

LOUIS-FRANÇOIS DALLAIRE

**CONCOMITANCE DE VIOLENCE CONJUGALE ET  
DE TROUBLES MENTAUX :**  
**Les points de vue des professionnels intervenant auprès de  
conjoints aux comportements violents.**

Mémoire présenté  
à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université Laval  
dans le cadre du programme de maîtrise en service social  
pour l'obtention du grade de maître en service social (M. Serv. soc.)

ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL  
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES  
UNIVERSITÉ LAVAL  
QUÉBEC

2011

© Louis-François Dallaire, 2011

## **RÉSUMÉ**

Cette recherche a été effectuée auprès de onze professionnels québécois spécialisés dans l'intervention auprès de conjoints violents. Elle décrit et explore les points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux dans leur clientèle, en s'intéressant au processus de construction de ces points de vue. Les participants estiment qu'une minorité de leurs clients souffre de troubles mentaux. Ces hommes se distinguaient de l'ensemble des conjoints violents par un degré élevé de désorganisation, qui favoriserait l'incidence d'épisodes de violence conjugale. Les participants sont toutefois ambivalents quant à la contribution spécifique des troubles mentaux aux épisodes de violence conjugale. Ils tendent à adopter trois types de conduites professionnelles auprès de ces hommes, soit l'évitement, la distanciation et l'intégration. Les points de vue des participants reposent essentiellement sur leurs expériences professionnelles et sur les déclarations préalablement existantes quant au thème de la recherche.

## **ABSTRACT**

This research is based on interviews conducted with eleven professionals specialized in the treatment of male batterers. It describes and explores the points of view of the respondents in regard to the concomitance of domestic abuse and mental illness among male batterers. It also explores the process through which these professionals have constructed their points of view on this issue. The respondents consider that only a minority of male batterers suffer from a mental illness, and that this specific category of batterers is distinguished by a generally high level of personal and social disorganisation. According to the respondents, this high level of disorganisation is a contributing factor to episodes of domestic abuse; however, the respondents express ambivalence about the ways through which mental illnesses contribute to the domestic abuse. They tend to use three types of professional conducts with male batterers suffering from a mental illness: avoidance, separation and integration. The respondents mostly draw their points of view from their professional experiences and from previously existing claims about domestic abuse and mental illness.

## AVANT-PROPOS

Au moment où j'écris cet avant-propos, un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux vient d'être rendu, à la suite du procès fort médiatisé d'un homme ayant assassiné ses deux enfants. Cet acquittement suscite l'étonnement et l'indignation d'une bonne partie de la population; en effet, le contexte dans lequel ces homicides ont eu lieu suggère la présence d'une dynamique de violence conjugale, survenue à la suite d'une rupture amoureuse. Or, les jurés ne sont pas arrivés à déterminer, hors de tout doute raisonnable, que l'auteur des meurtres pouvait être considéré comme responsable de ses actes au moment où il a donné la mort à ses enfants. La province entière se questionne... et moi aussi.

En 1996, dans une autre cause fortement médiatisée, un homme a assassiné son fils et son ex-conjointe. Cette fois, aucun procès n'a été tenu, puisque l'auteur de ces meurtres s'est suicidé immédiatement après avoir posé ses gestes. Traquées d'un bout à l'autre de la province par cet homme, les victimes de ce double homicide avaient pourtant multiplié les demandes d'aide. Elles n'étaient d'ailleurs pas les seules : le rapport du coroner a démontré que le responsable de ces deux meurtres avait lui-même fait plusieurs demandes d'aide, dont certaines à l'unité de psychiatrie d'un centre hospitalier et en CLSC.

Il y a quelques mois, l'un des participants de la présente recherche m'a partagé l'image qu'il se faisait des personnes atteintes de troubles mentaux, soit des individus séparés de la réalité par une vitre, tel un obstacle transparent et impossible à franchir. Une fois cette entrevue terminée, l'image d'un de mes anciens clients m'était revenue en mémoire, un homme qui s'était éventuellement suicidé après avoir tenté en vain d'assassiner son ex-conjointe. À cette époque, j'avais été à la fois affecté et peu surpris par cette nouvelle. Il y avait effectivement une vitre entre cet homme et la réalité, entre cet homme et les autres membres du groupe de thérapie auquel il avait participé, entre cet homme et moi. C'était la vitre de la dépression, une vitre qui faisait rebondir dans ma direction toute tentative de le remettre en

question quant à sa violence. Une vitre qui, peut-être, représentait un prétexte pour ne pas céder aux privilèges acquis par la violence... mais une vitre qui était tout de même là et qui me donnait l'impression très claire que cet homme avait quelque chose de différent, quelque chose qui ne cadrerait pas entièrement avec la définition que je me faisais de la violence conjugale et de l'intervention auprès de cette clientèle.

Les situations impliquant des conjoints violents souffrant de troubles mentaux ne se terminent pas toutes sur des notes aussi dramatiques. Elles n'en sont pas moins troublantes, car elles suscitent les mêmes questionnements et confrontent aux mêmes enjeux. Le fait de souffrir d'un trouble mental prédispose-t-il à des actes de violence conjugale et si oui, par quels mécanismes? Les conjoints violents souffrant d'un trouble mental doivent-ils être considérés comme étant entièrement responsables de leurs actes, au même titre que l'ensemble des hommes qui ont recours à la violence conjugale ? De quelle manière doivent-ils être traités aux plans clinique et judiciaire ?

Aujourd'hui, au moment où je pose les derniers jalons à quatre années d'études à la maîtrise, je songe à ces trois hommes, à leurs victimes et à leurs familles. Je pense aussi aux autres hommes qui sont concernés par cette zone grise où la violence conjugale et les troubles mentaux se superposent. Combien de ces hommes ai-je croisés dans ma pratique ? Les ai-je seulement reconnus ? L'aide que je leur ai apportée était-elle adéquate ? Si la présente recherche, en dépit de sa modeste portée, peut contribuer à ce que de telles situations soient mieux cernées par ceux qui aident les conjoints violents, je n'aurai pas fait tout ce travail en vain.

La page-titre du présent travail devrait en réalité porter le nom de deux personnes. Le premier resterait le mien; le second serait celui de Normand Brodeur, professeur à l'école de service social de l'Université Laval et directeur de mon mémoire. Son calme légendaire, la confiance qu'il a manifestée quant à mes capacités, la rapidité et la justesse de ses réponses à mes innombrables questions et la pertinence de ses recommandations m'auront permis de m'orienter dans le dédale des études supérieures. Merci Normand, pour l'ampleur de ta contribution à ce projet.

Un troisième nom pourrait également figurer sur la page-titre de ce mémoire, soit celui de Lyne Boucher, mon épouse. Son œil de lynx et son esprit critique m'auront été d'une grande utilité lors des nombreux moments de fatigue où je ne voyais plus ce que j'écrivais; mais surtout, son soutien

indéfectible, sa grande compréhension et sa capacité d'adaptation illimitée auront permis que ce rêve un peu fou puisse se réaliser. Merci aussi à mes filles, Sarah et Catherine, qui m'ont donné un bon exemple à suivre lorsque je les ai suivies sur le chemin des écoliers en septembre 2007. Je n'y serais pas arrivé sans votre patience et votre compréhension au cours de ces quatre années. Bien que ce projet m'ait trop souvent arraché à vous, j'espère vous avoir démontré qu'au bout du compte, les études valent toujours la peine d'être faites... et ce, même dans les moments plus difficiles.

Merci à ma famille, ma belle-famille et mes amis pour leur intérêt et leur encouragement tout au long de cette aventure. Un merci tout particulier à Valérie Roy, un modèle de rôle en la matière, dont le soutien, les connaissances et l'amitié m'ont été d'un grand secours dans mes moments de vagabondage intellectuel. Merci aussi à Marc Beaudoin, qui a réussi à me convaincre de cesser d'obséder sur des points et des virgules, favorisant de ce fait le dépôt initial de mon mémoire.

Merci à mon employeur, le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, qui a constamment facilité la conciliation de mon travail et de mes études. Je remercie tout d'abord Line Paré et Francine Pelletier, qui ont semé les premières graines ayant mené à ma décision d'entreprendre des études à la maîtrise; ainsi que Marie-Claude Gauvreau et le Dr Jean Maziade de l'UMF Haute-Ville, qui ont appuyé ce projet dès le point de départ en soutenant ma candidature aux études de deuxième cycle. Merci à l'extraordinaire équipe de travail de l'UMF Laval; travailler à vos côtés est une source quotidienne d'inspiration et de stimulation, qui m'incite à suivre votre exemple et à repousser mes limites. Des remerciements plus particuliers s'adressent ici à l'équipe de direction de l'UMF Laval, soit le Dr Stéphane Rioux et le Dr Josée D'Amours, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce projet et pour le soutien dont ils ont fait preuve depuis l'automne 2008. Merci aussi à Mme Charline Néron, dont la souplesse et la compréhension ont grandement favorisé l'aboutissement de mes études, ainsi qu'à Mme France Larose pour la mise en page de ce mémoire.

