologique (...) Un mal être (...) Un malaise au travail (...) Des choses qui font qu'ils sont pas bien »</i>
M10	<i>« Ils vivaient dans la précarité (...) Y'a une situation sociale aussi qui fait que les hommes peuvent arriver à la violence (...) Parce que la situation sociale est dégradée (...) Une souffrance (...) Il souffre, donc il est violent (...) Tout violent est en souffrance (...) Quand on souffre on a tendance à être violent (...) C'est souvent des gens angoissés, qui peuvent décompenser sur le mode violent »</i>

(3) Un événement insignifiant, un prétexte

Pour un autre médecin, il n'y a même pas besoin d'une situation difficile pour l'homme pour décharger sa violence, tout est prétexte :

M2	<i>« Souvent déclenché par un tout petit machin (...) Souvent pour des p'tites phrases, trois fois rien, qui pouvaient être le déclencheur »</i>
----	--

(4) La conjointe

Peut-être étonnamment, un certain nombre de médecins évoque le rôle joué par la conjointe dans la survenue des violences. Il y a deux types de profils donnés en exemple : les femmes qui ne se rendent pas compte que leur comportement peut « agacer » leur conjoint, et d'autres qui seraient parfaitement consciente que leur mari peut être violent et qui les provoquent sciemment :

M2	<i>« Sa femme l'embête (...) Elle tolère pas son mari (...) Tout ce qui est violences »</i>
----	---

	<i>psychologiques, y'a l'intellect et puis la personnalité de la femme qui doit jouer aussi (...). Elles sont pas forcément clean pour autant (...) Est-ce que y'a des femmes aussi qui prédisposent à ça ? (...) Je connais des femmes qui en sont à leur 3^{ème} mariage et qui vivent la même chose à chaque fois »</i>
M3	<i>« Des comportements de conjointes : 'Je l'attise, je vais faire monter la mayonnaise' (...) Tu vois des comportements aussi un petit peu ambivalents aussi hein »</i>
M4	<i>« Ce que la dame attend du monsieur. Après y'a des dames qui veulent de leur monsieur ben que ce soit un prince charmant hein ! (rires) »</i>
M7	<i>« Puis sa femme elle est quand même spéciale, elle est un peu infantile »</i>
M10	<i>« Sa femme lui reprochait, mais en même temps elle cherchait pas de travail (...) C'est difficile, elles ont incorporé les codes de la domination masculine. Elles se rendent pas compte, leur comportement facilite la domination masculine »</i>

3. Répercussions sur la relation médecin/patient d'après le médecin

a. Réactions du médecin face aux révélations de violences conjugales

(1) Il n'est pas surpris

Cela lui paraît même évident du fait du comportement de la femme qui répèterait les mêmes schémas avec un autre homme :

M1	<i>« Là elle est à nouveau avec un homme, qui à mon avis est violent »</i>
M2	<i>« Je connais des femmes qui en sont à leur 3^{ème} mariage et qui vivent la même chose à chaque fois »</i>
M5	<i>« Y'a des typologies évidentes »</i>

(2) Il est choqué

En raison de l'image du conjoint qui paraissait lisse, incapable de violence :

M4	<i>« Un monsieur qui est pas violent pourtant (...) Il a jamais été violent »</i>
M5	<i>« On a des fois des grosses surprises (...) Tu te dis 'Il est pas mal' et y'a quand même violence (...) Tu t'en rends pas forcément compte (...) On s'est fait un peu piéger (...) »</i>

	<i>Tu tombes un peu des nues (...) Tu tombes de haut oui ça c'est clair »</i>
M6	<i>« J'ai revu sa fille y'a quelques mois, qui me dit ' Maintenant que je peux vous le dire docteur, mais euh, ça fait des années qu'il la frappe'. Mais tu te rends compte ! Que l'enfant avait intégré le truc ! C'est fou ! T'avais pas du tout la notion de ça (...) C'est plus difficile à détecter dans les milieux socio-économiques aisés que dans les milieux socio-économiques pauvres »</i>

(3) Il a peur d'être manipulé par la femme

Et ceci notamment en cas de violence morale, car le plus souvent il n'a que la version des faits de la femme. Or il ne veut pas être amené à prendre parti, de peur de ne pas être objectif. De ce fait, il éprouve également de la méfiance quant à ses intentions (réelles ou inavouées) :

M2	<i>« J'ai toujours la trouille de me faire manipuler quand un patient parle de violences (...) Je suis un peu méfiante de nature (...) Moi j'ai la trouille bah surtout, bon, les trucs physiques tu constates... Tout ce qui est violence morale, c'est de l'interprétation. T'as une situation, et deux versions différentes (...) Faire la part des choses, mais t'as pas les éléments pour le faire(...) Quelques fois j'ai peur qu'il y ait tellement de rancœur, que ça aille au-delà en fait de ce qui est réel (...) J'ai toujours peur quand je fais un certificat d'être emmenée sur quelque chose d'un peu mouvant (...) T'as une situation, et deux versions différentes »</i>
M4	<i>« Ce n'est qu'une version ! (...) Y'en a qui sont très manipulatrices. On tombe de haut. Je tombe de haut ! (...) Y'a une demande de prendre parti »</i>
M8	<i>« J'avais quand même pas mal d'arguments. Tu vois au départ on se demande toujours si c'est euh... Si y'a vraiment quelque chose en fait (...) J'avais entendu dire par les enfants... Mais je savais pas si c'est parce qu'elle voulait se barrer. Mais elle me disait pas au départ que c'était pour des violences, hein (...) Ce dont je me méfie un petit peu (...) Je sentais qu'elle voulait l'accuser (...) J'avais l'impression qu'elle voulait l'accuser pour avoir une bonne raison de divorcer. Je me suis méfié un peu de ça. Je me suis dit 'Est-ce que y'a vraiment quelque chose ?' (...) Et puis j'ai jamais constaté sur elle de coups. J'ai jamais vu d'hématomes »</i>
M9	<i>« J'ai pas vu (...) J'ai pas été témoin de la scène »</i>

(4) Un seul cas de minimisation des violences relevé :

M1	<i>« Y'en a une je sais qu'il y avait des violences mais ça devait pas être méchant non plus »</i>
----	--

(5) Il éprouve un sentiment de malaise ou de culpabilité :

Notamment parce que certains se rendent compte à ce moment-là qu'ils sont passés à côté des violences subies par leurs patientes :

M6	<i>« 'Il a pas toujours été facile' ça c'est lourd. C'est une phrase terrible, terrible, terrible. Tu te dis 'merde', je suis passé au travers (...) T'avais pas forcément du tout notion de ça »</i>
----	---

M9	<i>« J'ai pas vu (...) C'était assez impalpable (...) Et on savait que ça se passait pas bien »</i>
----	---

(6) Il se sent impuissant et indigné :

M6	<i>« Ça fait des années qu'il la frappe. C'est fou ! (...) C'est parfois complètement imprégné dans l'image de la famille, mais c'est une femme qui portera jamais plainte. Et qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? Rien ! »</i>
----	--

b. Conséquences sur l'attitude du médecin envers l'homme violent

(1) Malaise

Le médecin se sent mal à l'aise (ou se sentirait mal à l'aise rien qu'à l'idée) d'avoir en consultation le conjoint violent, notamment parce que la relation médecin-malade ne serait plus basée sur la confiance et serait plus compliquée, même dans un suivi régulier sans rapport avec les violences conjugales :

M2	<i>« L'homme violent c'est dur, quel que soit l'âge ; moi j'ai du mal à aborder le sujet (...) Je ne suis pas forcément à l'aise pour poser les questions »</i>
----	---

M3	<i>« Ca a été dur (...) Y'a des sentiments, mais faut être vigilant pour pas faire ressortir ça (...) On a nos limites d'envie de prise en charge (...) C'est pas facile, c'est pas toujours simple »</i>
----	---

M5	« Notre rôle vis-à-vis du conjoint maltraitant c'est pas forcément évident (...) Quand tu les revois en consult, t'es moyennement à l'aise quand même (...) ça se passe plus ou moins bien (...) C'est pas très très évident (...) Ca va être un peu chaud »
M7	« Personnellement pour moi, c'est compliqué de soigner un homme qui je sais bat sa femme. (...) Je pense que je le soigne pas bien, c'est clair (...) On peut ou on peut pas. Vaut mieux dire non si on n'est pas capable et qu'on soigne mal la personne (...) Ma relation avec lui c'était compliqué (...) Le lien médecin patient est pas le même (...). C'est quand même difficile (...) C'est pas une relation de confiance (...) Ma relation avec lui, parce qu'il a une maladie chronique, c'était un peu plus compliqué (...) C'est compliqué parce que dans la relation y'a moins, y'a pas d'engagement (...) C'est un peu plus compliqué à gérer (...) Le lien patient médecin est sûrement pas le même (...) Y'a moins d'engagement... J'espère qu'il le sent pas (...) C'est quand même compliqué quand il vient (...) Moi je ne peux pas être dans le soin (...) ça reste très superficiel »
M10	« Non on n'est pas à l'aise »

(2) Rejet, punition

Ce malaise pourrait même conduire à la rupture de la relation et pourrait être assimilé à un rejet, une punition :

M1	« Je refuserais de le voir (...) Il faut qu'ils finissent tout seuls ! »
M7	« Personnellement moi je peux pas être dans le soin. Ça reste très superficiel, et heureusement qu'il est pas plus malade que ça ! (...) Peut être que je lui dirais que je veux pas le voir (...) Je trouverais une solution pour pas le voir (...) On peut ou on peut pas. Vaut mieux dire non si on n'est pas capable et qu'on soigne mal la personne (...) C'est compliqué parce que dans la relation y'a moins, y'a pas d'engagement (...) Plus de distance (...) Je suis pas sûre d'avoir été très polie au téléphone ! »

(3) Défaitisme

Certains médecins semblent défaitistes, pessimistes, notamment parce que l'homme violent vient rarement consulter, qu'il est rarement demandeur. Il est également peu probable qu'il adhère au soin. Ils n'y croient pas vraiment :

M1	« Tu peux pas sauver tout le monde »
M2	« Tout en sachant, ma foi, est-ce que ça changera quelque chose ? (rires) S'il en parle pas, c'est lisse, tu peux rien faire ! »
M5	« Je suis pas sûr que ça ait débouché sur un truc »
M6	« Et qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? Rien ! (...) Tu te dis que tu peux rien faire »
M7	« Pour moi ils sont incurables, on peut rien en faire (...) Je suis peut être pessimiste mais je pense qu'un homme qui tape sa femme et que c'est vraiment une violence conjugale, on peut rien en faire (...) Je suis défaitiste, pour moi je pense que y'a rien à faire (...) Mais si on peut rentrer en lien... Mais je pense que c'est pas possible (...) S'ils sont pas demandeurs, on peut rien proposer (...) Je pense que ça sert à rien »

(4) Méfiance

Certains médecins se méfient des conjoints maltraitants, notamment de ceux qui essaient de les tromper dans le cadre des obligations de soin et qui adoptent une attitude hypocrite par calcul, ce qui a pour effet de détériorer la relation de confiance médecin-patient :

M2	« Il m'a raconté ce qu'il voulait, il a peut-être minimisé les faits »
M3	« Ceux qui viennent vers nous par mesure judiciaire mais qu'en ont rien à cirer (...) Par obligation, pour montrer patte blanche, pour avoir ceci ou cela (...) Y'en a tu leur donnerais le bon dieu sans confession ! (...) Ils te racontent des bobards (...) Ils ont toujours un peu le même profil, ils sont capables de te jurer sur leur père, leur mère, qu'il n'y a aucun problème »
M5	« Tu te demandes s'il joue pas un rôle par rapport aux ennuis qu'il a sur le plan judiciaire (...) D'être le bon petit gars qui fait bien son truc (...) 'Ouais j'ai exagéré, gnagnagni (...) Des fois tu te dis 'est-ce que c'est vraiment sur la bonne voie ou est-ce qu'il est en train de jouer un jeu là ? »
M7	« Le lien patient médecin est pas le même (...) Je pense que la relation est compliquée (...) C'est pas une relation de confiance, donc c'est compliqué »

(5) Peur

La peur de se faire agresser par le conjoint violent est une réalité partagée aussi bien par les médecins femmes qu'hommes :

M1	« Un homme violent, tu te dis euh...non pas qu'il va te taper toi mais... enfin je sais pas, j'oserai pas »
M2	« C'est un grand gaillard, si je l'avais croisé au coin du bois j'aurais pas été tranquille »
M7	« (Tu aurais peur pour elle ?) Ben pour tout le monde hein ! Parce que si, si il commence à me taper dessus (...) J'ai mis ma voiture pour pas être bloquée pour partir (en visite), en priant pour que son mari revienne pas (...) Surveiller qu'il arrive pas (...) J'étais pas tranquille, je vais pas dire que j'étais tranquille »
M8	« Une espèce d'énorme armoire à glaces (...) Vraiment un mec pas facile (...) Physiquement il imposait (...) Il aurait pu être violent hein ! »
M9	« Y'a de la violence pendant la consultation aussi (...) Y'a des gens qui sont toujours hyper agressifs en consultation. Déjà toi tu te fais emmerder »
M10	« Non on n'est pas à l'aise. Faut se méfier parce qu'on peut se faire agresser aussi par certains patients »

(6) Non prise en compte de cet aspect du patient

Certains arrivent néanmoins à occulter cet aspect du patient et à faire abstraction de leur violence en consultation. Cette distance leur permettant peut-être de les protéger eux-mêmes et de se sentir moins mal à l'aise :

M2	« Peut-être que ça l'a fait réfléchir, peut-être que ça l'a pas fait réfléchir, c'est pas mon problème (...) (abstraction de la violence ?) Oh bah oui c'est pas compliqué. Parce que si t'as que ça en tête, faudrait peut-être confier le patient à quelqu'un d'autre (...) ça m'intéresse pas de fouiller ce qu'il a fait »
M3	« J'ai toujours le même abord avec les gens (...) T'as vu comme je suis avec mes patients, hein, je suis assez cool, c'est-à-dire que, à un moment donné faut arrêter aussi euh... voilà. Faut savoir y aller mais faut savoir arrêter (...) Moi je ne fais pas de différence »
M4	« 'Vous arrivez à le voir comme n'importe quel patient ?' : Ben oui c'est comme ça (...) C'est pas la peine il va être mal à l'aise. Et puis c'est pas l'objet »
M6	« Je l'aime pas mais euh point quoi. Y'a pire quoi je veux dire. Quand t'es amené à soigner des pédophiles, des choses encore plus ignobles euh... voilà y'a un moment

donné t'as, tu... c'est professionnel quoi. Manifestement je vais pas aller lui mettre une grande claque dans le dos et aller boire un coup avec lui, mais bon, je le soigne professionnellement quoi. Tu, tu mets une distance dans ton rapport voilà. »

M9 *« Je suis assez distant globalement. J'arrive bien à le faire ça. J'en ai pas grand-chose à foutre en fait ! (...) ça me fait pas plaisir, je vais pas dire que ça m'intéresse, mais au moins t'as l'info. Cette distance-là permet, bah au moins qu'ils te disent »*

(7) Paternalisme

Certains médecins usent de leur ascendant, de leur position de figure d'autorité pour faire des rappels à l'ordre :

M3 *« Vous allez finir en taule »*

M5 *« Un rôle un peu agressif (...) Quand tu sais que t'as un peu un ascendant sur eux, c'est relativement moins difficile (...) Là le monsieur, ça faisait toujours un peu petit garçon qui venait. Donc là y'avait pas de soucis 'Ben dis donc, ça se passe pas bien là !' (...) C'était l'ascendant, parce que quand même, j'ai pu l'aborder parce que bon, voilà, y'avait déjà un vécu au niveau des consults. Tu sais, tu vois y'a des patients (mime un patient) : 'Oui, oui, bien sûr Docteur'. 'Hé ! Dites donc là !' »*

(8) Empathie

Ceci se voit notamment si demande de soins : dans le cas où l'homme violent est demandeur de soins, il reprendrait alors son statut de patient auprès du médecin car il serait considéré comme une personne en souffrance qu'il faut aider, et il serait ainsi possible d'envisager de le soigner :

M1 *« ça je serais à l'aise du coup, enfin pour discuter (si c'est lui qui vient pour ça) (...) Je vais plus aider ceux qui sont demandeurs de soins »*

M2 *« L'alcool, hyper sympa... qui a réussi à arrêter l'alcool et le tabac ; dans un groupe (de parole) il va se dire 'est-ce que je vais pas rencontrer quelqu'un que je connais par ailleurs ?'. Déjà pour l'alcool y'en a beaucoup qui hésitent pour ça... L'alcool c'est pas banalisé mais euh... Violences conjugales c'est... c'est terrible ! Si quelqu'un... Du coup il va être étiqueté violences conjugales, et ça c'est une catastrophe pour lui. »*

M3	« Je le trouvais fragilisé par pas mal de choses de sa vie »
M7	« Si y'a un homme qui bat sa femme, qui vient chercher de l'aide, c'est quand même plus facile, parce que euh, sans approuver ce qu'il fait évidemment, on peut quand même euh rentrer dans le soin plus facilement... Y'a une confiance qui s'installe (...) C'est des personnes qui ont quand même le droit d'être soignées (...) Je pense qu'il était très désolé d'avoir fait ça »
M10	« C'est des gens qui ont besoin de soins (...) Qui sont en souffrance aussi (...) Ils n'ont pas toujours conscience qu'ils doivent se faire aider (...) Je pense qu'ils ont besoin d'aide les hommes violents (...) Tout violent est en souffrance (...) Quand on souffre on a tendance à être violent (...) On est là pour accompagner les gens, pour les soigner »

(9) Soins

En outre, du fait d'un suivi régulier, un seul médecin éprouve moins de gêne avec l'homme violent et peut le considérer à nouveau comme un patient. Il réussit ainsi à adapter son attitude en tant que médecin de famille, selon sa connaissance du patient :

M5	« Et tu te sens à l'aise avec lui ? (a un suivi régulier) : 'Ah oui là maintenant ça va' (...) ça se passe pas mal, je pense qu'il a dû faire un cheminement quand même... Puis il a peut être pris aussi conscience que s'il déconnaît un peu trop ça allait pas bien se passer »
----	--

c. Réactions de l'homme violent démasqué, observées par le médecin

(1) Rupture du lien avec le médecin une fois les violences mises à jour

Certains médecins constatent la perte de cette patientèle, car ces patients, rejetant toute collaboration, ne reviennent pas les voir au cabinet :

M2	« J'ai essayé d'aborder et puis ensuite il est allé voir un autre médecin du cabinet (...) Il se sentait sans doute plus à l'aise parce qu'elle, elle aime pas aborder les soucis »
M5	« ça casse quand même assez souvent la relation que tu pouvais avoir avec le conjoint (...) Faut pas se leurrer (...) Souvent ils viennent plus te voir après, c'est clair (...) ça a pas coupé, je l'ai plus revu (...) Je l'ai plus vu après »

M7	« Lui s'est un peu éloigné »
M8	« Il me parlait plus (...) Peut être qu'il voulait pas me revoir puisqu'il savait que j'avais déclenché la chose »

(2) Absence de remise en question

Cela se traduit par une absence de remords ou de culpabilité :

M1	« Ils se remettent pas forcément en question »
M3	« Ma femme s'est encore plainte ! (...) J'ai pas ressenti de réactions de souffrance de leur part, y'a toujours une cause : 'Ah mais elle a pas fait ça ! Elle m'a provoqué !', donc en fait elle l'a cherché quoi (...) Ce qui viennent vers nous par mesure judiciaire mais qu'en n'ont rien à cirer »
M5	« Ils reconnaissent pas leur violence »
M6	« La personne violente souvent nie les faits (...) Est dans la négation complète (...) C'est un authentique pervers et il s'en fout ! Il en a tout à fait conscience mais c'est comme ça (...) 'C'est comme ça qu'une femme doit être', 'Si elle se barre pas c'est que ça lui plaît' (...) Il l'assume. Il est pervers quoi. Il a aucune culpabilité, aucune remise en question (...) Ils se rendent compte qu'ils dévient »
M7	« Pour lui c'est normal de traiter sa femme comme ça (...) Il fera pareil à toutes les femmes qu'il va rencontrer (...) Je suis pas sûre que ce genre d'homme va venir dire 'Je tape sur ma femme' (...) Je pense pas qu'ils soient capables de se remettre en question (...) (Il en souffre ?) Ben non (...) Ils reconnaîtront jamais qu'ils ont tapé sur leur femme (...) Je suis pas sûre que les hommes qui tapent sur leur femme vont appeler au secours. C'est pas eux qui sont dans la détresse (...) Ils nient complètement le truc »
M10	« Ils sont souvent dans le déni (...) Ils arrivent pas à faire leur examen de conscience »

Mais également par une non conscience des violences : certains hommes violents réagissent avec surprise car ils n'assimilent pas leur attitude à de la violence, à de l'autoritarisme. L'emprise de l'alcool peut également troubler leur discernement :

M2	Il avait pas du tout conscience de la pression qu'il exerçait (...) Ce qu'il faisait lui semblait à mon avis tout à fait banal (...) Ils se disent pas forcément que c'est quelque
----	--

	<i>chose d'anormal (...) Est-ce qu'il a conscience que c'est une violence ? »</i>
M6	<i>« 'Des fois je m'énerve un peu, mais bon c'est pas méchant' »</i>
M8	<i>« Quand il est plus sous alcool, il se souvient pas en fait (...) Il dit qu'il se souvient pas qu'il a été violent verbalement »</i>
M9	<i>« Son mari est complètement à l'ouest, il comprend pas »</i>

Le fait d'être sur la défensive est également une réaction montrant l'absence de remise en question de l'homme, même si dans ce cas le ton agressif révèle souvent qu'il est bien conscient des violences. Il n'apprécie pas l'intrusion du médecin dans sa vie privée et se sent attaqué. Les réactions sont variées : certains font preuve de mauvaise foi et ne reconnaissent pas leur violence, d'autres justifient leur attitude en reconnaissant la situation mais en la minimisant du fait de la « passivité » de leur conjointe qui reste au foyer, mais tous semblent n'en éprouver aucun scrupule :

M2	<i>« De quoi elle se mêle ? »</i>
M3	<i>« Il a refusé la prise en charge psy, il a été surpris (...) Il s'est mis sur la défensive tout de suite, il s'est dit 'Qu'est-ce qu'elle me veut ? Comment ça va dégénérer ? »</i>

(3) Incivisme, mépris ou détournement des lois

De par leur perversité, certains hommes violents se jouent sciemment des lois, ou bien ne les respectent pas et n'hésiteront pas à récidiver (soit parce que c'est leur mode de fonctionnement ancré, soit une source de plaisir) :

M3	<i>« Donc il a attendu qu'elle ait 18 ans pour taper dessus, parce qu'autrement il a bien compris qu'il se retrouverait en taule »</i>
M7	<i>« Il fera pareil à toutes les femmes qu'il va rencontrer »</i>
M9	<i>« Y'a pas de souffrance. Au contraire, y'a une espèce de jouissance à faire ça »</i>

(4) Attitude délibérément trompeuse, manipulatrice

Certains médecins se méfient de la fiabilité des discours des patients violents, qui peuvent minimiser les faits, ou jouer un rôle pour être bien vis-à-vis de la justice, ou montrer le visage du « gentil mari » :

M2	<i>« Il m'a raconté ce qu'il voulait, il a peut-être minimisé les faits »</i>
----	---

M5	<i>« Lui il aborde le sujet sans problème. Tu te demandes si il joue pas un rôle par rapport aux ennuis qu'il a eus sur le plan judiciaire. D'être le bon petit gars qui fait bien son truc »</i>
M7	<i>« Je pense qu'il a des bénéfices (...) Il a le contrôle sur tout (...) Y'a une fois où j'étais un peu agacée, parce qu'elle était malade et puis il a appelé comme s'il était super inquiet pour sa femme (...) Si j'avais pas su, vraiment, on aurait cru un mari très attentionné pour sa femme (...) Un peu trop dévoué »</i>

(5) Refus d'aborder le sujet, refus de se confier

Que des « perches » soient tendues ou non aux patients violents pour aborder le sujet, les médecins ne semblent pas étonnés que certains d'entre eux se replient dans le silence ou la négation et « ferment » toute discussion :

M2	<i>« Il adhère pas dans le propos, il dit rien »</i>
M5	<i>« Ils se confient relativement peu souvent (...) Ils sont rarement en demande de soins »</i>
M7	<i>« Le mari va juste dire 'C'est pas vrai', point barre. Et puis c'est tout. On va pas en discuter »</i>
M8	<i>« Mais lui en a jamais parlé, forcément (...) Façon il me l'aurait jamais dit (...) Il était assez renfermé (...) Il confiait pas beaucoup (...) Il fermait le sujet (...) Il garde ça en lui »</i>

(6) Souffrance

Les médecins constatent chez certains de leurs patients violents un sentiment de regret (pas forcément vis-à-vis de la victime) et de la souffrance, induisant de leur part une demande de soins. D'autres se posent même en victimes :

M6	<i>« Y'a ceux qui se victimisent (...) Quand la demande vient d'eux (soins), souvent ils acceptent (le psychologue) »</i>
M7	<i>« Je pense qu'il était très désolé d'avoir fait ça (...) Il a dit 'Oui j'ai déconné, j'aurais pas dû faire ça' »</i>
M8	<i>« A la fin je l'avais vu parce qu'il commençait un petit peu à... à se sentir pas très bien (...) Il venait parfois à la demande de sa femme parce qu'elle disait qu'il était énervé »</i>

	<i>(...) Moi il me disait qu'il regrettait sa consommation d'alcool (...) Il se culpabilisait beaucoup de son problème d'alcool »</i>
M9	<i>« J'ai un jeune qui est venu me voir en me disant qu'il était violent. Il était critique envers son truc. Clairement, il en souffrait »</i>
M10	<i>« Tout violent est en souffrance »</i>

(7) Peur des sanctions

L'abord des violences conjugales peut quelquefois être assimilé à un rappel à l'ordre et être ressenti par l'homme violent comme un avertissement, et provoquer une prise de conscience de sa part :

M3	<i>« J'avais un peu peur en abordant avec lui, d'avoir un retour de manivelles chez elle. Mais en fait ça a presque été l'inverse, il s'est dit 'il vaut mieux que je me tienne à carreaux (...) Il s'est dit 'Comment ça va dégénérer ?' »</i>
M5	<i>« Il a rapidement cessé les violences (...) Tu te demandes si il joue pas un rôle par rapport aux ennuis qu'il a eus sur le plan judiciaire. D'être le bon petit gars qui fait bien son truc (...) Y'a quand même quelque chose au-dessus de la tête (...) Il peut pas faire n'importe quoi »</i>

(8) Impossibilité d'affronter les conséquences de ses actes

Un médecin a été confronté au suicide d'un patient violent, une fois la procédure judiciaire enclenchée par lui. On sent que le traumatisme est toujours ancré, avec peut-être un sentiment de culpabilité et toujours des questionnements (cf. B.3.d) :

M5	<i>« J'ai appris après ça que ça s'est terminé par le suicide du gars... (silence) Le mec s'est suicidé. Ben c'est sûr que ça, ça c'est le genre de truc que tu t'en rappelles quand même. Ça te, ça te marque quand même. Ça te fait quelque chose... »</i>
----	--

d. Abord des violences avec l'homme

(1) Abord (ou non) des violences

- Non abord

Pour certains médecins, l'abord est difficilement envisageable. Plusieurs raisons à cela, qui seront développées en (3) ci-dessous.

