

Article

« Un groupe de soutien à l'intention des femmes victimes de violence conjugale »

Thérèse Rainville, Suzanne Kérouac et Dominique Boucher

Santé mentale au Québec, vol. 16, n° 2, 1991, p. 89-97.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032228ar>

DOI: 10.7202/032228ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Un groupe de soutien à l'intention des femmes victimes de violence conjugale

Thérèse Rainville,*
Suzanne Kérouac,*
Dominique Boucher,*

Pour les femmes victimes de violence conjugale, le départ du foyer et le séjour dans une maison d'hébergement ne représentent que la première étape d'un long processus de changement qui est souvent ponctué de crises. Un groupe de soutien a été mis sur pied pour aider ces femmes à établir de nouveaux modes de relations qui les rendraient aptes à traverser avec succès cette période difficile de leur vie. En s'inspirant des principes d'affinité, de présence et de consolidation élaborés par Lifton (1976), les auteures de cet article soulignent la valeur de la réciprocité dans la relation thérapeutique et proposent des éléments de réflexion sur les points saillants d'une intervention auprès des femmes victimes de violence conjugale ayant fait un séjour dans un centre d'hébergement.

Propos de l'article

Ce texte résume la démarche qu'un groupe de soutien a élaborée pour aider les femmes qui ont subi la violence conjugale et ont fait un séjour dans une maison d'hébergement. Basé sur le compte rendu de l'animatrice du groupe, cet article montre comment l'évolution de ces femmes a été assurée grâce à un travail soutenu; il souligne aussi l'importance de la réciprocité dans la relation thérapeutique. Notre propos ne consiste pas en une évaluation systématique de cette intervention clinique mais plutôt en une série d'observations faites sur le terrain et mises en relief à l'aide d'écrits pertinents.

* Thérèse Rainville (D.Ed. Couns.) et Suzanne Kérouac (M.N., M.Sc.) sont toutes deux professeures agrégées à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Quant à Dominique Boucher (M.Sc.), elle est infirmière clinicienne au Allan Memorial Institute.

Problématique

Au Canada, le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme estime qu'une Canadienne sur dix est violentée par son conjoint (MacLeod, 1980). Au Québec, les statistiques dépasseraient l'estimation canadienne: il s'agirait d'une femme de 15 ans ou plus sur sept (Gouvernement du Québec, 1985). Aux États-Unis, la vie privée et collective d'au moins 12 % des femmes en serait affectée (Straus et al., 1980). Comme elle se retrouve au sein de nombreuses familles, la violence conjugale est un phénomène socio-culturel présent dans toutes les couches de la société, peu importe l'âge, le statut socio-économique, le degré de scolarité, l'origine ethnique ou même la religion des personnes.

Au cours des dernières années, la violence conjugale a été étudiée dans une perspective de santé. Une étude descriptive, réalisée auprès de 130 femmes en centres d'hébergement de Montréal, a tracé un portrait peu reluisant de la santé de ces femmes et de leurs enfants (Kérouac et al., 1986a). Une étude récente, effectuée auprès de femmes ayant fait un séjour d'un an dans une maison d'hébergement d'une autre région du Québec, souligne une plus forte incidence de problèmes physiques ou mentaux et une plus grande consommation de médicaments chez ces femmes que dans la population en général (Chénard et al., 1990). Dans un contexte plus large, d'autres chercheurs ont corroboré ces résultats. Ainsi, en plus des blessures physiques, les femmes violentées présentent davantage de dépression, d'anxiété, d'insomnie et de malaises somatiques (Jaffe et al., 1986). Plusieurs d'entre elles éprouvent de la difficulté à mener leur grossesse à terme, d'autres ont des pensées suicidaires et doivent recourir aux services psychiatriques d'urgence (Stark, 1981).

Depuis une vingtaine d'années, les féministes ont donné le ton en dénonçant les multiples formes de la violence conjugale, son caractère pernicieux et ses conséquences malheureuses. À divers paliers de la société, des discussions ont eu lieu et ont favorisé la mise sur pied de programmes de sensibilisation à l'intention des victimes et des agresseurs, ainsi que la création de centres pour femmes et enfants. Recherches et enquêtes se sont multipliées.