Je souhaite finalement exprimer ma profonde gratitude aux professionnels qui, en participant à cette recherche, m'ont fait le précieux cadeau de leur temps, de leur expertise et de leurs réflexions. Ce mémoire est, en quelque sorte, le vôtre. Puisse-t-il soutenir votre réflexion et vos efforts acharnés à lutter contre la violence conjugale, en plus de nourrir la passion que vous manifestez pour votre travail.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b>	<b>II</b>
<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>VI</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>X</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 - Problématique et recension des écrits</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La violence conjugale</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Conjoints violents et troubles mentaux : un défi conceptuel</b>	<b>7</b>
1.2.1 Antagonismes théoriques et controverses	7
1.2.2 État des connaissances sur la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les conjoints violents	9
1.2.3 Limites des études	13
<b>1.3 Conjoints violents et troubles mentaux : des défis cliniques</b>	<b>15</b>
1.3.1 Modèles d'intervention préconisés auprès des conjoints violents	16
1.3.2 Modèles d'intervention préconisés auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux	17
1.3.3 Les professionnels intervenant auprès de conjoints violents	19
<b>1.4 Synthèse, but, objectifs et pertinence de la recherche</b>	<b>20</b>
<b>CHAPITRE 2 - Le cadre théorique</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Le paradigme constructiviste</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Concepts à l'étude</b>	<b>27</b>

2.2.1	Les déclarations des professionnels _____	29
2.2.2	La catégorisation des points de vue des professionnels _____	30
<b>2.3</b>	<b>Pertinence du cadre théorique _____</b>	<b>32</b>

### ***CHAPITRE 3 – La méthodologie \_\_\_\_\_ 34***

<b>3.1</b>	<b>Population et échantillonnage _____</b>	<b>35</b>
3.1.1	Le recrutement et les organismes collaborateurs _____	36
3.1.2	Taille de l'échantillon _____	38
<b>3.2</b>	<b>Collecte des données _____</b>	<b>39</b>
<b>3.3</b>	<b>Analyse des données _____</b>	<b>42</b>
<b>3.4</b>	<b>Les caractéristiques des participants _____</b>	<b>44</b>

### ***CHAPITRE 4 – Les points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux \_\_\_\_\_ 46***

<b>4.1</b>	<b>Points de vue généraux des participants sur les conjoints violents _____</b>	<b>46</b>
4.1.1	Énoncés verbaux et images _____	46
4.1.1.1	Profil des conjoints violents utilisant les services d'aide _____	47
4.1.1.2	Facteurs explicatifs sous-tendant le recours à la violence conjugale _____	48
4.1.1.3	Conjoints violents et responsabilité _____	51
4.1.2	Comportements généralement adoptés dans l'intervention auprès de conjoints violents _____	53
4.1.2.1	Cadres d'intervention adoptés par les participants _____	53
4.1.2.2	Stratégies d'intervention utilisées par les participants _____	55
<b>4.2</b>	<b>Points de vue généraux des participants sur les personnes souffrant de troubles mentaux _____</b>	<b>57</b>
4.2.1	Caractéristiques associées aux personnes souffrant de troubles mentaux _____	57
4.2.2	Évaluation et traitement des troubles mentaux _____	59
<b>4.3</b>	<b>Synthèse des points de vue généraux des participants _____</b>	<b>61</b>

**CHAPITRE 5 – Points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents \_\_\_\_\_ 63**

<b>5.1</b>	<b>Énoncés verbaux sur les conjoints violents souffrant de troubles mentaux</b>	<b>63</b>
5.1.1	L'identification de troubles mentaux chez les conjoints violents qui consultent	63
5.1.2	Caractéristiques associées aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux	65
5.1.3	Responsabilité des conjoints violents souffrant de troubles mentaux	68
5.1.4	Acquis thérapeutiques des conjoints violents souffrant de troubles mentaux	69
5.1.5	Signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux	71
<b>5.2</b>	<b>Comportements adoptés auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux</b>	<b>74</b>
5.2.1	Conduite d'évitement	76
5.2.2	Conduite de distanciation	78
5.2.3	Conduite d'intégration	80
5.2.4	Continuum des conduites professionnelles auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux	82
<b>5.3</b>	<b>Synthèse</b>	<b>84</b>

**CHAPITRE 6 – Construction des points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents \_\_\_\_\_ 86**

<b>6.1</b>	<b>Les expériences des participants</b>	<b>86</b>
6.1.1	Difficultés et facilitateurs liés aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux	87
6.1.2.	Difficultés et facilitateurs liés aux participants de la recherche	89
6.1.3	Difficultés et facilitateurs liés aux milieux de pratique des participants	92
<b>6.2</b>	<b>Formation des participants</b>	<b>94</b>
<b>6.3</b>	<b>Les déclarations préalablement existantes sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux</b>	<b>96</b>
6.3.1	Déclarations provenant du milieu de pratique des participants	97
6.3.2	Déclarations provenant des autres milieux de pratique en violence conjugale	98
6.3.2.1	Les organismes venant en aide aux victimes de violence conjugale	98
6.3.2.2	Les autres organismes d'aide aux conjoints violents	100
6.3.3	Les déclarations provenant de milieux de pratique en santé mentale	101
<b>6.4</b>	<b>Les croyances populaires</b>	<b>103</b>
<b>6.5</b>	<b>Synthèse</b>	<b>106</b>



<b>CHAPITRE 7 - L'interprétation des résultats</b>	<b>109</b>
7.1 L'identification des conjoints violent souffrant de troubles mentaux : un casse-tête pour les professionnels	110
7.2 Paradoxes, ambiguïtés et dilemmes : la signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux	113
7.3 Les conduites professionnelles adoptées auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux	117
7.4 Les limites de la recherche	121
7.5 Implications de la recherche	125
7.5.1 Implications pour la pratique	125
7.5.2 Implications pour la recherche	128
<b>CONCLUSION</b>	<b>130</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>134</b>
<b>ANNEXE A - Avis de recrutement de participants</b>	<b>144</b>
<b>ANNEXE B - Guide d'entrevue</b>	<b>146</b>
<b>ANNEXE C - Formulaire de consentement</b>	<b>151</b>
<b>ANNEXE D - Liste des catégories d'analyse</b>	<b>154</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I – Troubles mentaux observés dans la population des conjoints violents .....	12
Tableau II – Résumé des points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux .....	61
Tableau III : Conduites professionnelles adoptées par les participants en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux .....	74

**LISTE DES FIGURES**

Figure I – Continuum des conduites professionnelles adoptées en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux ..... 82

Figure II – Construction des points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux ..... 107

## INTRODUCTION

L'intérêt porté à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux n'est pas nouveau, particulièrement lorsqu'il est question des auteurs de cette violence. Les conjoints aux comportements violents ont longtemps été considérés comme des individus déséquilibrés, dont les agressions résultaient d'un ensemble de pathologies psychologiques et affectives (Dominelli, 1999; Hamberger et Holtzworth-Munroe, 2009; Schlesinger-Buzawa et Buzawa, 2003). Encore aujourd'hui, des termes tels « fou furieux », « déséquilibré », « psychopathe » et « malade » sont couramment véhiculés au sein des médias et dans le langage populaire, afin de désigner les conjoints aux comportements violents. Mais une telle association est-elle fondée ?

Certains auteurs estiment qu'il est erroné de postuler l'existence d'un tel lien et ce, que la violence s'exerce en contexte conjugal ou dans toute autre type de relation interpersonnelle (Applebaum, Robbins et Monahan, 2000; Elbogen et Johnson, 2009; Pescosolido, Monahan, Link, Stueve et Kikuzawa, 1999; Stuart, 2003). Selon ces auteurs, la présence d'un trouble mental ne suffirait pas, à elle seule, à causer des comportements violents; les troubles mentaux ne seraient pas non plus nécessaires à l'exercice de violence, puisque les individus connus pour des antécédents de violence n'en sont pas tous atteints. Une telle croyance s'inscrirait plutôt en continuité aux préjugés de la population à l'endroit des personnes souffrant d'un trouble mental, qui ont longtemps été considérées comme un danger pour la société (Association canadienne pour la santé mentale, 2011; Pescosolido et al., 1999).

Il semble toutefois que l'hypothèse d'une relation entre ces deux problèmes ne soit pas dénuée de fondements. En effet, les troubles mentaux peuvent être considérés comme un facteur augmentant le risque d'agresser une autre personne, en particulier chez des individus étant déjà connus pour des antécédents de violence (Arboleda-Flòrez et al., 1996; Bouchard, 2009; Choe, Teplin et Abram, 2008; Solomon, Cavanaugh et Gelles, 2005; Marzuk, 1996; Steadman, Mulvey, Monahan, Clark-Robbins, Grisso, Roth et Silver, 1998). De plus, certaines études démontrent que les agressions perpétrées par une personne souffrant d'un trouble mental sont habituellement exercées envers les membres de son entourage immédiat (Gondolf, Mulvey et Lidz, 1990; Straznickas, McNiel et Binder, 1993; Swan et Lavitt, 1988; Vaddadi, Gilleard et Fryer, 2002). Le partenaire intime et les parents sont ceux qui risquent le plus d'être la cible de ces agressions;

l'étude de Steadman et al. (1998) souligne que les partenaires intimes sont la cible de la majorité (57,1%) des actes violents commis par des personnes souffrant d'un trouble mental. Il semble donc que ces dernières ne soient pas exemptes d'avoir recours à la violence dans leurs relations amoureuses.

En dépit de ce qui précède, la relation entre les troubles mentaux et la violence conjugale reste une zone controversée et relativement négligée par la recherche. Les études effectuées auprès des conjoints aux comportements violents ont surtout mesuré la présence de troubles mentaux dans cette population ; elles documentent peu la nature de la relation unissant ces problèmes chez certains hommes. Il apparaît toutefois pertinent de s'intéresser à cette relation chez les conjoints aux comportements violents, tant pour des enjeux cliniques que pour des enjeux liés à la conceptualisation de la violence conjugale (Dutton et Bodnarchuk, 2005; Hamberger et Holtzworth-Munroe, 2009; Holtzworth-Munroe, Stuart, Meehan, Herron et Rehman, 2000 ; O'Leary, 1993; Solomon, Cavanaugh et Gelles, 2005).