M1	« Je lui parlerais pas que je connais sa femme (...) Mon caractère aussi est pas de rentrer dedans (...) J'oserais pas (...) Le connaissant pas, si je le voyais une fois comme ça, non j'aborderais pas le sujet (...) Comme ça, la 1 ^{ère} fois, c'est sûr que je dirais rien »
M2	« Y'a le fait aussi qu'on soit pas forcément à l'aise pour faire accoucher le truc (...) Moi j'ai du mal à aborder le sujet (...) Mais c'est vrai que le fait d'aborder c'est pas simple (...) Faut pas non plus lui faire du rentre-dedans (...) S'il se met pas à table, s'il en parle pas, c'est lisse, tu peux rien faire »
M4	« S'il est pas près à en parler, il en parlera pas (...) C'est pas la peine, il va être mal à l'aise »
M7	« On peut pas en parler (...) Je vois pas comment on peut aborder le sujet sans aggraver les choses entre sa femme et lui »
M8	« Je me voyais pas non plus aborder (...) Façon il me l'aurait jamais dit (...) Moi j'aurais pas osé poser la question »

- Abord fait : demande de l'homme/du médecin

Par contre, pour d'autres médecins, il leur semble important que le sujet soit abordé, soit à la demande du patient violent pour libérer sa parole, soit à l'initiative du médecin :

M1	« ça je serais à l'aise du coup, enfin pour discuter (si c'est lui qui vient pour parler de ça) (...) Je pense que je serais capable de dire que c'est une situation qui est pas tenable (si c'est l'homme qui aborde le sujet) »
M3	« J'ai abordé le sujet avec lui (...) Je me montre pas forcément plus intrusive, mais on lance le sujet, on aborde le sujet »
M4	« Si y'a une violence sous-jacente, autant la déballonner »
M5	« On a pu aborder avec le monsieur, dans un 2 ^{ème} temps (...) Oui dans le cas du type qui était venu me voir, mais il était venu spécifiquement pour ça (...) Il en parle librement parce qu'il vient pour ça »
M8	« Je pense qu'il faut toujours essayer de tenter d'aborder le sujet (...) Oui, lui je pourrais lui en parler »
M10	« Ce sera des choses à aborder régulièrement »

- Nécessité de l'accord de la patiente

Cependant l'abord avec l'homme violent ne peut être envisagé qu'à la demande de la femme victime, ou avec son accord, si c'est le médecin qui le propose, afin de respecter le secret médical :

M2	« On peut le faire uniquement si on a l'autorisation de la personne »
M3	« Je lui avais demandé (à sa femme), je lui ai dit 'Est-ce que vous m'autorisez à aborder ?' »
M7	« Pas si la femme veut pas (...) Mais sa femme m'avait autorisé à lui en parler »
M9	« Elle veut pas que j'en parle à son mari. Donc je respecte ça (...) Pour l'autre dame y'avait une demande, donc ok on y va »
M10	« Dans ce cas-là on peut rompre le secret professionnel (...) Ou alors je demande à la femme si elle m'autorise à en parler (...) Non je pense qu'il faut demander l'avis de la femme victime avant »

(2) Façons d'aborder les violences avec l'homme

- Abord paternaliste

Le médecin adopte une attitude paternaliste de donneur de leçon dans le but d'amener l'homme violent à raisonner et à réfléchir sur sa relation de couple, de lui faire peur et de lui faire prendre conscience des conséquences pénales :

M3	« A lui j'ai dit : vous allez finir en taule »
M5	« Oui si c'est arrivé d'aborder... C'est-à-dire que : 'Ben attendez, y'a un souci, y'a un problème etc' (...) C'est fonction de tes relations avec les gens (...) Quand tu sais que t'as un ascendant sur eux, c'est moins difficile (...) ça faisait toujours petit garçon qui venait, donc là y'avait pas de soucis : 'Ben dis donc, ça se passe pas bien là !' (...) C'était l'ascendant, oui parce que quand même, j'ai pu l'aborder parce que bon, voilà y'avait déjà un vécu au niveau des consults. Tu sais bien, t'as des patients que tu... (mime une conversation) : 'Oui, oui, bien sûr Docteur'. 'Hé ! dites-donc là !' »
M7	« Je l'ai abordé une fois. Je lui ai dit 'Si vous avez encore envie de taper sur votre femme, allez faire un tour !' (...) Je lui ai dit 'Votre couple il risque de... il va y avoir un problème' »

M10 « *Je lui ai dit au monsieur, il est au courant qu'il est dans l'illégalité et qu'il risque la prison à cause de ça (...) Je lui ai rappelé la loi, je lui ai fait un rappel à la loi* »

- Atténuation des faits

Le médecin aborde le sujet en riant, ou en évitant de nommer la réalité des violences :

M1 « *J'essaierais d'orienter vers le fait que c'est pas de l'amour, que même lui serait mieux sans cette relation-là* »

M3 « *On ré-aborde, tu sais bien comme je fais, en riant* »

- Abord sans incriminer l'homme

Certains médecins essaient de mettre à l'aise l'homme violent, afin qu'il se confie :

M3 « *Moi j'ai euh, pas abordé comme une accusation, c'est plus 'pourquoi ?' Qu'est-ce qui se passe dans votre ménage ?* »

- Lancement du sujet en laissant le choix au patient d'en parler ou non

Certains médecins font preuve de bienveillance en laissant une porte ouverte au dialogue, selon la volonté du patient :

M2 « *Quand y'a une porte qui s'ouvre, bon, ça va* »

M3 « *S'il veut on parle, s'il veut pas on parle pas (...) Faut savoir y'aller, mais faut savoir arrêter* »

M4 « *Ce sont des propositions, après ils veulent ou ils veulent pas (...) Faire des propositions d'ouverture* »

M5 « *Bah je lui avais dit d'abord qu'on en parle, qu'on en parle un peu* »

- Abord en présence de la conjointe :

M1 « *Je lui dirais 'venez avec lui' (si la demande vient de la conjointe) et discuter ça avec les deux* »

M6 « *C'est difficile à aborder si t'arrives pas à aborder le sujet avec le couple (...) qu'ils en discutent tous les deux ça a déclenché des choses* »

M7 « *Pas s'ils sont pas là tous les deux pour en parler* »

M9	« <i>Autant qu'on en parle tous ensemble</i> »
- Abord du sujet par des voies détournées En proposant par exemple une consultation avec un conseiller conjugal, ou en abordant en premier lieu un problème sous-jacent (l'alcool par exemple) afin d'amener l'homme violent à se confier ensuite plus facilement sur sa violence :	
M2	« <i>Que son épouse avait des difficultés, peut-être en rapport avec la pression morale (...) Ouh la ! J'aborderais pas direct (...) Quand c'est difficile d'aborder le truc... ben faut bien biaiser</i> »
M4	« <i>Je peux tendre une perche (...) J'offre des possibilités d'ouverture, donc d'en parler (...) Je pose des questions. Comment ça se passe dans votre vie ? Des questions ouvertes</i> »
M5	« <i>On essaie d'aborder, mais de façon pas euh... pas de but en blanc... de façon un peu euh... (rires) un peu détournée !</i> »
M6	« <i>J'ai abordé très indirectement le sujet (...) En amenant sur la boisson 'quand vous buvez vous vous énervez facilement ?'</i> »
M8	« <i>En glissant quelques questions (...) On va aborder le problème de l'alcool</i> »
M9	« <i>Si tu poses directement la question, les gens se braquent</i> »
- Abord de façon directe Afin de « crever l'abcès » et de saisir l'occasion dès qu'il y a une demande de leur part même si ce n'est pas sur ce sujet :	
M3	« <i>Je vais lui poser la question (des traces de coups sur sa femme). Et puis après on verra quelle sera sa réaction ! (...) Je vais demander ce qu'il se passe quoi !</i> »
M4	« <i>S'il y a une violence sous-jacente autant la déballonner</i> »
M5	« <i>'Ben dis donc, ça se passe pas bien là !' (...) Ben attendez, y'a un souci, y'a un problème etc.</i> »
M6	« <i>Il faut pas les rater quand ils viennent en demande, généralement pour autre chose. Si tu les rates là ils vont s'enkyster et c'est fini</i> »
M7	« <i>On suspectait, donc à un moment j'ai mis les pieds dans le plat</i> »
M9	« <i>J'avais mis un peu les pieds dans le plat (...) De prendre ça en disant : 'Bah voilà vous avez un problème, vous tapez sur'. Je vous juge pas mais expliquez-moi pourquoi vous le</i>

faites »

(3) Craintes liées à l'abord des violences

- Peur d'être intrusif

Il y a une gêne à aborder le domaine de l'intimité, d'autant plus pour les médecins plus âgés ayant été formés à ne pas s'immiscer dans les affaires du couple :

M3	<i>« Je serais jamais intrusive »</i>
M4	<i>« C'est délicat parce que c'est dans l'intimité des gens »</i>
M6	<i>« Quand j'ai commencé, la politique était de dire 'Ce qui se passe dans le couple ne regarde que le couple' (...) C'est du domaine de l'intime »</i>
M9	<i>« Je considère que c'est pas mon rôle de m'immiscer dans la vie des gens (...) C'est vraiment l'intimité là, tu rentres dans l'intimité des gens. C'est un peu délicat »</i>

- Peur de mettre l'homme mal à l'aise

Soit parce qu'il se sentira catalogué, ou bien parce que le fait d'être démasqué le rendra honteux envers sa conjointe :

M2	<i>« J'ai essayé d'aborder le sujet, peut être maladroitement (...) J'étais assez embêtée (...) J'ai peur en abordant de mettre les gens mal à l'aise (...) D'en parler risque de mettre une étiquette. Y'a peut-être une peur d'être catalogué (...) Il va être étiqueté violences conjugales, et ça c'est une catastrophe pour lui »</i>
M4	<i>« C'est pas la peine, il va être mal à l'aise (...) Parce qu'après il sera mal à l'aise avec la dame avec laquelle il vit »</i>

- Peur de perdre un patient

Le malaise ressenti à l'abord du sujet peut également conduire l'homme violent à se sentir honteux envers son médecin traitant et à briser le lien médecin/patient. Les médecins en ont d'ailleurs parfaitement conscience :

M2	<i>« J'ai essayé d'aborder et puis ensuite il est allé voir un autre médecin du cabinet »</i>
----	---

M3	<i>« Ils te quitteront, ils pourront pas supporter ton regard (...) Tu vas pas leur remettre sur la table tout le temps ! Parce que sinon ils finiront par s'en aller »</i>
M5	<i>« ça casse quand même assez souvent la relation que tu pouvais avoir avec le conjoint (...) Faut pas se leurrer (...) Souvent ils viennent plus te voir après, c'est clair »</i>

- Peur de possibles retombées pour la femme

Le médecin s'inquiète des conséquences et d'éventuelles aggravations des violences pour la conjointe :

M2	<i>« Faut pas que ça se retourne aussi sur son épouse (...) Il faut pas que ça accentue le conflit, qu'il y ait un retour de manivelles »</i>
M3	<i>« J'avais un peu peur, en abordant le sujet avec lui, d'avoir un retour de manivelle chez elle (...) Je voudrais pas que rentré à la maison, c'est elle qui morfle derrière »</i>
M7	<i>« Ou pour elle après, parce qu'une fois que je suis partie moi (en visite), qu'est-ce qu'il se passe ? (...) Je vois pas comment je peux aborder le sujet sans aggraver les choses entre sa femme et lui (...) Si c'est moi qui en parle, il va se dire 'Ma femme est venue se plaindre'. Ça risque d'aggraver les choses pour elle »</i>

- Peur de l'imprévisibilité des réactions de l'homme

Il y a deux aspects : en premier, l'homme violent peut retourner la violence contre lui-même, ou bien contre le médecin qu'il pourrait agresser physiquement :

M5	<i>« Si y'a un autre truc de violences conjugales dont je me rappelle, mais là ça a été un peu chaud...(...) On avait eu un gros cas de violences conjugales, avec déclaration auprès du procureur et tout le machin. Y'a eu des procédures judiciaires mises en place. Le seul souci c'est que j'ai appris après ça que ça s'est terminé par le suicide du gars (silence) (...) Et j'ai appris 6 mois après que le mec s'était suicidé. Donc euh...(silence) (...) N'empêche que ça s'est terminé comme ça (souplesse)(...) (ça a changé ta pratique après ?) C'est vrai que des fois tu te dis, bon, euh, faut être un peu sûr de ses billes ça c'est sûr. Oooh est-ce que ça t'incite à être plus prudent ? Je sais pas, peut être un peu, au fond de soi... »</i>
M8	<i>« Lui c'était un grand nerveux, il aurait pu être violent (...) J'étais très méfiant. C'est un</i>

gars dont on se méfie un peu quand même (...) Mais lui je sentais bien qu'il fallait pas trop aborder le sujet (...) Tu sentais qu'il pouvait partir au quart de tour ! »

M10 « *Faut se méfier parce qu'on peut se faire agresser aussi par certains patients* »

4. Prise en charge de l'homme violent

a. Conception du rôle du médecin

(1) Protéger la femme

En premier lieu, le médecin se préoccupe de la femme en lui faisant prendre conscience du danger qu'elle court en tant que victime, et de la nécessité de se protéger, de se mettre à l'abri :

M1 « *Là on a bien discuté comme quoi fallait qu'elle le quitte (...) On est un peu obligé de conseiller de quitter quand même* »

M2 « *Le but c'est pas de faire exploser un couple, c'est de protéger la victime (...) Mettre à l'abri les femmes* »

M3 « *Tu vois elle j'ai dit : vous allez finir à l'hosto, ou vous allez euh, c'est plus grave* »

M5 « *Faut quand même protéger la maltraitée* »

M7 « *J'ai dit 'Faut partir' (...) J'ai joué la carte des enfants pour qu'elle parte* »

(2) Etre à l'écoute de l'homme violent

Le médecin endosse un rôle de confident ou conseiller : libérer la parole fait partie du soin :

M2 « *Le médecin il est neutre, il écoute (...) Voilà, ils se confient* »

M4 « *Moi je suis là pour écouter (...) Je dois avoir qu'une écoute* »

M7 « *Si vous avez encore envie de taper sur votre femme, allez faire un tour* »

M8 « *Dans n'importe quel problème faut essayer de faire parler* »

M9 « *C'est en obtenant des informations que t'arrives à prendre en charge au mieux (...) De pouvoir en parler je trouve ça pas mal (...) Je vous juge pas mais expliquez-moi pourquoi vous le faites* »

M10 « *Il vient me voir régulièrement (...) En parler (...) Les interroger, les faire s'interroger sur leur vie, sur leurs pratiques, sur leur histoire* »

(3) Etre objectif, neutre

Cette attitude est nécessaire afin de garder une distance professionnelle, sans affect, afin de ne pas prendre parti :

M2	« Tu es objectif (...) T'as une situation avec des versions différentes, faut essayer de faire la part des choses (...) Le médecin il est neutre »
M3	« c'est pas mon rôle de prendre parti (...) protéger l'un et l'autre »
M4	« Moi je suis là pour écouter, pas pour apprécier et encore moins juger (...) J'ai pas à juger (...) Faut pas s'insérer dedans »
M6	« (y'a pas de malaise quand tu le vois ?) : Oh bah, non (...) Je l'aime pas mais euh, point. Y'a pire quoi. Quand t'es amené à soigner des pédophiles, des choses euh, encore plus ignobles... voilà y'a un moment donné c'est, t'es, c'est professionnel quoi (...) Je le soigne professionnellement quoi. Tu, te, tu mets une distance dans ton rapport quoi, voilà »
M9	« J'essaie d'avoir une position neutre (...) Essayer d'être neutre »

(4) Ne pas outrepasser son champ de compétences

Le médecin n'est ni un policier, ni un juge. Il doit respecter les limites de sa fonction (le dépistage, le signalement) et passer ensuite le relais aux autorités compétentes :

M1	« Non c'est pas mon rôle d'aller chercher qui c'est »
M2	« Après c'est pas à nous d'interpréter (...) ça m'intéresse pas de fouiller ce qu'il a fait »
M3	Faut savoir y aller mais faut savoir arrêter (...) Mon rôle est pas non plus d'être intrusif »
M4	« Pas pour apprécier et encore moins juger (...) C'est pas à moi de faire la part des choses »
M7	« C'est quelque chose hors la loi. Donc après, c'est quand même compliqué de faire la prise en charge d'un délinquant. Enfin c'est pas, c'est pas notre travail quelque part ! »

(5) Respecter le libre-arbitre

Pour certains médecins, leur rôle n'est pas d'intervenir dans les décisions des patientes maltraitées contre leur gré, ni d'imposer un traitement contre la volonté des gens. Ils ne se considèrent pas non plus comme des sauveurs et doivent savoir passer la main :

M1	<i>« Ce n'est pas mon rôle après de... si elle veut rester avec lui, elle reste avec lui (...) On peut pas les sauver non plus, ils sont pas malades »</i>
M6	<i>« Est-ce qu'on doit y toucher ? Doit-on laisser les gens se mettre en danger ? A partir du moment où tu préviens, tu re-préviens, est-ce qu'on a le droit d'interdire aux gens de se mettre en danger ? (...) Il faut respecter la mise en danger des gens (...) Moi je suis pas là non plus pour déstabiliser un couple (...) Ce n'est pas à toi de leur imposer une norme (...) T'as pas le droit de soigner les gens contre leur volonté. T'as pas le droit de dire aux gens 'Je vous impose un soin, je vous impose une norme »</i>

(6) Un malade à soigner

Certains médecins se demandent si l'homme violent peut être considéré comme un patient. Les réponses sont très partagées selon que le médecin considère leur souffrance et leur demande de soin comme un appel à l'aide. Dans ce cas-là, l'homme violent serait pris en charge par le médecin, et orienté si besoin vers un psychologue ou un psychiatre. Sinon le médecin considère qu'ils sont incurables et que leurs cas relèvent plus du judiciaire. Mais la lisière entre les deux reste parfois floue et des incertitudes subsistent pour certains quant au rôle du médecin traitant :

M1	<i>« Enfin si c'est un peu notre rôle en fait, parce que là c'est un peu de la maladie (...) ça on peut pas les sauver non plus, ils sont pas malades »</i>
M2	<i>« Soigner le conjoint (...) faut d'abord qu'il reconnaisse les faits »</i>
M3	<i>« Nous les généralistes, on soigne les corps et les âmes »</i>
M5	<i>« Notre rôle vis-à-vis du conjoint maltraitant ce n'est pas forcément évident (...) Tu n'es plus dans le soin, non tu es dans le signalement (...) Ce n'est pas forcément psychiatrique (...) Y'a quand même souvent une souffrance psychologique »</i>
M6	<i>« Est-ce qu'on doit y toucher ? »</i>
M7	<i>« C'est pas notre travail quelque part ! Enfin, je vois pas où je peux mettre le médecin généraliste dans l'histoire (...) Pour moi ils sont incurables, on peut rien en faire ! (...) Ils viennent pas consulter, eux ils sont pas malades (...) Une prise en charge de</i>

	<i>délinquant »</i>
M9	<i>« Tu essaies de le soigner vis-à-vis de l'alcool (...) Tu dois pouvoir en partie régler ces problèmes (...) ça me fait pas plaisir, mais euh... C'est aussi ton rôle de régler ces problèmes-là »</i>
M10	<i>« C'est des gens qui ont besoin de soins (...) Qui sont en grande souffrance aussi (...) A partir du moment où y'a de l'aliénation mentale, une souffrance, ça relève de la Santé (...) On est là pour accompagner les gens, pour les soigner (...) Oui ça fait partie du rôle de notre pratique, d'explorer les fondements de l'âme »</i>

(7) Alerter les autorités lorsque cela s'avère indispensable

M5	<i>« Plutôt un rôle pas de délateur, mais de signaleur (...) T'es plus dans le soin, non tu es dans le signalement »</i>
M8	<i>« Là je me suis dit 'Bon bah c'est terminé cette histoire' je vais faire un signalement au procureur (...) Donc là je me suis dit 'Allez on arrête tout, on fait un signalement' »</i>

(8) Etre une figure d'autorité publique

Face aux violences conjugales, certains médecins intègrent pleinement dans leur fonction le fait qu'ils représentent une certaine autorité, un certain pouvoir, ce qui leur permet de faire des rappels à la loi :

M3	<i>« J'outrepasse peut être mon rôle, mais je pense qu'en tant que médecin je peux vous donner mon conseil »</i>
M5	<i>« Un rôle un peu agressif (...) Quand tu sais que t'as un peu un ascendant sur eux, c'est relativement moins difficile »</i>
M10	<i>« Je lui ai dit au monsieur, il est au courant qu'il se met dans l'illégalité et qu'il risque la prison à cause de ça (...) Je lui ai rappelé la loi, je lui ai fait un rappel à la loi (...) C'est important en tant que généraliste de faire le rappel à la loi. De dire c'est illégal, c'est puni par la loi, c'est hyper important »</i>

b. Difficultés rencontrées

(1) Peu ou pas d'expérience

Qui se traduit par un certain désarroi et en conséquence, la peur de mal faire :

M1	« <i>J'ai pas eu le cas, je sais pas</i> »
M2	« <i>J'ai pas beaucoup d'expérience</i> »
M3	« <i>Qu'est-ce qu'on fait ?</i> »
M4	« <i>Je ne sais pas trop</i> »
M6	« <i>C'est très difficile (...) On n'a pas la formation pour les prendre en charge, on va faire des conneries (...) On va faire pérenniser et enkyster des choses. On n'a aucune formation là-dessus et donc aucune compétence Moi je les prends pas en charge</i> »
M8	« <i>Je ne sais pas (...) Je n'ai pas l'expérience</i> »

(2) Difficulté à repérer les hommes violents

Ceci est dû à plusieurs causes : la principale est le fait que les hommes violents consultent rarement, et s'ils viennent consulter, cela ne sera pas de toute façon pour cette raison. L'autre volet est qu'ils ont un comportement dissimulateur :

M1	« <i>Surtout on voit les femmes (...) Ou alors je les ai vus mais je ne le savais pas (...) Quelqu'un qui cache bien son jeu</i> »
M3	« <i>Peut-être que je ne sais pas les dépister (...) On ne les cerne pas toujours bien</i> »
M5	« <i>Des gens qui ont des profils que, à priori on ne penserait pas (...) Ils doivent cacher leur jeu (...) Ils masquent (...) Tu ne t'en rends pas forcément compte (...) On s'est fait un peu piéger (...) T'as pas forcément d'éléments cliniques très précis, pour soupçonner des signes, des comportements violents</i> »
M7	« <i>Son mari, il ne vient pas souvent en consultation (...) Ils ne viennent pas consulter</i> »
M8	« <i>J'avais de grosses suspicions mais lui je ne le voyais pas très souvent, il n'avait pas vraiment de problème de santé (...) J'avais des petits doutes mais ce n'était pas clair (...) Les gens savent très bien cacher comment ils sont en réalité (...) Le problème c'est qu'il ne viendra pas pour ça</i> »
M9	« <i>Les mecs ne te parlent jamais de leur état psychologique (...) Ils viennent te voir que quand ils craquent (...) Ils viennent voir mais c'est trop tard (...) Ils ne parlent jamais de leur psychisme</i> »

M10	<i>« Les hommes violents on ne les voit pas souvent (...) Les Algériens ils sont un peu résistants à la médicalisation »</i>
-----	--

(3) Malaise face à l'homme violent

Le fait de ressentir du malaise envers la personne qui nous consulte, comme nous l'avons vu dans la partie IV.B.3.b sur les conséquences de l'attitude du médecin envers l'homme, rend bien entendu la prise en charge de cette personne difficile pour le soignant.

(4) Particularité de la position du médecin généraliste

Le médecin généraliste est souvent décrit comme un médecin de « famille », à juste titre puisqu'il s'occupe souvent de plusieurs membres d'une famille. Cela peut s'avérer être une difficulté lorsqu'il s'agit de prendre en charge un patient auteur de violences conjugales, et notamment si l'on connaît la victime :

M2	<i>« Elle a vu un spécialiste en consultation de la douleur, c'est pas un médecin généraliste, c'est vrai que le rapport est complètement différent aussi (...) Le problème, moi c'est un peu biaisé parce que les personnes dont je m'occupe je les connais depuis hyper longtemps (...) Je pense que c'est une difficulté pour aborder les choses, on connaît toute la famille (...) C'est peut-être plus facile de le dire à quelqu'un qu'on connaît pas (...) Le médecin généraliste a plus de difficultés parce qu'il connaît la famille, il est pas forcément à l'aise avec le sujet (...) Ben on a déjà fait exploser une famille (...) Enfin je connais les parents (...) En fait on est au courant de pleins de secrets ! »</i>
----	--

M4	<i>« C'est pas facile (...) Y'a une demande de prendre parti (...) Quand on suit un couple, on a la version de l'un, on a la version de l'autre »</i>
----	---

M7	<i>« Je pense qu'il faut pas que je soigne la femme. Faut qu'il y ait deux médecins séparés (...) C'est compliqué d'être au milieu, de soigner les deux (...) Parce que forcément quand on est avec son patient, on le défend (...) Là je pense que c'est ingérable (...) Se retrouver au milieu, c'est compliqué (...) Si je connais pas la femme, on pourrait peut-être en discuter ensemble »</i>
----	--

M8	<i>« On est clairement en première ligne (...) On suit toute la famille, les enfants, la femme... On est les premiers à les connaître »</i>
----	---

(5) Impuissance et sentiment d'isolement

Des structures adaptées insuffisantes entraînent un sentiment d'impuissance du médecin et du dépit, car il a l'impression qu'il hérite de ce rôle par défaut ou pis-aller :

M3	« <i>Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on fait ?</i> »
M5	« <i>Y'a des manques de structures (...) Les autres structures dans le coin on n'en a pas (...) On est un peu coincés, les structures adaptées j'en connais pas beaucoup (...) S'il y en avait elles sont d'accès relativement peu aisé (...) Le problème c'est que t'arrives rapidement à judiciariser. Il manque un truc de modulation à ce niveau là (...) Au niveau structures on est un peu démunis là encore (...) Où adresser ?</i> »
M6	« <i>Tu te dis que tu peux rien faire (...) C'est très difficile (...) Il faut savoir à qui tu les envoies. On n'a aucune passerelle entre psychologue et médecins généralistes (...) On est relativement démunis face à la violence conjugale (...) Ils vont s'enkyster et c'est fini</i> »
M7	« <i>Y'a sûrement un soin mais je sais pas lequel (...) Non moi j'en connais pas pour les hommes (des réseaux) (...) Je sais pas quelle autre spécialité pourrait s'en occuper (...) Mais la justice et la police ils sont aussi embêtés hein. Ils ont pas beaucoup de solutions non plus</i> »
M9	« <i>ça me fait pas plaisir mais euh...c'est aussi ton rôle de régler ces problèmes là. Parce que de toute façon personne d'autre le fera (...) Ces trucs là personne s'en occupe (...) Pour nous c'est pas évident à gérer (...) C'est sur nous que ça retombe</i> »

(6) Flou quant à la place du médecin généraliste dans la prise en charge

Le fait de ne pas savoir exactement sa place dans le réseau de soins par rapport aux auteurs de violences conjugales participe à la difficulté de la prise en charge. Certains en viennent même à se demander si c'est leur rôle :

M1	« <i>Je sais pas si c'est mon rôle</i> »
M5	« <i>Notre rôle vis-à-vis du conjoint maltraitant c'est pas forcément évident</i> »

(7) Nécessité d'un investissement important en termes de disponibilité

La prise en charge peut aussi sembler difficile car elle demande le plus souvent des consultations longues et prenantes. Celles-ci peuvent peser lourd dans l'organisation du médecin généraliste, mais également avoir un poids psychologique important :

M2	<i>« Y'a sûrement des médecins généralistes qui sont hyper à l'aise, qui peuvent se sentir capables de les prendre en charge »</i>
M3	<i>« On a nos limites ! Nos limites de temps, nos limites d'envie de prise en charge »</i>
M6	<i>« Y'a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler, et ou qui te disent 'mais de toute façon j'aime pas ça. Ça me concerne pas, c'est pas mon boulot' »</i>
M9	<i>« Personne d'autre le fera (...) Ces trucs-là personne s'en occupe (...) Mais c'est un peu usant (...) ça use »</i>
M10	<i>« ça prend beaucoup de temps et c'est pas assez rémunéré et reconnu dans la profession (...) Ah bah c'est une heure ! Une heure de consult' minimum et 23 euros quoi, donc ça c'est pas normal »</i>

(8) Sujet encore tabou

Le sujet des violences conjugales, et encore plus de l'auteur de ces violences, est un sujet dont on ne parle que depuis peu de temps. Il a longtemps été considéré comme un sujet privé, voire secret par la société mais aussi par le corps médical. Il était même mal vu de simplement vouloir en parler. Actuellement, comme cité dans la partie IV.B.3.d (peur d'être intrusif) certains médecins s'en tiennent à l'article du code de déontologie « ne pas s'immiscer dans la vie privée» :

M5	<i>« On est peut-être un peu plus aux faits maintenant »</i>
M6	<i>« C'est quelque chose d'assez récent (...) Moi quand j'ai commencé, la politique était de dire 'Ce qui se passe dans le couple ne regarde que le couple' (...) C'est du domaine de l'intime (...) Y'a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler, et ou qui te disent 'mais de toute façon j'aime pas ça. Ça me concerne pas, c'est pas mon boulot' »</i>

(9) Marge d'interprétation du Code de déontologie médicale

Un médecin incrimine un des articles du Code de déontologie médicale, qui selon lui laisse une part de liberté au médecin dans sa pratique, ce qui peut participer au malaise.

A noter cependant que ce médecin se trompe dans le numéro de l'article, il s'agit de l'article 51.