Contexte de l'intervention

Peu de centres d'hébergement pour femmes violentées jouent le rôle d'un lieu de transition capable, à moyen terme, d'aider ces femmes à réapprendre à fonctionner de manière autonome. Quelles que soient les solutions de rechange envisagées durant leur séjour, ces femmes ont des choix difficiles à faire et elles demeurent les principales artisanes de

leurs décisions. Qu'elles envisagent de rompre leur union conjugale ou de négocier une nouvelle entente avec leur conjoint, les femmes violentées qui quittent le centre ont besoin de soutien pour résoudre leurs problèmes et pour assurer leur croissance personnelle.

La majorité des textes que nous avons consultés qualifient généralement les femmes violentées de «victimes». Le terme de « survivantes » conviendrait mieux à celles qui, avec leurs enfants, ont fui la violence et sont venues chercher de la protection, le plus souvent dans un centre d'hébergement. Outre la sécurité, les femmes violentées y trouvent l'accueil chaleureux, la compréhension et le jugement objectif des animatrices. Leur venue en centre d'hébergement est aussi motivée par le désir de réfléchir sur leur situation et de trouver des solutions à leurs problèmes familiaux (Kérouac et al., 1986). Les diverses actions posées par ces femmes (quitter leur foyer, parler ouvertement de leur situation, rechercher des solutions, etc.) relèvent plus du désir de survivre que de la résignation passive propre à une victime.

Les principes de Lifton

Le psychiatre américain Lifton (1976) a élaboré un mode d'intervention en vue d'aider les vétérans de la guerre du Vietnam à se réinsérer dans la société. Selon cet auteur, toute personne peut donner un sens nouveau aux expériences les plus menaçantes de sa vie et, ainsi, retrouver son intégrité et réapprendre le partage.

Selon Lifton, trois principes majeurs doivent guider l'intervention: l'affinité, la présence et le changement personnel et social. Le principe d'affinité correspond au rapprochement qui intervient entre des personnes lorsqu'elles partagent une expérience particulièrement accablante. Dans tout groupe, les membres partagent une expérience fondamentale et ils cherchent ensemble à donner un sens à celle-ci. Le deuxième principe correspond à la qualité de la présence de chaque participant; cette présence nécessite un engagement et une ouverture d'esprit suffisants pour créer progressivement un sentiment de mutualité. Le thérapeute ne peut s'en tenir à une neutralité bienveillante; il doit faire montre d'un engagement personnel au même titre que les autres membres du groupe. Le troisième principe, le changement personnel et social (*self-generation*), correspond au besoin, présent chez toute personne qui recherche aide et soutien, d'amorcer soi-même un processus de changement tout en respectant son propre rythme.

Lifton prône aussi l'établissement d'un dialogue ouvert aux échanges interpersonnels, du type «donner et recevoir», ce qui implique une relation de réciprocité entre le thérapeute et les membres du groupe.

Les échanges sont tantôt spontanés, tantôt ponctués de consignes précises.

Lorsqu'il est adapté à la situation des femmes aux prises avec la violence conjugale, le prototype d'intervention de Lifton favorise non seulement l'expression des émotions des femmes, mais il les aide aussi à développer un nouveau mode de communication basé sur une conscience féministe (Campbell, 1986). Ainsi, la femme prend conscience de sa propre expérience, devient sensible à ses besoins et sentiments, exprime ses émotions et formule ses propres demandes. Elle a de plus en plus d'emprise sur sa réalité, tout en s'octroyant plus de pouvoir dans ses relations interpersonnelles. L'apprentissage du contrôle sur sa vie se fait à travers la relation thérapeutique. L'accent y est mis sur le partage du pouvoir. Ainsi, la femme est invitée à la réciprocité, c'est-à-dire à assumer, avec l'intervenante, la responsabilité de sa propre croissance (Argyris et Schon, 1974). L'intervenante ne se pose donc pas en experte mais devient, pour le groupe, un guide qui facilite l'exploration du vécu de chaque membre.

Le groupe de soutien

Dans ce contexte, un groupe de soutien a été formé, réunissant un nombre restreint de femmes aux prises avec des problèmes communs. À intervalles réguliers, celles-ci ont discuté de leurs difficultés et de la façon la plus efficace de les résoudre.