La présente recherche vise à explorer cette relation à travers le regard des professionnels spécialisés dans l'intervention auprès de ces hommes. Ces professionnels, de par leur expérience de travail, disposent d'un lien privilégié avec des conjoints aux comportements violents et peuvent témoigner des réalités qui concernent cette clientèle. Constatent-ils l'existence d'une relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les hommes qui les consultent ? Comment définissent-ils cette relation ? Quelle conduite professionnelle adoptent-ils auprès des hommes concernés par ces deux problèmes ? Et de quelle manière en sont-ils arrivés à construire leurs points de vue sur cette question ?

Le premier chapitre du mémoire présente la problématique de recherche, à travers la recension des écrits portant sur la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les conjoints aux comportements violents. Ce chapitre propose un survol des controverses liées à cette relation et identifie les défis conceptuels et cliniques qui lui sont associés. Il permet également de cerner la pertinence de s'adresser aux professionnels qui accompagnent ces hommes, afin de connaître leurs points de vue et de comprendre la manière dont ils font face à ces défis dans leur pratique. Le chapitre se clôt sur la présentation du but et des objectifs de la recherche.

Le second chapitre expose le cadre théorique de la recherche, soit le constructivisme. Ce cadre théorique, qui postule que la définition des problèmes sociaux résulte d'un processus de construction, permet de saisir la signification qu'attribuent les individus aux réalités rencontrées. Il contribue également à une meilleure compréhension des controverses entourant le thème de la recherche, en illustrant que ces dernières reflètent les divergences entre les multiples constructions de la violence conjugale. Le constructivisme est tout d'abord présenté d'un point de vue épistémologique, permettant l'identification subséquente des concepts à l'étude. La pertinence de ce cadre théorique, en regard à l'objet d'étude, est ensuite démontrée.

Quant au troisième chapitre, il décrit les aspects méthodologiques de la recherche. Les stratégies d'échantillonnage et de recrutement des participants sont présentées, ainsi que les caractéristiques des organismes collaborateurs et des participants. Ce chapitre décrit également le mode de collecte de données et les outils utilisés à cette fin, ainsi que la démarche d'analyse des données. Les stratégies utilisées afin de s'assurer du respect des considérations éthiques de la recherche sont exposées tout au long de ce chapitre.

Les trois chapitres suivants présentent les résultats de la recherche. Le chapitre 4 offre un survol des points de vue généraux des participants quant aux conjoints aux comportements violents et quant aux personnes souffrant de troubles mentaux. Il permet de comprendre la manière dont les participants appréhendent habituellement ces deux clientèles, tout en soulignant les similarités et les différences qu'ils établissent entre leurs clients et les personnes souffrant de troubles mentaux. Le chapitre 5 décrit, de manière spécifique, les points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux dans leur clientèle. Ce chapitre souligne que les participants considèrent les conjoints violents souffrant de troubles mentaux comme une clientèle spécifique, faisant partiellement exception à leurs points de vue généraux sur les hommes qui utilisent leurs services. Il suggère également que les participants tendent à adopter trois types de conduite professionnelle auprès de ces hommes, soit l'évitement, la distanciation et l'intégration. Quant au chapitre 6, il permet d'explorer le processus par lequel les participants ont construit leurs points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, ainsi que les ressources qu'ils ont mises à profit dans ce processus de construction. Ce chapitre suggère que les points de vue des participants résultent des tensions opposant les ressources auxquelles ils se réfèrent afin d'accorder un sens au thème de la recherche.

Le chapitre 7 propose une discussion des résultats de la recherche, articulant l'interprétation des résultats autour de trois thèmes précis. Le premier thème concerne les difficultés liées à l'identification des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Le deuxième thème a trait à la signification qu'attribuent les participants à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Le troisième thème concerne les conduites professionnelles que les participants utilisent en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Les limites de la présente recherche sont ensuite soulignées, ainsi que ses retombées pour la pratique et la recherche. Une brève conclusion est ensuite présentée, de manière à suggérer de nouvelles perspectives en lien avec le thème de la recherche.

## CHAPITRE 1 – Problématique et recension des écrits

Puisque la recherche porte sur la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les conjoints violents<sup>1</sup>, il importe de s'intéresser, dans un premier temps, à la violence conjugale. Ce chapitre situe brièvement ce problème social, sa prévalence et ses manifestations, tout en mettant en relief l'opposition marquée entre les multiples cadres d'analyse s'intéressant à son étiologie. Cette opposition met en évidence des défis conceptuels et cliniques, dont certains ont trait à la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les conjoints violents. L'élaboration de la problématique de recherche soutient l'intérêt, au plan scientifique et social, de s'intéresser à cette relation à travers une perspective inexplorée à ce jour, soit celle des professionnels intervenant auprès des conjoints violents. Le chapitre se clôt sur la définition de l'objectif général et des objectifs spécifiques de la recherche.

### 1.1 La violence conjugale

La violence conjugale fait l'objet d'une grande attention depuis plusieurs décennies. Cet intérêt s'explique notamment par les coûts humains et sociaux élevés qui lui sont associés, ainsi que par sa forte prévalence au sein de la population. En effet, l'enquête menée par Statistiques Canada en 2009 révèle que 6% des Canadiens ont été victimes de violence de la part d'un partenaire. Bien que des personnes de tout âge puissent subir cette violence, les femmes âgées de 25 à 34 ans sont davantage à risque de subir des agressions de la part d'un conjoint (Statistique Canada, 2011). S'il est reconnu que certains hommes sont victimes de violence conjugale dans le cadre de relations hétérosexuelles ou homosexuelles, ils en sont toutefois les auteurs dans la majorité des cas (CRI-VIFF, 2011; Gouvernement du Québec, 1986, 1995, 2011 ; Statistique Canada, 2011).

La violence conjugale a été définie de multiples façons, reflétant la pluralité des points de vue sur cette problématique complexe. En effet, plusieurs collectifs, auteurs et chercheurs ont proposé une définition de ce problème, mettant l'accent sur divers facteurs explicatifs individuels,

---

<sup>1</sup> Dans ce chapitre ainsi que dans les suivants, le terme « conjoints aux comportements violents » est remplacé par « conjoints violents ». Ce choix s'appuie sur un souci de concision et a pour but d'alléger la lecture du mémoire. Ce terme ne vise en aucun cas à réduire ces hommes à la simple manifestation comportementale de leurs difficultés.



relationnels, sociaux et culturels (Rondeau, 1994). La définition proposée dans la présente recherche est celle du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), qui conçoit la violence conjugale comme étant :

Un exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses propres désirs (CRI-VIFF, 2011).

Les manifestations de cette violence peuvent être physiques, psychologiques, verbales, sexuelles et économiques. Elles peuvent être infligées directement à la victime ou dirigées contre ses enfants, ses animaux ou ses biens (Côté, Dallaire et Vézina, 2011; Dobash et Dobash, 1992; Dominelli, 1999). Certaines de ces formes de violence sont criminelles; ainsi, au Québec, 18 180 infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal ont été enregistrées par les corps policiers en 2009, ce qui représente 22 % de toutes les infractions contre la personne consignées au cours de cette même année (Gouvernement du Québec, 2011). La majorité des victimes se montre toutefois réticente à porter plainte aux policiers suite à des incidents de violence conjugale; en effet, seulement 22 % des agressions commises en contexte conjugal sont rapportées aux autorités (Statistique Canada, 2011). La forme la plus extrême de violence conjugale est l'homicide, commis par un homme dans près de neuf cas sur dix (Rondeau, 1994).

La reconnaissance de la violence conjugale, en tant que problème social, est associée aux revendications et aux dénonciations du mouvement féministe au cours des années 1960 et 1970. Le courant féministe radical a été particulièrement influent dans la définition et dans l'analyse de la violence conjugale et de ses causes (Lavergne, 1988). Dans ce cadre d'analyse, les sociétés patriarcales sont caractérisées par des rapports de pouvoir inégalitaires basés sur le genre, se traduisant au plan individuel par des comportements de violence et de domination exercés par des hommes envers des femmes. Ce cadre d'analyse a permis d'élargir la conception de la violence conjugale, qui était considérée jusque-là comme un problème relevant strictement du domaine de la vie privée (Dobash et Dobash, 1992 ; Dominelli, 1999 ; Lavergne, 1988). Cette reconnaissance s'est notamment traduite par le développement de ressources d'aide aux victimes, ainsi que par l'implantation de mesures sociojudiciaires s'adressant aux conjoints violents. Ainsi, au Québec, une première politique d'intervention en violence conjugale a été adoptée au cours des années

1980 (Gouvernement du Québec, 1986), pour être suivie en 1995 par une politique interministérielle balisant l'intervention auprès des hommes, des femmes et des enfants affectés par cette problématique (Gouvernement du Québec, 1995).

En raison de leur rôle central dans la problématique de violence conjugale, les conjoints violents font l'objet d'un vif intérêt social, clinique et scientifique. Cet intérêt s'observe notamment par la publication de nombreuses recherches visant à mieux cerner la violence exercée par ces hommes et à déterminer l'efficacité des programmes d'intervention qui leur sont proposés. Qui sont ces hommes, à quoi peut-on attribuer leur violence et de quelle manière est-il possible de les aider tout en assurant la sécurité de leurs victimes ? Ces recherches, ainsi que les questionnements cliniques qu'elles ont mis en relief, sont toutefois associées à certaines controverses aux plans étiologique, scientifique et sociopolitique. L'une de ces controverses concerne la relation, chez certains hommes, entre la violence conjugale et les troubles mentaux. Les prochaines sections de ce chapitre s'intéressent aux défis conceptuels et cliniques associés à l'étude de cette relation, en plus de tracer le portrait de l'état des connaissances sur ce sujet.