M10 « *Le Conseil de l'Ordre s'appuie sur l'article 76 du code de déontologie : 'Ne pas s'immiscer dans la vie familiale, privée'. Donc on peut aussi concevoir effectivement pour les violences conjugales, ne pas s'immiscer. Et c'est honteux (...) Ce genre d'institution est délétère par rapport au sujet qui nous concerne. Je pense qu'il faut le dénoncer aussi. C'est aussi interroger l'institution et leur dire que voilà, ils laissent faire les assassinats de femmes par leur conjoint (...) Ils se protègent derrière un code archaïque (...)* »

(10) Influence des stéréotypes

M10 a également été choqué par l'attitude d'un représentant d'un Conseil de l'Ordre régional, qui selon lui, aurait dévoilé un comportement machiste stéréotypé, lors d'une intervention devant un parterre de médecins. Tout comme dans la société, le corps médical peut être imprégné (consciemment ou inconsciemment ?) de certains préjugés concernant les violences conjugales, ce qui peut participer au malaise ambiant :

M10 « *J'ai fait une formation en 2014... y'avait plus d'une centaine de généralistes... Et y'avait le Conseil de l'Ordre qu'était là, représenté par un médecin du Conseil de l'Ordre, et euh, il a été abordé par le médecin la question de la violence.... Et lui a rapporté un cas d'un homme qui se serait fait gifler par sa femme... Et euh, voilà, il a parlé de ça d'une, d'une manière très, très légère... En rigolant, voilà... En ricanant ! Voilà ! C'était le ricanement. Et j'ai trouvé ça euh... extrêmement fâcheux et pas du tout à propos quoi. Parce que le ricanement, face à la gravité de certaines choses. C'est un signe aussi de, du machisme... Et qu'un représentant du Conseil de l'Ordre qui est chargé par ailleurs de veiller à la déontologie médicale... »*

c. Prise en charge proposée ou souhaitable

(1) Pertinence ou non d'une prise en charge médicale

Comme nous l'avons vu plus haut (IV.B.4.a) certains médecins doutent de leur rôle concernant la prise en charge des auteurs de violences conjugales. Certains doutent même que cela relève d'une prise en charge médicale tout court :

M1	« ça on peut pas les sauver, ils sont pas malades »
M2	« Ben soigner le conjoint... faut d'abord qu'il reconnaisse les faits »
M5	« Sur le plan médical y'a pas grand-chose (...) T'es plus dans le soin, non t'es dans le signalement »
M6	« Je vois mal des médicaments annihiler la violence »
M7	« C'est compliqué de faire une prise en charge d'un délinquant »

(2) Aucune prise en charge possible

D'autres médecins vont encore plus loin et pensent qu'il n'y a aucune prise en charge possible pour ces hommes-là :

M1	« C'est le rôle de personne, il faut qu'ils finissent tout seul ! (...) Faut les quitter et puis c'est tout »
M2	« Façon c'était mort avec lui (...) L'homme, à partir du moment où il adhère pas dans le propos, où il dit pas... c'est mort (...) Tout en sachant que ma foi, est-ce que ça changera grand-chose ? (...) Si on arrive à le changer, mais je sais pas si c'est possible »
M6	« Qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? Rien ! (...) T'as d'authentiques pervers où tu sais que t'en feras rien, point (...) Tu peux rien en faire (...) Aucune prise en charge possible, c'est sa structure (...) Il est comme ça, il est comme ça (...) Quand ils commencent, il faut pas les rater. Sinon ils vont s'enkyster et c'est fini »
M7	« Pour moi ils sont incurables, on peut rien en faire (...) Je pense qu'un homme qui tape sa femme et que c'est vraiment une violence conjugale, on peut rien en faire (...) parce qu'ils reconnaîtront jamais qu'ils ont tapé sur leur femme (...) Si c'est leur personnalité qui est structurée comme ça, je sais pas ce qu'on va faire (...) Je pense pas qu'ils soient capables de se remettre en question (...) S'il est pas demandeur c'est vachement compliqué quand même (...) Je pense que ça sert à rien »

(3) Suivi psychologique

Parmi les médecins qui considèrent qu'une prise en charge est possible, leur réponse la plus fréquente est le suivi psychologique, même si certains semblent douter de son intérêt :

M1	« J'orienterais forcément vers un psychologue »
M2	« Un psychologue »
M3	« Moi je pense que c'est pas suffisant (recours au psychologue) »
M4	« Un psychologue »
M5	« Une prise en charge psychologique dans un premier temps ça aide (...) Tu envoies voir le psychologue (...) Quand c'est de la maltraitance réactionnelle, là souvent ça peut marcher. Quand c'est plus structurel faut pas rêver ! »
M6	« Il faut les adresser à un psychologue (...) Je suis pas du tout sûr qu'un psychologue améliore quoi que ce soit (...) Moi je suis plus psychologique que psychiatrique (...) Il faut une évaluation psychologique »
M7	« Psychologue »
M8	« Un suivi psychologique (...) Je pense que y'a vraiment besoin d'un suivi psychologique »
M10	« Je lui ai proposé un suivi psychologique, psychothérapeutique »

(4) Recours au psychiatre

Le recours au psychiatre est également cité par tous les médecins:

M1	« Psychiatre »
M2	« Un psy »
M3	« Proposer de se faire suivre par un psychiatre (...) pour qu'il comprenne (des choses de son enfance) »
M4	« Un psychiatre »
M5	« Prise en charge psychiatrique (...) Un suivi psychiatrique »
M6	« Il faut les adresser à un psychiatre »
M7	« Je me tourne vers la psychiatrie »
M8	« Je l'adresserais probablement à un psychiatre (...) Je demanderais l'avis d'un psychiatre »
M9	« ça s'est réglé avec le psy (...) Plutôt psy »
M10	« Un suivi psychiatrique (...) Aller voir un psy »

(5) Abord en couple

D'autres médecins considèrent que la prise en charge doit se faire de façon conjointe avec la femme victime :

M1	« <i>Discuter avec les deux, pour essayer de le faire changer</i> »
M2	« <i>Un conseiller conjugal</i> »
M9	« <i>Thérapie de couples</i> »

(6) Recours nécessaire à la justice

Le recours à la Justice est vu comme un moyen d'amener l'auteur des violences à une prise de conscience de la faute, ou aussi comme un moyen pour avoir accès ensuite à une prise en charge par une injonction de soins. D'autres médecins estiment que le recours à la Justice est nécessaire pour agir comme une punition :

M2	« <i>Faudrait remettre les valeurs</i> »
M3	« <i>Il faut une injonction légale sans doute pour les obliger</i> »
M5	« <i>Si c'est beaucoup plus violent, t'arrives rapidement à des signalements (...) T'es plus dans le soin, non t'es dans le signalement (...) Il a une obligation de soins (...) Il est sous contrôle judiciaire (...) Un suivi de soins obligatoires, qui lui a été imposé</i> »
M7	« <i>J'avais été à une formation, et c'était très orienté 'Taper sa femme, c'est judiciaire' (...) C'est pas que la prise en charge soit judiciaire, c'est qu'il faut savoir que c'est déjà hors la loi. Voilà. C'est quelque chose hors la loi (...) Une prise en charge de délinquant</i> »
M8	« <i>Parfois une aide judiciaire, quand vraiment y'a mise en danger</i> »
M10	« <i>Pour régler ce problème, faudra bien qu'y ait des injonctions de soins pour les hommes violents (...) Je lui ai rappelé la loi, je lui ai fait un rappel à la loi</i> »

(7) Autres prises en charge multidisciplinaires

D'autres spécialités ou structures sont évoquées pour prendre en charge ces hommes violents, en insistant notamment sur l'aspect « travail en réseau » :

M2	« <i>J'orienterais vers quelqu'un de spécialisé là-dedans</i> »
----	---

M2	<i>« un coup de fil aux numéros abrégés (...) Des associations, c'est souvent anonyme, je trouve que c'est plus facile (...) Addictologues »</i>
M5	<i>« Psycho-sociale »</i>
M6	<i>« Sur ces trucs-là très vite je passe la main, très, très vite (...) Donc la 1^{ère} chose c'est effectivement quand tu le détectes, les adresser. Moi je les prends pas en charge (...) Il faut avoir un gros réseau derrière soi »</i>
M8	<i>« On peut pas le suivre tout seul »</i>

(8) La séparation

Deux médecins essaieraient de pousser l'homme violent à vouloir une séparation, dans son intérêt, en pensant peut être que les violences s'arrêteraient alors d'elles même. La séparation serait alors la solution :

M1	<i>« J'essaierais d'orienter vers le fait que c'est pas de l'amour, et que même lui serait mieux sans cette relation-là (...) Pour moi il faut qu'ils se quittent (...) J'essaierais d'orienter pour qu'il la quitte »</i>
M3	<i>« Simplement moi j'ai dit : vous croyez pas que ce serait mieux de vous séparer ? (...) Donc pour protéger tous les deux, peut-être est-ce une bonne chose de vous séparer »</i>

(9) Méconnaissance des prises en charge

Enfin un certain nombre de médecins reconnaît volontiers qu'il y a sans doute des prises en charge existantes, mais qu'ils ne les connaissent pas :

M1	<i>« Y'a Accueil Violences Femmes, je leur demanderais, ils m'orienteraient »</i>
M2	<i>« Les groupes de parole, nous on sait pas trop »</i>
M3	<i>« Je sais pas si y'a des gens spécialisés de ce genre-là »</i>
M6	<i>« Et encore, il faut savoir à qui tu les envoies ! (...) je vois pas d'autres prises en charge que psychologiques »</i>
M7	<i>« L'adresser à ? Moi je sais pas (...) Y'a sûrement un soin mais je sais pas lequel (...) Non moi j'en connais pas pour les hommes (des réseaux) Je me tourne vers la psychiatrie mais je sais pas. Je vois pas quelle autre spécialité pourrait s'en occuper »</i>

5. Formation des médecins sur l'homme violent

a. Absence de formation

Quasiment tous les médecins interviewés reconnaissent qu'ils n'ont pas eu de formation sur la prise en charge des auteurs de violences conjugales, et souvent sur un ton un peu accusateur :

M1	« Ah non moi j'ai pas été formée (...) Moi j'ai pas eu de formation dessus »
M2	« Au niveau formation, rien du tout »
M3	« Pas du tout (...) On n'est pas formés pour ça, moi j'y vais avec mes armes que j'ai mais je suis pas formée pour ça »
M5	« Oh non j'ai pas ! (...) C'est des formations sur le tas (...) Au travers d'articles (...) Pas de formation structurée »
M6	« On n'a pas la formation pour les prendre en charge (...) On a aucune formation là-dessus »
M7	« On n'est pas formés pour (...) Déjà on est difficilement formées pour reconnaître les femmes battues (...) J'ai été à une formation pour les femmes battues, c'était très orienté, très militantiste »
M8	« Non (...) Pas sur les violences conjugales »
M9	« Absolument pas (...) T'apprends sur le tas »
M10	« J'ai suivi une formation sur les violences conjugales. Ça a été assez peu abordé (l'homme violent) (...) Sur l'homme violent, très peu, ça manque »

b. Demande de la part des médecins

Deux médecins font plus que déplorer leur manque de formation, et souhaitent que ce sujet soit abordé, mais souhaitent aussi des conseils plus généraux pour aborder une personne violente :

M2	« ça m'embêterait pas d'aller discuter, d'appeler un médecin psy pour un petit peu avoir son idée, la façon dont il recommande d'aborder les choses... Bon il dira « ça dépend de la personnalité du médecin, ça dépend de la personnalité du patient », mais bon on peut penser à des phrases pour aborder le truc »
M6	« Si euh, si tu fais pas l'effort toi, de te former secondairement, tu peux tout à fait faire toute ta médecine sans avoir fait un iota de psychologie hein. Mais euh, y'a, y'a rien hein ! Moi j'ai été élevé, entre guillemets, dans une des rares facs où on avait des cours

de psycho »

M7 *(‘Tu as déjà eu une formation ?) « Pas sur l’homme violent. Ça aurait été bien de l’aborder (...)*

On n’a pas parlé des hommes qui tapaient, moi ça m’aurait intéressé de connaître. Ça aurait été bien de savoir qu’est-ce qui se passe en face »

C. RÉSULTATS DE L’ANALYSE CONCEPTUELLE

Les résultats de l’analyse thématique ont permis de mieux appréhender les connaissances des médecins généralistes interviewés, mais surtout d’étudier leurs réactions et émotions envers les auteurs de violences conjugales. Il en ressort assez nettement qu’un sentiment de malaise existe chez la plupart des médecins, à la fois par rapport à l’homme violent, mais également vis-à-vis de leur propre rôle. Après avoir explicité cela en s’appuyant sur une analyse du champ lexical et du malaise, nous essaierons de comprendre quelles sont les raisons de ce malaise. Enfin, toujours en s’appuyant sur les résultats de l’analyse thématique, nous verrons quelles peuvent être les conséquences de ce malaise sur le comportement des médecins interviewés.

1. L’homme violent est un sujet qui rend mal à l’aise le médecin généraliste

a. Champ lexical du malaise

Un certain nombre de médecins interviewés affichent ouvertement leur malaise. Mais même parmi ceux qui disent ne pas avoir de souci en face d’un auteur de violence conjugale, on a l’impression que c’est souvent une « bravade » ou du déni. Ceci est notamment montré par le champ lexical abondant du malaise, employé par les médecins :

(1) Hésitation, inexpérience

M1 *« J’en sais rien (...) Je sais pas si c’est mon rôle (...) J’oserais pas (...) Je sais pas si j’oserais (...) J’ai pas eu le cas (...) Je sais pas (...) J’ai pas été formée »*

M2 *« J’ai pas beaucoup d’expérience (...) J’ai essayé, peut être maladroitement (...) Je sais pas (...) Voilà, euh... euh... voilà »*

M3	« Peut-être que je sais pas les dépister (...) Qu'est-ce qu'on fait ? »
M4	« Je ne sais pas »
M5	« ça me paraît pas si évident que ça (...) Bah je sais pas ! (...) Moi je connais pas beaucoup (...) Je sais pas (...) Je sais pas »
M6	« J'ai pas les bagages (...) Très vite je passe la main (...) On n'a pas la formation pour les prendre en charge »

(2) Difficulté

M1	« C'est pas facile de répondre »
M2	« J'ai toujours la trouille de me faire manipuler (...) La position est très difficile (...) Y'a le fait qu'on soit pas forcément à l'aise pour aborder le truc (...) L'homme violent c'est dur (...) J'étais assez embêtée (...) C'est pas simple (...) Je pense que c'est hyper difficile (...) C'est vachement complexe (...) Tu peux rien faire »
M3	« C'est très difficile (...) ça a été dur (...) C'est difficile, c'est difficile »
M4	« C'est pas facile (...) C'est toujours délicat »
M5	« Plus difficiles à repérer (...) On se fait un peu piéger (...) C'est des trucs pas évidents (...) ça c'est un peu plus difficile (...) Le problème c'est pas ceux là (...) ça s'est mal passé (...) C'est pas forcément évident (...) ça a été beaucoup plus difficile (...) C'était un peu chaud (...) Non c'est difficile (...) C'est pas très évident (...) On est un peu démuni (...) C'est pas très, très évident (...) T'es un peu mal (...) Notre rôle c'est pas forcément évident (...) ça te marque quand même, ça te fait quelque chose »
M6	« C'est difficile, difficile, difficile (...) C'est pas évident (...) Des situations très, très compliquées (...) ça c'est lourd (...) ça pose problème (...) C'est très compliqué (...) C'est une phrase terrible, terrible, terrible (...) Tu te dis que tu peux rien faire (...) Qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? Rien ! (...) On est relativement démuni (...) Tu peux rien faire »
M7	« C'est vachement compliqué (...) On n'a rien (...) Là je pense que c'est ingérable (...) Je sais pas ce que je ferais (...) Y'a un problème »
M9	« C'est compliqué (...) Pour nous c'est pas évident à gérer (...) Mais c'est un peu usant (...) ça use »
M10	« Non on n'est pas à l'aise (...) Très difficile (...) C'est très compliqué à dénouer »

b. Analyse du discours

De la même façon on peut ressentir le malaise de ces médecins en les écoutant. On se rend compte que dans leur façon même de répondre, le malaise apparaît, avec notamment des incohérences dans leur discours, des médecins qui se contredisent, d'autres qui manifestent leur gêne par un rire mal placé, des silences qui en disent long.

(1) Contradictions

M1	« C'est pas mon rôle d'aller chercher qui c'est »	« Enfin si c'est un peu notre rôle en fait »
	« On peut pas le sauver non plus, ils sont pas malades (...) Parce que là c'est pas de la maladie »	« Là c'est un peu de la maladie »
M2	Q : Y'a pas de peur par rapport à l'homme violent ? : non ! »	« C'est un grand gaillard ! Si je l'avais croisé au coin du bois j'aurais pas été tranquille »
M3	Q : Alors lui c'était physique plutôt ?	« Ah non, elle lui fichait des claques, elle le griffait oui ! »
M5	« Y'a pas de typologie très précise (...) Tu t'en rends pas forcément compte »	« Les gens violents ils sont relativement repérables »
	(En parlant à un patient violent) : « Attendez y'a un souci, y'a un blanc... De façon un peu...euh... un peu problème (...) Ben dis donc, ça se passe pas bien là »	« On essaie d'aborder mais pas de but en détournée ! »
M6	« Parce que son mari avait un peu ce profil-là »	« Non y'a pas de tête d'homme violent »
	« Elle a intégré ça, c'est devenu sa norme (...) Elle intériorise cette soumission (...) Il a créé une telle dépendance (...) Elle reste au prix de cette humiliation permanente (...) Il faut les amener, c'est un long travail, il va falloir la faire travailler sur elle- »	« C'est pas à toi de leur imposer une norme (...) Mon évolution me dit qu'il faut respecter la mise en danger des gens (...) T'as pas le droit de dire aux gens 'Je vous impose un soin, je vous impose une norme' (...) Il viendrait pas à l'idée de demander aux gens s'ils ont des rapports sado-maso ou »

	<i>même »</i>	<i>sodomiques, et de leur dire que c'est pas bien »</i>
	<i>Si tu l'adresses à un psychologue, je suis pas sûr que ça change quoi que ce soit »</i>	<i>« Je vois pas d'autre prise en charge que psychologique »</i>
M7	<i>On peut rien faire (...) C'est pas notre travail »</i>	<i>« C'est quand même notre travail »</i>
	<i>« Je trouverais une solution pour pas le voir »</i>	<i>« On peut quand même pas trier ses patients »</i>
	<i>« C'est pas une relation de confiance »</i>	<i>« Y'a une confiance qui s'installe »</i>
	<i>« On peut rien en faire (...) C'est incurable »</i>	<i>« On peut entrer dans le soin »</i>

(2) Minimisations des violences, sur la défensive, non concerné, justification

Certains médecins interviewés minimisent les violences, soit directement en dédramatisant le geste violent, soit en justifiant parfois le comportement de l'homme. D'autres semblent sur la défensive, comme par peur qu'on ne leur reproche quelque chose. Enfin certains reconnaissent les violences, mais n'ont pas l'impression d'être concernés par ce sujet, comme si cela se passait dans la patientèle des autres médecins, mais pas dans la leur :

M1	<i>« ça devait pas être méchant non plus »</i>
M2	<i>« Elle lui faisait sans doute pas spécialement mal »</i>
M3	<i>« J'en ai pas de façon très nombreuse (...) Y'a des dames qui veulent de leur messieurs ben que ce soient des princes charmants ! »</i>
M5	<i>« J'en ai pas tant que ça (...) J'en vois pas souvent (...) Après le long de ta carrière t'en as quand même pas... (...) Enfin c'est pas le mien ! (en parlant d'un patient) »</i>
M6	<i>« Moi je dis pas la femme, je dis la personne violentée. Parce que les violences envers les hommes c'est encore pire (...) C'était juste une claque, comme ça (...) Des violences connues, j'en ai pas trop. Des violences suspectées, je saurais pas mettre un nombre mais une dizaine quoi »</i>
M7	<i>« Je sais pas si j'en ai beaucoup en fait (...) J'en ai pas eu tant que ça (...) C'était pas une vraie violence... Une dame épouvantée parce que son mari lui avait mis une gifle »</i>

M8	« <i>Physiquement elle avait pas grand-chose en fait (...) Sauf une fois où elle avait un petit hématome, mais franchement ! (...) Non je n'en ai pas d'autres (patients violents) (...) Ah si j'ai quand même un cas ! (...) Mais elle me disait pas au départ que c'était pour des violences, hein !</i> »
M9	« <i>C'était un peu forcé (...) Dans un jeune couple j'en ai pas vu (...) J'ai pas d'hommes violents (...) Nous on a de la chance, y'a pas trop de violences au cabinet</i> »

(3) Confusion

M1	« <i>Euh, qu'est-ce que tu m'as demandé là ? (...) Mais qu'est-ce que tu veux ?</i> »
M2	« <i>Voilà. Euh... C'est quoi la question ?</i> »
M4	« <i>Moi je me demande là où j'en suis (...) Mais votre question c'est exactement, c'est quoi ?</i> »
M5	« <i>En plus c'est pareil euh... Ah si je l'ai revu après... euh... on ça c'est euh...</i> »

(4) Réponses à côté de la question

Une autre façon de répondre de certains médecins montre leur malaise. Quand on leur pose une question pouvant être gênante, ils changent de sujet, évitent de répondre en se lançant dans un thème complètement différent :

M2	Q : A quoi ressemble l'homme violent ?	« <i>J'ai toujours la trouille de me faire manipuler quand on parle de violences</i> »
M3	Q : Comment tu t'imagines l'homme violent ?	« <i>Alors ben ça peut être des violences physiques</i> »
	Q : Y'a des milieux où ça se voit plus ?	« <i>Y'a des femmes qui sont démolies psychologiquement par contre</i> »
	Q : Est-ce qu'il y a des hommes que tu soupçonnes d'être violent ?	« <i>Euh moi j'ai eu un homme battu</i> »
	Q : Tu arrives à te comporter avec eux comme avec n'importe quel autre patient ?	« <i>Alors tu sais, il faut vraiment que tu apprennes à prendre sur toi, à ne pas te laisser guider par tes émotions !</i> »
M4	Q : Est-ce que vous avez une image des hommes violents ?	« <i>ça peut être aussi physique que donc euh verbal, psychologique</i> »

Q : Est-ce que c'est un type d'homme en particulier ?	« Non. C'est par rapport à ce qui m'est exprimé »
Q : Est-ce que vous avez déjà eu affaire à un homme violent ?	« Ben l'objet c'est si y'a une violence sous-jacente, autant la déballonner »
Q : Votre vision des hommes violents ?	« (soupir) Après euh bah... J'offre des possibilités d'en parler »
Q : Vous connaissiez le conjoint ?	« Après c'est pas dans le cadre de violences. C'est euh dans le cadre d'une mésentente. Alors ça c'est beaucoup plus intéressant. Alors ça, ça c'est formidable ! ça c'est très intéressant ! Mais là y'a pas violence »

(5) Non-dits

Les phrases inachevées, les temps de silence en disent parfois beaucoup sur le médecin interviewé. Ces non-dits peuvent révéler une prise de conscience au fur et à mesure que le discours est prononcé, ou bien une autocensure, une peur de dire tout haut certaines de ses pensées :

M1	« Ben c'est le rôle de pers... Il faut qu'ils finissent tout seul ! (...) C'est pas notre rôle d'aller euh... on va pas... »
M2	(1 femme sur 10 est victime de violences) « Ouah ! C'est énorme ! Donc dans ta consultation t'en as une par jour...C'est fou ! (silence) »
M3	« Un homme battu. C'était un petit monsieur, vraiment il se prenait une torgnole par sa femme hein ! Et bon... un monsieur triste... (silence) »
M5	« C'est surtout souvent des gens très... (...) En tout cas ils euh...Ils euh...Ouais ils masquent un peu leur... (...) Je suis pas sûr que ça ait débouché sur un truc très, très... (...) Le seul souci c'est que j'ai appris après que ça s'est terminé par le suicide du gars (silence) J'ai appris 6 mois après que le mec s'était suicidé. Donc euh... (silence) N'empêche que ça s'est terminé comme ça (soupir) (...) Mais n'empêche que bon (silence) (...) Des mecs qui avaient pas hésité hein ! Qui avaient envoyé leur compagne euh, à l'hôpital pour des, pour des trucs... (...) Un rôle un peu, un peu, un peu... euh un peu agressif quoi, envers le... (silence) (...)

	<i>Un mec qu'a un égo un peu, un peu... euh voilà »</i>
M6	« <i>On est relativement démuni face à la violence conjugale (sourir) (...)</i> <i>C'est des gens que tu suis depuis longtemps, tu te dis 'merde !' je suis passé au travers</i> <i>(silence) (...) C'est une phrase terrible, terrible, terrible (silence) (...)</i> <i>Mais tu te rends compte ?! C'est fou !»</i>

(6) Rupture du dialogue

Certains médecins ne supportant pas du tout la conversation, mettent même fin abruptement au dialogue, ou manifestent leur besoin de passer à un autre sujet :

M4	« <i>Point (...) Voilà (...) Voilà c'est tout (...) Point (...) Point (...) Voilà »</i>
M5	« <i>ça a été un peu chaud. Enfin voilà (...) En tous cas ça oui, bah voilà. »</i>

(7) Expressions non verbales

D'autres expressions non verbales reflètent également le malaise ou l'agacement des médecins : rires (de gêne ? cynisme ?), soupirs, onomatopées :

M1	« <i>Il faut qu'ils finissent tout seul ! (rires) ; pffff ! Ceux là c'est pas notre rôle d'aller... »</i>
M2	« <i>C'est pour l'homme et pour la femme ! (rires) ; (Tu as déjà eu des hommes violents en consultation ?) Alors ouais (rires) ; Elle, elle aime pas aborder les soucis ! (rires) ; C'est une dame c'est un peu difficile avec son mari alcoolique (rires) ; façon c'était mort avec lui ! (rires) »</i>
M4	« <i>Un homme violent (rires) ; Je vais pas être gentil pour certaines dames (rires) »</i> <i>(Q : Y'a des troubles psychologiques ?) : « Bah oui c'est évident ! (rires) ; De toute façon ce n'est qu'une version (rires) ; Y'a des horreurs ! Et pffffiou, incroyable ! »</i>
M5	« <i>On essaie d'aborder de façon un peu détournée (rires) (...) En plus c'était un petit rabougri (rires) (...) En France ?! Pftttt ! (...) Les autres structures, dans le coin on n'en a pas ! Pttttt ! (...) Elle s'est pris 3 fois la porte dans l'œil. Oui, vous êtes sûr de ça ? (rires) (...) Il a quand même été signalé au procureur ! (rires) (...) Il a fait un peu de taule quand même (rires) (...) Pour les maltraitants anonymes (rires) »</i>
M6	« <i>'Il a pas été facile', tu sens que derrière c'est... (rires) »</i>
M7	« <i>On sait que votre mari vous tape ! (rires) Y'a un problème ! (rires) Si vous avez encore</i>

	<i>envie de taper sur votre femme, allez faire un tour (rires) »</i>
M8	<i>« D'un mari par rapport à sa femme ! (rires) (...) Après y'en a peut être d'autres ! (rires) (...) Tu sentais qu'il pouvait partir au quart de tour ! (rires) »</i>
M9	<i>« Il comprend pas (rires) (...) Le gars qui tape sur tout ce qui bouge, pas forcément que sur sa femme (rires) (...) Quand ils sont psychopathes (rires) (...) Il a mis un coup de poing à la maitresse (rires) (...) ça s'est réglé avec le psy (rires) (...) J'en ai rien à foutre en fait (rires) »</i>

2. Raisons du malaise

a. L'homme violent : un sujet « nouveau »

Comme nous l'avons vu en introduction, et rapporté par M6 : *« C'est quelque chose d'assez récent (...) Moi quand j'ai commencé, la politique était de dire 'Ce qui se passe dans le couple ne regarde que le couple' »* (IV.B.4.b). La violence conjugale est un sujet qui sort de l'ombre depuis peu, et l'on ose parler encore plus timidement des responsables de ces violences. Cela se constate dans la sphère publique, notamment au niveau politique et de la Justice, avec des ébauches de changement de législation et des lançements de campagnes d'information et prévention au niveau national. C'est donc assez logique que les médecins, comme le reste de la population française, soient encore peu sensibilisés sur ce sujet. Le manque de connaissance et de « visibilité » du sujet au niveau du grand public participent à créer ce malaise. On se méfie toujours de ce qu'on ne connaît pas bien. Comme le dit M5 : *« Je pense que ça doit être un peu culturel, y'a des pays où les gens sont plus cool vis-à-vis de ça »* (IV.B.2.b)

b. Manque de formation

Au manque d'information générale des médecins sur les auteurs de violences conjugales, s'ajoute leur manque de formation sur ce sujet, comme le rapportent notamment M6 et M9 : *« On n'a aucune formation là-dessus ; T'apprends sur le tas »*. (IV.B.5.a).

On peut penser que les réponses des médecins montrent aussi une insuffisance de formation sur l'aspect relationnel du binôme médecin-malade, comme le dit M6 : *« Si tu fais pas l'effort toi, de te former secondairement, tu peux tout-à-fait faire toute ta médecine sans avoir fait un iota de psychologie. (...) Mais y'a rien ! Moi j'ai été élevé, entre guillemets, dans une des rares facs où on avait des cours de psycho »*. (IV.B.5.b).

On se rend bien compte que les médecins sont mal à l'aise pour évoquer certains sujets, et avec certains types de patients, et l'homme violent en est le parfait exemple. Ils sont plusieurs à réclamer des « moyens » pour aborder les sujets difficiles, des aides pour savoir se comporter avec ces patients particuliers, comme le fait remarquer M3 : *« ça m'embêterait pas d'appeler un médecin psy pour un petit peu avoir son idée, la façon dont il recommande d'aborder les choses... On peut penser à des phrases pour aborder le truc »*. (IV. B.5.b)

c. Positionnement par rapport au Code de déontologie

Une autre difficulté, rapportée par un médecin interviewé, est peut être liée au cadre déontologique et légal. Il existerait une part de « flou » au niveau du Code de déontologie médical dans l'esprit de M10, pouvant laisser une part d'interprétation importante au médecin. Cela pourrait contribuer au sentiment d'isolement du médecin, qui ne se sent pas forcément soutenu par un cadre de travail précis. *«Alors le Conseil de l'ordre s'appuie sur l'article 76 du Code de déontologie 'ne pas s'immiscer dans la vie familiale, privée'. Donc on peut aussi concevoir effectivement pour les violences conjugales, ne pas s'immiscer. Et c'est honteux. Ils se protègent derrière un code archaïque»*. (IV.B.4.b)

A l'inverse de M10, on peut penser que d'autres médecins, comme M9, suivent le Code à la lettre et ont donc bien peur d'être intrusifs s'ils décident de prendre en charge des violences conjugales, avec peut-être pour conséquence, la crainte d'une sanction pénale : *« Je considère que c'est pas mon rôle de m'immiscer dans la vie des gens »*. (IV.B.3.d)

d. Réseaux et structures adaptées insuffisants

Les freins matériels sont une autre raison du malaise largement citée par les médecins. Le peu de fois où ils ont eu à prendre en charge des auteurs de violence conjugale, ils se sont vite retrouvés démunis. Ils ne savent souvent pas comment prendre en charge ces patients : à qui les adresser ? Où se renseigner ? Et lorsqu'il existe des structures adaptées, leur capacité de prise en charge est souvent limitée par le manque de places ou l'éloignement. Le manque flagrant de réseaux et de ressources concourt au sentiment d'impuissance du médecin, comme l'expriment M3 et M6 : *« Qu'est-ce qu'on fait ? » ; « Où adresser ? Tu te dis que tu peux rien faire »*. (IV.B.4.b).

Sans structure en aval, ils hésitent à s'engager en amont, par crainte de ne pas savoir quoi faire de leur patient comme le fait remarquer M5 : « *On est un peu coincés, les structures adaptées j'en connais pas beaucoup* ». (IV.B.4.b)

e. Raisons personnelles

On peut se demander en écoutant certaines réponses des médecins interviewés s'ils ne font pas par moment référence à des situations personnelles vécues, projetant ainsi leurs expériences négatives sur ce sujet et s'identifiant peut-être aux victimes de violence conjugale :

M1 « *C'est le rôle de personne, il faut qu'ils finissent tout seuls !* » (IV.B.4.c) et « *Je refuserais de les voir !* ». (IV.B.3.b)

M7 « *Pour moi c'est un problème purement psychiatrique des hommes (...) Pour moi ils sont incurables, on peut rien en faire* » (IV.B.4.c) et « *Personnellement moi je peux pas être dans le soin. Ça reste très superficiel* ». (IV.B.3.b)

3. Conséquences de ce malaise

a. Stratégies de défense mises en œuvre par le médecin

Afin de mieux supporter ce sentiment de malaise, on constate que les médecins mettent en place des mécanismes pour leur permettre d'atténuer ce malaise.

Certains ont des réactions de rejet ou d'évitement envers l'homme violent, comme M1 : « *Je refuserais de le voir* », M6 : « *Tu mets une distance dans ton rapport* » et M7 : « *C'est compliqué parce que dans la relation y'a moins, y'a pas d'engagement* ». Cela leur permet de prendre de la distance, y compris physiquement, avec l'auteur des violences.