Le groupe a tenu ses réunions dans un centre d'hébergement pour femmes en difficulté de la région de Montréal. Certaines femmes qui ont fait un séjour récent dans ce centre pour des raisons de violence conjugale, ou qui étaient sur le point de le quitter, ont été invitées à participer au groupe. Huit femmes âgées de 24 à 53 ans (moyenne de 35 ans) ont accepté de participer à un programme de douze rencontres, tenues le soir à raison de deux heures par semaine. Afin d'assurer la cohésion du groupe et un climat de confiance, on a accueilli de nouvelles participantes seulement au cours des trois premières rencontres. Une infirmière ayant une formation de deuxième cycle jouait le rôle d'animatrice. Elle a rédigé le rapport clinique qui a servi de point de départ à cet article.

Déroulement des rencontres

Pour décrire le déroulement des rencontres, nous allons recourir aux trois principes de Lifton et à la notion de réciprocité qui leur est associée.

L'affinité

Le principe d'affinité permet de comprendre le premier contact qui s'établit entre les membres du groupe: ce contact est issu de la rencontre de femmes ayant survécu à un traumatisme commun et désirant partager leurs expériences. Au cours des trois premières rencontres, les femmes ont témoigné de leurs pénibles expériences; elles ont cherché à identifier les points de ressemblance et de différence entre les expériences de chacune. Les stratégies suggérées pour faire cesser la violence du conjoint se rejoignaient à partir du cheminement personnel de chaque femme et de la même décision de chercher refuge dans une maison d'hébergement. Cet échange d'expériences personnelles et communes a permis aux femmes de se reconnaître et de s'encourager les unes les autres.

La quête d'identité s'est exprimée à travers les jeux d'interaction et d'association. Lors de ces rencontres, les échanges verbaux étaient multiples, ce qui rendait l'atmosphère lourde d'émotions: pleurs, fous rires, étourdissements, récits d'expériences passées souvent empreints d'émotions douloureuses et intenses.

Lors des premières rencontres, les discussions étaient principalement axées sur le passé de violence et ses conséquences sur la vie actuelle des femmes: difficulté à faire confiance, paralysie dans l'action causée par la peur d'être jugée, sentiment de culpabilité. Ces conséquences se manifestaient directement dans leurs relations interpersonnelles. Ainsi, plusieurs femmes qui avaient pourtant le soutien de leur famille, disaient avoir peu d'amis ou n'en avoir aucun; elles se sentaient seules, différentes des autres, et portaient un jugement sévère sur elles-mêmes.

Les femmes présentes avaient tendance à se décrire uniquement avec des termes péjoratifs et dévalorisants; elles cherchaient peu à s'approprier leurs succès ou leurs efforts de survie. Comme il est fréquent chez les personnes souffrant de dépression, les femmes attribuaient leurs «bons coups» à un effet du hasard ou de la chance. Chez ces femmes, la perception de soi se limitait souvent à la comparaison avec autrui. Les sentiments qu'elles ont le plus souvent exprimés sont les suivants: la révolte («Pourquoi moi?»), l'impuissance («De toute façon, je ne peux rien faire!»), la culpabilité («Je me sens tellement coupable vis-à-vis de la relation de ma fille avec son père»), la méfiance et la peur à l'égard d'un nouveau partenaire («J'ai peur que notre relation marche, car il va peut-être devenir comme l'autre»). Ces sentiments semblaient être partagés par la plupart des femmes. L'observation de ces interactions a amené l'intervenante à s'engager personnellement; elle intervenait pour exiger que certaines normes du groupe soient respectées

(parler en son propre nom, poser les questions directement aux personnes concernées, etc.).

La présence

Les comportements que l'on a pu observer, en vertu du principe de présence, se résument à la recherche d'un équilibre dans le contrôle exercé par les membres. L'atteinte de cet équilibre dépend du climat de confiance qui s'est établi entre les participantes et de la capacité du groupe à résoudre les conflits qui surgissent. À mesure que le groupe progressait, les membres se sont partagés la responsabilité de leur croissance. Ce fut une période très productive dans le processus d'équilibre du groupe: l'énergie a été centrée sur les tâches à accomplir.

Le principe de présence s'est surtout manifesté entre les quatrième et septième rencontres. Durant cette période, trois participantes ont vécu des crises personnelles: harcèlement et menaces de mort de la part de l'ex-conjoint, détresse face à l'isolement social et impuissance devant les comportements délinquants d'enfants préadolescents.