## **1.2 Conjoints violents et troubles mentaux : un défi conceptuel**

L'étude de la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux confronte tout d'abord à un défi conceptuel. En effet, plusieurs explications sont proposées afin de cerner la nature exacte de cette relation, sans pour autant parvenir à un consensus. Si certains auteurs estiment que l'exercice de violence conjugale relève du domaine de la psychopathologie, d'autres affirment que la présence simultanée de ces deux problèmes ne signifie pas nécessairement qu'ils sont inter-reliés. L'étude de cette relation est donc entourée d'une certaine ambiguïté, reflétant l'opposition entre les différents cadres d'analyse de la violence conjugale. Il importe donc de faire un survol de ces cadres, afin d'illustrer le choc conceptuel qu'engendre la présence simultanée d'un trouble mental et de violence conjugale chez certains hommes.

### ***1.2.1 Antagonismes théoriques et controverses***

Plusieurs cadres d'analyse permettent d'appréhender le phénomène de la violence conjugale. Ces cadres résultent d'un processus de construction mettant à contribution la communauté scientifique, les intervenants et les acteurs sociopolitiques qui s'intéressent à cette problématique.

En raison des facteurs explicatifs qu'ils mettent de l'avant, certains de ces cadres sont en opposition mutuelle; en effet, ils se situent sur un continuum oscillant entre une conception psychologique et une conception sociologique de la violence conjugale. Les acteurs qui se trouvent aux extrémités de ce continuum proposent donc des explications diamétralement opposées à cette problématique, chacun tentant de démontrer la supériorité de ses arguments et de dénoncer les limites de ses antagonistes (Dobash et Dobash, 1992 ; Dominelli, 1999 ; Dutton et Bodnarchuk, 2005 ; Loseke, 2005 ; Rondeau, 1994 ; Yllö, 2005). Le débat reste donc entier en ce qui a trait à l'étiologie de la violence conjugale, d'autant plus que chaque camp dispose d'études scientifiquement crédibles afin d'appuyer sa propre construction de cette problématique et de critiquer celles de ses opposants.

La violence conjugale a longtemps été considérée comme un problème individuel, relevant d'un désordre psychologique. Dans cette conception, fortement influencée par la psychanalyse, l'exercice de violence dans une relation amoureuse est considéré comme une déviance et traduit la présence d'un déséquilibre psychique. Les conjoints violents sont considérés comme des êtres déséquilibrés, fragiles et pathologiques, dont la violence est une réponse aux tensions internes et externes associées aux relations affectives (Dominelli, 1999; Hamberger et Holtzworth-Munroe, 2009). Bien que ce cadre ait longtemps été prédominant, il a été fortement contesté par le mouvement féministe, reflétant l'écart entre l'étiologie sociale et psychologique de la violence conjugale (Dominelli, 1999 ; Dutton et Bodnarchuk, 2005 ; Kelly, 2003 ; Lavergne, 1998 ; O'Leary, 1993).

Se situant à l'opposé de la conception psychologique de la violence conjugale, l'analyse féministe est un modèle influent en Amérique du Nord et ce, depuis les années 1970 (Brodeur, 2006; Dutton et Bodnarchuk, 2005; Kelly, 2003; O'Leary, 1993; Yllö, 2005). L'analyse féministe postule que la violence des hommes ne représente pas une déviance, mais plutôt une conformité aux normes de la masculinité et des sociétés patriarcales. Des facteurs individuels tels la personnalité, les antécédents familiaux, l'abus de substances, le statut socioéconomique et les troubles mentaux ne sont pas considérés comme des causes de violence; ces facteurs sont plutôt perçus comme des tentatives de justifier l'injustifiable et de détourner l'attention des causes réelles de la violence faite aux femmes, voire de contribuer à sa décriminalisation (Dobash et Dobash, 1992; Dominelli, 1989, 1999; Orme, Dominelli et Mullender, 2000; Pence et Paymar, 1993; Yllö, 2005). L'émergence du féminisme a mené à une nouvelle conceptualisation de la

violence conjugale, réduisant considérablement l'importance des caractéristiques individuelles des agresseurs et mettant plutôt l'accent sur le contexte socioculturel dans lequel cette violence s'exerce (Dominelli, 1989, 1999; Goldner, Penn, Sheinberg et Walker, 2004).

À l'instar de l'analyse psychologique de la violence conjugale, l'analyse féministe radicale a reçu sa part de critiques au fil des années. En effet, plusieurs chercheurs ont contesté sa description homogène des conjoints violents, ainsi que son exclusion de tout facteur causal lié à la psychopathologie (Dutton, 2006 ; Dutton et Bodnarchuk, 2005 ; Dutton et Starzomski, 1993 ; Hamberger et Hastings, 1986 ; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000; Kelly, 2003 ; Saunders, 1992). Certains chercheurs estiment qu'il est essentiel de s'intéresser à la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux, afin de mieux cerner les origines de cette violence et d'optimiser les programmes d'aide pour conjoints violents (Dutton et Bodnarchuk, 2005; Hamberger et Holtzworth-Munroe, 2009; Winick, Wiener, Castro, Emmert et Georges, 2010). Plusieurs recherches ont donc été effectuées à ce sujet, enrichissant l'argumentaire des cadres d'analyse intégrant les troubles mentaux aux causes de la violence conjugale. La prochaine section propose un survol de ces études.

### ***1.2.2 État des connaissances sur la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les conjoints violents***

Avant même de s'intéresser à ces études, il importe tout d'abord de définir clairement deux concepts, soit la santé mentale et les troubles mentaux. En effet, les recherches répertoriées s'intéressent à la dimension spécifique des troubles mentaux chez les conjoints violents et non à l'intégrité de leur santé mentale. La santé mentale réfère à « la capacité physique, mentale et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (Gouvernement du Québec, 1992, p. 11). Quant aux troubles mentaux, l'Association américaine de psychiatrie (1994) les définit comme l'ensemble des affections qui perturbent la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne; ces affections sont suffisamment fortes pour nuire à l'intégration sociale des personnes qui en sont atteintes ou pour leur causer souffrance. Ces troubles peuvent faire l'objet de diagnostics médicaux reposant sur des critères standardisés, regroupés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Il s'agit donc de deux concepts distincts, bien qu'inter-reliés.

Plusieurs études ont été effectuées quant à la relation, chez certains conjoints violents, entre la violence conjugale et les troubles mentaux. Les études répertoriées dans le cadre de la présente recherche sont quantitatives et la taille de leur échantillon varie de 23 à 11 870 participants. Certains de ces échantillons sont composés d'hommes déjà connus pour des antécédents de violence conjugale (Chase, O'Leary et Heyman, 2001; Gondolf et White, 2001), tandis que d'autres ont été constitués de manière aléatoire parmi des cohortes recrutées pour des études longitudinales (Moffitt et Caspi, 1999) ou au sein de populations jugées à risque d'avoir recours à la violence conjugale (Echerburúa et Fernández-Montalvo, 2007; Pan, Neidig et O'Leary, 1994).

Ces études se divisent en deux groupes. Le premier groupe rallie des recherches s'intéressant aux distinctions entre les conjoints violents et les hommes n'exerçant pas de violence conjugale. Les résultats de ces recherches suggèrent que les conjoints violents se démarquent de l'ensemble des hommes par des caractéristiques psychopathologiques telles une structure de personnalité antisociale ou limite, une tendance marquée à la colère et à l'hostilité, ainsi qu'un recours plus fréquent à l'abus d'alcool ou de drogues (Hamberger et Hastings, 1986 ; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000 ; Moffitt et Caspi, 1999 ; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart et Feehan, 2001; Tweed et Dutton, 1998). Ces résultats apparaissent suffisamment généralisables pour que Hamberger et Hastings (1986) proposent l'existence d'une relation causale entre la violence conjugale et les troubles mentaux :

The high degree of replication between studies provides evidence supporting the notion that psychopathology is demonstrable in spouse abusers. (...) Abnormal or maladaptive personality characteristics must be considered as part of the constellation of factors constituting the final common pathway leading to spousal abuse (Hamberger et Hastings, 1986, p. 340).

Le deuxième groupe d'études rassemble des recherches s'intéressant à l'hypothèse selon laquelle les conjoints violents forment une population homogène. Les conclusions de ces études permettent plutôt de concevoir les conjoints violents comme un groupe hétérogène, se distinguant entre eux par un ensemble de caractéristiques individuelles. Certaines de ces caractéristiques relèvent du domaine de la psychopathologie, qu'il s'agisse du degré de réactivité émotionnelle des conjoints violents, de leur capacité d'empathie et d'autocritique, de leur structure de personnalité ou de leurs processus cognitifs (Chase, O'Leary & Heyman, 2001 ; Hamberger &

Hastings, 1988 ; Holtzworth-Munroe et Stuart, 1994 ; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000 ; Saunders, 1992). Afin d'illustrer cette hétérogénéité, certaines de ces études ont regroupé les profils des conjoints violents afin de produire des typologies. Bien que les typologies existantes divergent quant au nombre de profils de conjoints violents et quant à leur terminologie, elles mettent en évidence des déficits mentaux, affectifs et cognitifs dans la plupart des profils identifiés (Holtzworth-Munroe et Stuart, 1994). Ces déficits, qui apparaissent étroitement liés à la définition des troubles mentaux proposée par l'Association américaine de psychiatrie (1994), concernent notamment le contrôle des impulsions, la réponse émotionnelle aux stimuli et la gestion des stressors inhérents aux relations interpersonnelles.