D'autres médecins choisissent d'occulter complètement cet aspect du patient, en considérant que cela ne les regarde pas : « *ça m'intéresse pas de fouiller ce qu'il a fait* » comme M2. Ou ils le font de façon plus inconsciente, en ayant l'impression qu'ils ne sont pas concernés par ce problème de santé publique dans leur patientèle. Comme dit M7 : « *J'en ai pas eu tant que ça* » ou M9 : « *Nous on a de la chance, y'a pas trop de violences au cabinet* ». C'est plus facile d'imaginer que cela se passe uniquement chez les autres médecins.

Enfin certains médecins minimisent les violences, et ainsi leur portée, comme M1 : « *ça devait pas être méchant non plus* », M6 : « *C'était juste une claque, comme ça* » ou M8 : « *Physiquement elle*

avait pas grand-chose en fait (...) Sauf une fois où elle avait un petit hématome, mais franchement ! ». (IV.C.1.b)

b. Remise en cause du rôle du médecin

Parmi les mécanismes de défense mis en place par les médecins interviewés, il en est un qui a une importance capitale. En effet, pour certains médecins, le malaise est tel qu'ils en viennent à remettre en cause leur rôle dans la prise en charge des auteurs de violences conjugales. Peut-être parce qu'ils ne se sentent pas capables de les prendre en charge, qu'ils sont dans le doute, ou parce que l'idée même les révolte, certains médecins posent tout haut la question de leur place dans la prise en charge des hommes violents, créant ainsi un sujet de véritable polémique chez les médecins généralistes. C'est le cas pour M7 : *« C'est quand même compliqué de faire la prise en charge d'un délinquant. Enfin c'est pas notre travail quelque part »* et M6 : *« Ce n'est pas à toi de leur imposer une norme (...) T'as pas le droit de soigner les gens contre leur volonté ».* (IV.B.4.a)

D'autres ne sont pas vraiment convaincus non plus que ce soit leur rôle, mais semblent accepter de les prendre en charge, un peu par défaut, mais non sans exprimer un sentiment de pis-aller, comme M9 : *« ça me fait pas plaisir mais euh...c'est aussi ton rôle de régler ces problèmes- là. Parce que de toute façon personne d'autre le fera (...) Ces trucs-là personne s'en occupe. C'est sur nous que ça retombe ».* (IV.B.4.a)

Certains, comme M1, s'interrogent encore, *« Je sais pas si c'est mon rôle »*, tandis que d'autres sont plus catégoriques et refusent toute prise en charge, ne cherchant même pas à se justifier, comme M3 : *« On a nos limites ! Nos limites de temps, nos limites d'envie de prise en charge »* et M6 : *« Y'a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler, et ou qui te disent 'mais de toute façon j'aime pas ça. Ça me concerne pas, c'est pas mon boulot' ».* (IV.B.4.a)

On voit bien que les médecins sont tiraillés entre leur rôle de soignant, leur gêne à s'immiscer dans la vie privée d'un couple et leur réaction à une situation de violence qui les met mal à l'aise. Alors que certains s'interrogent seulement sur le rôle dans la prise en charge, d'autres, comme nous l'avons vu ci-dessus, en viennent purement et simplement à refuser de prendre en charge ces patients, et donc à les rejeter. Ils suscitent ainsi une polémique quant au rôle du médecin généraliste face à la prise en charge des violences conjugales.

V. DISCUSSION

A. DISCUSSION DE LA MÉTHODE

1. Forces de l'étude

a. Choix du sujet

Le choix du sujet est plutôt inédit en médecine générale. Comme présenté en introduction, la société s'intéresse encore peu aux auteurs de violences conjugales, et les données de la littérature médicale sont assez pauvres. Le fait d'étudier les représentations et comportements des médecins généralistes face à ces hommes violents est donc un sujet innovant. Cela peut également permettre d'apporter un éclairage sur la raison pour laquelle la problématique de ces hommes violents est peu abordée, et ainsi améliorer la prise en charge globale des violences conjugales, en axant notamment sur la prévention de la récurrence et le risque de transmission aux générations suivantes.

Notre objectif était de comprendre la perception par le médecin généraliste des auteurs de violences conjugales, ainsi que les réactions qui en découlaient. En mettant les attitudes des médecins face aux hommes violents en rapport avec leur vision de cet homme et la conception de leur rôle en tant que professionnel, nous avons proposé une analyse conceptuelle qui permet une meilleure compréhension des éléments suivants :

- Les raisons du malaise du médecin envers ce patient particulier
- Les mécanismes de défense mis en œuvre par les médecins pour mieux gérer cette relation qui les met mal à l'aise.
- Les difficultés liées à la prise en charge de ces patients

b. Choix de la méthode

Les études qualitatives permettent d'appréhender les représentations d'une personne, sa façon de voir le monde, son ressenti quant à une situation donnée. Elles permettent d'essayer de comprendre son mode de fonctionnement et les stratégies, conscientes ou non, à l'origine de ses réactions.

C'est particulièrement utile quand on veut étudier un facteur non quantifiable, ce qui est le cas dans notre thèse.

L'analyse conceptuelle a, elle, permis une étude approfondie, permettant de faire émerger une théorisation, un système de compréhension de l'attitude observée chez les médecins interviewés.

c. Richesse du corpus

Le mode d'entretien (lieu choisi par l'interviewé, temps de parole libre, questions ouvertes) nous a permis d'instaurer, il nous semble, un climat de confiance, permettant une richesse au niveau des échanges. Parfois abordés sur le ton de la confidence, certains médecins se sont livrés sur des sujets très intimes, sans doute pour la première fois pour quelques-uns. Le fait que l'interviewer soit aussi un médecin généraliste a peut-être libéré les discours, les médecins se sentant « entre eux » contrairement aux entretiens avec des journalistes par exemple. Ils ont pu parler sans « langue de bois » et avec spontanéité.

2. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

a. Biais de recrutement

Le thème de la thèse peut être perçu comme un sujet « difficile », et nous avons été confrontés à plusieurs refus de participer. C'est principalement grâce au bouche-à-oreille et à des relances par mails que nous avons pu constituer notre échantillon. On peut supposer que les médecins ayant accepté de répondre sur ce sujet y sont peut-être plus sensibilisés et ne sont donc pas représentatifs du paysage médical. Cependant, notre étude n'étant pas quantitative, la représentation statistique n'était pas nécessaire. Ce qui comptait était la diversification, afin d'obtenir le plus de points de vue possible. C'est ce que nous avons essayé de faire jusqu'à saturation des données.

b. Biais d'intervention

L'enquêtrice étant novice en matière d'entretien dirigé, il va sans dire que leur réalisation, même si celle-ci s'est améliorée avec la pratique, est perfectible. Il a été difficile lors des tout premiers entretiens de ne pas basculer en mode « questionnaire » lors des silences prolongés des médecins interviewés, et ce afin de leur éviter de se sentir mal à l'aise. Avec l'entraînement, l'enquêtrice s'est rendue compte que ces temps de silence devaient être respectés, car ils permettaient aux interviewés

de les combler eux-mêmes pour diminuer le malaise, ou de mettre à profit cette pause pour une réflexion plus poussée de leur part. Savoir écouter a sans doute permis de réduire le risque d'orienter les réponses des participants.

D'autre part, certains médecins interviewés étant connus de l'enquêtrice, cela a également pu influencer leur discours, même si, comme nous l'avons vu dans la partie précédente, cela peut aussi avoir facilité les échanges personnels. C'est la même chose pour le statut de médecin de l'enquêtrice, qui a pu aider les échanges, ou au contraire entraîner la peur d'être jugé par un confrère pour certains médecins interviewés. Nous avons tenté de faire oublier ce statut dans nos paroles et attitudes, en utilisant un mode « conversationnel », afin que le travail de thèse sous-jacent passe inaperçu.

c. Biais d'interprétation

Enfin l'analyse a également été réalisée par une seule personne, ce qui peut poser la question de sa subjectivité quant à l'interprétation qu'elle a fait des réponses, malgré une démarche rigoureuse. Il aurait été intéressant d'avoir un double regard sur les entretiens analysés.

Après avoir présenté les forces et faiblesses de notre étude, nous allons maintenant aborder les principaux résultats obtenus, en les comparant aux données actuelles de la littérature.

B. RÉSULTATS ET LITTÉRATURE

1. L'homme violent, un sujet théorisé

Nous avons vu dans la partie Introduction que plusieurs auteurs d'horizons différents (psychiatre, sociologue, éducateur spécialisé...) se sont intéressés à la compréhension des auteurs de violences conjugales. Des typologies ont été décrites et un certain nombre d'hypothèses émises pour expliquer l'origine de ces comportements violents. C'est donc un sujet plutôt étayé dans la littérature, intellectualisé si l'on peut dire, et cela se retrouve dans les réponses des médecins. Même si en pratique ils ne sont pas forcément à l'aise avec l'homme violent, et qu'ils ne connaissent pas bien les prises en charge, ils ont tous une idée sur les causes de violence chez ces patients.

a. Caractéristiques connues, quelques clichés persistent

On le voit bien dans la réponse de certains médecins interviewés, l'homme violent leur évoque une image un peu mythique, sur laquelle ils projettent une vision fantasmée (M9 : « *C'est le gars qui tape sur tout ce qui bouge* » ; M6 : « *T'as d'authentiques pervers* »). Est-ce lié à un manque de connaissances ? Une façon de se distancer de l'homme violent ? (IV.B.2.a).

Malgré la persistance de certains clichés (M5 : « *L'alcool ; le mec tout le temps bourré* »), la plupart des réponses des médecins interviewés se retrouvent dans les différents modèles proposés par des auteurs d'environnements divers (médical, sociologique, associatif). (IV.B.2.a).

Mais le sociologue D. Welzer-Lang ajoute rapidement qu'il ne faut pas généraliser : « Attention : suite à l'énumération d'un ensemble de traits psychologiques rencontrés fréquemment chez les hommes violents, méfions-nous des généralisations hâtives. Il n'existe pas de type « homme violent » mais une combinaison d'effets psychosociaux due à l'appréhension par l'homme concerné de l'interaction entre la construction sociale du masculin et la relation conjugale ». (10)

Il est rejoint par le Dr Hirigoyen sur les précautions à prendre : « Il faut faire très attention, en parlant des profils de personnalité, à ne pas stigmatiser un type d'hommes. En effet, plutôt que d'établir une typologie, il vaudrait mieux s'intéresser aux modalités d'agression selon les caractéristiques psychologiques de leurs auteurs ». (8)

Finalement on peut s'inspirer des profils, en gardant bien à l'esprit que : « Dans leur grande majorité, les hommes violents ne sont pas des personnalités perverses, difficilement accessibles à une thérapie, mais des infirmes de la parole qui ne reconnaissent pas l'autre comme un sujet » (11) comme l'estime le Dr Liliane Daligand, professeure de médecine légale, psychiatre des hôpitaux, expert près de la Cour d'appel de Lyon.

Enfin, il nous a semblé important de souligner une image de l'homme violent évoquée par un médecin, et peu abordée dans les profils cités dans la littérature. En effet la vision de l'homme violent pour M10 est celle d'une personne en souffrance, ce qui est assez inédit comme façon de le voir. Beaucoup de médecins citent la souffrance comme élément déclencheur des violences (M8 : « *Il a eu une enfance extrêmement difficile* » IV.B.2.b), mais peu perçoivent l'homme violent comme quelqu'un qui souffre, comme M10 : « *Tout violent est en souffrance. C'est des gens qui ont besoin de soins (...) Qui sont en souffrance aussi (...) Je pense qu'ils ont besoin d'aide les hommes*

violents » IV.B.3.b). La souffrance est-elle donc la cause ou la conséquence des violences ? L'homme violent est-il une personne en souffrance ?

C'est l'éternel débat, duquel il faut bien différencier le cas particulier des hommes se disant victimes des violences conjugales, dans une énième tentative de déni. Effectivement, N. Séverac constate dans les groupes de parole que « lorsqu'ils sont invités à raconter leur histoire, les participants se présentent souvent spontanément comme « victimes » de la violence conjugale. Ce n'est pas qu'ils seraient victimes de leur épouse – c'est-à-dire une tentative d'inversion des rôles – mais plutôt qu'ils sont les victimes du traitement social et judiciaire de la violence conjugale. Leurs sentiments sont clairement d'incompréhension et d'indignation face à ce qui est vécu comme une injustice ». (14)

Comme évoqué dans le paragraphe ci-dessus, une souffrance peut être initialement à l'origine d'un comportement violent. Pour autant peut-on dire que les auteurs de violence conjugale souffrent de cette situation comme M.10 le pense ? C'est en tout cas ce que prétend le sociologue D. Welzer-Lang pour qui les hommes rencontrés expriment différents types de souffrance. « Celles liées :

- Aux conditions sociales imposées au masculin : cadences épuisantes, corps stressé
 - A une culpabilité, une honte d'avoir frappé, et ainsi de ressembler à l'homme du mythe, accroissant son isolement social
 - A une peur panique de la solitude : quand son épouse fuit, l'homme violent se retrouve seul.
- L'homme ne souffre pas de sa violence mais des effets de sa violence. Il exprime un état de fragilité ». (10)

b. Origine, mécanismes de la violence relativement connus

Les réponses données par les médecins pour expliquer les causes de violence se retrouvent dans les théories essayant d'analyser l'origine des violences conjugales. Elles peuvent se compléter ou se contredire et, de la même façon que pour les profils d'hommes violents, ne sont pas des vérités absolues. Elles sont à prendre avec du recul.

Les deux grandes causes de violence évoquées sont les phénomènes sociologiques et les troubles psychologiques, M6 : « *Des hommes fragiles psychologiquement* » et M5 « *ça doit être un peu lié à notre culture* ». (IV.B.2.b).

Finalement c'est le schéma développé par J. Laporte dans sa thèse sur la contribution à la connaissance des auteurs de violences conjugales, qui me semble résumer le mieux l'intrication des

différentes causes à l'origine des violences chez ces hommes : « Dans notre souci de connaissance des situations de violences conjugales, nous faisons l'hypothèse d'une triple fragilité fondamentale des auteurs de violences conjugales : précarité sociale, inadaptabilité conjugale et vulnérabilité psychique ». (5)

Pour conclure cette partie, le 3^{ème} point de vue qui serait intéressant, après celui des médecins généralistes amenés à prendre ces hommes en charge, serait justement celui de ces hommes violents. Comment expliquent-ils leur violence (réellement et sans forcément dans une optique de se justifier...) ? Mais on peut supposer que le recrutement serait difficile, ou qu'il y aurait forcément un biais de sélection (ne risquerait-on pas de recruter des hommes qui se posent en victimes ou tenteraient de manipuler leur interlocuteur ? On peut se poser la question quand on lit les réactions des lecteurs du livre écrit par un « ex-mari violent » : « Il y avait un monstre en moi » (23)).

2. Le médecin, mal à l'aise face à l'homme violent

a. Polémique sur son rôle

Nous avons vu dans l'analyse conceptuelle que l'homme violent était un sujet qui mettait le médecin généraliste mal à l'aise (IV.C.1), et que certains médecins en venaient à refuser de le prendre à charge (IV.C.3.b). Cette polémique sur le rôle du médecin est un fait nouveau, qu'il est important de souligner car les conséquences peuvent être considérables. Le médecin généraliste a un rôle de premier recours, et s'il en vient à rejeter l'homme violent en tant que patient, on peut penser qu'il sera toujours aussi difficile de dépister et prendre en charge ces hommes.

De plus, l'homme violent peut aussi bien nécessiter des soins et un suivi dans le cadre d'une pathologie n'ayant aucun rapport avec la situation de violences conjugales (hypertension, cancer...). Si l'alliance thérapeutique n'est plus possible du fait d'un malaise ressenti par le médecin, que vont devenir ces patients ? Et ils sont nombreux au vu des statistiques énoncées en introduction (Si 1 femme sur 10 est victime de violences, peut-on extrapoler qu'un homme sur 10 est un agresseur ?).

Comme le souligne le Pr R. Henrion, en faisant notamment référence à une étude de C. Morvant : « Le médecin généraliste est parfois « le médecin de famille » ce qui représente à la fois un avantage car il connaît les problèmes du couple et peut apporter un conseil lucide et efficace, et un

désavantage car ce peut être un facteur limitant. Un médecin sur deux avoue être gêné dans son intervention par le fait de connaître et de suivre le mari agresseur ». (9)

Comment en faire des sujets de soins ? Peut-on les intégrer dans une relation de soins sans nier la violence dont ils sont auteurs ? Il est important de ne pas réduire la personne à ses actes, mais cela est peut-être plus difficile pour un médecin généraliste. En effet celui-ci peut ressentir un double affect : un premier lié à l'acte de violence en lui-même, et surtout, sans doute plus que pour les autres spécialités, un affect lié à son rapport direct avec la victime de ces violences, qu'il connaît et suit peut-être. Comment soigner quelqu'un dont on connaît la victime ?

Il existe donc pour un certain nombre de médecins un tiraillement entre leur devoir de soignant et leur réaction face aux auteurs de violences, poussant certains d'entre eux à remettre en cause leur rôle vis-à-vis de ces patients et de leur prise en charge.

On constate que cette polémique est aussi présente dans la littérature. Le Pr R. Henrion en fait état en 2001 au Ministère de la Santé, dans son rapport sur les femmes victimes de violences conjugales et le rôle des professionnels de santé : « Face à ces situations de violences conjugales, le médecin se sent très isolé, mal formé pour assurer cette prise en charge qui s'étend bien au-delà de la thérapie somatique, mal à l'aise devant ce phénomène qui peut émerger de tout milieu social, réticent à s'immiscer dans une affaire de famille, pris entre des impératifs déontologiques apparemment contradictoires.

Parallèlement à la notion d'ingérence humanitaire désormais reconnue dans les conflits entre nations, le médecin doit aussi se sentir investi d'un « devoir d'ingérence » dans ce qui peut paraître relever du privé mais représente un danger vital si l'on ne s'engage pas pour protéger les victimes. Nous voici donc appelés à accélérer la mutation de la pratique médicale et l'évolution vers une véritable médecine sociale pour traiter, en même temps que le symptôme, la cause sous-jacente ». (9)

Le Dr P. Guillet constate également ce phénomène en 2004, dans son rapport *Violences et Santé* destiné au Haut Comité de Santé Publique : « La violence conjugale reste un phénomène très sous-estimé, y compris par les professionnels de santé. Certains continuent à penser qu'il s'agit d'une affaire privée, d'autres sont encore influencés par les idées reçues sur les femmes. Par ailleurs, les généralistes redoutent la réaction des familles et, soumis au secret professionnel, ils craignent des retombées judiciaires, d'autant qu'ils ne sont pas toujours soutenus par les conseils régionaux de l'ordre des médecins. La formation initiale et continue des professionnels sociaux, médicaux, de

police et de justice devrait intégrer la reconnaissance, la gestion et le suivi des actes de violences familiales. Les médecins ont un rôle important à jouer mais ils connaissent mal le problème des femmes victimes de violence conjugale. La formation professionnelle sur ce thème des violences conjugales est quasi inexistante, les médecins ont de grandes difficultés à les repérer et à les prendre en charge. En particulier, ils ne savent pas comment mettre en action les structures sociales et associatives susceptibles de venir en aide aux couples concernés ». (24)

On retrouve dans ces deux rapports les éléments qui participent au malaise des médecins et à la remise en cause de leur rôle, qui avaient bien été relevés dans l'analyse thématique :

- la crainte de s'immiscer dans la vie privée, relayée par certains articles contradictoires du Code de déontologie et du Code pénal, avec parfois, en plus, un manque de soutien des Conseils de l'Ordre régionaux (M9 : « *Je considère que c'est pas mon rôle de m'immiscer dans la vie des gens* » (IV.B.3.d) et M10 : « *Ils se protègent derrière un code archaïque* » (IV.B.4.b))
- le manque de formation initiale et continue (M6 : « *On n'a aucune formation là-dessus* » (IV.B.5.a))

Cette peur de lever le secret médical résulte effectivement de la difficulté à se positionner par rapport aux Codes sus-nommés : « On doit reconnaître que, face à la loi, la situation des médecins est particulièrement délicate. Ils sont pris entre leur devoir de protection des patientes et les impératifs du secret professionnel, entre l'article 223-6 du Code pénal et 44 du Code de déontologie médicale sur l'obligation de porter secours et l'article 226-13 du Code pénal et 4 du Code de déontologie médicale prévoyant les punitions pour violation du secret professionnel, encore renforcé par l'article 97 de la loi du 15 juin 2000 sur les droits des victimes. Leurs réactions sont aggravées par le fait que nombreux sont ceux qui n'ont reçu aucune formation au cours de leurs études ». (9)

Le médecin généraliste est ainsi tiraillé devant certaines situations de violences conjugales, entre le respect du secret médical et son obligation de porter secours aux personnes en danger.

Mais l'article 226-14, modifié par Loi n°2015-1402 du 5 novembre 2015, devrait rendre les situations plus claires, en stipulant que le professionnel de santé qui a agi avec l'accord de la femme victime ne peut être poursuivi pour la révélation de violences :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République (...) les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ; le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ». (25)

En ce qui concerne la crainte de s'immiscer dans la vie privée, certains médecins se réfèrent à l'article 51 du Code de déontologie : « Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients ». (26) Serait-ce pour eux une « excuse » pour se réfugier derrière cet article ? Ou peut-on également y déceler une certaine ambiguïté, qui peut créer un malaise chez le médecin quant à l'attitude à adopter face à des violences conjugales ? Cet article laisse effectivement une part de liberté importante au médecin d'agir en son âme et conscience, le rendant responsable de ses actes et donc de les assumer.

En outre, avant même que la loi ne soit modifiée, le Pr R. Henrion considérait que la crainte de s'immiscer dans la vie privée de ses patients n'était pas un argument suffisant pour taire des violences rapportées : « Dans tous les cas, ce sont le sens de la responsabilité et sa conscience personnelle qui doivent dicter au médecin sa décision : il ne s'agit pas de se retrancher derrière le Code de déontologie lorsque la vie d'une personne est en danger. À vrai dire, l'efficacité quand il y a danger ne passe pas forcément par le droit : elle peut aussi consister à adresser en urgence la personne en danger à une association d'aide aux victimes ou à la mettre à l'abri de son agresseur dans les meilleurs délais ». (9)

Pour conclure cette partie sur l'existence ou non d'une polémique sur le rôle du médecin généraliste face aux situations de violences conjugales, nous nous sommes appuyés sur la définition de la WONCA, l'association internationale de médecine générale, qui a tenté en 2002 de proposer une définition de la médecine générale :

Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille sont les suivantes :

- « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ». (27)

On se rend bien compte que la prise en charge en médecine générale doit être centrée sur le patient. Et si celui-ci traverse une période de violence dans son couple, qu'il en souffre ou non, si le médecin vient à être mis au courant par la conjointe victime, et que celle-ci lui demande d'aborder le sujet avec son partenaire violent, cela nous semble faire partie du rôle du médecin généraliste : « La médecine générale s'occupe des personnes et de leurs problèmes dans le cadre des différentes circonstances de leur vie, et non d'une pathologie impersonnelle ou d'un "cas". Le patient est le point de départ du processus. Il est aussi important de comprendre comment le patient fait face à la maladie et comment il l'envisage, que de s'occuper de la maladie elle-même. Le dénominateur commun est la personne avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins ». (17)

Il faut enfin souligner son rôle à un niveau plus global, celui de la Santé publique, dont la prévention et le dépistage font partie : « Les médecins généralistes-médecins de famille soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté ». (27)

Finalement, comme le remarque le Pr R. Henrion, la définition de la médecine générale et de ses rôles évolue avec le temps : « Progressivement, la violence s'impose comme faisant partie intégrante de la santé publique, impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé ». (9)

Nous pensons donc à la lumière des différents articles cités et de notre réflexion personnelle, que la prise en charge des auteurs de violences conjugales fait bien partie du rôle du médecin généraliste.

b. Le contre-transfert négatif

Nous avons vu dans les parties précédentes que l'homme violent provoquait chez les médecins généralistes interviewés un sentiment de malaise. Nous avons essayé dans la partie Analyse conceptuelle (IV.C.2 et 3) de comprendre les causes et les conséquences de cette gêne.

En tentant de comprendre le mécanisme de ce malaise à travers nos recherches, nous avons vu que cela pouvait s'apparenter à ce qui est décrit dans la littérature psychanalytique comme un contre-transfert : « La théorie psychanalytique a aussi défini le concept de contre-transfert. Alors que le malade est sujet au transfert, le contre-transfert se définit comme les réactions affectives conscientes et inconscientes qu'éprouve le médecin vis-à-vis de son patient. Ce contre-transfert est très directement lié à la personnalité et à l'histoire personnelle du médecin. Un contre-transfert excessivement positif risque de conduire à une identification massive au malade et/ou à une perte d'objectivité dans les soins. Ailleurs, un contre-transfert négatif induisant l'agressivité et des frustrations excessives du malade, peut être à l'origine d'échecs de la relation thérapeutique. Il en est de même pour une absence de contre-transfert qui peut conduire à une froideur excessive ». (28)

Il nous a semblé que le concept de contre-transfert pouvait être « sorti » de son cadre originel, qu'est la cure de psychanalyse, et s'appliquer plus largement à toutes les relations de soins, notamment les consultations de médecine générale. Le Dr M. Escande l'enseigne ainsi dans son cours sur l'apprentissage de l'exercice médical : « La relation thérapeutique médecin-malade est déterminée par de nombreux facteurs, individuels et socio-culturels. De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit face à son malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent de sa personnalité et de son histoire, et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique ». (28)

Une explication possible du malaise des médecins généralistes interviewés serait donc celle d'un contre-transfert négatif envers les auteurs de violences conjugales. Le contre-transfert pourrait être lié, comme expliqué ci-dessus, à des expériences négatives vécues par le médecin, à certains traits de son caractère, à une identification à une situation personnelle, et induirait ainsi un ressenti négatif du médecin envers son patient.

c. Les mécanismes de défense

Nous avons vu les mécanismes de défense, utilisés par certains médecins, dans la partie analyse conceptuelle. La lecture du livre d'Anna Freud et sa description des mécanismes de défense sur le plan psychanalytique nous permet d'appréhender ceux des médecins envers les hommes violents.

Certains médecins semblent adopter un système de défense pendant l'entretien, identifiable à leur façon de parler, signifiant un malaise à l'abord de certains aspects du sujet (M2 : *Je ne suis pas forcément à l'aise pour poser les questions* ») et se traduisant dans leur gêne « M5 : *C'est surtout souvent des gens très... (...) En tout cas ils euh...Ils euh...* » ou leur refus à en parler (M4 : « *Point (...) Voilà (...) Voilà c'est tout (...)* ou les rires moqueurs (M9 : « *Il comprend pas (rires) J'en ai rien à foutre en fait (rires)* ») (IV.B.3.d)

Ces manifestations de défense sont décrites par Anna Freud d'après les phénomènes étudiés par Wilhelm Reich dans « Analyse logique des résistances » : « Certaines attitudes du corps telles que la raideur, la rigidité, un sourire stéréotypé, certaines façons ironiques, méprisantes, arrogantes de se comporter sont des reliquats de phénomènes défensifs. Ces manifestations sont devenues des *cuirasses de caractère*, suivant l'expression de Reich ». (29)

Nous avons également vu que certains médecins ont exprimé leur peur face aux réactions possibles de l'homme violent envers eux-mêmes, dans le cas où l'homme violent serait démasqué et lors de l'abord du sujet : M10 : « *Faut se méfier parce qu'on peut se faire agresser aussi par certains patients* » (IV.B.3.d)

Cette réaction viscérale pourrait être un mécanisme de défense, dans le sens littéral du terme : le médecin réagirait par un instinct de survie en sentant la possibilité d'un danger en face de lui, comme l'explique à nouveau A. Freud : « Toutes les méthodes de défense découvertes jusqu'à ce jour par la psychanalyse ne tendent qu'à un seul but : venir en aide au moi dans sa lutte contre la vie instinctuelle. (...) tout acte défensif a pour objet d'assurer la sécurité du moi, d'éviter un déplaisir ou une souffrance et de se défendre contre les dangers réels qui le menacent ou à ne pas apercevoir les impressions pénibles surgies du dehors ». (29)

Peut-on supposer dans ce cas que le peu de cas relevé dans la patientèle de certains médecins serait en partie le fait d'une attitude de refoulement ou d'évitement pour ne pas avoir à faire face au malaise et au déplaisir que suscitent ces patients ? (M5 : « *J'en ai pas tant que ça (...) J'en vois pas souvent* » et M9 : « *Nous on a de la chance, y'a pas trop de violences au cabinet* » IV.C.1.b).

Autre point d'évitement possible : les médecins sont-ils mal à l'aise parce qu'ils ne sont pas formés ou bien ne se forment-ils pas parce que ce sujet les rend mal à l'aise?

Le refoulement et l'évitement sont ainsi décrits par Anna Freud :

- Le refoulement : « (...) une insensibilité à l'égard des excitations extérieures ne se peut acquérir qu'à l'aide du mécanisme de *refoulement*. (...) Le *refoulement* se trouve assuré par une formation réactionnelle qui renferme le contraire de la pulsion refoulée (pitié au lieu de cruauté ...) ». (29)

Certains médecins doivent ainsi gérer une dualité : leur rôle de soignant les mettrait – consciemment ou inconsciemment ? - en opposition avec leur réaction face à la violence. Ainsi le refus de prendre en charge les patients violents et la neutralité, la froideur ou le détachement affichés par certains ne seraient-ils pas le moyen de ne pas avoir à exprimer leur dégoût ou leur indignation face à ces patients ? (M6 : « *Je l'aime pas mais euh point quoi. Tu, tu mets une distance dans ton rapport voilà* ». IV.B.3.b)

Comment les intégrer dans une relation authentique de soin, basée sur la confiance et l'empathie ? Car pour pouvoir interagir avec ces patients, et permettre aux deux parties d'être dans une relation médecin-malade de qualité, il ne faudrait ni effectuer un soin en ayant une relation distante, ni nier les violences dont ils sont les auteurs.

- L'évitement : « Au lieu de percevoir l'impression pénible et ensuite de l'effacer par retrait d'investissement, le moi reste libre d'éviter la situation dangereuse provoquée par des excitations extérieures. Il peut fuir évitant ainsi toute occasion de souffrir par un mécanisme *d'évitement* du déplaisir ». (29) (M1 : « *Je refuserais de le voir* ». IV.B.3.b).