La qualité des interactions entre les participantes a favorisé les prises de conscience salutaires et l'apprentissage de la communication. En faisant l'exploration de leurs émotions, les femmes ont identifié leurs besoins et en ont reconnu l'importance. Elles ont appris à recevoir et non plus seulement à donner. Ainsi, à ce stade de croissance, les activités du groupe ont permis de trouver des éléments pratiques de solution aux crises récemment vécues par les femmes: démarches auprès de l'aide juridique, recherche de «counselling familial», comportements de fermeté face à un conjoint violent.

Les fonctions de l'animatrice consistaient principalement à augmenter les interactions et à susciter les échanges sur des problèmes communs: exploration des sentiments, clarification des attentes et formulation des demandes faites au groupe. Les interventions, peu nombreuses, ont facilité l'évolution du groupe; quant à l'intervenante, elle a progressivement quitté son rôle d'animatrice pour celui de «facilitatrice» (Corbeil et al., 1983; Larouche, 1987; Sturdivant, 1980). En conséquence, les participantes sont devenues les «expertes» de leur propre évolution; les responsabilités de l'intervenante se limitant à faire respecter les besoins de croissance de chaque membre et les normes du groupe. Ce processus de croissance a abouti à une véritable relation de réciprocité entre l'intervenante et les membres du groupe.

La consolidation

La consolidation est apparue au moment de la prise en charge par chaque femme de son processus de croissance et de celui du groupe,

c'est-à-dire entre la huitième et la douzième rencontre. Après avoir obtenu aide et soutien au sein du groupe et après avoir développé de nouvelles habiletés communicationnelles, les femmes ont transféré certains de ces apprentissages dans leur vie personnelle. Par exemple, il était fréquent que, en dehors des rencontres du groupe, des offres d'aide soient faites et exécutées spontanément.

Durant cette période, le cercle formé par les membres est devenu plus étroit: les femmes et l'intervenante ont ressenti le besoin de se toucher, soit pour se rassurer, soit pour se consoler. Certaines femmes se sont permis de pleurer et de se révolter. Les participantes ont créé des liens privilégiés; après les rencontres, elles demeuraient dans la salle, poursuivant les échanges. En dehors des séances du groupe, quelques-unes se téléphonaient et s'invitaient pour boire un café ou pour faire une sortie. À ce stade, les fonctions de l'intervenante se limitaient à faciliter les interactions, à encourager le partage, à créer et à maintenir un climat favorable à la croissance du groupe. C'est aussi à ce stade que les participantes, appuyées par l'intervenante, se sont entraînées pour résoudre leurs difficultés de séparation.

Ainsi, à travers l'évolution du groupe, les femmes ont découvert la réciprocité des relations; un dialogue ouvert a favorisé les échanges interpersonnels, du type «donner et recevoir», entre l'animatrice et les membres du groupe. Les participantes ont appris que leurs paroles de détresse avaient un sens pour les autres et qu'elles pouvaient être entendues. Elles se sont même dotées d'un nouveau réseau social. Malgré la dissolution du groupe, elles se sont retrouvées plus solidement entourées. Elles savaient qu'en tout temps, l'une des membres offrirait un réel soutien à une autre, en période de crise. À cette fin, elles ont échangé leur numéro de téléphone, planifié des rencontres ultérieures soit en dyade, soit en groupe. En acceptant de s'entraider, elles sont parvenues à adopter des attitudes d'influence réciproque, essentielles au maintien de relations interpersonnelles égalitaires et satisfaisantes.

Vers la réciprocité

La promotion de la réciprocité durant les rencontres a favorisé l'évolution rapide du groupe de femmes; cette évolution s'est effectuée en trois stades: l'affinité, la présence et la consolidation. L'originalité de cette intervention consiste à transformer les modes relationnels en se fondant sur le processus expérientiel en cours plutôt que sur des techniques d'apprentissage de nouveaux comportements. Ainsi, à des degrés divers, les femmes ont eu l'occasion de réapproprier leur expérience individuelle tout en pratiquant de nouvelles habiletés interpersonnelles.

Il paraît essentiel qu'un tel soutien soit maintenu plusieurs mois même après le séjour des femmes en centre d'hébergement. Plusieurs femmes vivent des crises récurrentes et ont besoin de soutien à long terme. Il paraît tout aussi essentiel que l'on soumette les interventions à des évaluations systématiques, afin de prolonger l'observation du processus en cours et d'en préciser les résultats.