L'une de ces typologies, soit celle d'Holtzworth-Munroe, Stuart et al. (2000), est fréquemment citée dans les études répertoriées. Elle propose une synthèse de l'ensemble des typologies de conjoints violents et a été validée empiriquement auprès d'un échantillon de 102 hommes connus pour des antécédents de violence conjugale. Cette typologie documente l'existence de quatre profils distincts de conjoints aux comportements violents, chacun étant caractérisé par des déficits spécifiques : l'intrafamilial, l'antisocial de faible intensité, le dysphorique-limite et l'agresseur généralisé<sup>2</sup>. Les auteurs de cette typologie associent les deux derniers profils à une probabilité élevée d'être atteint d'un trouble de la personnalité et à une plus grande gravité de la violence exercée. Quant au profil intrafamilial, il suggère que plusieurs conjoints violents ne présentent pas de caractéristiques psychopathologiques ou de troubles mentaux ; les auteurs suggèrent que la violence des hommes présentant ce profil serait plutôt attribuable à un fonctionnement rigide et contrôlant, à une faible estime de soi, à une difficulté à établir des limites et à une certaine dépendance affective envers leur partenaire.

Les constats issus de ces deux groupes d'études suggèrent donc que les conjoints violents forment une population hétérogène et que certains d'entre eux souffrent de troubles mentaux. Les pourcentages de conjoints violents souffrant de troubles mentaux varient toutefois de manière considérable selon les études consultées, soit de 10% à 90%. De plus, une grande diversité de troubles mentaux est observée dans cette population. Le tableau I propose une vue d'ensemble des troubles mentaux observés dans les recherches répertoriées.

---

<sup>2</sup> Traduction libre. En anglais: *family-only, low-level antisocial, dysphoric-borderline* et *generally violent*.

**Tableau I – Troubles mentaux observés dans la population des conjoints violents**

<b>TROUBLES MENTAUX</b>	<b>AUTEURS</b>
Troubles de la personnalité	Capaldi & Owen, 2001; Chase, O’Leary & Heyman, 2001; Danielson, Moffitt, Caspi & Silva, 1998; Dutton & Starzomski, 1993; Edwards, Scott, Yarvis, Paizis & Panizzon (2003); Ehrensaft, Moffitt & Caspi, 2004; Faulk, 1974; Gondolf & White, 2001; Gottman, Jacobson, Rushe, Shortt, Babcock, LaTallade & Waltz, 1995; Hamberger & Hastings, 1986; Hanson, Cadsky, Harris & Lalonde, 1997; Hart, Dutton & Newlove, 1993; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000; Moffitt & Caspi, 1999; Stewart & deBlois, 1981; White & Gondolf, 2000.
Troubles de l’humeur	Dutton & Starzomski, 1993; Faulk, 1974; Gondolf, 1985; Gondolf & White, 2001; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000; Julian & McKenry, 1993; Maiuro, Cahn, Vitaliano, Wagner & Zegree, 1988; Moffitt & Caspi, 1999; Palmer, Brown & Barrera, 1992; Pan, Neidig & O’Leary, 1994; Saunders, 1992.
Stress post-traumatique	Byrne & Riggs, 1996; Dutton, 1995; Taft, Pless, Stalans, Koenen, King & King, 2005; Teten, Sherman & Xiaotong, 2008; Teten, Schumacher, Taft, Stanley, Kent, Bailey, Dunn & White, 2010.
Alcoolisme et toxicomanie	Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000; Moffitt & Caspi, 1999; Murphy, O’Farrell et al., 2001; Pan, Neidig & O’Leary, 1994; Saunders, 1992; Stewart & deBlois, 1981.
Psychopathie	Echerburúa & Fernández-Montalvo, 2007; Gondolf & White, 2001; Gottman, Jacobson et al, 1995; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000.
Troubles anxieux non-spécifiques	Faulk, 1974; Moffitt & Caspi, 1999; Saunders, 1992.
Troubles psychotiques	Moffitt & Caspi, 1999.
Troubles de l’attachement	Dutton & Starzomski, 1993.

Bien que ces études suggèrent que certains conjoints violents souffrent d'un trouble mental, elles ne permettent pas l'atteinte d'un consensus quant à la nature de la relation entre ces troubles et le recours à la violence conjugale. Quelques auteurs affirment d'emblée que les troubles mentaux font partie des causes de la violence conjugale (Dutton, 2006 ; Hamberger et Hastings, 1986), mais d'autres se montrent plus nuancés et considèrent plutôt ces troubles comme un facteur de risque (Chase, O'Leary et Heyman, 2001 ; Ehrensaft, Moffitt et Caspi, 2004 ; Moffitt et Caspi, 1999). De plus, certaines études associent ces troubles à la gravité des agressions exercées dans une relation amoureuse (Danielson, Moffitt, Caspi et Silva, 1998 ; Hanson, Cadsky et al., 1997 ; Hart, Dutton et Newlove, 1993 ; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000 ; Pan, Neidig et O'Leary, 2004), tandis que d'autres recherches parviennent à la conclusion opposée (Elbogen et Johnson, 2009).

En ce sens, Hamberger et Holtzworth-Munroe (2009) estiment qu'il est nécessaire d'aller au-delà de la simple identification de troubles mentaux chez les conjoints violents, pour plutôt tenter d'élucider les mécanismes par lesquels ces troubles se traduisent par des agressions. Des hypothèses ont déjà été avancées afin d'illustrer ces mécanismes ; ainsi, Holtzworth-Munroe (2000) suggère que certains troubles mentaux sont susceptibles d'engendrer des interprétations erronées des intentions et des comportements d'un partenaire amoureux, favorisant la transformation d'un simple conflit en un épisode de violence conjugale. Les études répertoriées ne permettent toutefois pas d'approfondir la compréhension des mécanismes unissant la violence conjugale et les troubles mentaux, se centrant davantage sur la démonstration d'une coexistence de ces deux problématiques chez certains hommes.

### *1.2.3 Limites des études*

Les études répertoriées dans le cadre de la présente recherche sont d'un intérêt considérable. En plus d'offrir un appui à l'hypothèse de l'hétérogénéité de la population des conjoints violents, elles suggèrent que la violence conjugale et les troubles mentaux coexistent chez certains hommes. Les limites de ces recherches incitent toutefois à interpréter leurs résultats avec une certaine prudence.

Il importe tout d'abord de se questionner sur la grande variabilité des résultats de ces études, en ce qui a trait à la prévalence de troubles mentaux dans la population des conjoints violents. En



effet, il semble difficile d'estimer la proportion réelle de conjoints violents souffrant de tels troubles. Certaines recherches suggèrent que la plupart de ces hommes sont atteints d'un trouble mental, tandis que d'autres estiment qu'il s'agit d'une réalité marginale. À titre d'exemple, l'étude longitudinale de Moffitt et Caspi (1999; n=360) soutient que 88 % des hommes ayant exercé de la violence physique dans leur relation de couple rencontrent les critères diagnostiques pour au moins un trouble mental, qu'il s'agisse de dépression, de troubles de personnalité ou de toxicomanie. D'autres études parviennent à des résultats comparables, en affirmant que 80% à 90% des conjoints violents sont atteints de l'un ou l'autre des troubles de la personnalité (Dutton et Starzomski, 1994; Hamberger et Hastings, 1986, 1988; Saunders, 1992). En contrepartie, les études s'intéressant à la présence d'un trouble mental spécifique chez les conjoints violents parviennent à des résultats plus mitigés. Ainsi, les recherches s'intéressant à la psychopathie chez les conjoints violents n'attribuent ce trouble qu'à un homme sur dix (Echerburúa et Fernández-Montalvo, 2007; Gondolf et White, 2001). Le degré de spécificité des troubles mentaux recherchés pourrait donc expliquer l'écart entre les résultats des études.

Par ailleurs, les études répertoriées dévoilent que les conjoints violents peuvent souffrir d'un large éventail de troubles mentaux, qu'il s'agisse de troubles de personnalité, de troubles de l'humeur, de troubles anxieux ou de troubles psychotiques (voir tableau I). Bien que certaines études affirment que les troubles mentaux soient plus représentés chez ces hommes que dans la population en général (Dutton et Starzomski, 1994; Hamberger et Hastings, 1986, 1988; Saunders, 1992), ces pathologies ne sont toutefois pas l'apanage des conjoints violents. Ainsi, dans une recension des écrits s'intéressant aux typologies de conjoints violents, Tolman et Bennett (1990) concluent que la prévalence élevée de troubles mentaux chez ces hommes traduit une réalité propre à l'ensemble des clientèles utilisant des services d'aide, celles-ci étant davantage susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale. Dans l'une des toutes premières études effectuées sur ce sujet, Hamberger et Hastings (1986) constatent d'ailleurs qu'il n'existe pas de pathologie unitaire dans la population des conjoints violents, mais plutôt un ensemble de caractéristiques suggérant que plusieurs d'entre eux sont atteints d'un trouble mental.

Par ailleurs, la signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux varie selon les études consultées. Les hypothèses proposées afin d'expliquer cette relation sont nombreuses et certaines d'entre elles se contredisent. Bien que cette limite soit parfois attribuable aux objectifs de ces études, elles n'apportent pas de réponses consensuelles

quant à la nature de la relation unissant la violence conjugale et les troubles mentaux. En ce sens, Hamberger et Holtzworth-Munroe (2009) affirment que les recherches effectuées n'ont pas démontré clairement un lien de cause à effet entre les troubles mentaux et l'utilisation de violence conjugale.

Finalement, ces études comportent des limites méthodologiques, notamment en ce qui a trait aux instruments utilisés afin de mesurer la présence de troubles mentaux. En effet, l'utilisation de questionnaires auto-administrés est fréquente dans ces études, ce qui peut engendrer des biais liés à la désirabilité sociale (Echerburúa et Fernández-Montalvo, 2007; Ehrensaft, Moffitt et Caspi, 2004). Certaines recherches ont d'ailleurs eu recours à l'une ou l'autre des multiples versions du *Millon Clinical Multiaxial Inventory*, un outil standardisé qui ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique en raison des multiples possibilités d'interprétation des résultats obtenus (Retzlaff, 1996 ; Rogers, Salekin et Sewell, 1999 ; White et Gondolf, 2000). Il apparaît donc questionnable de s'appuyer sur des données recueillies par des questionnaires auto-administrés, afin de se prononcer sur la présence de troubles mentaux au sein d'une population.