Nous voyons ainsi que ces mécanismes de défense ne sont pas des réactions positives mais au contraire des attitudes connotées négativement (la peur, le déni, le rejet, l'évitement).

3. Les prises en charge, à la « traîne »

Nous avons vu dans la partie Prérequis (II.D.2) qu'il existe plusieurs types de prises en charge, et que l'intérêt des groupes de parole est notamment reconnu dans deux rapports remis au Ministère (rapport Henrion (9) et rapport Coutanceau (7)), qui datent respectivement de 2001 et 2006.

Or nous nous sommes rendu compte dans l'analyse thématique (IV.B.4 et 5) que les médecins généralistes interviewés ne connaissent pas bien les prises en charge existantes, qu'ils n'y sont pas formés, et que cela est à l'origine d'un malaise important chez eux (IV.C.2.b).

Il semblerait donc que sur le plan expérimental, « en laboratoire » au niveau de l'Etat, les prises en charge soient bien étudiées, mais qu'en pratique, elles sont peu connues et peu appliquées sur le terrain.

Nous allons voir dans cette partie les raisons pouvant expliquer cette différence.

a. Connaissance des médecins

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature actuelle d'études permettant de voir le niveau de connaissance des médecins généralistes concernant les prises en charge pour les auteurs de violences conjugales. Il semblerait que dans notre échantillon certains médecins ne soient effectivement pas au courant de ces prises en charge, et n'aient reçu aucune formation. Il serait sans doute intéressant de savoir, comme nous l'avons soulevé dans la partie sur les mécanismes de défense (V.B.2.c), si leur manque de connaissances et de formation est lié à un défaut de moyens de formation, ou s'il existe de véritables résistances de la part des médecins à se former sur ce sujet qui les rend mal à l'aise.

b. Une nécessité ?

Une autre raison possible expliquant la divergence entre les recommandations faites au Ministère par les rapports Henrion (9) et Coutanceau (7), et leur application sur le terrain, est que la prise en charge des auteurs de violences conjugales n'est en fait pas quelque chose de consensuel.

En effet cette interrogation quant à la nécessité et l'utilité de cette prise en charge, a été soulevée par certains médecins interviewés (IV.B.4.b) : M1 : *« ça on peut pas les sauver, ils sont pas malades (...) C'est le rôle de personne, il faut qu'ils finissent tout seul ! »*, M6 : *« Aucune prise en charge possible, c'est sa structure »* et M7 : *« Pour moi ils sont incurables, on peut rien en faire »*.

Ce questionnement se retrouve également dans la littérature, notamment dans les écrits féministes : « On peut se demander s'il faut ou non proposer des soins aux hommes violents. Pour certaines féministes, ces hommes ne sont pas des malades mentaux qu'il faut soigner, mais des délinquants qu'il faut punir. La majorité des hommes violents sont dans le déni complet de leur violence et n'ont aucune demande de soins. Ils ne mettent un frein à leur violence que si une instance extérieure les y oblige ». (8)

Leur argument principal repose sur le fait que l'homme violent ne souffre pas d'une maladie le rendant responsable de ses violences, et que la solution pour l'arrêt de ces violences repose sur la sanction judiciaire. Même si la sanction est nécessaire, elle nous semble cependant insuffisante, notamment pour prévenir la récidive et entraîner une véritable remise en question chez l'homme violent. Cela a été bien illustré dans la littérature, comme le dit en particulier N. Séverac dans son article sur la sanction et l'éducation :

« Leur système de valeurs (*aux auteurs de violences conjugales*) est mis à mal, par le désaveu social de la violence et l'interdit d'y recourir. Ce qui avait été considéré par eux jusque-là comme un droit se mue, selon leur propre expression, en « erreur » pour laquelle ils ont « à payer » (...) Il est nécessaire d'accompagner ces hommes vers un « faire autrement » (...) « Il ne faut pas recourir à la violence parce que ça ne permet pas la résolution de conflits » disent les hommes, et jamais : « il ne faut pas y recourir parce que la violence atteint l'autre dans son intégrité ». S'ils sont convaincus de renoncer, c'est davantage pour des raisons pratiques que pour des raisons morales, ce qui n'est pas anodin dans la mesure où la perception de la dimension (a)morale de la violence joue normalement un rôle de garde-fou qui retient le passage à l'acte ». (14)

« (...) la logique de la sanction qui, si elle n'est pas suivie d'un temps éducatif, permettant un travail de fond, risque à terme de se révéler insuffisant à prévenir la récidive ». (14)

M-V. Labasque fait le même constat dans sa thèse étudiant les processus de soin des conjoints violents. Qu'ils passent ou non par la case « prison », leur comportement est rarement modifié par la rupture : « Les constats effectués par les associations spécialisées dans l'accueil et l'écoute des femmes victimes de violences conjugales montrent que lorsqu'un homme a usé de la violence à l'encontre de sa partenaire, son comportement est rarement modifié par la rupture du couple. Un homme qui a été violent envers une de ses partenaires est susceptible de manifester à nouveau un comportement violent à l'égard de chacune de ses nouvelles compagnes ». (2)

Contrairement à ce que pensaient certaines féministes, qui craignaient peut-être qu'on se détourne des victimes, l'action auprès des auteurs de violences est complémentaire, et même « bénéfique » pour les victimes, comme l'expliquent M-V. Labasque et J. Laporte :

« Nous inscrivons les psychothérapies des conjoints violents dans une perspective globale de lutte contre la récidive et contre un risque élevé d'inscription transgénérationnelle de la violence familiale ». (2)

« La question de la prévention est au centre de cette thèse : l'action auprès des agresseurs et auteurs de violences conjugales est dans notre esprit complémentaire du soutien apporté aux victimes. Cette action n'a de sens que par rapport à elles. Prendre compte des auteurs n'est-ce pas aider les victimes ? ». (5)

La prise en charge des auteurs de violences nous semble donc indispensable, pour induire une prise de conscience et un changement de comportement chez l'homme, mais surtout pour diminuer le risque de récidive, pour leur compagne actuelle ou future, et limiter le risque de transmettre ce système de violences à leurs enfants qui peuvent être les témoins de ces violences.

« L'association de lutte contre les violences conjugales aide les hommes à mettre des mots sur leur comportement et à le modifier. Une intervention qui apparaît comme un complément indispensable à la protection des victimes. Le fait de s'engager dans une thérapie accroît le contrôle qu'a le patient sur lui-même. En effet, pour l'équipe soignante, les limites posées par la loi sont indispensables, mais il faut aussi intervenir au niveau des processus psychologiques qui sous-tendent ces comportements violents pour éviter les récidives et les phénomènes de répétition, notamment transgénérationnelle. Dans une perspective de prévention, l'intervention auprès des auteurs de violences conjugales et familiales apparaît comme le complément indispensable des actions d'aide et de protection des victimes ». (12)

Pour conclure cette partie nous citerons le Dr M. Salmona, psychiatre et fondatrice de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie :

« Il est thérapeutique que les auteurs ne restent pas dans l'impunité et qu'ils répondent de leurs actes devant la loi, à la fois au niveau pénal et civil. Il s'agit d'un signal fort qui leur est donné sur le fait qu'ils n'avaient pas le droit de commettre des violences et que toutes les personnes ont droit au respect de leur intégrité physique et psychique. Mais le rappel à la loi et les condamnations pénales et civiles ne sont pas suffisants pour empêcher la récidive, il est essentiel qu'un traitement soit mis en place dans le cadre d'une injonction de soin.

Il est nécessaire de leur faire faire (idéalement lors de stages obligatoires, cela existe dans d'autres pays), tout un travail de réflexion sur la relation à autrui, sur l'obligation de renoncer à des rapports d'emprise et d'instrumentalisation, sur le respect des droits et de la dignité des personnes, sur l'égalité hommes-femmes, sur les droits des enfants. Il faut aussi les aider à démonter les stéréotypes sexistes sur les hommes et les femmes, les fausses représentations sur la féminité, la

virilité, l'éducation des enfants, la sexualité, en dénonçant l'équivalence sexualité-prédation et sexualité-violence, et en dénonçant le recours à la prostitution et à la pornographie.

Les agresseurs peuvent et doivent donc se faire traiter. Il s'agit de les «désintoxiquer» de leur recours à la violence comme conduite dissociante, et de les sortir de leur anesthésie affective ». (30)

c. État des lieux

Force est de constater que l'absence de structures appropriées, vivement décriée par les médecins interviewés, est aussi dénoncée par la littérature spécialisée dans les prises en charge pour auteurs de violences conjugales. C. Helfter et K. Rouff, qui les ont étudiées, constatent dans des articles parus respectivement en 2004 et 2007 :

« Cette compréhension (*des violences*) impose à l'ensemble de la société et surtout aux acteurs sociaux, de mettre en place les moyens nécessaires au changement. Il est illusoire de penser que ces violences n'ont d'incidences que pour les victimes et que de faibles répercussions sur le développement global de la société. Pourtant en France, seuls sept centres s'adressent aux hommes auteurs de violence. Des centres qui manquent de moyens. Le centre d'Alain Legrand (*président de la FNACAV*) malgré une aide du secrétariat d'État au Droit des femmes ne perçoit pas assez de subventions pour assurer son fonctionnement. Les consultations sont payantes selon un tarif variable en fonction des revenus, mais ceci exclut encore de trop nombreux hommes». (12)

« Cependant, seul un petit nombre d'hommes bénéficie actuellement d'un suivi, car les initiatives engagées sont encore très limitées. Et, faute d'un soutien financier à hauteur des besoins, elles ont le plus grand mal à se pérenniser. Regroupées, depuis juin 2006, au sein de la FNACAV, douze structures sont spécialisées dans l'accueil de ce public. Il s'agit de programmes qui privilégient, pour l'essentiel, un accompagnement psycho-éducatif collectif des conjoints violents, soit une formule présentant, notamment, l'avantage de pouvoir toucher un plus grand nombre d'hommes ». (11)

Depuis leur parution les choses ont un peu évolué, puisqu'en dix ans, une quinzaine de centres de plus a adhéré à la FNACAV sur tout le territoire français. (31)

Pour J. Laporte, auteur d'une thèse de psychologie sur la connaissance des auteurs de violences conjugales, les difficultés auxquelles sont confrontées les dispositifs s'occupant des auteurs de violences conjugales sont multiples : « (...) manque de reconnaissance de la part du Ministère de la justice, manque d'information sur leurs actions, difficultés financières ». (5)

Une autre cause pouvant expliquer ce retard à la mise en place de structures adaptées sur le terrain et à leur recours, quand elles existent, est selon le sociologue D. Welzer-Lang, liée au rôle de la Justice en France. Selon lui, « la justice – à l'image de la société – est largement tolérante pour les violences domestiques ». (10). De ce fait, la peur des sanctions judiciaires ne serait pas un moteur suffisant pour amener les hommes violents à consulter d'eux-mêmes ces structures existantes, ce qui ne serait pas le cas d'autres pays comme le Canada où le problème de violence est plus facilement reconnu et abordé.

Il est rejoint sur ce point par J. Faget, sociologue également, qui dresse un bilan dur sur le système pénal en France. D'après lui, malgré l'accroissement des plaintes, trop peu de cas seraient poursuivis, et les sentences prononcées seraient trop clémentes. Cela serait lié à des limites structurelles qui entravent la possible efficacité du système pénal : « Les pesanteurs gestionnaires accablent le système judiciaire. La surcharge des juridictions représente un problème considérable dans tous les pays occidentaux. Nous assistons en effet à une spectaculaire augmentation de la demande sociale de droit qui a pour effet de paralyser un système judiciaire qui n'est pas outillé, en moyens humains et matériels, pour y faire face. Cette surcharge, ajoutée à une culture judiciaire peu intrusive en la matière, entraîne particulièrement en France, en vertu du principe de l'opportunité des poursuites conféré aux procureurs, un taux considérable de classements sans suite ».

De plus, la réponse judiciaire ne lui semble pas la meilleure réponse aux violences, tant au plan de la réparation des victimes, de la prévention de la récidive que de la pacification des conflits : « Les théories de la stigmatisation ont montré les effets négatifs qu'une condamnation peut avoir sur la carrière d'un individu (Becker 1963). Au lieu de transformer son comportement elle renforce chez le condamné les caractéristiques qu'on lui reproche. D'autre part cette condamnation ne serait pas en elle-même dissuasive. Elle ne ferait le plus souvent qu'alimenter et aggraver le conflit. « Elle met de l'huile sur le feu » pour reprendre les propos de nombreux médiateurs, ne traiterait que le symptôme que constitue l'infraction sans s'aventurer dans un travail sur les racines du conflit ». (16)

Il pourrait enfin y avoir, toujours selon le sociologue D. Welzer-Lang, un déni plus général, au niveau politique, mais également au niveau de la société toute entière. Pour lui, le manque de crédits alloués aux centres pour hommes violents par les pouvoirs publics est dû à une absence de réflexion politique sur la question des violences faites aux femmes :

« Pour l'instant tout laisse à penser que nous sommes dans une analyse victimologique sur la question des violences masculines faites aux femmes. Nous accueillons les victimes, avec des

moyens certes limités mais qui commencent à pouvoir être relativement efficaces, mais nous ne faisons rien par rapport aux auteurs ». (13)

En restant focalisés sur la victime, nous évitons de nous rendre compte du corollaire de ces violences : l'ampleur du nombre d'hommes violents dans notre société. Nous ne sommes pas prêts selon lui à faire face à cette réalité qui dérange, à identifier cette violence au quotidien. Pour pouvoir continuer à vivre dans ce monde, la société ferme les yeux sur ce phénomène, ou bien crée une image fantasmagorique de l'homme violent, tel le Grand méchant loup de notre enfance. Cela permet d'exorciser nos peurs, mais continue à alimenter l'idée que l'homme violent n'existe pas dans notre quotidien ordinaire. C'est ce qu'il explique sous la théorie du mythe de l'homme violent :

« Si le mythe de l'homme violent exorcise, légitime et banalise, il pousse aussi à la honte et au secret. Il favorise un déni collectif du phénomène. L'ensemble des éléments du mythe concourent à dire qu'exceptés certains cas rares, l'homme violent n'existe pas. Si l'homme violent n'existe pas, pourquoi les accueillir, et pourquoi subventionner des associations visant à les accueillir ? Le refus de subventions participe à cette logique : le refus d'entendre, de voir, le déni collectif du phénomène. La seule perception en cours, y compris pour désigner l'homme violent, est l'énoncé du mythe sur l'enfant battu qui reproduit les mêmes pratiques. La victimisation remplace l'analyse. Car après tout... s'il y a plusieurs centaines de milliers de femmes battues, cela signifie qu'il y a plusieurs centaines de milliers d'hommes qui les battent. Cette logique arithmétique se heurte au mythe et à nos représentations actuelles ». (10)

C. IMPLICATION ET PERSPECTIVES

1. Une reconnaissance souhaitable par le médecin généraliste de son contre-transfert

Nous avons vu que le médecin généraliste était mal à l'aise face aux auteurs de violences conjugales, que ce soit pour le prendre en charge pour ces violences, ou même pour un motif de consultation complètement autre. En analysant les projections négatives du médecin envers son patient violent, nous avons émis l'hypothèse que cela pouvait correspondre à un contre-transfert, concept développé par la psychanalyse, et qu'il pouvait sans doute être appliqué à toute relation de soins.

Les psychanalystes vont plus loin et considèrent que le contre-transfert est inhérent à la relation médecin-malade, comme le disent D. Winnicott et P. Denis :

« Quel que soit son amour pour ses malades, il ne peut éviter de les haïr et de les craindre, et mieux il le sait, moins il laissera la haine et la crainte déterminer ce qu'il fait à ses patients ». (32)

« Il est impossible pour le médecin de ne pas avoir de réaction à l'égard du patient et c'est ce que l'on appelle contre-transfert ». (32)

Le contre-transfert, qu'il soit positif ou négatif, serait donc à prendre en compte par le médecin. En effet, nous avons vu que les sentiments négatifs éprouvés par les médecins interviewés, amenaient certains d'entre eux à développer des mécanismes de défense, tels que le rejet et le déni. Afin de faire cesser une émotion désagréable, quelques médecins en venaient même à créer un véritable sujet de polémique, en remettant en cause le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sujet violent, qui les rendait mal à l'aise.

Ceci pourrait avoir des conséquences importantes, en faisant se pérenniser des violences par refus de prise en charge de leur auteur, mais également en limitant à ces patients l'accès à une relation de soins pour un autre motif.

Il ne s'agit pas de nier au médecin le choix de sa patientèle, ni de lui demander d'agir de façon « robotisée » et en supprimant ses émotions, mais de reconnaître l'existence de ce contre-transfert, comme l'explique M. Little, psychanalyste : « Quant à l'analyse de l'analyste, elle n'a pas pour but d'en faire un cerveau mécanique capable de produire des interprétations sur un mode intellectuel mais de le rendre capable de soutenir les sentiments soulevés en lui, au lieu de les décharger (comme le fait le patient). Des émotions trop violentes sont capables de fausser la perception juste de ce qui se passe ». (32)

La prise en compte du contre-transfert serait donc nécessaire pour la bonne raison qu'il influence l'attitude et les décisions que le médecin est amené à prendre. S'en rendre compte permettrait d'agir de façon plus posée et réfléchie, que le médecin décide finalement ou non de poursuivre la relation. La compréhension des causes de son malaise permettrait au médecin d'évaluer sa capacité psychologique et son souhait à prendre en charge un homme violent, ou non.

M-C. Hofner, médecin à l'Unité de médecine des violences au CHUV, recommande dans son Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence de : « Reconnaître ses propres difficultés/limites et valeurs concernant la violence et la maltraitance, afin d'agir de manière professionnelle ». (33)

C'est également ce que conseille R. Perronnet, philosophe et psychothérapeute, dans son article pour apprendre à mieux gérer l'agressivité et la violence dans une relation d'aide :

« La maîtrise de soi dans une relation conflictuelle demande donc préalablement à celui qui la pratique une lucidité particulière vis-à-vis de ses peurs et ses malaises. En fait, c'est parce que je vois ce qui suscite mon émotion que je suis moins dépendant d'elle. (...) Comprendre une attitude violente permet à l'aidant de ne plus en avoir psychologiquement peur, donc l'aide notamment à ne plus avoir besoin de porter sur elle des jugements négatifs. Face à la violence de l'aidé, l'aidant a à évaluer la gravité de la situation et à agir, pas à la juger avec ses peurs ». (34)

Pour conclure, je citerai le psychanalyste P. Denis : « Nous sommes tout près d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert, et que celui-ci ne cesse jamais de l'approfondir par l'auto-analyse ». (32). Il nous semble important de se remettre en question, se demander pourquoi nous réagissons de telle ou telle manière, afin de pouvoir être plus sereins quant à la prise de nos décisions et à la gestion de nos émotions, en participant par exemple aux groupes de pairs ou groupe Balint.

2. Une implication du médecin généraliste dans la prise en charge des hommes violents

Une fois son contre-transfert reconnu, il nous semble nécessaire que le médecin généraliste s'implique dans la prise en charge des auteurs de violences conjugales. Ce n'est pas une obligation, et si pour des raisons personnelles le médecin ne se sent pas capable de s'en occuper, il vaut mieux qu'il le reconnaisse également.

Mais sur un plan plus collectif, il paraît important que le médecin généraliste soit reconnu comme un maillon dans la prise en charge de ces hommes. Comme nous l'avons vu, cela fait partie de son rôle, et il peut surtout être un acteur majeur dans la prévention et le dépistage de ces patients particuliers, étant donnée sa position de médecin de famille et de premier recours.

Il est cependant impératif qu'il ne soit pas seul pour les prendre en charge, au risque de perpétuer le sentiment de malaise que nous avons décrit. Si l'on veut que le médecin généraliste s'implique, il est indispensable de faire des efforts sur deux points principaux :

a. La formation

La formation des médecins, initialement dans les facultés, et lors des formations continues le long de sa carrière, devra aborder en particulier les points suivants :

- la connaissance et le repérage des différents types d'hommes violents, et la façon d'aborder les violences ;
- les prises en charges existantes et les adresses des réseaux régionaux ;
- les façons de prendre un charge un agresseur : comment être dans le soin envers une personne violente, comment être dans le soin lorsqu'il n'y a pas de demande de soins de la part du patient ;
- la reconnaissance des mécanismes de défense et du contre-transfert.

b. La constitution d'un réseau de professionnels et structures

Comme nous l'avons expliqué dans la partie IV.C.2.d sur les raisons du malaise des médecins généralistes, le manque de réseaux et de structures adaptées est un frein à la prise en charge pour les médecins. Afin qu'ils ne se sentent pas isolés dans cette situation complexe, il est nécessaire de créer un réseau de professionnels autour de lui. Et pour qu'il ose s'impliquer en amont, il faut qu'il y ait en aval des structures où il puisse adresser ses patients violents, afin de ne pas rompre la chaîne du soin.

C'est ce que préconisait déjà en 2001 le Pr R. Henrion dans son rapport sur les femmes victimes de violences et le rôle des professionnels de santé :

« Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes se sentant isolés, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui, de quelque discipline qu'il soit, soit reconnu de tous. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence au niveau local ». (9)

3. Une sensibilisation du grand public, un travail éducatif et une volonté politique de prise en charge des hommes violents

Pour conclure, nous rappellerons que les schémas socioculturels sont une des origines des violences, comme vu dans les Prérequis (II.C.2). Les changements de comportement devront donc

passer par une évolution des mentalités en ce qui concerne les rapports hommes/femmes, et par une sensibilisation dès le plus jeune âge.

C'est le constat du sociologue D. Welzer-Lang, de la psychiatre M-F. Hirigoyen et de l'association SOS Femmes Solidarité :

« Lorsqu'un symptôme concerne des millions d'individus, on ne peut plus parler de folie, de maladie individuelle. La violence domestique est, à l'époque actuelle, devenue une maladie sociale pour laquelle les sociétés devront trouver des réponses sociales collectives ». (10)

« Moins un phénomène est reconnu socialement, plus il est difficile d'en parler. Il faut donc nommer la violence et apprendre à la repérer même dans ses formes les plus subtiles. On ne peut pas changer du jour au lendemain les mentalités, mais on peut, petit à petit, écorner les mythes et les préjugés par un travail de sensibilisation, d'information et d'éducation, favoriser le non-sexisme, responsabiliser les hommes et la société tout entière. Il serait plus utile de lutter contre les mentalités sexistes des hommes, d'éduquer les garçons à respecter les filles et de libérer les deux sexes des stéréotypes qui leur sont attribués ». (8)

« Comment prévenir la récurrence? Par l'éducation : l'égalité entre les femmes et les hommes reste la meilleure parade aux comportements violents ! ». (35)

Le grand public a pu être sensibilisé aux violences faites aux femmes, notamment par des spots télévisés et des campagnes de prévention à heure de grande écoute. Mais les messages d'information et de prévention adressés aux auteurs de ces violences sont encore très timides.

Nous pensons donc qu'il faudrait désormais considérer les violences conjugales dans leur ensemble. Il faudrait bien évidemment continuer à informer et agir pour la protection des femmes victimes, mais il est aussi nécessaire de prendre en compte leur agresseur. Cela pourrait être véhiculé par un message, insistant sur le caractère illégal de leurs actions, le risque de sanction judiciaire, et y associer des moyens concrets de lutte contre cette violence (coordonnées des groupes de parole, abord avec son médecin généraliste, numéro vert...). Enfin, afin de prévenir le développement de ces comportements, une sensibilisation aussi bien des filles que des garçons, serait nécessaire. Elle permettrait d'aborder de façon adaptée à leur tranche d'âges, les thèmes tels que l'égalité entre les sexes, le sexisme, la violence sous toutes ses formes.

C'est ce que le Dr R. Coutanceau avait préconisé dans son rapport sur la prise en charge et la prévention des auteurs de violences au sein du couple, en 2006 :

« La communication sur la violence est multiforme puisqu'elle doit s'adresser à la fois aux victimes, pour les inciter à dire non à la violence et dénoncer les faits de violences, mais aussi à leur entourage et au grand public et enfin aux auteurs potentiels de violences.

- Dès lors, à l'égard des auteurs potentiels de violences, il convient de développer, de façon concomitante, des messages complémentaires. L'un soulignant les conséquences marquées de la violence et son caractère inadmissible. L'autre imaginant un message moins dramatisé, en associant une incitation forte au dévoilement précoce et en proposant des solutions pour une prise en charge du sujet violent. On peut également imaginer des campagnes de prévention s'adressant directement aux hommes, pour faire évoluer les mentalités dans une dynamique plus éducative.
- Parallèlement à l'égard des victimes ou de leur entourage, il faut développer des messages incitant à dévoiler les faits de violences. Il faut favoriser le dépistage précoce en amenant les victimes à parler plus tôt. Pour les proches, évoquer un droit d'ingérence, voire un devoir quand ils devinent la violence qui se joue dans un couple.
- Enfin à l'égard du grand public et notamment des enfants et des adolescents, il convient de mener un travail éducatif sur les relations entre les hommes et les femmes dans les lycées et les collèges avec des échanges sur la vie affective et les relations de couple. Le travail mené par le Ministère de l'éducation nationale, notamment dans le cadre de sa Convention sur l'égalité entre les filles et les garçons va dans ce sens, de même que la prise en compte de l'éducation au respect dans le code de l'éducation. Mais il convient d'approfondir ces messages de non violence et de respect entre les sexes, notamment dans les cours d'éducation sexuelle ». (7)

C. Helfter, journaliste à la CNAF, déplorait en 2007 dans son article « Quelle prise en charge pour les auteurs de violences conjugales ? » l'absence de mesures concrètes suite à ce rapport : « On attend toujours la mise en œuvre d'une politique globale et cohérente de lutte contre les violences conjugales qui s'attaque à tous les aspects du problème : éducation des jeunes, sensibilisation du grand public, formation des professionnels au dépistage des situations, protection et accompagnement des victimes et, bien sûr, action auprès des partenaires violents ». (11)

À noter que la loi du 9 juillet 2010, relative notamment aux violences faites spécifiquement aux femmes, prévoyait « afin de mieux prévenir ces violences, que les formations initiale et continue délivrées aux enseignants doivent intégrer des éléments portant sur l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi que des actions de sensibilisation aux violences faites aux femmes ». (36)

Alors qu'en 2013 un plan interministériel contre les violences faites aux femmes ne contenaient encore « que » des mesures pour protéger les victimes, malheureusement toujours nécessaires, la situation est en train d'évoluer (36). Même s'il faudra attendre un certain temps avant de voir les résultats sur le terrain des mesures qui sont prises par le gouvernement, il semble exister une volonté politique de faire évoluer les mentalités, en agissant notamment au niveau de l'éducation, comme le veut le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes lancé en 2017 :

« La prévention doit être globale, menée dans tous les espaces de vie des femmes : école et université, transport et travail. La déconstruction des stéréotypes de sexe, qui constituent le terreau des violences faites aux femmes, doit également passer par une lutte contre la diffusion des messages sexistes dans les médias. Les compétences du CSA seront renforcées à cet égard. C'est pourquoi le 5^{ème} plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes s'inscrit dans la parfaite continuité du plan d'action et de mobilisation contre le sexisme engagé en septembre 2016 ». (37)

Ce travail éducatif est ensuite détaillé, et la formation des enseignants a aussi été prise en compte :

- « des programmes d'enseignement ;
- des séances obligatoires d'éducation à la sexualité planifiées en début d'année scolaire et prévues dans l'horaire global annuel des élèves ;
- des séances et actions de prévention de la maltraitance et des violences sexuelles». (37)

On constate une volonté des Institutionnels de mettre en œuvre une politique pour la prévention des violences conjugales, toujours centrée principalement sur la victime. Certes, un important volet éducatif a été mis en place depuis moins de dix ans, sensibilisant les jeunes générations à l'égalité homme/femme et à la lutte contre le sexisme, mais l'homme violent, « l'agresseur », est encore absent de ces campagnes d'information sur les violences conjugales.

Quelques initiatives d'associations publient des messages sur les réseaux sociaux avec un focus sur l'homme violent, n'hésitant pas à les interpeler directement, et le grand public par la même occasion.

C'est le cas de l'ONG Amnesty International, qui lors de sa campagne contre les violences conjugales (2006), s'adressait directement aux auteurs de violences par cette phrase : « Si tu bats ta femme, t'es pas un homme ».

Le site fanpage a également diffusé une vidéo, «Gifle-la », montrant les réactions de petits garçons face à une petite fille (38). Cette vidéo a été visionnée 35 856 001 de fois depuis janvier 2015.

Bien qu'ils soient encore balbutiants, ce genre de messages sur les réseaux sociaux peut être un relai pour une prise de conscience collective.

CONCLUSION

Notre étude a permis de décrire la vision des auteurs de violences conjugales par le médecin généraliste ; elle est comparable à celle décrite dans la littérature.

Par contre, il existe peu de données sur son ressenti envers l'homme violent une fois les violences révélées, et sur la façon dont cela modifie (ou non) son attitude s'il est amené à le voir en consultation. C'est ce que cette étude a cherché à analyser.

Cette étude nous a permis d'identifier l'existence d'un malaise du médecin généraliste face aux auteurs de violences conjugales, amplifié par leur statut de « médecin de famille » qui les met dans une position délicate vis-à-vis du couple et plus largement de la sphère familiale.

Pour certains médecins, leur perception de l'homme violent est parfois si négative qu'elle en vient à altérer la relation de soin entre le médecin et son patient, voire à remettre en cause le rôle du médecin dans la prise en charge des hommes violents, en suscitant une polémique chez quelques-uns.

Nous avons pu démontrer que l'origine de ce malaise est principalement due :

- à un contre-transfert négatif que le médecin généraliste gère via des mécanismes de défense (conscient ou non) tels que le refoulement et l'évitement ;
- à un manque de formation sur le thème des hommes violents ;
- à un nombre très insuffisant de structures adaptées et de réseaux spécialisés dans l'accompagnement de ces hommes, qui génère chez lui un sentiment d'isolement et d'impuissance.