RÉFÉRENCES

- ARGYRIS, C., SCHON, D., 1974, *Theory in Practice*, Jossey-Bass, San Francisco.
- BURGESS, R.L., ANDERSON, E.A., SCHELLENBACH, C.J., 1981, A social interactional approach to the study of abusive families, in Vincent, J.P., eds, *Advances in Family Compilation of Research*, IAI Press, Greenwich, 2, 1-46.
- CAMPBELL, J., 1986, A survivor group for battered women, *Advances in Nursing Science*, 8, n° 2, 12-20.
- CHENARD, L., CADRIN, H., LOISELLE, J., 1990, *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale*, Département de santé communautaire, Rimouski.
- CORBEIL, C., PAQUET-DEEHY, A., LAZURE, C., LEGAULT, G., 1983, *L'intervention féministe, l'alternative des femmes au sexisme en thérapie*, Les Éditions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal.
- DOBASH, R.P., DOBASH, R.E., 1977, Love, honour and obey: institutional ideologies and the struggle for battered women, *Contemporary Crisis*, 1, 403-405.
- FERGUSON, D., HORWOOD, L.J., KERSHAW, K.K., SHANNON, E.T., 1986, Factors associated with reports of wife assault in New-Zealand, *Journal of Marriage and the Family*, 48, 407-412.
- Gouvernement du Québec, 1985, *Une politique d'aide aux femmes violentées*, Ministère des Affaires sociales, Québec.
- HINDBERG, B.O., 1988, Violence against women, *Women and Health*, 13, n° 3, 4, 151-157.
- JAFFE, P., WOLFE, D.A., WILSON, S., ZAK, L., 1986, Emotional and physical health problems of battered women, *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 625-629.
- KAPPEL, S., LEUTERITZ, E., 1980, Wife battering in the Federal Republic of Germany, *Victimology*, 5, n° 2-4, 225-239.
- KEROUAC, S., TAGGART, M.E., LESCOP, J., FORTIN, M.F., 1987, Children's health in violent families, *Canadian Journal of Public Health*, 78, n° 6, 369-373.
- KEROUAC, S., TAGGART, M.E., LESCOP, J., 1986a, *Portrait de la santé de femmes violentées et de leurs enfants*, Rapport d'une recherche subventionnée par le C.Q.R.S., Université de Montréal.

- KEROUAC, S., TAGGART, M.E., LESCOPE, J., FORTIN, F., 1986b, Dimensions of health in violent families, *Health Care for Women International*, 7, 413-426.
- LAROCHE, G., 1987, *Agir contre la violence*, Les Éditions de la pleine lune, Montréal.
- LIFTON, R.J., 1976, *The Live of Self: Toward a New Psychology*, Simon and Schuster, New York.
- MACLEOD, L., 1980, *Wife Battering in Canada: the Vicious Circle*, Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, Ottawa.
- PAINTER, S.L., DUTTON, D., 1985, Patterns of emotional bonding in battered women: traumatic bonding, *International Journal Women's Studies*, 8, n° 4, 363-375.
- PFOUTS, J.H., 1978, Violent families: Coping responses of abused wives, *Child Welfare*, 57, 101-111.
- STARK, E. et al., 1981, *Wife Abuse in the Medical Setting: An Introduction for Health Personnel, Domestic violence* (séries monographiques, n° 7), National Clearinghouse on Family Violence, Rockville.
- STRAUS, M.A., GELLES, R.J., STEINMETZ, S.K., 1980, *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*, Anchor Press, New York.
- STURDIVANT, S., 1980, *Les femmes et la psychothérapie* (Therapy with Women), Pierre Mardaga, Belgique.
- WOLFE, D.A., JAFFE, P., WILSON, S.K., JACK, I., 1985, Children of battered women: The relation of child behavior to family violence and maternal stress, *Consult. Clin. Psychology*, 53, n° 5, 657-665.

A Support Group for Battered Women, Victims of Marital Abuse

ABSTRACT

For battered women, leaving the home and spending time in a shelter is only the first step of a long process of change that usually involves periodic crises. A support group has been set up to help these women establish new ways to relate with the outside world, ways that are meant to assist them in successfully going through this difficult phase of their lives. Based on Lifton's principles of affinity, presence and consolidation (1976), the authors highlight the value of reciprocity in the therapeutic relationship. In addition, the authors discuss issues relating to the main points affecting interventions with battered women who have spent time in a shelter.