En résumé, les études répertoriées concluent à la présence de multiples troubles mentaux dans la population des conjoints violents, en plus de suggérer l'existence d'une relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux. Elles ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions claires quant à la nature de cette relation. Compte tenu des controverses et de l'ambiguïté qui persiste, nous traiterons dans la suite de ce travail d'une concomitance de violence conjugale et d'un trouble mental chez certains conjoints violents. En effet, la notion de concomitance se définit comme étant la réalisation simultanée de deux ou plusieurs faits; elle est utilisée pour signifier que la violence conjugale et les troubles mentaux coexistent chez certains hommes, sans présumer d'un lien de causalité entre ces deux problèmes.

### **1.3 Conjoints violents et troubles mentaux : des défis cliniques**

L'étude de la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux confronte également à des défis cliniques. En effet, certains chercheurs se questionnent sur la pertinence des différents modèles d'intervention utilisés auprès des conjoints violents, lorsque ces derniers souffrent également d'un trouble mental. Il est également difficile d'identifier des modèles d'intervention susceptibles de répondre aux besoins de ces hommes. La présente section présente les différents

modèles d'intervention utilisés auprès des conjoints violents, ainsi que les constats et les recommandations en ce qui a trait aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

### *1.3.1 Modèles d'intervention préconisés auprès des conjoints violents*

En Amérique du Nord, de nombreux modèles d'intervention sont utilisés dans les programmes d'aide aux conjoints violents. Parmi ceux-ci, on trouve le modèle profémaliste, le modèle cognitivo-comportemental et le modèle psychodynamique (Brodeur, 2006; Ehrensaft, Moffitt et Caspi, 2004; Feder et Wilson, 2005; Gelles, 1993; Rondeau, 1994). Ces modèles s'appuient sur les multiples cadres qui ont été construits afin d'expliquer la violence conjugale; en ce sens, ils représentent un prolongement de ces constructions. Bien que ces modèles soient caractérisés par leur diversité, ils comportent des caractéristiques similaires; une intervention en groupe est habituellement préconisée et l'intervention est fréquemment centrée sur les caractéristiques dites généralisables à l'ensemble des conjoints violents (Dutton et Bodnarchuk, 2005; Dutton et Sonkin, 2003; Holtzworth-Munroe et Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe, Stuart et al., 2000). De plus, un grand nombre de ces programmes adoptent une approche éclectique, combinant des éléments puisés dans plus d'un modèle d'intervention (Hanson et Wallace-Capretta, 2000).

En raison des cadres d'analyse sur lesquels ils s'appuient, certains de ces modèles s'opposent mutuellement. Cette opposition se manifeste particulièrement entre les modèles d'intervention psychodynamiques et sociologiques, pour des raisons ayant trait à l'étiologie de la violence conjugale. Ainsi, le modèle d'intervention profémaliste de Duluth, dont l'utilisation est répandue aux États-Unis, repose sur une analyse féministe radicale de la violence conjugale. Bien que ce modèle s'adresse aux conjoints violents, la sécurité des victimes a préséance sur l'aide apportée aux hommes et ce, tant dans la philosophie sous-tendant l'intervention que dans la planification des stratégies cliniques (Pence et Paymar, 1993). Ce modèle s'attire toutefois de vives critiques de la part des tenants du modèle d'intervention psychodynamique, qui lui reprochent de faire abstraction de l'expérience individuelle des conjoints violents et d'adopter une attitude coercitive envers ces derniers (Dutton et Bodnarchuk, 2005; Kelly, 2003). Les modèles d'intervention profémalistes ne sont cependant pas les seuls à être remis en question. En effet, certains auteurs soutiennent que l'approche psychodynamique favorise la déresponsabilisation des conjoints violents en accordant une importance indue à leurs caractéristiques psychologiques (Dankwort, 1988; Dankwort et Rausch, 2000; Healey, Smith et O'Sullivan, 1998). Quant au modèle

cognitivo-comportemental, on lui reproche notamment d'attribuer la violence conjugale aux déficits cognitifs de certains hommes, sans toutefois expliquer pourquoi ces déficits n'entraînent pas de violence dans toutes leurs relations interpersonnelles (Healey, Smith et O'Sullivan, 1998). Dans ce contexte, la sélection d'un modèle d'intervention efficace comporte une certaine complexité pour les organismes venant en aide aux conjoints violents.

Les études évaluatives s'intéressant aux programmes d'aide pour conjoints violents n'ont pas permis de mettre un terme aux débats entourant l'efficacité des modèles d'intervention. En effet, ces recherches ne sont pas arrivées à démontrer la supériorité d'un modèle d'intervention sur les autres (Babcock, Greene et Robie, 2004; Dutton et Sonkin, 2003 ; Hanson et Wallace-Capretta, 2000). Elles suggèrent plutôt que l'ensemble des programmes d'aide aux conjoints violents contribue généralement à une diminution de la violence conjugale, en dépit d'un impact parfois mitigé sur la récidive et d'un taux relativement faible de persévérance en traitement (Babcock, Greene et Robie, 2004 ; Feder et Wilson, 2005; Ouellet, Lindsay et Saint-Jacques, 1993; Scott, 2004). Il apparaît donc difficile d'attribuer une plus grande crédibilité à l'un ou l'autre des modèles d'intervention développés afin de venir en aide aux conjoints violents.

### ***1.3.2 Modèles d'intervention préconisés auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux***

La sélection d'un modèle d'intervention efficace gagne en complexité lorsque les conjoints violents sont également atteints d'un trouble mental. Puisque certains cadres d'analyse ont été construits en excluant les troubles mentaux des causes de la violence conjugale, les modèles d'intervention qui s'appuient sur ces cadres ne prévoient aucune stratégie d'intervention afin de faire face à cette éventualité (Dutton et Bodnarchuk, 2005). La pertinence d'adapter ces modèles, de manière à tenir compte des caractéristiques psychopathologiques de certains conjoints violents, est d'ailleurs remise en question par certains auteurs (Dobash et Dobash, 1992; Gelles, 1993; Pence et Paymar, 1993; White et Gondolf, 2000). Ainsi, dans le cadre d'une étude réalisée auprès de 100 conjoints violents bénéficiant d'un programme thérapeutique, White et Gondolf concluent que la majorité des participants est apte à bénéficier d'un programme d'intervention basé sur les caractéristiques généralisables à cette population et ce, qu'ils soient atteints ou non d'un trouble mental. Ces auteurs estiment donc que la présence d'un trouble mental chez certains conjoints violents ne devrait pas définir le choix des modèles d'intervention.

Plusieurs auteurs suggèrent toutefois que les organismes venant en aide aux conjoints violents ont avantage à ne pas occulter cette réalité. La prévalence élevée de ces troubles, dans la population des conjoints violents, justifierait à elle seule la nécessité de tenir compte des besoins de cette clientèle particulière (Rice, 1997; Rice et Harris, 1997; Huss et Langhinrichsen-Rohling, 2000; Tollefson, Gross et Lundahl, 2008). Ainsi, Tollefson, Gross et Lundahl associent la présence d'un trouble mental, chez les conjoints violents, à une faible persévérance en traitement. Ils attribuent en partie cette situation à la structure des programmes offerts, qui requièrent un degré d'introspection et de motivation inatteignable pour des hommes souffrant de troubles mentaux sévères. Pour sa part, Rice suggère que l'intervention de groupe, utilisée dans la plupart des modèles d'intervention nord-américains, est contre-indiquée auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Cette auteure estime que l'intervention de groupe favorise, chez des hommes présentant un profil psychopathique, une collusion avec leurs pairs; une telle alliance, loin de contribuer à la diminution des agressions, augmenterait plutôt le risque de récidive.

D'autres auteurs suggèrent plutôt d'utiliser des approches reflétant la complexité de cette problématique. Ainsi, Dominelli (1999) estime que l'intervention auprès des conjoints violents doit proposer une combinaison complexe d'approches, tenant à la fois compte des caractéristiques individuelles de ces hommes et de l'impact des valeurs socioculturelles légitimant leur recours à la violence. Ce point de vue trouve un écho dans la recension d'écrits de Rice et Harris (1997) quant aux programmes d'aide offerts aux criminels violents souffrant de troubles mentaux, puisque ces derniers concluent que : «...a comprehensive treatment program for mentally disordered offenders will have to include both treatments for psychiatric symptoms and treatments that address criminal and violent behavior directly » (p. 160).

En dépit de l'ensemble de ces recommandations, peu d'indications précises sont disponibles quant à la nature des programmes qui pourraient s'adresser aux conjoints violents atteints d'un trouble mental. Tollefson, Gross et Lundahl (2008) considèrent toutefois que les professionnels intervenant auprès des conjoints violents auraient avantage à utiliser les approches jugées efficaces dans le traitement des troubles de personnalité, puisqu'une proportion importante de leur clientèle semble atteinte de ces troubles. Pour leur part, Winick, Wiener et al. (2010) présentent des données préliminaires prometteuses sur les impacts du *Pre-Trial Diversion Program* (PTDP), un programme d'intervention destiné à des conjoints violents souffrant d'un

trouble mental. Ce programme vise la réduction de la récidive et la protection des victimes de violence conjugale, tout en offrant aux conjoints violents une aide adéquate pour leur violence et pour le trouble mental dont ils sont atteints. Le PTDP propose donc une combinaison d'approches cliniques et légales, qui permettent une prise en charge globale de ces deux problèmes. Les auteurs observent que cette approche favorise la motivation au changement et l'implication en traitement, en s'intéressant à la globalité de l'expérience des individus. Bien que l'impact du PTDP sur la récidive en violence conjugale n'ait pas encore été mesuré, les auteurs se montrent optimistes quant aux bénéfices retirés par les hommes impliqués dans ce programme.