Il conviendrait d'agir à plusieurs niveaux :

- individuel : d'une part, intégrer le concept de contre-transfert dans les formations à destination du médecin généraliste, afin qu'il en prenne conscience lors des consultations et ainsi faciliter l'alliance thérapeutique avec les hommes violents, que ce soit pour la prise en charge de violences conjugales ou pour tout autre motif de consultation et d'autre part, développer des outils à l'usage des professionnels de santé à l'instar des protocoles existant pour les victimes de violences ;

- éducatif : pérenniser les actions dans les établissements scolaires afin de sensibiliser les jeunes générations à l'égalité homme-femme et limiter la reproduction transgénérationnelle des violences faites aux femmes ;
- sociétal : élaborer un message ciblant les hommes violents, avec une diffusion au grand public. Ce message contiendrait deux volets : l'un répressif (« ce que vous faites est puni par la loi ») et l'autre d'accompagnement des hommes violents (avec la création d'un Numéro Vert, et les coordonnées des structures de prise en charge, qui restent à développer).

Il est nécessaire que les auteurs de violences conjugales deviennent un sujet reconnu et abordé par tous les acteurs ayant un rôle à jouer : les professionnels de santé et du social et les instances politiques et éducatives, afin de sensibiliser toutes les sphères de la société et de faire évoluer les mentalités.

BIBLIOGRAPHIE

1. JASPARD M. Au nom de l'amour: les violences dans le couple. Informations sociales. Août 2007;(144):148.
2. LABASQUE M-V. Vers un processus de soin des conjoints violents : étude clinique de leur histoire, de leur fonctionnement psychique et de leur capacité de relation [thèse de doctorat en psychologie clinique et pathologique]. Amiens; 2006.
3. DALLONGEVILLE F. Auteurs de violences conjugales: problématiques et prises en charge. De la clinique psychiatrique à une mise en perspective criminologique. Université Claude Bernard (Lyon); 2011.
4. JASPARD M. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. Bull Mens Inf Inst Natl Etudes Démographiques. Janvier 2001;(364).
5. LAPORTE J. Contribution à la connaissance des auteurs de violences conjugales et de la prévention des actes de violences : les groupes d'auteurs de violences conjugales. [Internet]. Lyon 2; 2010 [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/laporte_j#p=154&a=TH.7
6. Ministère des Droits des Femmes. Vers l'égalité réelle entre les femmes et les hommes - Violences faites aux femmes. Ministère des Droits des Femmes; 2014.
7. COUTANCEAU R. Auteurs de violences au sein du couple - Prise en charge et prévention. Rapport Coutanceau 2006.pdf [Internet]. [cité 27 oct 2016]. Disponible sur: http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/rapport_coutanceau-2006.pdf
8. HIRIGOYEN M-F. Femmes sous emprise. Oh! Editions. 2005. 312 p.
9. HENRION R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La documentation française; 2001.
10. WELZER-LANG D. Les hommes violents. Petite bibliothèque Payot. 2005. 456 p.
11. HELFTER C. Quelle prise en charge pour les auteurs de violences conjugales? D'un arsenal répressif à un accompagnement dans la durée. Août 2007;(144):74-83.
12. ROUFF K. Un centre d'accueil pour auteurs de violences conjugales. 11 Mars 2004; Disponible sur: <http://www.lien-social.com/Un-centre-d-accueil-pour-auteurs-de-violences-conjugales>
13. Marzano M. Violences conjugales : soigner l'homme violent. 11 Mars 2004;212.
14. SEVERAC N. Auteurs de violence conjugale; Sanction/Education, deux points d'appui pour sortir de la violence. Janvier 2009;(73):103-9.

15. BARRE M. Le témoignage de Magali Barre, éducatrice spécialisée [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.lien-social.com/Le-temoignage-de-Magali-Barre-educatrice-specialisee>
16. FAGET J. Médiation et violences conjugales. Juillet 2004;I. Disponible sur: <http://champpenal.revues.org/50>
17. HONNORAT C. L'approche clinique en médecin générale [Internet]. Faculté de Médecine de Rennes; 2009 [cité 10 oct 2014].
18. GAVID B. Séminaire « compétences en médecine générale et auto-apprentissage » [Internet]. Power point présenté à; 2009 [cité 10 nov 2014]; Poitiers.
19. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEW. Introduction à la recherche qualitative. Exercer [Internet]. 2008;19(84). Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
20. BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. 2ème. Armand Colin; 2010. 128 p.
21. PAILLE P, MUCCHIELLI A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4ème. Armand Colin; 2016. 432 p.
22. HADDAD S. Le viol entre époux: évolution législative et jurisprudentielle. Legavox [Internet]. 15 Novembre 2010; Disponible sur: <https://www.legavox.fr/blog/maitre-haddad-sabine/viol-entre-epoux-evolution-legislative-3759.htm>
23. MATWIES F. Il y avait un monstre en moi: témoignage d'un ex-mari violent. J'ai lu; 2014. 215 p.
24. GUILLET P. Rapport violences et santé [Internet]. La documentation française; 2004. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000405.pdf>
25. Code pénal. Article 226-14 [Internet]. Novembre 15, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417946>
26. Ordre National des Médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. Avril, 2017 p. 37. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
27. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
28. ESCANDE M. Apprentissage de l'exercice médical. La relation médecin-malade [Internet]. Collège national des universitaires en psychiatrie; [cité 21 Août 2012]. Disponible sur: <http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=1096641941797&LANGUAGE=0>

29. FREUD A. Le Moi et les mécanismes de défense. 15e éd (1 Mai 2001). puf; 1949. 168 p. (Bibliothèque de psychanalyse).
30. SALMONA M. Prise en charge des auteurs de violences [Internet]. Mémoire traumatique. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/prise-en-charge.html>
31. FNACAV. Lutte contre les violences conjugales et familiales [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.fnacav.fr/les-centres/>
32. PAUL D. Incontournable contre-transfert. Rev Fr Psychanal. 2006;70:318.
33. Programme de détection et d'orientation des adultes concernés par la violence [Internet]. [cité 27 Oct 2016]. Disponible sur: http://my.unil.ch/serval/document/BIB_CC4572957F21.pdf
34. PERRONNET Renaud. Comment gérer l'agressivité et la violence dans la relation d'aide? [Internet]. 2004 [cité 12 Juin 2013]. Disponible sur: <http://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-agressivite-aide>
35. SOS Solidarité Femmes. Les auteurs de violences conjugales [Internet]. Disponible sur: <http://www.solidaritefemmes-la.fr/les-auteurs-de-violences-conjugales/>
36. Ministère de la Justice. Lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/aide-aux-victimes-10044/lutter-contre-les-violences-faites-aux-femmes-28808.html>
37. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes [Internet]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2016/11/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
38. Fanpage. Slap her [Internet]. Italie: <http://www.fanpage.it>; 2015. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=b2OckQ_mbiQ

ANNEXES

ANNEXE 1 : MAIL DE RECRUTEMENT ADRESSÉ AUX MÉDECINS

Objet : proposition pour participer à une thèse de médecine générale

Cher confrère, Chère consœur,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mon projet de thèse.

Je travaille sur le sujet des violences conjugales en médecine générale, l'expérience et le vécu des médecins. Compte-tenu de la méthode de recherche employée je ne peux vous en dire davantage pour le moment, mais serais tout à fait disponible pour vous informer une fois l'entretien effectué, ceci afin de ne pas influencer vos réponses.

Ma directrice de thèse est le Dr Brigitte Tregouet, médecin généraliste installée à La Roche sur Yon.

Il existe peu de travaux sur ce sujet, encore assez tabou finalement. Pour essayer d'apporter le plus d'éléments de réponse possible, j'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative basée sur des entretiens personnels semi-dirigés. J'ai besoin d'obtenir un échantillon de médecins le plus varié possible. Le fait que vous soyez un médecin homme/femme installé m'intéresse.

Il s'agit donc d'un entretien individuel, qui peut avoir lieu à votre cabinet ou à tout autre endroit à votre convenance, et dont la durée estimée est de 20 minutes. Cet entretien sera enregistré, pour permettre une analyse secondaire exhaustive, mais sera retranscrit de manière totalement anonyme.

Je serais vraiment reconnaissante si vous acceptiez de me consacrer un peu de votre temps. N'hésitez pas à me contacter pour convenir d'un rendez-vous ou simplement pour obtenir des renseignements complémentaires.

Veuillez agréer l'expression de mes salutations respectueuses.

Nelly Nguyen

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation sommaire de la thèse et des conditions d'enregistrement : je fais ma thèse sur les violences conjugales. Cet entretien sera enregistré mais totalement anonyme. Il me permettra d'analyser secondairement les données.

1^{ère} consigne : Quelle est pour vous la définition des violences conjugales ?

Comment vous représentez-vous l'homme violent ?

- Comment le voyez-vous ?
- A-t-il un profil type ?

A quoi est due sa violence selon vous ?

- Qu'est-ce qui le rend violent ?
- Quelle est l'origine de la violence ?

Racontez-moi la dernière fois où vous avez été confronté à une situation de violences conjugales en consultation

Avez-vous déjà suivi un patient que vous saviez violent avec sa conjointe ?

- Ou pour lequel vous aviez des doutes ?
- Comment réagissez-vous lorsqu'il vient vous consulter pour des motifs ordinaires ?
- Avez-vous abordé le sujet des violences conjugales ? Comment ? Si non, pourquoi ?
- Quelle prise en charge lui avez-vous proposé ?

Est-ce que ça vous est arrivé d'apprendre une situation de violences conjugales ?

- Comment avez-vous réagi à cette révélation ?
- Vis-à-vis du conjoint ?

Vous sentez-vous assez informé/formé sur la prise en charge des hommes violents ?

Selon vous quel est votre rôle ?

Données générales : âge, lieu de travail, année d'installation

ANNEXE 3 : ENTRETIEN RETRANSCRIT

Exemple entretien n°6

Q - Alors on va commencer par une question générale, pour toi c'est quoi les violences conjugales ?

1- Euh... Bah c'est des violences conjugales ? C'est-à-dire c'est le fait d'avoir des relations violentes euh, soit physiques soit des, des relations psychologiques euh, dans un couple. Ce qui peut être une violence conjugale le plus souvent homme/femme, mais ça peut être femme/homme hein, j'en ai rencontré ! Euh voilà.

Q – Et si on parle plutôt des hommes, est-ce que t'as une image en tête de l'homme violent ? A quoi il ressemble selon toi ?

2- Non y'a pas de tête d'homme violent hein, ça se saurait hein ! C'est tous les milieux, tous les âges et euh... y'a vraiment pas de, de physique de l'homme violent. Il peut y avoir une psychologie de l'homme violent, oui, mais un physique non.

Q – Et psychologique, t'entends quoi par ça ?

3- C'est souvent quand même des hommes qui sont... euh fragiles psychologiquement, avec euh... souvent une toxicomanie plus ou moins avouée derrière, enfin des addictions plus ou moins avouées derrière... Et puis euh... Un rapport aux femmes un petit peu particulier quand même.

Q – Et qu'est-ce qui les rendrait violents ?

4- Ah je sais pas exactement ce qui les rend violents hein ! Y'a, y'a, y'a pleins de choses hein ! Souvent euh, une reproduction du schéma connu, euh un problème, un problème de relation à la femme, de, de, de... place... euh, de sa propre place par rapport à sa femme, ses enfants, la féminité enfin etcetera quoi. Mais euh, mais voilà quoi.

Q – Et est-ce que t’as déjà eu en consultation des révélations de violences conjugales ?

5- Oui, oui. Oui, hein. Euh... Alors c’est très compliqué. C’est très compliqué parce que euh... souvent, moi j’ai été appelé sur des constats de coups et blessures euh, dans le cadre des urgences, et, et euh... Mais tu fais des certificats de coups et blessures euh, parfois même avec la gendarmerie sur place et euh, et dans l’immense majorité des cas, euh on se rend compte que la plainte est retirée. Hein. Et ça ça pose problème. Quand euh, effectivement... ça pose question en tous les cas, quand euh, euh... Quand tu fais 2-3 constats de coups et blessures chez la même femme, et que à chaque fois elle retire sa plainte, euh, voilà ! C’est... ça pose question. Alors, est-ce qu’elle est, est-ce qu’elle est euh... sous influence complète et qu’à chaque fois, euh, qu’est-ce qui faut faire dans ce cas là ? Est-ce qui faudrait euh, systématiquement euh...euh... éloigner la femme du couple, ce qui est pas toujours possible compte tenu des enfants, voire pas souhaitable etcetera. Euh... Et puis ça amène parfois à se poser la question sur certaines personnes, de leur, est-ce que c’est leur manière de fonctionner quoi ? Hein ? Et, et, et est-ce qu’on doit y toucher quoi ? Hein euh voilà. Alors euh c’est euh... Le problème c’est que y’a une mise en danger euh... Et après se pose le problème de euh... doit-on laisser les gens se mettre en danger ?

Q – Oui est-ce que tu as un rôle à jouer ou pas ?

6- Voilà hein, à partir du moment où tu préviens, tu re-préviens, tu surpréviens etcetera, est-ce que t’as le droit d’interdire aux gens de se mettre en danger ?

Q – Ils sont adultes

7- Bah voilà hein. Euh... ça c’est difficile. C’est difficile. C’est difficile, c’est pas évident. Euh... Euh... Mon évolution me dit, tend à me dire que non, hein, il faut respecter la mise en danger des gens. Euh, de toute façon t’y arriveras pas hein. On voit, on voit des femmes que t’as sorties de euh, d’un couple où elles étaient battues etcetera, qui retrouvent quelqu’un, et t’apprends, 6 mois 1 an après que y’a eu encore un... Elles reproduisent les mêmes schémas, donc tu te dis, est-ce qu’elles cherchent un homme qui les bat ? Est-ce qu’elles reproduisent le schéma pour arriver à ? Enfin voilà quoi. Ça pose de grosses questions là-dessus hein. Voilà c’est, c’est. En tout les cas ça pose des, des questions. C’est pas l’immense majorité des cas hein bon, mais euh... Mais tu vois hein, y’a des femmes

euh, ça se voit. Y'en a elles sont frappées une seule fois puis tu te rends compte que de toute façon, le mec il recommencera jamais parce que... la prochaine fois elle les lui met pfiouuu sur la table et puis elle les lui coupe quoi ! Donc c'est bon. Et celles-là elles vont jusqu'au bout euh, elles se séparent euh voilà, elles suivent la procédure, et puis après elles passent à autre chose. Enfin ou elles passent à autre chose si les violences ont pas été, c'était juste une claque comme ça, ou euh, ou si elles ont eu un petit peu plus de séquelles et ben, enfin ou des séquelles psychologiques, elles tournent pas la page et elles vont jusqu'au bout de la procédure, enfin voilà ! Euh voilà. Et puis à l'opposé euh, t'as des femmes qui posent question. Voilà.

Q – Et alors tu parlais de certificats, donc c'est plus en général dans l'urgence, c'est pas des patientes que tu connais ?

8- Alors... J'ai, j'ai... Alors j'ai... C'est différent. Ben y'a le certificat de coups et blessures etcetera, ça c'était dans le cadre de l'urgence et, et de ce qui se passe après, et effectivement après y'a des, des femmes dont tu sais que le mari est violent.

Q – Que tu suis en consultation

9- Que tu suis en consultation. Avec des situations parfois très, très, très compliquées hein. De femmes qui ont euh, c'est d'ailleurs des situations un peu comme ça quand ça perdure, euh... Qu'ont pas les moyens de partir.

Q – Oui l'aspect financier

10- Hein euh, l'aspect financier euh, affectif euh, toute façon ben, elles ont pas un rond donc si elles partent on va leur retirer les enfants, en tous les cas c'est le fantasme qu'elles ont... Euh, euh... voilà... Il va me retrouver euh, gnagna gnagna. Ce sera pire. Enfin voilà quoi. Et puis euh, et puis tu trouves des, des couples euh... beaucoup plus âgés hein... Avec des gens qui te, des femmes qui te disent très souvent cette phrase, c'est euh « Il a pas toujours été facile... ». Et ça c'est lourd. Le « Il a pas été toujours facile », tu sens que derrière c'est... (rires). Hein, et c'est juste, juste cette phrase « Il a pas toujours été facile » euh... C'est une phrase terrible, terrible, terrible. Parce que euh, quand c'est des gens euh, que tu suis depuis longtemps, tu te dis « merde ! » je suis passé au travers...

Q – Toi t’avais pas du tout

11- T’avais pas forcément du tout notion de ça, hein. Euh j’ai eu y’a pas très longtemps euh... Une dame où je lui avais posé la question parce que, pttt, son mari il avait un peu ce profil de... euh... le mec qui de temps en temps se bourre la gueule un peu tout seul euh... qui euh... qui a eu des grosses périodes de chômage euh... Et puis voilà, bon, profil un petit peu limite ! Et où je lui avais demandé euh, comment ça allait dans le couple etcetera euh... voilà. Et bien tout allait parfaitement bien etcetera.... Et euh j’ai revu sa fille, enfin j’ai vu sa fille y’a quelques mois, et qui me dit « mais euh, maintenant que je peux vous le dire docteur, euh mais euh, ça fait des années qu’il la frappe ». Mais tu te rends compte ! Que l’enfant avait intégré le truc ! Parce que, elle est mariée, elle a des enfants, et elle me dit « maintenant je peux vous le dire ». C’est fou ! C’est-à-dire que c’est parfois complètement euh... imprégné dans le... dans la, dans l’image de la famille. Hein, c’est euh. Et donc j’ai, j’ai euh, j’ai rediscuté avec la femme euh, parce que lui en plus a été hospitalisé, euh, et voilà est sorti ce « Ouais il a pas toujours été facile. Il a son caractère docteur, mais bon... » (sourir). Voilà. Mais c’est une femme qui portera jamais plainte, qui partira pas, tu sens qu’elle a rien à faire. Elle a intégré. Elle a intégré ça. C’est devenu sa norme. Et, et qu’est-ce qu’on peut faire pour ça ? Rien !

Q – Changer de statut... Et pour en revenir au monsieur, lui tu le suis aussi ?

12- Ouais. Ouais.

Q – T’as abordé le sujet avec lui ?

13- Alors du coup j’ai abordé le sujet. J’ai abordé très indirectement le sujet parce que, moi je suis pas là non plus pour déstabiliser un couple. Hein, euh... En, en amenant sur, sur euh la boisson. Et il reconnaît qu’il boit des fois un petit peu et bon, je lui dis « Mais euh, et bon, quand vous buvez, vous vous énervez facilement ? ». Tu vois voilà, tu amènes les choses comme ça et euh, il te dit « Ouais c’est vrai que des fois je m’énerve un peu, mais bon, c’est pas méchant ». (silence). Voilà. Et, et euh la femme est là et, et, et elle le regarde d’un air de dire « Non ouais, c’est vrai que c’est pas méchant ».

Q – Ah tu avais l'épouse à côté ?

14- Ouais, ouais, ouais. Hein et, et, et voilà. Et tu te dis que tu peux rien faire. Que lui, à demi mots le reconnaît. Elle, le reconnaît, à demi mots aussi, et ils veulent rien en faire. Voilà quoi. Donc c'est, c'est pas à toi de leur imposer une norme quoi. C'est pas à toi de leur imposer une norme. En tout cas je crois pas.

Q – Et quand tu le vois en consultation, tu le vois comme n'importe quel patient ? Y'a pas de malaise ?

15- Oh bah non. C'est, c'est...euh, voilà je l'aime pas mais euh point quoi. Je veux dire, si je devais avoir euh un... y'a, y'a pire quoi je veux dire. Y'a pire donc euh voilà. Quand t'es amené à soigner des pédophiles euh, quand t'es amené à soigner euh, des choses encore plus euh, ignobles euh... Voilà, y'a un moment donné c'est, t'as... tu, c'est professionnel quoi. Manifestement je vais pas euh, aller lui mettre une grande tape dans le dos, et euh, aller boire un coup avec lui quoi ! Mais bon, je le soigne professionnellement quoi, voilà. Tu, tu mets une distance dans ton rapport et euh, voilà hein.

Q – Et y'a d'autres patients violents comme ça avec leur femme, que tu suis ?

16- Euh... Pfff... Des violences susp... Alors, des violences connues j'en ai pas trop. Hein, j'en ai 2 ou 3 disons. Mais des violences suspectées euh, des couples où je me dis euh... C'est pas clair... Euh ouais. Ouais. Je saurais mettre un nombre mais disons une dizaine quoi. Une dizaine.

Q – Et dans ces cas-là, tu penses qu'il faut aborder le sujet avec le, ou peut-être déjà la femme ?

17- Oui alors voilà, déjà la 1^{ère} chose c'est que la personne violentée en premier, hein, parce que moi je dis pas que la femme, la personne violentée. Parce que les violences envers les hommes c'est encore pire. C'est encore pire hein, parce que là y'a un tabou social encore plus important, et ils sont dans un état de solitude et de, et de, et de...

Q – Honte

18- De honte et de destruction de leur image euh... qui est terrible, terrible. Hein et euh, aborder avec euh, la personne oui, mais il faut être euh, il faut être très prudent. C'est si elle t'en parle pas, il faut pas rentrer dans le lard euh. Voilà t'as, tu peux, t'as pas le droit de soigner les gens contre leur volonté. T'as pas le droit de dire aux gens « Je vous impose un soin, je vous impose une norme ». Donc il faut, est-ce que, vous en parlez pas, faut réussir à aborder le, le problème en disant, en essayant de voir est-ce qu'elle en parle pas parce qu'elle en a honte, parce qu'elle ose pas, parce que gna, ou parce que elle a pas envie d'en parler. Elle a pas envie d'en parler. Hein. Et, et c'est plus difficile à détecter dans les milieux socio-économiques aisés que dans les milieux socio-économiques pauvres hein. Parce que y'a plus de capacités de dissimulation et... Et, et, et faut pas croire que parce que la femme a plus les moyens euh... Enfin parce que le couple a plus les moyens, que la femme va plus facilement partir. C'est pas vrai. C'est pas vrai. Pas du tout, parce qu'au contraire elle a tellement peur de perdre son statut que elle subit euh, encore plus et à l'intérieur, elle intériorise encore plus cette euh, cette soumission. C'est, c'est, c'est pas aussi évident que ça dans les milieux aisés. C'est, c'est très caché, c'est très... Et, et c'est beaucoup plus facile à détecter dans les milieux qu'ont pas des ressources intellectuelles qui leur permettent de...

Q – Oui tu dois avoir un tabou social... Et si jamais tu as obtenu l'autorisation d'aborder le sujet avec le compagnon ?

19- Alors moi je, j'aborde le sujet avec la personne qui est euh, qui est violentée, et puis euh... Moi j'oriente généralement euh... vers un psychologue ou des choses comme ça. C'est, dans la mesure où tu n'as jamais eu de euh, de situation d'urgence, hein, ça veut dire que euh, à priori les violences sont pas avec une mise en danger immédiate de la personne... Euh donc, tu es plus dans le travail euh, et cette personne là il va la faire, va falloir la faire travailler sur elle-même pour qu'elle puisse faire le pas de faire autre chose quoi. Hein et dire à son mari euh, stop. La prochaine fois, je vais porter plainte. Aller réellement porter plainte, etcetera. Hein euh, ça sert à rien de lui dire « Bah oui, il vous a frappé mais faut pas vous laissez faire, faut aller au commissariat ». Pffft ! Oui, tu peux le faire hein, mais tu te, tu te donnes bonne conscience. En sachant pertinemment que ça elle le fera pas, mais t'as bonne conscience quoi. Voilà, je l'ai fait. Je lui ai dit que son mari c'était un salaud et que fallait qu'elle le quitte... Bon bah elle l'a pas quitté, c'est pas de ma faute. Ouais euh, t'es gentil

chéri, elle a pas de boulot, elle a jamais eu de boulot, elle a pas de sécurité sociale si elle se barre etcetera. Voilà. Donc il faut les amener hein, c'est un travail hein, c'est...

Q – Et la personne violente, qu'est-ce que tu lui proposerais, si jamais y'a une demande de leur part ?

20- Alors voilà ! La personne violente, très souvent quand même nie les faits hein, est dans la négation complète hein. Et euh... c'est vrai que c'est difficile à aborder si t'arrives pas à l'aborder, moi ça m'est arrivé une fois de, de réussir à l'aborder, avec le couple hein. Et euh, et qu'ils en discutent tous les deux, et ça a déclenché des choses. Et bon après voilà, tu, là il faut vraiment les adresser euh, au psychologue et ou au psychiatre. Parce que c'est pas moi qui vais régler le problème. Quoi j'ai pas les, les bagages...

Q – Donc plutôt partir sur un problème psychologique à la base ?

21- Ah oui, oui. Oui, oui. Euh, alors après t'as d'authentiques pervers où tu sais que tu en feras rien, mais il est de structure pervers, il est structure pervers hein. Point. Y'a pas de traitement hein, c'est sa structure hein qui est comme ça. Donc euh, point. Y'a des harceleurs. Parce que y'a, y'a la violence physique, et puis y'a, y'a la violence psychique hein. Qu'est, qu'est, qu'est parfois encore plus dissimulée, et, et, et encore plus lourde. Avec des, ouais, avec des maris qu'ont des attitudes très, très... euh, je pense à un en particulier, très, très humiliante euh... envers leur épouse, et chez qui euh, là c'est un authentique pervers, et il s'en fout ! Du coup là je l'ai, il en a tout à fait conscience, mais c'est comme ça quoi ! Et « c'est comme ça que une femme elle doit être, et si elle est pas contente, elle se barre docteur ! Si elle se barre pas, c'est que ça lui plaît ! »

Q – Donc lui il l'avoue

22- Ah oui, oui ! Il le vit euh, voilà quoi, il l'assume. C'est euh, il est pervers quoi. Il a aucune culpabilité et euh aucune remise en question. Tu peux rien en faire hein. Elle elle reste euh... Elle reste parce que elle a pas envie de partir euh, parce que ça lui coûterait trop de statut social de partir. Bah parce que il a créé un tel, une telle dépendance que de toute façon, elle ne voit que ses amis à lui, ils sortent dans certains milieux, donc voilà ils sortent qu'entre gens, dans leur entre gens, et que euh, si elle s'en va euh, elle perd tout quoi. Elle a

plus personne, plus d'amis, etcetera. Donc voilà, elle reste à ce prix là. Au prix de ce, de cette... de cette... cette humiliation permanente...

Q – Puis lui

23- Lui a aucune, ah non, non, non. Ah non, pis tu peux rien faire hein ! Aucune prise en charge possible, c'est sa structure, il est comme ça. Il est comme ça. C'est un authentique pervers. Et ça les authentiques pervers, tu peux rien faire...

Q – Et t'as déjà eu des personnes violentes en demande de soins ?

24- Ouais... Parce qu'ils se rendent compte que. Alors c'est, c'est, c'est au début. Y'a qu'au début où. C'est euh...

Q – Quand ils commencent ?

25- Ouais. Quand ils commencent. Là il faut pas les rater quoi. Il faut pas les rater quand ils viennent en te euh, en demande, généralement ils viennent pour autre chose hein d'ailleurs, euh... Il faut pas les rater parce que si tu les rates là ils vont s'enkyster et c'est fini... (silence)

Q – Et t'as l'impression que c'est parce qu'ils en souffrent ou ?

26- Alors je pense que ils se rendent compte que ils, ils, qu'ils dévient quoi. Euh et, et, et ils sont, ils sont... Alors y'a ceux qui se victimisent. Hein. Et ça c'est difficile parce que euh... (sourir). Il faut pas les dévictimiser parce que sinon ils, ils reviennent pas. Mais tu peux pas non plus, tu peux pas valider leur victimisation donc c'est... c'est très difficile. Mais moi j'avoue que sur ces trucs là, très vite je passe la main. Très, très vite je passe. Et je pense que notre rôle c'est de passer la main très, très vite. On n'a pas la formation pour les prendre en charge, et on va faire des conneries, et on va euh, et, et on va faire pérenniser et enkyster des choses qui euh, si on les avait adressé euh au bon moment à la bonne personne, aurait pu être pris en charge correctement. On n'a aucune formation là-dessus. Hein. Et, et, et donc aucune, aucune compétence. Aucune compétence. Donc là, la 1^{ère} chose c'est effectivement quand tu le détectes, les adresser quoi. C'est euh. Moi je les prends pas en charge.

Q – Et ils acceptent quand tu proposes tout ce qui est psychologique ?

27- Faut l'amener hein, il faut l'amener la chose. Mais euh, quand leur demande vient d'eux, oui souvent, oui souvent ils acceptent. Ils acceptent. Voilà. Mais ça c'est au début hein ! Après euh... après c'est (mot incompréhensible) hein...

Q – Une fois que le schéma est installé

28- Une fois que le schéma est installé, c'est plus eux qui viennent se plaindre hein. (silence).
D'autres questions ? (rires)

Q – Oui on est souvent amener à les dépister et les orienter plus ou moins...

29- Et encore, il faut savoir à qui tu les envoies ! Parce que moi, je suis pas du tout sûr que... un, un... un, un mari ou un conjoint, ou un homme en général violent, euh, si tu l'adresses à un psychologue qui euh... comment, fait des tests etcetera, je suis pas du tout sûr que ça améliore quoi que ce soit hein. Il faut vraiment avoir un gros réseau derrière et savoir... Or on a déjà en France, aucune formation et aucune passerelle entre psychologues et médecins généralistes. C'est très difficile hein. Si euh, si tu fais pas l'effort toi, de te former secondairement, tu peux tout à fait faire toute ta médecine sans avoir fait un iota de psychologie hein. C'est... Comme, comme disait Desproges « On peut devenir président de la République en étant persuadé que les maréchaux sont des boulevards » (rires). Euh, voilà hein. Mais euh, y'a, y'a rien hein ! Moi j'ai été élevé, entre guillemets, dans une des rares facs où on avait des cours de psycho. Et donc moi ça m'a ouvert... Mais tu peux, en plus y'a, y'a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler, et ou, ou, qui te disent « mais de toute façon j'aime pas ça quoi ». C'est euh, voilà. « Ça me concerne pas, c'est pas, c'est pas mon boulot euh... La psy c'est chiant euh »

Q – Donc en gros la prise en charge d'une personne violente, c'est que psychologique ? A part l'adresser au psychiatre ou au psychologue

30- Ben qu'est-ce que tu veux faire ? Je pense que le, le, le caractère euh (rires) j'allais dire automatique, c'est-à-dire si il frappe, il prend une décharge, ça marche pas hein (rires). Hein euh, voilà. Je vois mal des médicaments euh... annihiler la violence de manière euh... Voilà ou alors on rentre dans des psychoses euh voilà... On n'a pas abordé le violent psychotique

c'est, c'est... voilà derrière t'as une grosse pathologie psychiatrique avec des délires et des machins comme ça, bon c'est, c'est tout à fait autre chose. Hein, c'est une violence qu'est pas coupable. Voilà, c'est euh... Le type qui a halluciné, qui voit des cadavres autour de lui etcetera, s'il en frappe un et que le cadavre qu'il frappe c'est sa femme... C'est pas une violence conjugale pour moi... Mais oui on est, on est euh... (soupir) relativement démuni face à la violence conjugale et, et, et c'est euh... C'est quelque chose d'assez récent. Moi quand j'ai commencé, la politique était relativement de dire « ce qui se passe dans le couple, ne regarde que le couple ».

