

# Violence conjugale : uniformité ou diversité ?



Par  
**Marie-France Lafontaine, Ph. D.,**  
et **Yvan Lussier, Ph. D.**

**L**A VIOLENCE conjugale revêt-elle un ou plusieurs visages? Croyez-vous que les femmes peuvent être violentes envers leur conjoint? La violence conjugale affecte-t-elle plusieurs couples? Est-il facile d'évaluer la présence et la gravité de la violence conjugale? Voilà quelques questions auxquelles les professionnels de la santé (psychologues et autres) doivent faire face régulièrement. Cet article décrira brièvement les sous-types d'hommes aux comportements violents avant de faire état de la prévalence des comportements de violence chez les hommes et les femmes selon diverses études. Ensuite seront présentées quelques pistes de réflexion conceptuelles et cliniques sur des enjeux liés à l'évaluation et à l'interprétation des comportements violents dans les relations de couple.

## La violence conjugale revêt-elle un ou plusieurs visages ?

Au cours des dernières années, les tenants des différentes approches théoriques (p. ex. sociologique, sociopolitique, psychologique et biologique) se sont intéressés à identifier les hommes violents potentiels et les aspects de leur dynamique qui nécessitent un traitement. Du point de vue psychologique, les études montrent clairement que, comparativement à des hommes non violents, les hommes à comportements violents affichent plus de symptômes de détresse psychologique, de troubles de la personnalité, des conduites d'attachement dysfonctionnelles, d'hostilité, de colère, des problèmes de consommation d'alcool et de moins bonnes habiletés sociales (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). Cependant, l'obtention de résultats contradictoires a remis en question la valeur d'un portrait unique de l'homme violent envers sa conjointe et elle a provoqué un mouvement vers des représentations typologiques plus complexes des hommes violents. En effet, les recherches récentes démontrent que les conjoints violents ne forment pas un groupe d'individus homogène (p. ex. Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000). Ils appartiennent à différents sous-

groupes qui se distinguent sur le plan psychologique, ainsi que sur la nature et l'intensité des comportements violents. Dans certaines recherches, les typologies sont plutôt rudimentaires et s'appuient sur un ou au plus quelques-uns des comportements ou caractéristiques observés chez les hommes violents (p. ex. la présence ou l'absence de problèmes de consommation d'alcool, de comportements de dépendance ou d'impulsivité).

Actuellement, les chercheurs ont recours à des agencements complexes entre des variables importantes tant sur le plan empirique que théorique (p. ex. influence génétique, expériences familiales et avec les pairs, attachement à l'égard d'autrui, impulsivité, habiletés sociales et attitudes à l'égard de la femme et de la violence) afin d'identifier des sous-types d'hommes aux comportements violents physiquement (voir Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). Malheureusement, la littérature est peu bavarde quant à l'établissement de sous-types semblables chez les femmes. Jusqu'à présent, la documentation décrit clairement trois sous-types d'hommes aux comportements physiquement violents : ceux exerçant leur violence dans la famille seulement, les états limites/dysphoriques et les antisociaux/généralement violents (un quatrième type émerge, les antisociaux de faible intensité, mais ce dernier groupe est encore peu documenté et non validé).

Les hommes du premier groupe présentent des comportements violents d'importance moins grande que les deux autres groupes. Ils ont peu de manifestations psychopathologiques et de troubles de la personnalité. Il peut même être difficile de distinguer les hommes de ce groupe des hommes non violents qui éprouvent des difficultés conjugales. Il existe chez ces hommes peu de risques génétiques pour la violence, peu d'agressions dans la famille d'origine et d'implication dans des activités déviantes. Leur violence résulterait de la combinaison de stress à l'extérieur et à l'intérieur de la famille, de telle sorte qu'à un certain moment la répression de leur colère et leur manque d'habiletés sociales au sein du couple les amèneraient à user de violence durant l'intensification des conflits. Cependant, le fait qu'ils ne souffrent pas d'une psychopathologie particulière et la présence d'attitudes positives envers les femmes et négatives envers la violence empêcheraient leur violence de s'intensifier. Ces hommes s'apparentent aux moins violents qui sont souvent étudiés dans les enquêtes nationales. Même si, la plupart du temps, il s'agit d'un seuil sous-clinique de violence, elle n'en est