Les professionnels intervenant auprès de conjoints violents sont donc exposés à une multitude de cadres d'analyse et de modèles d'intervention, construits en opposition mutuelle et dont l'efficacité ne fait pas l'objet d'un consensus. Leurs propres points de vue sur la violence conjugale sont également susceptibles d'influencer le choix des stratégies d'intervention qu'ils utilisent auprès de leurs clients (Adams, 1988). Dans ce contexte, identifier « le » bon modèle d'intervention représente un défi appréciable pour ces professionnels. La prochaine section suggère toutefois que ces derniers, en raison de leurs contacts avec des conjoints violents, pourraient contribuer au développement des connaissances entourant le thème de la recherche.

### *1.3.3 Les professionnels intervenant auprès de conjoints violents*

En dépit des défis cliniques que comporte l'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux, les professionnels intervenant auprès de cette clientèle ne semblent pas avoir été questionnés quant au thème de la recherche. En effet, aucune autre recherche spécifique à ce sujet n'a été répertoriée dans le cadre de la présente étude. Il est toutefois possible d'émettre l'hypothèse que ces individus, à travers leur expérience professionnelle, ont eu l'opportunité de construire un point de vue quant au thème de la recherche. Ces points de vue comportent un grand intérêt au plan scientifique. De par leur rôle central dans les organismes venant en aide à cette clientèle, ces professionnels se situent entre les conjoints violents et la société, ainsi qu'à la croisée des multiples discours scientifiques et militants. Cette expérience unique fait d'eux des témoins privilégiés, qui jouent un rôle central dans la construction et dans la diffusion des cadres d'analyse et d'intervention s'intéressant aux conjoints violents. De plus, leur travail les expose aux dilemmes conceptuels et cliniques associés à la problématique de recherche.

Certaines études se sont déjà intéressées aux points de vue et à l'expérience des professionnels intervenant auprès de conjoints violents, permettant le développement des connaissances sur la violence conjugale et sur l'intervention auprès de ces hommes. Ces recherches ont exploré les difficultés propres à l'intervention de groupe auprès des conjoints violents (Agustinovich, 2004), les enjeux liés à la coanimation mixte dans des groupes pour conjoints violents (Blacklock, 2003), les impacts de l'intervention en violence conjugale sur la vie privée des professionnels (Goldblatt, Buchbinder, Eisikovits et Arizon-Mesinger, 2009; Iliffe et Steed, 2000) et la conceptualisation de la violence exercée par certains conjoints (Edin, Lalos, Högberg et Dahlgren, 2008). Les résultats de ces études ne permettent toutefois pas de cerner les points de vue des professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

L'étude d'Edin, Lalos et al. (2008) est cependant d'un grand intérêt dans le cadre de la présente recherche. Cette recherche qualitative, qui s'appuie sur la théorie de l'attribution causale, a été effectuée auprès de huit professionnels intervenant auprès de conjoints violents dans des contextes variés. Les participants de cette étude observent des caractéristiques psychopathologiques chez certains de leurs clients et tendent à diviser les conjoints violents selon des catégories qui s'apparentent aux typologies existantes. Ils estiment que leur clientèle présente des déficits majeurs au plan de l'adaptation, une tendance marquée à se sentir menacés par leur partenaire, une vision des femmes qui dévie des normes sociales contemporaines et un contrôle insuffisant de leurs réactions émotionnelles et comportementales. Les participants insistent toutefois sur le fait que les conjoints violents sont des hommes comme les autres et qu'ils peuvent avoir un fonctionnement social adéquat. Cette recherche met en relief une construction paradoxale de la violence conjugale, puisque les conjoints violents sont décrits comme des hommes à la fois « ordinaires » et « déviants ». Les auteurs observent également que les participants tendent à utiliser des explications socialement acceptables de la violence conjugale, sans atteindre un discours consensuel quant à l'étiologie de ce problème. Ils soulignent que les points de vue des professionnels représentent une synthèse de leurs expériences et de leurs connaissances et permettent d'atteindre une compréhension plus profonde des conjoints violents.

#### **1.4 Synthèse, but, objectifs et pertinence de la recherche**

Les études répertoriées dans la présente recherche suggèrent l'existence, chez certains hommes, d'une concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Elles attirent également

l'attention des cliniciens et des chercheurs sur les défis conceptuels et cliniques associés à cette concomitance. Elles ne permettent toutefois pas d'estimer avec précision l'ampleur réelle de cette concomitance, n'apportent pas de réponses consensuelles quant à sa signification et émettent peu de recommandations concrètes quant à la conduite professionnelle à adopter auprès de conjoints violents souffrant d'un trouble mental. Ces défis font écho aux controverses et aux débats entourant l'étiologie de la violence conjugale, l'efficacité des programmes d'intervention pour conjoints violents et le choix des modèles d'intervention auprès de cette clientèle.

Par ailleurs, à notre connaissance, les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints violents n'ont jamais été explorés en ce qui a trait au thème de la recherche. Les études réalisées auprès de cette catégorie de professionnels illustrent toutefois la richesse de leur contribution à l'avancement des connaissances scientifiques sur la violence conjugale. Il y a également lieu de croire que ces professionnels ont déjà été en contact avec des hommes affligés simultanément par la violence conjugale et par un trouble mental. Il apparaît donc pertinent de s'intéresser à leurs points de vue. Compte tenu des nombreuses controverses et ambiguïtés entourant le thème de la recherche, il semble tout aussi pertinent d'explorer la manière dont les points de vue de ces professionnels se construisent.

La synthèse permet de dégager l'objectif général de la recherche, soit de décrire et d'explorer les points de vue des professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents. Un premier objectif spécifique vient préciser les visées de la recherche, soit de décrire ces points de vue. Ces professionnels observent-ils une concomitance de violence et de troubles mentaux chez leur clientèle ? Si oui, est-ce une situation fréquente dans leur pratique ? Quelle signification accordent-ils à cette concomitance ? Un second objectif spécifique vise à analyser le processus par lequel les professionnels construisent leurs points de vue sur cette question. Sur quelles bases ces points de vue se construisent-ils ? Comment arrivent-ils à sélectionner leurs conduites professionnelles, compte tenu des controverses entourant le thème de la recherche ?

La pertinence scientifique de la recherche s'appuie sur l'intérêt que représentent les points de vue des professionnels, quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents. À notre connaissance, ces professionnels n'ont jamais été questionnés à ce sujet, malgré leur lien privilégié avec la clientèle des conjoints violents. La recherche permet



donc de connaître leurs points de vue sur une situation complexe et ce, tant au plan conceptuel qu'au plan clinique. De plus, les recherches répertoriées recommandent d'adapter les services d'aide afin de mieux répondre aux besoins des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Elles offrent toutefois peu d'indications sur la nature des interventions à effectuer afin d'aider adéquatement ces hommes. L'exploration des conduites professionnelles des participants permet donc de documenter les pratiques auprès de cette clientèle.

L'exploration du processus par lequel les professionnels construisent leurs points de vue comporte également un grand intérêt. La recension des écrits témoigne des nombreuses ambiguïtés conceptuelles et cliniques qui entourent la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. En effet, les professionnels sont exposés à des constructions divergentes de la violence conjugale et de sa concomitance avec des troubles mentaux. Confrontés à cette pluralité de perspectives, les professionnels doivent faire des choix afin d'attribuer une signification à cette problématique et afin de sélectionner leurs conduites auprès des hommes concernés. L'exploration de ce processus permet d'aller au-delà de la simple description des points de vue des participants et d'en approfondir la compréhension.

Quant à la pertinence sociale de la recherche, elle s'appuie sur sa contribution à une plus grande efficacité des services offerts aux conjoints violents. En effet, la problématique de recherche met en évidence le défi que représente la sélection d'un modèle d'intervention efficace auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ce défi est d'autant plus préoccupant que certaines études observent une prévalence élevée de troubles mentaux dans la population des conjoints violents. En explorant les conduites professionnelles adoptées auprès de ces hommes, la recherche met en perspective les stratégies qui ont été expérimentées afin d'offrir de l'aide aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ces connaissances peuvent être utiles aux organismes venant en aide aux conjoints violents et les aider à optimiser les services qu'ils offrent aux hommes affectés par ces deux problèmes. Cet enjeu est d'une importance particulière, compte tenu des coûts humains et sociaux engendrés par la violence conjugale.

Afin d'atteindre les objectifs de la recherche, il importe toutefois de sélectionner un cadre théorique permettant de rendre justice à la complexité de la problématique. Le constructivisme offre une perspective théorique qui, en plus d'être fort utile pour cerner les points de vue d'individus et de groupes quant aux réalités qu'ils rencontrent, permet d'explorer les processus

par lesquels ces points de vue se construisent. Le prochain chapitre présente donc le cadre théorique de la recherche.

## **CHAPITRE 2 – Le cadre théorique**

Afin d'explorer les points de vue des professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, le constructivisme a été retenu comme cadre théorique. Dans un premier temps, ce chapitre présente le constructivisme d'un point de vue épistémologique. Dans un deuxième temps, les concepts à l'étude (soit les déclarations et la catégorisation) sont définis. La pertinence d'un cadre théorique constructiviste dans le cadre de la présente recherche est ensuite démontrée.