Q – Oui c'est du domaine de l'intime

31- C'est du domaine de l'intime, etcetera. Comme euh, voilà, il viendrait pas à l'idée euh de demander aux gens euh, si ils ont euh, des rapports euh sado-maso ou des rapports sodomiques euh, et de leur dire que c'est pas bien etcetera. C'était vraiment de ce domaine là hein. Ça a quand même évolué hein... Mais c'est, c'est... On n'a aucune formation dessus et c'est euh, je vois pas d'autres prises en charge que psycho, psychologiques. Moi je suis plus psychologique que psychiatrique quoi. Soit y'a, il faut une évaluation psychologique. Avec quelqu'un qui va pouvoir te dire derrière « Bah attendez, y'a une grosse pathologie psychiatrique derrière, donc il est violent parce que euh... il est schizo, ou paranoïaque ou voilà... », quoi que ceux là en général tu les détectes, euh... Mais voilà.

ANNEXE 4 : ANALYSE VERTICALE D'UN ENTRETIEN

Exemple entretien n°6

THEMES/CATEGORIES	REFERENCES	Unités Minimales de Sens	THEMES
TYPES DE VIOLENCES/DEFINITION	(Q ;1) (Q ;7) (Q ;21) (Q ;22)	<i>Relations violentes physiques, psychologiques dans un couple</i> <i>Y'a des femmes ça se voit (...) elles sont frappées une seule fois (...) le mec il recommencera jamais</i> <i>C'était juste une claque comme ça</i> <i>A l'opposé t'as des femmes qui posent question</i> <i>Violence physique</i> <i>Violence psychique, encore plus dissimulée, plus lourde</i> <i>Des attitudes très humiliantes</i> <i>Humiliation permanente</i>	<i>Violence physique</i> <i>Violence psychologique</i> <i>Méconnaissance du cycle de la violence</i> <i>Minimisation des violences</i>
GENRE DE LA VIOLENCE	(Q ;1) (Q ;17)	<i>Le plus souvent homme/femme</i> <i>Mais ça peut être femme/homme hein ! j'en ai rencontré !</i> <i>Moi je dis pas que la femme, je dis la personne violentée</i> <i>Parce que les violences</i>	<i>L'homme violent</i> <i>La femme violente</i>

ORIGINE/DECLENCHEURS VIOLENCES	(Q ;3)	<i>Des hommes fragiles psychologiquement</i>	<i>La drogue</i>
		<i>Avec une toxicomanie plus ou moins avouée derrière</i>	<i>Ignorance des causes</i>
		<i>Des addictions plus ou moins avouées</i>	<i>Reproduction du schéma parental</i>
	(Q ;4)		<i>Rapport aux femmes problématique</i>
	(Q ;11)	<i>Un rapport aux femmes un peu particulier</i>	<i>L'alcool</i>
	(Q ;13)	<i>Je sais pas ce qui les rend violents</i>	<i>Le chômage</i>
			<i>Un problème psychologique</i>
	(Q ;21)	<i>Une reproduction du schéma connu</i>	<i>Une personnalité perverse</i>
		<i>Un problème de relation à la femme</i>	<i>Une structure</i>
		<i>Un problème de sa propre place par rapport à sa femme, la féminité, ses enfants</i>	<i>Une pathologie psychiatrique</i>
	(Q ;23)	<i>Le mec qui se bourre la gueule tout seul</i>	<i>Un schizophrène</i>
	(Q ;31)	<i>Qui a eu des grosses périodes de chômage</i>	<i>Une personnalité paranoïaque</i>
		<i>La boisson</i>	
		<i>Il boit des fois</i>	
		<i>(un problème psychologique à la base ?) Ah oui, oui, oui</i>	
		<i>T'as d'authentiques pervers</i>	
		<i>Il est de structure pervers</i>	
		<i>C'est sa structure qui est comme ça</i>	
		<i>C'est un authentique</i>	

	(Q ;18)	<i>du tout notion de ça</i> <i>Mais tu te rends compte ! L'enfant avait intégré le truc !</i> <i>C'est fou !</i> <i>C'est complètement imprégné dans l'image de la famille</i> <i>Il a son caractère docteur</i> <i>C'est plus difficile à détecter dans les milieux socio-économiques aisés que dans les milieux socio-économiques pauvres</i> <i>Y'a plus de capacités de dissimulation</i> <i>C'est pas aussi évident que ça dans les milieux aisés</i> <i>C'est très caché</i> <i>C'est beaucoup plus facile à détecter dans les milieux qu'ont pas de ressources intellectuelles</i>	
IMAGE DE LA FEMME VICTIME	(Q ;5) (Q ;7)	<i>Ça ça pose problème</i> <i>Est-ce qu'elle est sous influence complète ?</i> <i>Leur manière de fonctionner ?</i> <i>Elles reproduisent les mêmes schémas</i> <i>Est-ce qu'elles cherchent un homme qui les bat ?</i>	<i>Quelqu'un qui pose question</i> <i>Une personne inconsciemment responsable ?</i> <i>Méconnaissance du cycle des violences conjugales</i> <i>Une femme sous emprise</i> <i>Une personne qui a intégré les violences</i>

		<i>Ça pose de grosses questions</i> <i>Y'a des femmes ça se voit</i> (Q ;10) <i>Celles là elles vont jusqu'au bout, elles suivent la procédure puis passent à autre chose</i> (Q ;11) <i>A l'opposé t'as des femmes qui posent question</i> (Q ;13) <i>C'est le fantasme qu'elles ont (retirer leurs enfants)</i> (Q ;18) <i>Il va me retrouver, gnagnagna</i> <i>C'est une femme qui portera jamais plainte, qui partira pas</i> (Q ;22) <i>Elle a intégré ça</i> <i>C'est devenu sa norme</i> <i>La femme est là et elle le regarde d'un air de dire « c'est vrai que c'est pas méchant »</i> <i>Elle a tellement peur de perdre son statut</i> <i>Elle subit</i> <i>Elle intériorise cette soumission</i> <i>Elle reste parce qu'elle a pas envie de partir</i> <i>Ça lui coûterait trop de statut social de partir</i> <i>Si elle s'en va elle perd</i>	<i>Une victime consentante</i>
--	--	---	---------------------------------------

		<i>tout</i> <i>Elle reste au prix de cette humiliation permanente</i>	
PRISE EN CHARGE PROPOSEE	(Q ;5) (Q ;11) (Q ;20) (Q ;21) (Q ;22) (Q ;23) (Q ;25) (Q ;26) (Q ;29)	<i>Eloigner la femme du couple ?</i> <i>Qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? Rien !</i> <i>Il faut les adresser à un psychologue ou un psychiatre</i> <i>T'as d'authentiques pervers ou tu sais que t'en feras rien</i> <i>Il est de structure pervers point</i> <i>Y'a pas de traitement, c'est sa structure qui est comme ça. Point</i> <i>Tu peux rien en faire</i> <i>Tu peux rien faire</i> <i>Aucune prise en charge possible, c'est sa structure</i> <i>Il est comme ça, il est comme ça</i> <i>Les authentiques pervers tu peux rien faire</i> <i>Quand ils commencent (...) il faut pas les rater</i> <i>Ils vont s'enkyster et c'est fini</i> <i>Sur ces trucs là très vite je passe la main, très, très vite</i> <i>On n'a pas la</i>	<i>Séparer le couple</i> <i>Pas de prise en charge possible</i> <i>Avis psychiatrique</i> <i>Prise en charge psychologique</i> <i>Médecin généraliste non qualifié pour la prise en charge</i> <i>Ignorance du réseau</i> <i>Doute sur l'efficacité d'une prise en charge</i> <i>Un intérêt récent des médecins pour une prise en charge</i>

		<i>formation pour les prendre en charge et on va faire des conneries</i> <i>On va faire pérenniser et enkyster des choses</i> <i>On n'a aucune compétence</i> <i>Moi je les prends pas en charge</i>	
	(Q ;30) (Q ;31)	<i>Quand leur demande vient d'eux (...) souvent ils acceptent</i> <i>Et encore il faut savoir à qui tu les envoies !</i> <i>Je suis pas du tout sûr (...) qu'un psychologue améliore quoi que ce soit</i> <i>Il faut avoir un gros réseau derrière soi</i> <i>Je vois mal des médicaments annihiler la violence</i> <i>C'est quelque chose d'assez récent</i> <i>Quand j'ai commencé la politique était de dire « ce qui se passe dans le couple ne regarde que le couple »</i> <i>Je vois pas d'autres prises en charge que psychologiques</i> <i>Plus psychologique que psychiatrique</i> <i>Il faut une évaluation</i>	

		psychologique	
RÔLE DU MEDECIN	(Q ;5)	<i>Est-ce qu'on doit y toucher ?</i>	<i>Interrogation sur le rôle du médecin</i>
	(Q ;6)	<i>Doit-on laisser les gens se mettre en danger ?</i>	<i>Respect du libre arbitre des gens</i>
	(Q ;7)	<i>A partir du moment où tu préviens, tu re-préviens (...) est-ce qu'on a le droit</i>	<i>Méconnaissance/confusion des normes (rappel à la loi)</i>
	(Q ;13)	<i>d'interdire aux gens de se mettre en danger ?</i>	<i>Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste</i>
	(Q ;14)	<i>Il faut respecter la mise en danger des gens</i>	<i>Rôle de dépistage et orientation</i>
	(Q ;18)	<i>Moi je suis pas là non plus pour déstabiliser un couple</i>	<i>Refus de prise en charge par le médecin</i>
	(Q ;20)	<i>C'est pas à toi de leur imposer une norme</i>	<i>Ne relevant pas de la médecine</i>
	(Q ;26)	<i>C'est pas à toi de leur imposer une norme</i>	<i>Respect de l'intimité des gens</i>
	(Q ;29)	<i>T'as pas le droit de soigner les gens contre leur volonté</i>	<i>Confusion du médecin (normes, pratiques personnelles)</i>
	(Q ;30)	<i>T'as pas le droit de dire aux gens « je vous impose un soin, je vous impose une norme »</i>	<i>Evolution du rôle du médecin</i>
		<i>C'est pas moi qui vais régler le problème</i>	
		<i>J'ai pas les bagages</i>	
		<i>Je pense que notre rôle c'est de passer la main, très, très vite</i>	
		<i>Quand tu les détectes les adresser</i>	
		<i>Moi je les prends pas</i>	

	(Q ;31)	<i>en charge</i> <i>Y'a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler (formation psychologie)</i> <i>Qui te disent « ça me concerne pas, c'est pas mon boulot »</i> <i>C'est quelque chose d'assez récent</i> <i>Quand j'ai commencé la politique était de dire « ce qui se passe dans le couple ne regarde que le couple »</i> <i>C'est du domaine de l'intime</i> <i>Ça viendrait pas à l'idée de demander aux gens si ils ont des rapports sado-maso (...) c'était de ce domaine là</i> <i>Ça a quand même évolué</i>	
DIFFICULTES DU MEDECIN	(Q ;7) (Q ;9) (Q ;10) (Q ;11) (Q ;14) (Q ;26)	<i>C'est difficile, c'est difficile, c'est difficile</i> <i>C'est pas évident</i> <i>Des situations très, très, très compliquées</i> <i>Tu te dis « merde » je suis passé au travers</i> <i>T'avais pas forcément du tout notion de ça</i> <i>Tu te dis que tu peux rien faire</i>	<i>Champ lexical de la difficulté</i> <i>Culpabilité</i> <i>Etonnement</i> <i>Sentiment d'impuissance</i> <i>Peur de mal faire</i> <i>Peur d'être intrusif</i>

	(Q ;29) (Q ;30) (Q ;31)	<i>Ça c'est difficile</i> <i>C'est très difficile</i> <i>On va faire des conneries</i> <i>On va faire pérenniser et enkyster des choses</i> <i>On a aucune formation là-dessus et donc aucune compétence</i> <i>Il faut savoir à qui tu les envoies</i> <i>On a aucune formation et aucune passerelle entre psychologue et médecin</i> <i>C'est très difficile</i> <i>On est relativement démunie face à la violence conjugale</i> <i>C'est quelque chose d'assez récent</i> <i>C'est du domaine de l'intime</i> <i>Ça viendrait pas à l'idée de demander aux gens si ils ont des rapports sado-maso (...) c'était de ce domaine là</i>	
ABORD DU SUJET AVEC L'HOMME	(Q ;13) (Q ;18) (Q ;20)	<i>J'ai abordé très indirectement le sujet</i> <i>En amenant sur la boisson</i> <i>« quand vous buvez vous vous énervez facilement ?</i> <i>Il faut être très prudent</i>	<i>Abord de façon indirecte</i> <i>Attitude prudente</i> <i>Un moment difficile</i> <i>A aborder en couple</i> <i>Abord possible seulement au début des violences</i>

	(Q ;24) (Q ;25)	<i>C'est difficile à aborder si t'arrives pas à aborder le sujet avec le couple</i> <i>Qu'ils en discutent tous les deux</i> <i>Y'a qu'au début</i> <i>Quand ils commencent il faut pas les rater</i>	<i>Ne pas accuser l'homme</i> <i>Ne pas approuver leur position de victime</i> <i>Abord progressif</i>
	(Q ;26) (Q ;27) (Q ;30)	<i>Il faut pas les rater quand ils viennent en demande (...)</i> <i>généralement pour autre chose</i> <i>Si tu les rates là ils vont s'enkyster et c'est fini</i> <i>Il faut pas les dévictimiser parce que sinon ils reviennent pas</i> <i>Tu peux pas non plus valider leur victimisation</i> <i>Il faut amener la choses</i> <i>Moi quand j'ai commencé la politique était de dire « ce qui se passe dans le couple ne regarde que le couple »</i>	
MINIMALISATION VIOLENCES	(Q ;7) (Q ;15) (Q ;16)	<i>C'était juste une claque comme ça</i> <i>Y'a pire quoi, y'a pire</i> <i>Des violences connues j'en ai pas trop</i>	<i>Minimalisation des violences</i> <i>Sous-estimation des violences dans sa patientèle</i>

		<i>Des violences suspectées (...) je saurais pas mettre un nombre mais une dizaine quoi</i>	
ANALYSE DU DISCOURS	(Q ;6)	<i>C'est difficile, difficile, difficile</i>	<i>Champ lexical de la difficulté</i>
	(Q ;7)	<i>A partir du moment où tu préviens, tu re-préviens (...) est-ce qu'on a le droit d'interdire aux gens de se mettre en danger ?</i> <i>C'est difficile, difficile, difficile</i>	<i>Malaise du médecin</i> <i>Justification du médecin</i> <i>Mauvaise foi ?</i> <i>Frilosité ? Bien pensant ?</i> <i>Contradictions</i> <i>Confusion des pratiques</i>
	(Q ;9)	<i>Mon évolution me dit</i>	
	(Q ;10)	<i>(...) qu'il faut respecter la mise en danger des gens</i>	
	(Q ;17)	<i>C'est pas évident</i>	
	(Q ;18)	<i>Des situations très, très, très compliquées</i> <i>Tu sens que derrière c'est (rires)</i>	
	(Q ;19 ; 21)	<i>Moi je dis pas que la femme, la personne violentée</i>	
	(Q ;26)	<i>T'as pas le droit de dire aux gens « je vous impose un soin, je vous impose une norme »</i>	
	(Q ;29) (Q ;31)	<i>La personne violentée (...) dire à son mari/ des maris</i>	
	(Q ;31)	<i>Très vite je passe la main, très, très vite</i> <i>Si tu l'adresses à un psychologue je suis pas sûr que ça améliore</i>	

		<i>quoi que ce soit/ Je vois pas d'autres prises en charge que psychologique</i> <i>C'est du domaine de l'intime/il viendrait pas à l'idée de demander aux gens s'ils ont des rapports sado-maso ou sodomiques (...) et de leur dire que c'est pas bien</i>	
ATTITUDES DE L'HOMME VIOLENT	(Q ;13)	<i>Des fois je m'énerve un peu, mais bon c'est pas méchant</i>	<i>Minimalisation des violences</i>
	(Q ;14)	<i>Lui à demi-mots le reconnaît</i>	<i>Absence de conscience/culpabilité</i>
	(Q ;20)	<i>La personne violente très souvent nie les faits</i>	<i>Non reconnaissance des violences</i>
	(Q ;21)	<i>Est dans la négation complète</i>	<i>Absence de remords</i>
	(Q ;22)	<i>C'est un authentique pervers et il s'en fout !</i>	<i>Absence de remise en question</i>
		<i>Il en a tout à fait conscience mais c'est comme ça</i>	<i>Conscience des violences</i>
		<i>« c'est comme ça qu'une femme doit être »</i>	<i>Remise en question au début</i>
	(Q ;24)	<i>« si elle est pas contente elle se barre »</i>	<i>Position de victime</i>
	(Q ;25)	<i>« si elle se barre pas, c'est que ça lui plaît »</i>	<i>Refus de soins</i>
		<i>Il l'assume</i>	
		<i>Il est pervers quoi</i>	
		<i>Il a aucune culpabilité, aucune remise en</i>	

	(Q ;29)	<i>Ils vont s'enkyster et c'est fini</i> <i>Je pense qu'ils se rendent compte qu'ils dévient</i> <i>Y'a ceux qui se victimisent</i> <i>Y'a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler</i>	
FORMATION DU MEDECIN	(Q ;26) (Q ;29) (Q ;30) (Q ;31)	<i>On n'a pas la formation pour les prendre en charge</i> <i>On n'a aucune formation là-dessus</i> <i>Aucune formation</i> <i>On a aucune formation là-dessus</i>	<i>Absence de formation</i>

ANNEXE 5 : RÉSUMÉ PAR ENTRETIEN

1) Médecin 1

M1 est une femme (31-40 ans), installée dans un cabinet de groupe depuis 2014, en zone urbaine.

Elle n'a pas reçu en consultation de couple avec conjoint violent ou de conjoint violent (« *ces hommes- là ne viennent pas en consultation* »). Elle travaille également dans une association de femmes où elle ne voit que les femmes. De ce fait, elle est indécise quant à l'attitude qu'elle adopterait face à un conjoint violent qui viendrait en consultation et se sentirait mal à l'aise « *mon caractère, c'est pas aussi de rentrer dedans* », voire apeurée à cette idée « *parce que j'ai peur d'eux... non pas qu'il va te taper dessus mais... enfin je sais pas, j'oserais pas* ».

Elle distingue :

- Une violence physique plus réactionnelle liée aux circonstances, à un contexte difficile : ce n'est donc pas vraiment de la violence « intentionnelle » (« *t'as une agressivité en toi que tu ne contrôles pas... t'as ceux qui s'en ressentent mal, qui font ça contre leur gré...* »).
- Et une violence psychologique de fond, naturelle qui se traduit par du harcèlement moral, de l'abus de pouvoir.

On a aussi l'impression que les origines des violences et les mécanismes sont bien différents selon ces deux types d'homme violent :

- Un qui est violent donc par moments, qu'il ne choisit pas en général et il peut en souffrir (« *je le referai plus, je suis allé trop loin...* »)
- Et l'autre qui est mauvais par nature, qui est violent sciemment et sans « excuses », et qui ne se remet en général pas en question (« *et l'homme violent qui est un vrai con, qui fait du harcèlement moral ; ceux qui sont violents de manière naturelle* »).

En premier lieu, elle semble rejeter toute prise en charge concernant les patients violents, notamment parce qu'elle a l'habitude de suivre des femmes victimes de violences. Mais cela serait malgré tout un dilemme pour elle « *Je refuserais de le voir, mais j'ai jamais refusé de voir personne encore, je sais pas si j'oserais non plus dire « je refuse de voir cette personne »* ».

Dans son imaginaire, elle ne voit les hommes violents que comme des personnes dont il faut se débarrasser en urgence pour régler les situations de violence. Par la suite elle modère son propos, et

s'il y avait une demande de soins qui émane de l'homme violent, celui-ci reprendrait alors son statut de patient et il lui serait alors possible d'envisager de le soigner. Avec un bémol cependant concernant la prise en charge de « *ceux qui n'ont pas de remords, qui ne se remettent pas en cause et qui recommenceraient certainement avec d'autres femmes : des « cons »* » qui lui semble tout de même difficilement concevable et elle hésite même à considérer cette forme de violence conjugale en tant que maladie même si cela reste peu clair dans son esprit « *Parce que là, c'est un peu de la maladie ...* » puis dans la phrase d'après « *ils sont pas malades, on peut pas les sauver non plus...* ». Pour elle, ces hommes-là ne pourraient pas être guéris, elle considère que « *c'est pas notre rôle* ». Pour elle, il n'existerait qu'une seule solution pour ce type d'hommes violents :

- qu'ils quittent le foyer « *il faut qu'ils finissent tout seuls... Des hommes que violents avec leur femme, s'ils ne trouvent plus personne, ils sont plus violents* » car inaptes à une vie de couple,
- et qu'ils soient remis à la police et condamnés à la prison.

Comme évoqué plus haut, elle aborderait le thème d'une prise en charge uniquement à la demande du patient violent et elle l'orienterait vers un confrère psychologue ou psychiatre, cette démarche du patient pouvant en effet être considérée comme un début de remise en question. Car pour elle, dans la mesure où le patient violent se rend compte que cette façon d'agir n'est pas normale et qu'il y a souffrance de sa part, il peut donc être aidé.

Pour ce qui est de la prise en charge de la femme maltraitée, elle essaierait de la convaincre de quitter son conjoint violent « *on est un peu obligé de conseiller de quitter quand même* », mais constate (avec tristesse, défaitisme ?) des cas où les femmes restent malgré tout en couple (« *elle prévoit son truc pour le quitter ... ça fait X temps qu'elle est avec lui, si elle veut rester avec lui, elle reste avec lui, c'est pas mon rôle de...* », notamment pour des raisons financières, ou à cause des enfants et/ou pour les protéger du père violent.

Ses réponses sont parfois floues, peu précises ; on sent qu'elle manque encore un peu d'expérience, qu'elle n'est pas sûre d'elle sur certains sujets « *c'est pas facile de répondre* » et qu'elle ressentirait de l'appréhension, de la peur face au comportement des hommes violents.

2) Médecin 2

M2 est une femme (51-60 ans), installée en zone urbaine dans un cabinet de groupe depuis 23 ans.

On sent dès le début que le sujet la met un peu mal à l'aise : elle rit souvent (de gêne?) de certaines de ses réponses et parfois de façon incongrue « *c'est une dame, c'est un peu difficile avec son mari alcoolique (rires)* ».

Egalement elle ne répond pas toujours directement aux questions, notamment à la question sur l'image de l'homme violent : elle évoque plutôt d'emblée sa méfiance et sa peur d'être manipulée, en particulier s'il s'agit de violences morales, en opposition aux violences physiques que l'on peut constater.

En ce qui concerne les origines de la violence chez l'homme, elle les attribue au vécu familial au travers de l'enfance ou bien au caractère psy : c'est un mode de fonctionnement autoritaire.

Elle évoque les différents aspects que peut revêtir la violence d'après les cas en consultation :

- une violence aiguë provoquée par l'alcool, les drogues, le stress professionnel les problèmes financiers
- une violence sourde, latente qui peut devenir explosive à l'occasion de petits riens
- et enfin la violence psychologique avec ses corollaires : la soumission, la mise sous influence, les privations, l'isolement, la radicalisation dont certaines situations vécues au cabinet l'ont marquée « *l'exemple qui me tient à cœur c'est celle de la petite jeune* ».

Elle semble prendre parti de façon parfois un peu trop subjective pour les femmes victimes, s'identifiant peut-être à elles « *Moi je trouve que c'est violent comme truc ! ; Donc ça c'est violent pour elle !* ». Et cela se manifeste également par un glissement dans la définition des violences conjugales, puisqu'elle confond à plusieurs reprises des situations de conflit ou de tromperie, avec de vrais problèmes de violences conjugales. C'est le cas lorsqu'elle se remémore une patiente qui a été victime d'un mariage « gris ». Il y a eu tromperie mais pas violence à proprement parler : « *c'est un jeune gars qui voulait des papiers, d'Afrique Noire (...) C'est violent quand même pour la femme !* ». Il en est de même lorsqu'elle évoque un cas d'infidélité : « *De savoir qu'elle s'est fait... Elle a reçu ça comme un manque de respect. Je pense que c'est une violence conjugale aussi. Pour elle c'est une violence morale, conjugale.* »

L'abord du sujet avec le patient violent est source de questionnements :

Elle n'est pas à l'aise pour aborder le sujet avec l'homme violent, même avec l'accord de l'épouse, ce qui en fait est relativement peu le cas, « *je demande l'autorisation, le plus souvent c'est non, non, les gens ne veulent pas* ».

Et en même temps, elle ne veut pas mettre l'homme violent mal à l'aise en abordant le sujet, alors que c'est quand même lui qui devrait se sentir coupable : c'est assez paradoxal.

Et si elle réussit à aborder le sujet avec un patient, elle décrit la réaction de surprise de celui-ci signifiant : « *de quoi elle se mêle* » et en déduit qu'il n'assimile pas son attitude à de la violence, à de l'autoritarisme « *ce qu'il faisait lui semblait à mon avis tout à fait banal* ». Et souvent le patient violent ne revient plus au cabinet « *ensuite il est allé voir untel.... Il se sentait sans doute plus à l'aise car untel n'aime pas aborder les soucis (rires)...* ».

Cela l'amène à se questionner et s'inquiéter sur les conséquences possibles pour la conjointe (« *retour de manivelles* ») et la possibilité de perturber ou faire exploser l'équilibre familial, ou de créer des soucis avec les enfants.

De la même façon, même si elle est choquée par de nombreuses situations de violences dont elle a été la confidente, elle trouve par contre que la « sanction » pour l'homme est trop dure si jamais les violences venaient à être révélées au grand jour : « *violences conjugales, c'est terrible ! Si quelqu'un... Du coup il va être étiqueté violences conjugales, et ça c'est une catastrophe pour lui* »

Lorsqu'on lui demande si elle arrive à voir l'homme violent en consultation « pour motifs banals » comme n'importe quel patient et en faisant abstraction de leur violence, elle répond avec presque trop d'assurance, comme si elle voulait prouver quelque chose ou se persuader : « *Ah oui bien sûr ! Tout à fait ! ; (Y'a pas de peur ?) Ah non, non, non. Non* ».

On sent que même si elle veut se convaincre ou nous convaincre du contraire, l'homme violent l'a met mal à l'aise. Elle finit d'ailleurs par se contredire quelques instants après, en avouant être intimidée par certains patients violents qu'elle connaît : « *C'est un grand gaillard ! Si je l'avais croisé au coin du bois j'aurais pas été tranquille !* »

Pour elle, une des explications de ce malaise est la particularité de la place du médecin généraliste. D'une part, l'abord du sujet par la femme reste un tabou et est biaisé du fait d'une patientèle régulière n'osant pas en parler. D'autre part le médecin généraliste connaissant souvent les gens depuis longtemps, mais aussi toute leur famille, ce peut être délicat pour le suivi des patients violents et des conjointes. Cela peut aussi amener le médecin à avoir peur de s'impliquer (s'il devait être amené à dénoncer une situation violente par exemple).

En effet, contrairement au spécialiste, qui ne suit et ne connaît en général que le patient, pour elle le médecin généraliste peut avoir plus de scrupules à révéler une situation, par crainte des retombées sur les autres membres de la famille, qu'il connaît (« *c'est un spécialiste de la douleur, c'est pas un médecin généraliste, c'est vrai que le rapport est complètement différent aussi* »). Le spécialiste,

qui ne s'occupe « que de son patient », peut peut-être moins s'encombrer de savoir comment réagiront les autres membres de la famille, puisqu'il ne les connaît pas. Cela peut parfois être plus facile de se confier à quelqu'un qui nous voit occasionnellement et qui ne connaît pas notre entourage, la crainte d'être jugé étant moins présente.

En ce qui concerne le rôle du médecin généraliste, pour elle c'est tout d'abord de dépister cliniquement (« coups, hématomes ») et d'adresser la femme victime de violences vers des associations afin de la protéger et la mettre à l'abri. Et parallèlement d'orienter l'homme violent (dans la mesure où il est demandeur) vers les professionnels compétents (addictologues, groupes de parole, conseiller conjugal), afin de changer son comportement et de prévoir une prise en charge psychiatrique. Elle semble néanmoins assez dubitative sur la possibilité de changer l'homme violent « *le repentir qui recommence, c'est habituel...* » et sur son implication dans le programme de soins du fait de la honte d'être soigné pour violence et par conséquent de l'exposition sociale. L'autre volet est judiciaire avec un rappel à la loi, à l'ordre et aux valeurs éducatives.

Dernier point important : elle semble ne pas être au courant de l'ampleur statistique des cas potentiels de violences conjugales que je lui expose lors de l'entretien, et en est très surprise : « *C'est énorme ! Donc dans ta consultation t'en as une par jour... (silence). C'est fou !* »

3) Médecin 3

M3 est une femme de plus de 61 ans, installée en cabinet de groupe depuis 31 ans dans une ville semi-rurale.