pas pour autant acceptable et inoffensive. À cet effet, nos propres études démontrent que les hommes perpétrant plus de six comportements de violence mineure dans les 12 derniers mois rapportaient plus de problèmes de colère et de communication, de moins bonnes stratégies d'adaptation, plus de difficultés psychologiques et conjugales lorsqu'ils étaient évalués une année et même deux années plus tard, comparativement aux hommes non violents. Même les hommes ayant perpétré de un à cinq comportements de violence mineure affichaient plus de difficultés en comparaison avec les hommes non violents. Le groupe d'hommes exerçant de la violence seulement au sein de leur famille est important et représente au moins la moitié de ceux exerçant de la violence envers leur conjointe (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997).

Les deux autres groupes d'hommes vont perpétrer de la violence allant de modérée à grave, ce qui correspond à un seuil clinique de violence. Les hommes du deuxième groupe présentent des caractéristiques de personnalité état limite et schizoïde. Ils sont les plus nombreux à avoir été victimes d'agression sexuelle étant jeunes, comparativement aux hommes des deux autres groupes. Ces hommes ont donc de la difficulté à établir un attachement stable et confiant envers un partenaire amoureux. Ils présentent un déficit sur le plan des habiletés sociales, ils manifestent des attitudes hostiles envers la femme et des attitudes qui soutiennent la violence de manière modérée. Ce sont les hommes violents qui éprouvent le plus de difficultés à gérer leurs pulsions et leurs émotions. Ils ont souvent des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool. La violence leur permet d'évacuer leurs tensions.

Les hommes du troisième groupe présentent des caractéristiques associées à la personnalité antisociale ou des indices de psychopathie. La violence constitue pour eux un mode général de fonctionnement. Ce sont les hommes qui ont vécu le plus de violence dans leur famille d'origine. Ces hommes ont un style d'attachement caractérisé par la difficulté à faire confiance aux autres. Ils manquent d'habiletés pour résoudre leurs difficultés dans une variété de situations. Ce sont des individus peu empathiques et impulsifs. Ils manifestent une attitude approbatrice à l'égard de la violence. Leur violence conjugale n'est qu'une manifestation d'une utilisation générale de la violence et de leur engagement dans des comportements antisociaux et criminels.

Les professionnels de la santé doivent s'appuyer sur la littérature actuelle mettant en évidence la diversité du phénomène de la violence conjugale physique. Le diagnostic doit être plus aiguisé et précis, car certaines observations laissent croire que les sous-types d'hommes aux comportements violents réagissent différemment aux divers programmes de traitement. Les recherches sur les typologies ouvrent la voie au développement et à l'étude de moyens de prévention et de traitements adaptés à la réalité et à la dynamique des individus.

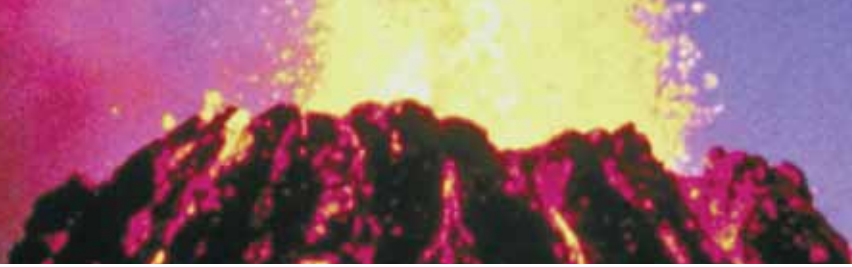
### Les femmes peuvent-elles être violentes envers leur conjoint ?

Il faut préciser que la violence a souvent été qualifiée de typiquement masculine. Au cours des 30 dernières années, l'approche féministe (p. ex. Walker, 1989, 1990), fondée sur la victimisation de la femme au profit du contrôle patriarcal de l'homme, a constitué un courant de recherche très influent en violence conjugale. Les résultats de recherches, comme celles réalisées auprès de femmes en maison d'hébergement, victimes de violence conjugale, ou celles basées sur les statistiques policières, ont permis de bien documenter une réalité incontestable du phénomène de la violence perpétrée par l'homme envers la femme. Par contre, ces études ne prennent souvent en compte qu'une faible portion des agressions domestiques pouvant être vécues comme un crime (p. ex. les agressions qui résultent en blessures assez graves). Dans cette perspective, la violence perpétrée par la femme est un phénomène qui a souvent été ignoré (Straus, 1999). La violence psychologique et même la violence physique ne semblent pas être l'apanage des hommes. Un courant de recherche davantage relationnel ou centré sur les conflits familiaux (Fiebert, 1997 ; Straus, 1999) montre que la violence exprimée par les femmes au sein de leur relation intime est une réalité concrète qui mérite d'être étudiée. Par exemple, les études montrent que la violence psychologique et physique mineure et modérée peut être instiguée par les deux partenaires du couple, alors que la violence grave ou extrême est perpétrée presque exclusivement par les hommes (Arriaga et Oskamp, 1999).