Elle se voit comme un médecin de famille (« médecin généraliste, traitant des familles »), proche de ses patients : « Tu vois bon, t'as vu comment je parle avec les gens ; je connais les gens depuis longtemps, donc ils savent aussi qu'ils peuvent dire, t'as bien vu ils disent beaucoup de choses ; nous les médecins généralistes on soigne les corps et on soigne les âmes ; T'as vu comme je suis avec mes patients, hein, je suis assez cool ».

Elle répond à plusieurs reprises à côté de la question, quand on lui demande notamment sa représentation de l'homme violent.

En ce qui concerne l'origine des violences, elle explique ça par un manque de contrôle « tout le monde peut être violent un jour, après y'en a qui se tiennent, y'en a qui se tiennent pas ». Et les facteurs déclenchant ont donc un rôle important, que ce soit l'alcool (« des hommes sous l'empire

de l'alcool »), qu'elle évoque rapidement, ou même plus rare, la conjointe (« on voit des comportements de conjointe aussi, un peu ambivalents »).

Pendant l'entretien elle se positionne, sûrement du fait de son expérience liée à la différence d'âge, en « professeur » et donne des conseils, en répondant indirectement pas à la question : « Tu arrives à te comporter comme avec n'importe quel patient avec eux ? » *Alors tu sais, il faut vraiment que tu apprennes à prendre sur toi, à ne pas te laisser guider par tes émotions Nelly. Tu dois pouvoir les prendre en charge comme les autres ! »*

Elle fait aussi cela avec ses patients, usant de sa position de figure d'autorité pour donner son point de vue et parfois même donner des leçons, mais sans porter d'accusation : *« Moi j'ai dit, vous croyez pas que ce serait mieux de vous séparer ? A elle j'ai dit 'vous allez finir à l'hosto', et lui 'vous allez finir en taule' (...) Je l'ai revu, on ré-aborde, tu sais bien comme je fais en riant (...) Mais t'as la vie devant toi, mais faut partir ! (...) C'est toujours ce que je dis aux parents ; J'outrepasse peut-être mon rôle mais je pense qu'en tant que médecin je peux vous le donner ».* Cette attitude assez paternaliste permet d'ailleurs parfois de remettre dans le « droit chemin » certains patients : *« Il s'est dit, ouh la la vaut peut être mieux que je me tienne à carreaux ».*

En même temps, elle s'empresse de préciser qu'il n'y a pas vraiment de patients violents dans sa patientèle (*« J'ai pas non plus des, enfin tu vois la clientèle ici, la patientèle ici n'est pas une patientèle euh, ma patientèle n'est pas euh... Mais dans tous milieux on peut trouver (...) Sur le peu de recrutement que j'ai (...) J'ai pas l'impression d'avoir un gros recrutement »*). Elle semble également souvent se justifier (*« Moi je le connaissais pas hein, je le connais pas »*). Par contre, elle est persuadée que leur nombre est sous-estimé.

Lorsqu'on lui demande si elle a des choses à rajouter pour l'entretien, elle répond « Non » directement mais enchaîne tout de suite en revenant à une patiente victime de violences qu'elle a prise en charge. On sent que cette situation l'a marquée, et qu'elle a encore besoin d'en parler.

Il ressort de cet entretien une volonté de pragmatisme et d'inculquer ses valeurs, mais malgré tout un sentiment d'impuissance teinté de malaise.

4) Médecin 4

M4 est un homme (51-60 ans), installé dans un cabinet de groupe depuis 26 ans, en zone semi rurale.

Il semble d'entrée de jeu sur la défensive, précisant tout de suite quand je lui demande s'il a déjà eu des situations de violences conjugales dans sa patientèle que ce n'est pas fréquent : « Oui mais j'en ai pas de façon très nombreuse ». Il poursuit sur ce registre en répondant de façon un peu curieuse lorsqu'on lui demande la définition des violences conjugales : « Souvent ce sont les dames qui se plaignent ». Outre la dénomination des femmes par le mot « dames » un peu désuet, c'est surtout l'utilisation du verbe plaindre qui pose question. Sous-entend-il que les violences ne sont pas avérées ? Ou que leur réaction est exagérée ?

Il enchaîne en répondant ensuite à côté de la question lorsqu'on lui demande l'image qu'il a des hommes violents : « L'image d'un homme violent ? Ça peut être aussi physique que donc euh, verbale, psychologique ». La réponse n'a pas vraiment de sens, on se demande s'il a compris la question ou s'il cherche juste à éviter de répondre car cela le met mal à l'aise.

Idem avec la question suivante où on ne comprend pas non plus le sens de sa réponse lorsqu'on lui demande si ça peut être un type d'homme en particulier : « Non. C'est par rapport à ce qui m'est exprimé. »

Il conclut souvent ses réponses par un mot indiquant qu'il ne souhaite pas en dire plus : « Point ; Voilà ; Voilà c'est tout ; Point ; Point ; Je ne sais pas. Voilà ».

On retrouve dans les réponses suivantes une façon de désigner l'homme violent et la femme victime de violences un peu particulière « des dames ; des messieurs ; un prince charmant », et toujours cette manière également de répondre soit un peu à côté de la question, soit par avec une explication qui nous échappe un peu... « Qu'est-ce qui pourrait rendre un homme violent ? => Les désirs sont pas tout fait les mêmes ; Après il sera mal à l'aise quoiqu'il en soit avec la dame avec laquelle il vit ; Est-ce que vous avez déjà eu affaire à un homme violent ? => Ben l'objet c'est si y'a une violence sous-jacente, autant la déballonner ». On en vient à se demander s'il est mal à l'aise avec le sujet, et évite donc de répondre, ou s'il sous-estime la gravité du sujet.

Cependant, lorsqu'on en vient à aborder la prise en charge, il semble reprendre une attitude neutre et objective, lui permettant de faire son travail : « Je suis là pour écouter. Pas pour euh apprécier, et encore moins juger ; Je fais ce que je dois faire en tant que médecin ».

De la même façon, si l'homme violent vient consulter pour un motif complètement autre, il se sent également beaucoup plus à l'aise, dans son rôle de soignant : « Bah oui, c'est comme ça ».

On sent également qu'il est plus à l'aise, voire plus intéressé, quand la prise en charge ne concerne pas des violences conjugales, mais un simple conflit dans un couple : « Alors ça c'est beaucoup plus intéressant. Alors ça, ça c'est formidable ! Ca c'est très intéressant. Mais là y'a pas violence ».

5) Médecin 5

M5 est un homme (51-60 ans), installé en cabinet de groupe depuis 28 ans dans une zone semi rurale.

Il ne semble pas avoir d'idée préconçue sur les hommes violents au départ, répond de façon détaillée et claire quand on lui demande de définir les violences conjugales. Il répond sans paraître gêné que c'est un sujet difficile, et qu'il lui est arrivé d'être surpris d'apprendre des faits de violences de la part d'un patient, de ne pas avoir pressenti les choses.

Au fur et à mesure de l'entretien, on sent qu'il lui est plus difficile de répondre, il ne finit pas complètement ses phrases, soupire. Il énumère un certain nombre de causes possibles de violences, mais il finit plusieurs de ses réponses en revenant sur le fait que ce n'est pas facile de se rendre compte qu'un homme est violent avant que les faits soient exposés au grand jour, et qu'il lui est arrivé de « tomber de haut ». Il a manifestement déjà eu des histoires de violences dans sa patientèle, se rappelle plutôt bien des cas. On sent, peut être parce que c'est un homme ou parce qu'il a plusieurs années d'expérience, qu'il n'hésite pas à mettre les choses au point avec certains patients, adoptant même une attitude un peu paternaliste (« Ben attendez, y'a un souci là ; ben dis donc, ça se passe pas bien là ! »). Il en a conscience et est prêt à se servir de sa position de figure d'autorité pour « ramener les gens dans le droit chemin » ou au moins leur faire la leçon (« quand tu sais que t'as un ascendant sur eux ; oui, oui, bien sûr docteur »).

Vers le milieu de l'entretien, peut être parce qu'il se sent plus à l'aise ou que les souvenirs lui reviennent petit à petit à force d'en parler, il se met à raconter spontanément un cas de violences conjugales auquel il a été confronté plus jeune. Et finit son « anecdote » par une phrase lourde de sens, suivie d'un silence : « Le seul souci c'est que j'ai appris après que ça s'est terminé par le suicide du gars ». Il se justifie un peu en expliquant que les violences étaient graves, que le patient avait un profil un peu psychiatrique, mais on sent qu'il a encore des doutes ou des questions sur la façon dont les choses se sont passées : « A posteriori tu te dis quand même, attends là y'a » ; « Mais n'empêche que bon ». On sent également que cet épisode l'a beaucoup marqué (« ça a été un peu chaud » ; « c'est le genre de truc tu t'en rappelles » ; « ça te marque quand même, ça te fait quelque chose »). Et que cela a sans doute aussi affecté sa manière de travailler (« tu te dis que bon, faut être un peu sûr de ses billes » ; « est-ce que ça t'incite à être plus prudent ? »). Il n'empêche qu'il continue à dire fermement qu'il faut tout de même continuer à dénoncer les violences (« faut quand même protéger la maltraitée, faut pas exagérer »).

M5 donne jusque là l'impression d'être solide et sûr de son rôle, même s'il peut se remettre en question et avouer ses difficultés devant une situation, notamment après une expérience douloureuse comme vu précédemment. On pourrait donc s'attendre, lorsqu'on lui demande s'il arrive à voir les hommes violents comme n'importe quel patient, à ce qu'il conserve sa position « ascendante » vis-à-vis du patient et qu'il ne reconnaisse pas de gêne lors d'un tête à tête. Un certain nombre de médecins interrogés, des femmes notamment, ont en effet affirmé que cela ne leur posait aucun problème, comme si le contraire serait l'aveu d'un manque de professionnalisme ou une preuve de faiblesse. Ce n'est pas le cas pour M5, qui reconnaît aisément ne pas être à l'aise lorsqu'il se trouve en face d'un homme qu'il sait violent, sans chercher à se justifier pour autant. Sa réponse le fait paradoxalement paraître plus posé et serein que les médecins qui semblaient s'empresse d'affirmer qu'ils n'éprouvaient aucune gêne. Finalement reconnaître son malaise rend peut être plus confiant...

M5 montre aussi des signes de malaise inconsciemment, avec des rires mal placés (« c'était un p'tit rabougri ! » ; « il a fait un peu de taule quand même ! » ; « les maltraitants anonymes ! »), plusieurs plages de silence, et un champ lexical de la difficulté assez présent (« ça a été chaud ; c'est difficile ; c'est pas très évident »). Il explique bien qu'une grande partie de ces difficultés vient d'un manque de moyens, avec notamment peu de structures disponibles et un manque de connaissances sur le sujet.

Quand on aborde la question du rôle du médecin, M5 est le seul à dire clairement que dans certaines situations il doit avoir un rôle de « délateur » ou « signaleur » par rapport au conjoint, n'hésitant pas être un peu « agressif » et à sortir de son rôle de soins purs. On sent bien à nouveau que c'est la femme victime dont il s'occupe en premier (« ben oui mais quelque part la conjointe elle est un peu en danger des fois »), ce qui lui permet de valider son rôle un peu « agressif », selon ses propres mots, par rapport au mari. Il considère la victime comme une patiente, ayant besoin de soins, et l'homme violent ayant plus besoin d'une prise en charge judiciaire. Même lorsqu'il lui arrive de suivre un de ses hommes, le plus souvent suite à une injonction de soins, on voit qu'il garde une certaine réserve, notamment parce qu'il n'est pas sûr de l'intention de l'homme, et qu'il ne considère pas vraiment ça comme un soin (« y'a un suivi de soins obligatoire quoi » ; « tu te demande s'il joue pas un rôle »).

6) Médecin 6

M6 est un homme (41-50 ans), installé depuis 4 ans dans un cabinet de groupe en zone semi-rurale.

M6 commence l'entretien en donnant une réponse claire des violences conjugales. Il semble également catégorique quand il dit qu'il n'y a pas de « tête d'homme violent », et que les addictions ont une place prépondérante pour ces hommes-là. De même, sur le plan théorique, il donne l'impression de connaître plutôt bien le sujet, en citant plusieurs origines possibles à ces violences.

On se rend compte cependant assez vite qu'il y a quand même une méconnaissance du sujet et un certain malaise qui transparaît. Cela se voit lorsqu'il évoque les certificats qu'il a pu faire dans des situations d'urgence, et qu'il n'y a pas eu de suite ou que la plainte a été retirée. On sent une frustration envers la femme victime (« ça pose question ; est-ce que c'est leur manière de fonctionner ? »), qui l'amène à se poser une question intéressante : « doit-on laisser les gens se mettre en danger ? ». Comme il l'analyse bien lui-même, peut-on dire que la femme est sous influence complète ? Est-ce notre rôle d'y toucher ? La question est intéressante, mais on se rend compte qu'elle n'est pas vraiment appropriée dans les situations de violences conjugales. En effet, lorsque M6 va plus loin et se pose la question du « droit à interdire aux gens à se mettre en danger », on voit bien qu'on ne peut appliquer cette phrase aux femmes victimes de violences. Tout d'abord parce qu'on ne voit pas comment on pourrait leur interdire de rester en couple avec un conjoint violent (éloignement forcé ?) mais surtout parce que contrairement à ce qui est sous entendu dans la question, la femme n'a pas choisi d'être une victime, comme certaines personnes peuvent le croire, dont M6 qui le développe dans la suite de l'entretien. Les violences conjugales sont le fruit de mécanismes mis en place par le conjoint petit à petit, par étapes insidieuses. Elles s'intègrent dans un cycle de violences qui finissent par emprisonner la femme dans une relation toxique et lui faire perdre ses capacités d'autonomie, de recul... Ce n'est pas un réel choix de la femme de rester.

M6 enchaîne avec une comparaison entre deux types de femmes, celles qui ont du caractère et ne se laissent pas faire, et les autres, qui « reproduisent les mêmes schémas » quelque soit l'homme avec lequel elles sont. Même si on peut tout à fait comprendre sa frustration devant une telle situation, il est nécessaire de préciser que cette incompréhension ou irritation envers le comportement de la femme victime est liée à une méconnaissance de la réalité des violences conjugales et de ses mécanismes, notamment de l'effet « lune de miel ». On voit bien qu'il n'a pas toutes les clés pour pouvoir appréhender les situations de violences, et que cela engendre assez logiquement de l'agacement vis-à-vis des femmes victimes.

On sent par la suite qu'il a été marqué par des situations vécues en consultation, et que cela lui reste en mémoire. On voit que ce n'est pas facile à digérer pour lui : « ça c'est lourd » ; « Il a pas été facile, tu sens que derrière c'est... (rires) » ; « juste cette phrase, c'est une phrase terrible, terrible,

terrible ». On sent tout le poids des regrets derrière cette phrase, peut être de n'avoir pas vu ou pu faire quelque chose (« c'est des gens que tu suis depuis longtemps, tu te dis 'merde ! je suis passé au travers »).

Il y a une certaine ambivalence dans ses propos. Il semble sûr de lui et de son rôle lorsqu'il dit qu'il aborde le sujet avec ses patients auteurs de violences, mais en même temps il s'empresse de dire qu'il fait ça de façon indirecte, et ajoute qu'il « n'est pas là non plus pour déstabiliser un couple ». Il a connaissance des violences, conscience que c'est quelque chose de grave (« Mais tu te rends compte ! C'est fou !) mais en même temps n'est pas prêt à participer à un changement de situation. Le risque de déstabiliser un couple comme il dit, semble plus grave que de laisser perdurer une situation de violence.

Il se contredit ensuite, toujours sur la conduite à tenir face à la révélation de violences. Il explique dans un 1^{er} temps, de façon choquée, que la femme victime de violences s'est fait imposer une situation de violences « elle a intégré ça ; c'est devenu sa norme ; elle intériorise cette soumission ; il a créé une telle dépendance ; elle reste au prix de cette humiliation permanente ; il faut les amener, c'est un long travail ; il va falloir la faire travailler sur elle-même », et qu'elle n'a donc pas choisi cette situation. Puis, sans doute parce qu'il se sent impuissant et frustré (« tu te dis que tu peux rien faire ; ils veulent rien faire »), il revient sur ses propos et inverse la responsabilité : « c'est pas à toi de leur imposer une norme ». Comme si le couple avait choisi ce « mode de vie », et que personne n'avait à intervenir dans cette situation privée et consentie. Or l'élément fondamental ici, c'est que la femme n'a pas choisi, et qu'elle n'est parfois plus en mesure de prendre du recul seule pour se sortir de cette situation. Les violences conjugales ne sont pas un choix de vie, relevant de l'intime, mais bien une situation imposée à un des conjoints, et punie par la loi. Le fait de ne pas subir de violences au sein de son couple n'est pas une norme que le médecin pourrait imposer à un couple, c'est un droit, reconnu par la loi française et qui donne des droits aux personnes concernées.

Il reconnaît par la suite qu'il ne se sent pas en mesure de prendre en charge les hommes violents : « c'est pas moi qui vais régler le problème ; j'ai pas les bagages ; très vite je passe la main ; je pense que notre rôle c'est de passer la main très, très vite. On n'a pas la formation pour les prendre en charge ». Il va même plus loin et pense que pour certains hommes, aucune prise en charge n'est possible : « t'as d'authentiques pervers où tu sais que t'en feras rien ; y'a pas de traitement, c'est sa structure qui est comme ça ; tu peux rien en faire ». Il leur propose le plus souvent un suivi psychologique, même s'il reconnaît rapidement qu'il n'est pas sûr de son intérêt : « je suis pas du tout sûr que ça améliore quoi que ce soit ».

Il illustre ce malaise en citant des confrères, qui eux sont plus radicaux et « évitent » carrément le sujet : « Y’a énormément de confrères qui veulent pas en entendre parler, et ou qui te disent ‘mais de toute façon j’aime pas ça. Ça me concerne pas, c’est pas mon boulot’ ». Une des raisons possibles pour lui vient du fait que c’est un sujet qui a longtemps été tabou et dont on ne parle que depuis peu « c’est quelque chose d’assez récent, quand j’ai commencé la politique était de dire ‘ce qui se passe dans le couple, ne regarde que le couple’ ». Il essaie d’illustrer cela en mettant sur le même plan les rapports sado-maso, la sodomie et les violences conjugales, ce qui n’a strictement rien à voir. La confusion est identique pour ceux qui comparent les homosexuels aux pédophiles et oublient l’élément capital qui différencie radicalement ces deux situations : le libre arbitre de la personne. Pour l’enfant violé et pour la femme victime de violences conjugales, la situation n’est aucunement choisie, le consentement n’est pas possible.

7) Médecin 7

M7 est une femme (31-40 ans), installée en cabinet de groupe dans une zone rurale, depuis 14 ans.

Elle dit ouvertement qu’elle a du mal à se comporter de façon neutre avec les hommes violents : « je suis pas sûre d’avoir été très polie au téléphone ; c’est quand même compliqué quand il vient, personnellement moi je peux pas être dans le soin, ça reste très superficiel ». On peut même dire que contrairement à d’autres médecins interviewés, elle ne cache pas son malaise et ses difficultés à les voir comme n’importe quel autre patient, allant jusqu’à reconnaître que cela peut empiéter sur la qualité des soins qu’elle prodigue : « C’est compliqué pour moi, je pense que je le soigne pas bien, c’est clair ; vaut mieux dire non si on n’est pas capable et qu’on soigne mal la personne ; ma relation avec lui c’était compliqué ; c’est pas une relation de confiance ». Elle envisage même de ne plus les voir en consultation : « peut être que je lui dirais que je veux pas le voir ; je trouverais une solution pour pas le voir ». Elle dit clairement par la même occasion, que pour elle, il est difficile de suivre le couple : « faut pas que je soigne la femme ; c’est quand même compliqué d’être au milieu ; il faut qu’il y ait deux médecins séparés ».

Elle a aussi une vision très négative de ces hommes « c’est un problème purement psychiatrique des hommes », peut être par référence à des situations vécues, et est très pessimiste en ce qui concerne une prise en charge pour eux : « je suis peut être pessimiste mais je pense qu’un homme qui tape sa femme, on peut rien en faire ; je pense pas qu’il soit capable de se remettre en question ; pour moi ils sont incurables ». On sent même que cela dépasse le mépris, elle en a peur : « j’ai mis ma

voiture de façon à pas être bloquée, en priant pour que son mari revienne pas, à surveiller qu'il arrive pas ; j'étais pas tranquille ».

Cela l'amène à penser que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de prendre en charge ces hommes là : « une prise en charge de délinquant, c'est pas notre travail ; je vois pas où je peux mettre le médecin généraliste dans l'histoire ». Elle est initialement très catégorique, rejetant même ces patients comme on l'a vu plus haut. Ses propos se nuancent par la suite, quand on ne parle plus d'homme violent en général, mais d'un de ses patients. Elle se contredit alors, et est prête à le prendre en charge « c'est quand même mon travail ; c'est des personnes qui ont quand même le droit d'être soignées » ; on voit bien que dès que l'homme violent se met dans la position d'un patient, à nouveau, son rôle de médecin reprend le dessus : « si y'a un homme qui bat sa femme et qui vient chercher de l'aide, pour ça c'est quand même plus facile, parce qu'on peut entrer dans le soin plus facilement ».

On retrouve également cette ambivalence lorsqu'elle parle de son comportement à elle. Elle dit bien que la relation avec un patient violent est plus compliquée, qu'il y a « moins d'engagement, plus de distance ». Mais elle ajoute aussitôt, comme pour se défendre, qu'elle « espère qu'il le sent pas parce que c'est pas le but ». Elle a tendance à le rejeter mais en même temps ne voudrait pas que ça le mette mal à l'aise...

8) Médecin 8

M8 est un homme de 31 à 40 ans, installé en cabinet de groupe depuis 10 ans, en zone semi rurale.

Il a d'emblée une façon de s'exprimer hésitante, avec beaucoup de pauses, comme s'il avait du mal à chercher ses mots ou à se souvenir de certaines situations. Et cela devient flagrant : l'hésitation dans le langage traduit une hésitation au niveau de son comportement quand il raconte une situation de violences qu'il a vécue. Au fur et à mesure qu'il se remémore les faits de violence rapportés par la patiente victime, on se rend compte qu'il y a une certaine hésitation à la croire. C'est peut être lié à sa vision de la patiente, qui semble souvent dans la plainte (« elle se plaignait ; elle avait toute une souffrance psychologique, des douleurs, c'est un peu compliqué... ») ou à une méfiance vis-à-vis de la patiente (« Tu vois au départ on se demande toujours si c'est... si y'a vraiment quelque chose en fait ; je savais pas si c'est parce qu'elle voulait se barrer »). Il minimise également les violences : « physiquement elle avait pas grand-chose en fait ; elle avait un petit hématome bon ». Et c'est finalement quand les enfants de la patiente l'appellent qu'il se décide à faire quelque chose : « là

c'est un de ces fils qui m'appelle en catastrophe (...) Et donc c'est là je me suis dit, bon ben c'est terminé cette histoire, je vais faire un signalement au procureur ».

On voit que le malaise existe également envers l'homme violent, puisqu'il sous-entend même qu'un de ses patients violents l'intimidait : « j'aurais pas osé poser la question ; c'était un espèce de grand nerveux, euh un espèce d'énorme armoire à glaces (...) euh il aurait pu être violent ; c'est un gars dont on se méfie ; physiquement il imposait ; tu sentais qu'il pouvait partir au quart de tour ».

9) Médecin 9

M9 est un homme de 41 à 50 ans, installé dans un cabinet de groupe depuis 1 an ½ (mais remplaçant dans le même cabinet pendant 7 ans), en zone semi rurale.

Il apparaît d'emblée comme étant à l'aise, racontant des anecdotes sur le ton de la plaisanterie. Mais sa façon de rire après des propos plutôt douloureux, semble indiquer qu'il n'est pas très à l'aise.

Il se trompe ensuite sur une situation difficile qu'il étiquette comme étant des violences conjugales (« la violence se porte sur les problèmes de sexualité, c'était un peu forcé »), mais où il s'avère que le mari n'était pas vraiment conscient de ses actes : « il s'est avéré que le monsieur avait une espèce de démence frontale en fait ». Sa méconnaissance des violences conjugales se confirme quand il les compare à un problème d'alcool. Il semble avoir des difficultés à comprendre la réaction des femmes victimes : « Elles vont le dire, d'accord, mais jamais y'a des choses qui sont faites pour éviter les choses. C'est-à-dire qu'elles ont peur de la réaction de leur mari finalement ; Moi je prends les choses en mains. C'est jamais le cas (pour les femmes victimes) ; j'ai l'impression qu'elles ont du mal à être partie prenante dans le problème ».

Une des explications possibles au malaise qu'il ressent et continue à masquer avec le rire, est peut-être le sentiment d'être isolé quand il faut prendre ces patients en charge. Il semble même défaitiste pour une fois, en considérant que le médecin généraliste est le seul qui reste par défaut pour s'occuper des hommes violents, puisqu'il faut bien qu'il y ait quelqu'un : « De toute façon personne d'autres le fera ; ces trucs-là personne s'en occupe ». C'est peut-être pour ça aussi qu'il adopte un comportement un peu cynique lorsqu'il parle de ses patients, avec un côté technique et assez froid qui lui permet de ne pas être touché finalement : « j'en ai pas grand-chose à foutre en fait ! Je suis assez distant ; c'est un peu usant ; ça use ».

10) Médecin 10

M10 est un homme (41-50 ans), installé depuis 2 ans dans ce cabinet, en zone péri-urbaine.

A la différence de certains de ses confrères, ce médecin ne semble pas éprouver de gêne à l'abord de ce thème et répond aux questions de façon précise, analytique, sans esquive : au contraire, il n'hésite pas à revenir sur certaines de ces réponses pour apporter des détails complémentaires et approfondir sa pensée.

Il constate que les hommes violents ne viennent pas ou très peu consulter, et il est persuadé que les violences conjugales se retrouvent dans toutes les classes sociales, et dépendent également fortement du contexte socio-économique du foyer, la précarité financière et/ou professionnelle pouvant même être un facteur favorisant.

Un seul de ses patients a abordé les violences conjugales. C'est un patient immigré d'origine algérienne de 45 ans qui a traversé la décennie sanglante des années 1990. Lors d'une consultation au départ « ordinaire » au sujet d'angoisses, de douleurs thoraciques qui en fait n'avaient pas de fondements cliniques mais étaient psychosomatiques, cela l'a amené à révéler ses violences envers sa conjointe qui, selon lui, étaient liées à des difficultés financières et d'épuisement au travail.

Pour ce médecin, il semble que le « code de la famille algérien » très en faveur des hommes et la domination masculine sur les femmes (que certaines d'entre elles semblent avoir intégré) soient très ancrés dans ce couple et aient également un rôle à jouer dans le surgissement des violences. Il développe un discours plutôt féministe en faveur de l'émancipation des femmes et de leur délivrance de la tutelle masculine tout en ayant conscience de la complexité de la tâche, compte tenu du contexte culturel spécifique.

Pour autant, pour ce médecin, tout homme violent est en souffrance : il n'en a pas toujours conscience, mais il a besoin d'être aidé, accompagné et pris en charge. Et vice versa : tout homme qui souffre peut être violent. Cela devient un cycle infernal. Pour lui, les racines de cette souffrance se retrouvent dans l'enfance ou l'adolescence et sont souvent liées à un traumatisme affectif (tel que l'abandon) ou bien à la violence subie dans l'enfance qu'on reproduit à l'âge adulte, ou à un contexte historique ou géo-politique particulièrement violent (cf le vécu de son patient).

Ceci étant, il n'a pas hésité à faire un rappel à la loi à son patient et à lui proposer un suivi psychologique.

Par ailleurs, il suit de nombreuses femmes violentées et les conseille sur les recours judiciaires, les mesures de protection à prendre en cas d'urgence mais également les questionne sur leur histoire

personnelle afin qu'elles puissent reprendre confiance en elles. Néanmoins il déplore que l'investissement en temps consacré à ce travail ne soit pas reconnu et donc mal rémunéré, mais revendique que cela fait partie de son rôle de médecin.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Titre de Thèse :

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE AUX AUTEURS MASCULINS DE VIOLENCES CONJUGALES :
REPRÉSENTATIONS, ATTITUDES ET PRISE EN CHARGE PROPOSÉE.
ÉTUDE QUALITATIVE À PARTIR D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

RÉSUMÉ

Contexte : Les violences conjugales sont un problème de Santé publique et la grande majorité des victimes sont des femmes. Or les hommes auteurs de ces violences, demeurent un sujet peu abordé dans la société et dans la littérature scientifique. Comme ces hommes peuvent être amenés à consulter, il est intéressant de se pencher sur le comportement du médecin généraliste face à ces patients particuliers.

Objectifs : Recueillir auprès de médecins généralistes leur vision des auteurs de violences conjugales, leurs attitudes à leur égard, et la façon dont ils les prennent en charge.

Méthode : Enquête qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins généralistes, avec analyse par entretien, puis analyse thématique et conceptuelle.

Résultats : Les médecins généralistes ont une vision plutôt négative des hommes violents, qui peut influencer leur comportement à leur égard. Ils se sentent mal à l'aise face à eux et pour les prendre en charge. Ce malaise est lié à leur position particulière de médecin de famille, qui peut les conduire à avoir dans leur patientèle l'agresseur et la victime. La prise en charge de ces hommes violents est difficile car le médecin n'a pas de formation sur ce sujet et se heurte à un manque de structures adaptées, conduisant à un sentiment d'isolement et d'impuissance qui aggrave ce malaise. Enfin l'existence d'un contre-transfert négatif participe également à ce malaise, amenant le médecin à développer des mécanismes de défense et à remettre en cause son rôle dans la prise en charge de ces patients.

Conclusion : Il semble nécessaire que le rôle du médecin généraliste soit mieux défini dans la prise en charge des auteurs de violences conjugales et qu'il bénéficie d'une formation adéquate tout en étant entouré d'un réseau de professionnels et de structures adaptées. Il est également nécessaire qu'il soit formé au concept de contre-transfert négatif afin qu'il puisse le reconnaître lorsqu'il y est confronté. Enfin une sensibilisation du grand public est primordiale pour que les hommes violents soit une réalité reconnue et prise en compte.

MOTS-CLÉS

Violences conjugales, Médecins généralistes, Médecins de famille, Hommes violents, Auteurs de violences conjugales, Contre-transfert, Représentations, Prise en charge