### La violence conjugale affecte-t-elle plusieurs couples ?

Plusieurs études et enquêtes épidémiologiques ont tenté de dresser un portrait statistique de la violence conjugale physique et psychologique d'hommes et de femmes de la population générale. Selon les résultats de l'« Enquête sociale générale » de 2004 sur la victimisation, environ 7 % des Canadiennes et 6 % des Canadiens vivant en couple ont signalé avoir été victimes d'une quelconque forme de violence physique ou sexuelle (de la simple menace de frapper l'autre à l'agression sexuelle) de la part de leur conjoint au cours des cinq années précédant l'enquête (Statistique Canada, 2005). Ces chiffres font référence à environ 653 000 femmes et 546 000 hommes qui avaient un(e) partenaire ou un(e) ex-partenaire au cours de ces cinq années et qui ont déclaré avoir été victimes d'au moins un incident de violence (Statistique Canada, 2005). Le Québec se classe légèrement en bas de la moyenne canadienne, avec 5 % d'hommes et 6 %

**La violence psychologique et même la violence physique ne semblent pas être l'apanage des hommes.**



de femmes qui disent avoir été victimes de violence conjugale. Donc, il y a une certaine symétrie entre les sexes à l'égard du taux de violence conjugale dans la population générale. Il est important de préciser que les femmes sont victimes d'incidents violents plus graves et rapportent plus de conséquences psychologiques et de blessures que les hommes (Statistique Canada, 2005). L'une de nos études, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population de couples québécois, indique que sur 316 couples 8,1 % des hommes et 13,8 % des femmes ont manifesté au moins un comportement de violence physique envers leur partenaire au cours des 12 mois précédant l'étude. De plus, 17,2 % des hommes et 7 % des femmes ont été violents sexuellement envers leur partenaire au moins une fois au cours de cette même période. Cette forme de violence est plus répandue chez les jeunes adultes, alors qu'une autre de nos études a montré que 46 % des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans (N = 357) avaient subi cette forme de violence au moins une fois au cours d'une période de 12 mois.

La violence psychologique est la forme de violence la plus répandue. L'« Enquête sociale générale » de 2004 a démontré que 18 % des Canadiennes et 17 % des Canadiens ont déclaré en avoir été victimes au cours des cinq dernières années. Dans notre échantillon de 316 couples québécois, 64,7 % des hommes et 69,3 % des femmes ont indiqué avoir été violents psychologiquement envers leur conjoint au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. Aussi, Straus et Sweet (1992) ont révélé que 74 % des hommes et 75 % des femmes (échantillon représentatif de couples américains) ont manifesté au moins une forme de violence conjugale psychologique durant les 12 derniers mois.

### **Est-il facile d'évaluer la présence et la gravité de la violence conjugale ?**

Plusieurs cliniciens ont malheureusement peu de formation et de connaissances en violence conjugale, et très peu d'entre eux évaluent ce problème en questionnant explicitement leurs clients (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). Ainsi, les protocoles d'évaluation, même les moins structurés, devraient considérer les gestes de violence physique et sexuelle, ainsi que les attitudes d'insulte, d'intimidation et de contrôle à la fois commis par leurs clients et subis par eux. De tels protocoles diagnostiques devraient être utilisés non seulement en thérapie conjugale mais également en thérapie individuelle. Des symptômes d'anxiété ou de dépression, un manque de confiance en soi ou de l'hostilité peuvent dissimuler de la violence conjugale, même si cette dernière est mineure (p. ex. se faire rabaisser, se faire surveiller). Le clinicien cherche souvent la bonne étiquette du syndrome qui afflige un client selon les axes du DSM-IV, sans se soucier de la possibilité que les symptômes puissent découler de gestes d'abus. Il doit être attentif à une telle comorbidité.

Il faut aborder la problématique de la violence conjugale avec beaucoup de doigté, car plusieurs clients ne veulent pas

voir ni admettre — ou encore ne sont pas conscients — qu'ils subissent de la violence conjugale. Lorsque le conjoint agresseur est présent, par exemple en thérapie conjugale, il faut redoubler de prudence. Chaque partenaire doit être rencontré individuellement afin que la victime se sente en sécurité et en confiance pour dévoiler les agressions subies. Le clinicien ne doit pas oublier que, dans tous les cas où il y a présence de violence conjugale et qu'il y a des enfants à la maison, il doit vérifier si ceux-ci ne sont pas aussi victimes de ces sévices. Le clinicien a l'obligation de rapporter ces abus à la Direction de la protection de la jeunesse. Comment présenter un diagnostic de violence aux femmes et aux hommes qui en font usage, mais qui n'étiquettent pas de tels comportements comme de vrais comportements de violence? Ou encore comment donner du *feedback* sur les gestes violents si le motif de consultation et les objectifs de changement des conjoints sont d'un tout autre ordre? L'intervenant doit être bien outillé pour parer à ce genre de situation. Il se doit de conscientiser les partenaires sur la présence de violence dans leur couple, tout en préservant les objectifs thérapeutiques et l'alliance qu'il a créée avec les deux conjoints. S'il juge que le manque d'ouverture des conjoints devant la reconnaissance de la violence est une embûche majeure à l'atteinte des objectifs thérapeutiques, il doit mettre fin à la thérapie en expliquant clairement sa position au couple.

Les professionnels de la santé, au même titre que les chercheurs, se heurtent au manque de données visant à déterminer le degré de dangerosité des comportements de violence. Quand deviennent-ils dysfonctionnels sur le plan clinique? Au sens de la loi, il ne fait aucun doute que s'en prendre physiquement à son partenaire est une voie de fait et, par conséquent, un geste sanctionné par le Code criminel. D'ailleurs, la présence de violence physique représente une contre-indication à la thérapie de couple. La majorité des cliniciens recommandent la thérapie conjugale seulement lorsqu'un traitement individuel pour chaque personne a été complété et qu'il y a assurance d'un arrêt de violence (Rosenbaum et O'Leary, 1986). Il existe des organismes spécialisés en traitement de la violence masculine et des maisons d'hébergement qui offrent soutien et thérapie aux femmes victimes de violence conjugale. Le conjoint violent doit assumer pleinement la responsabilité de ses comportements. De plus, les conjoints doivent signer un contrat de non-violence et s'engager à le respecter. Le thérapeute de couple doit avant tout assurer la sécurité du partenaire victime de violence en vérifiant périodiquement la présence de violence à partir d'entrevues individuelles. Il est souvent nécessaire de procéder à des rencontres supplémentaires et individuelles avec chaque conjoint pour travailler certains comportements (p. ex. la gestion de la colère, les habiletés de communication, les comportements de victimisation).

En ce qui a trait à la violence psychologique, qui est moins visible et plus tolérée que la violence physique, quand devient-elle dangereuse? Il a été démontré que les conséquences de la violence

psychologique chez le partenaire (p. ex. la baisse de l'estime de soi, la peur, etc.) semblent être autant ou même plus dévastatrices que celles de la violence physique (O'Leary, 2001). De plus, la violence psychologique précède ou accompagne généralement la violence physique. Par conséquent, en utilisant son jugement clinique et en se dotant d'un protocole d'entrevue structuré pour évaluer les symptômes psychologiques, l'intervenant pourra déceler avec plus d'acuité la présence de violence conjugale, en évaluer la nature et la gravité, ainsi que les conséquences. Il ne faut jamais oublier que, peu importe l'intensité des gestes, la violence reste de la violence (Karpel, 1994).

Marie-France Lafontaine, psychologue, est professeure chercheuse à l'Université d'Ottawa.  
Yvan Lussier, psychologue, est professeur et chercheur à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

#### Bibliographie

- Arriaga, X. B., et Oskamp, S. (1999). « The nature, correlates, and consequences of violence in intimate relationships ». Dans Arriaga, X. B., et Oskamp, S. (éd.). *Violence in Intimate Relationships*. Thousand Oaks, Sage, p. 3-17.
- Holtzworth-Munroe, A. et al. (2000). « Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, p. 1000-1019.
- Holtzworth-Munroe, A. et al. (1997). « A brief review of the research on husband violence. Part I : Maritally violent versus non-violent men ». *Aggression and Violent Behavior*, 2, p. 65-69.
- Fiebert, M. S. (1997). « Annotated bibliography : References examining assaults by women on their spouses/partners ». Dans Dank, B. M., et Refinette, R. (éd.). *Sexual Harassment and Sexual Consent*. New Brunswick, Transaction Publishers, vol. 1, p. 273-286.
- Karpel, M. A. (1994). *Evaluating Couples : A Handbook for Practitioners*. New York, Norton.
- O'Leary, K. D. (2001). « Psychological abuse : a variable deserving critical attention in domestic violence ». Dans O'Leary, K. D., et Maiuro, R. G. (éd.). *Psychological Abuse in Violent Domestic Relations*. New York, Springer, p. 3-28.
- Rosenbaum, A., et O'Leary, K. D. (1986). « The treatment of marital violence ». Dans Jacobson, N., et Gurman, A. (éd.). *Clinical Handbook of Marital Therapy*. New York, Guilford, p. 385-405.
- Statistique Canada (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*. Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa.
- Straus, M. A. (1999). « The controversy over domestic violence by women. A methodological, theoretical, and sociology of science analysis ». Dans Arriaga, X. B., et Oskamp, S. (éd.). *Violence in Intimate Relationships*. Thousand Oaks, Sage, p. 17-44.
- Straus, M. A., et Sweet, S. (1992). « Verbal/symbolic aggression in couples : Incidence rates and relationships to personal characteristics ». *Journal of Marriage and the Family*, 54, p. 346-357.
- Walker, L. E. A. (1989). « Psychology and violence against women ». *American Psychologist*, 44, p. 659-702.
- Walker, L. E. A. (1990). « Response to Mills and Mould ». *American Psychologist*, 45, p. 676-677.



## Prévention de la douleur et de l'incapacité prolongée (PDIP)

Le programme de prévention de la douleur de l'incapacité prolongée (PDIP) est le premier programme de prévention de l'incapacité conçu spécifiquement pour cibler les facteurs de risque psychosociaux associés à la douleur et l'incapacité. Le PDIP s'adresse aux clients qui souffrent de douleur persistante et pour qui les facteurs psychosociaux sont des barrières importantes au progrès en réadaptation. Le PDIP est un programme d'intervention de 10 semaines qui a été conçu pour faciliter le rétablissement des individus souffrant de divers états de santé associés à la douleur persistante.

Depuis 2001, plus de 3000 clients souffrant de douleur persistante ont été suivi par des psychologues formés au PDIP. Une recherche récente a indiqué que la participation au PDIP était associée à une plus forte possibilité de retour au travail (62%) que la participation aux traitements habituels (18%), p. < .001. Ces résultats suggèrent que le PDIP est un moyen efficace d'améliorer le niveau de fonctionnement et de faciliter le retour au travail des individus à risque de développer une incapacité prolongée en raison de la douleur persistante.

Les thèmes abordés durant les deux jours de formation incluent : Les facteurs de risque pour la chronicité, le dépistage des facteurs de risque pour la chronicité, le développement d'un horaire d'activité structuré, et la ré-intégration dans les rôles de vie pré-lésionnelle. Les modules d'intervention : la pensée catastrophique, la peur du mouvement, la dépression, la perception de l'incapacité et le retour au travail.

Les formulaires d'inscription sont disponibles sur le site web : [PDP-PGAP.COM](http://PDP-PGAP.COM). Si vous désirez de plus amples informations, communiquez avec [info@pdp.pgap.com](mailto:info@pdp.pgap.com).

### Atelier de formation

1 & 2 novembre 2005  
Holiday Inn Select  
395, rue de la Couronne  
Quebec (Quebec)

Un nouveau  
programme pour  
réduire l'incapacité  
relié à la douleur

University Centre for Research  
in Pain and Disability  
Centre universitaire de recherche  
sur la douleur et l'incapacité