### **2.1 Le paradigme constructiviste**

Bien que le terme « constructivisme » soit apparu au cours des années 1960, ce paradigme s'inscrit dans une école de pensée des plus anciennes. En effet, les connaissances disponibles sur les premières civilisations grecques illustrent que la remise en question des vérités dites uniques faisait partie des mœurs et ce, bien avant l'émergence officielle de l'épistémologie constructiviste (Fisher, 1991). C'est toutefois au siècle dernier qu'on a assisté à l'éclosion de ce paradigme, lui-même traversé par de multiples courants de pensée : constructivisme radical, constructivisme culturel, constructivisme cognitif, constructivisme social, constructivisme critique. Bien qu'il soit difficile d'attribuer la paternité des théories constructivistes à un auteur en particulier, certains estiment que les travaux de Spector et Kituse (1977) représentent un jalon important dans la diffusion de l'approche constructiviste et dans son application à l'analyse des problèmes sociaux (Mayer, 2001). Les travaux de Jean Piaget, notamment ceux portant sur la construction de l'intelligence et des connaissances humaines, ont également été d'une grande influence à ce niveau.

Le constructivisme postule que toute réalité est le résultat d'un processus de construction, dans lequel l'individu est un sujet actif en interaction avec son environnement (Berger et Luckman, 2006; Loseke, 2003; Mayer, 2001; Mayer et Laforest, 1990). En ce sens, le constructivisme s'oppose au positivisme, fondé sur l'expérience et la connaissance empirique des phénomènes naturels et postulant l'existence de réalités dites objectives (Berger et Luckman, 2006; Neuman, 1997). Il se situe en continuité avec l'interactionnisme, qui étudie les actions réciproques entre les individus ou entre les groupes sociaux (Campeau, Sirois et Rheault, 2004; Mayer et Laforest,

1990). Le constructivisme se distingue toutefois de l'interactionnisme en portant une attention spécifique « aux activités des groupes et des institutions visant à définir et légitimer publiquement des problèmes sociaux » (Mayer et Laforest, 1990, p.114).

Le constructivisme n'aspire pas à l'identification de réalités dites objectives. Il s'intéresse plutôt aux processus par lesquels les réalités se construisent, à leurs conditions de production et à l'impact de ces constructions sur l'action des individus et des sociétés (Berger et Luckman, 2006; Fisher, 1991; Loseke, 2003; Mayer, 2001; Mayer et Laforest, 1990). Le constructivisme soutient que « les activités dites subjectives et individuelles d'une part, et celles qui sont supposées objectives et sociétales d'autre part, se construisent ensemble dans les divers environnements sociaux, qu'ils soient intimes, institutionnels ou collectifs » (Mayer, 2001, p.113).

Dans cette perspective, les conditions objectives de production des problèmes sociaux ne représentent pas un objet d'intérêt pour les constructivistes, qui s'intéressent plutôt aux processus par lesquels les problèmes sociaux sont définis, ainsi qu'aux individus et aux groupes qui les définissent (Berger et Luckman, 2006; Loseke, 2003; Mayer et Laforest, 1990). Les constructivistes soutiennent que les problèmes sociaux n'existent pas *a priori* et qu'aucune condition n'est intrinsèquement mauvaise; les problèmes sociaux sont plutôt définis par des individus, des groupes ou des organisations défendant des intérêts spécifiques, qui attribuent une signification à ces conditions. Le constructivisme remet donc en question la notion de consensus social, postulant que la définition des problèmes sociaux repose davantage sur les intérêts des groupes et des individus, sur l'indignation morale générée par certaines situations et sur l'influence qu'exercent des événements sociaux en constante évolution (Loseke, 2003; Mayer et Laforest, 1990; Spector et Kituse, 1997).

Le constructivisme permet de concevoir que la définition des problèmes sociaux s'actualise à travers quatre étapes. Ces étapes sont : 1) l'identification, par des individus ou des groupes, d'une condition dite problématique et l'amorce de revendications visant à convaincre de l'existence d'un problème social; 2) l'approbation de ces revendications par une institution officielle influente, ainsi que l'amorce d'une prise en charge des revendications par cette même institution; 3) l'estimation, par le groupe revendicateur, du caractère inefficace de la prise en charge offerte; 4) la recherche, par le groupe revendicateur, de solutions et d'institutions alternatives (Berger et Luckman, 2006; Loseke, 2003; Mayer et Laforest, 1990).

Bien que chacune de ces étapes contribue à la reconnaissance d'un problème social, une compréhension approfondie de la première étape apparaît essentielle. En effet, c'est à cette étape que les groupes revendicateurs élaborent leur propre construction d'une condition qu'ils jugent problématique. Ces groupes doivent établir un argumentaire, composé d'un ensemble de déclarations sur cette condition. Leur argumentaire doit proposer une image préétablie (ou typification) de ladite condition, dans le but d'illustrer qu'elle est répandue, qu'elle est néfaste envers un groupe d'individus et qu'elle heurte l'un ou l'autre des postulats moraux valorisés au plan social (famille, nationalisme, droits individuels, chances égales...). Les déclarations de ces groupes doivent également proposer un cadre explicatif à la condition qu'ils dénoncent, ainsi qu'une typification des personnes qu'elle concerne; une attention particulière est portée à cibler les victimes et les responsables de cette condition. De plus, elles doivent suggérer que des solutions efficaces et accessibles peuvent pallier les effets négatifs des problèmes sociaux. Dans cette perspective, les déclarations émises par les groupes revendicateurs contribuent, dès cette étape, à la construction des solutions aux problèmes sociaux qu'ils définissent (Loseke, 2003).

La construction d'un problème social repose donc sur la suggestion du caractère néfaste et répandu d'une condition, dans l'objectif de convaincre des cibles prédéterminées de la nécessité d'intervenir. Ces cibles sont habituellement choisies en fonction de leur pouvoir social; les bailleurs de fonds et les collectifs responsables de l'élaboration des politiques sociales sont des cibles particulièrement prisées, puisqu'ils disposent d'un pouvoir d'action sur les conditions dénoncées. Une certaine compétition existe entre les groupes cherchant à convaincre de l'existence d'un problème social, puisque de nombreuses conditions peuvent être jugées problématiques et que ces groupes interpellent les mêmes cibles (Loseke, 2003).

En ce sens, le constructivisme permet de concevoir que la définition de la violence conjugale, en tant que problème social, résulte d'une construction. En effet, les groupes féministes ont défini la situation de certaines femmes comme étant problématique, utilisant un argumentaire basé sur la prévalence de la violence conjugale et sur ses effets négatifs sur la santé des femmes. Le caractère immoral de la violence conjugale a également été suggéré dans cet argumentaire, en déclarant que toute violence à l'endroit des femmes va à l'encontre des droits individuels. De plus, un cadre explicatif a été offert à cette violence, soit les rapports de domination inhérents aux sociétés patriarcales et aux relations entre les hommes et les femmes. Ce cadre a notamment permis d'établir une typification des personnes concernées par la violence conjugale, soit les victimes

(les femmes) et les agresseurs (les hommes). Les groupes militants se sont ensuite adressés à de multiples cibles (les gouvernements, les professionnels de la santé et des services sociaux, le système judiciaire) afin de revendiquer et de proposer des mesures sociales, politiques et légales pour lutter contre ce problème (Lavergne, 1988). De ce fait, ces groupes ont également contribué à la construction des solutions, puisque de nombreuses mesures ont été adoptées subséquemment à la reconnaissance de la violence conjugale en tant que problème social.

Il existe toutefois d'autres constructions de la violence conjugale. L'une de ces constructions postule l'existence d'une relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez certains conjoints violents. Cette construction de la violence conjugale est associée aux déclarations de chercheurs, de collectifs et d'organismes venant en aide aux conjoints violents; elle propose un ensemble de solutions au problème de violence conjugale, recommandant notamment le développement de services d'aide tenant compte des troubles mentaux dont souffrent certains conjoints violents. Puisque cette construction s'appuie notamment sur la définition des troubles mentaux qu'offre le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), elle met à profit la contribution d'acteurs socialement crédibles tels les psychiatres et les psychologues. Certains groupes s'intéressant à la condition masculine ont également joué un rôle central dans la diffusion de cette construction de la violence conjugale. Il semble toutefois que les déclarations de ces acteurs n'ont pas entièrement réussi à convaincre les cibles disposant d'un pouvoir d'action; en effet, la définition de la violence conjugale, au Québec, reste à ce jour étroitement liée à la construction issue des groupes féministes radicaux (Lavergne, 1988).

## **2.2 Concepts à l'étude**

Le cadre théorique de la présente recherche s'appuie essentiellement sur deux concepts proposés par Loseke (2003). Le premier concept à l'étude est celui des déclarations. Cette auteure soutient que les déclarations faites par des groupes et des individus, afin de mettre de l'avant une condition problématique, peuvent prendre diverses formes. Elles peuvent être observables à travers des énoncés verbaux, des images et des comportements. Toutes ces formes de déclarations contribuent à attribuer une signification aux situations et aux conditions observées. Ainsi, lorsqu'une personne déclare que la violence conjugale est criminelle, elle attribue à cette problématique une signification spécifique, susceptible d'être partagée par d'autres individus ou par d'autres groupes. Bien que ces déclarations puissent être produites par une multitude

d'individus ou de groupes, les professionnels œuvrant dans le secteur de l'aide aux personnes en difficulté représentent une catégorie spécifique d'auteurs de déclarations. Ces professionnels jouissent d'une crédibilité basée sur leur expérience, leur formation et leur pouvoir au sein des organisations qui les embauchent. De plus, cette crédibilité leur confère un pouvoir d'influence sur la définition des problèmes sociaux, puisque leurs déclarations sont susceptibles de convaincre des cibles influentes de l'existence d'un problème social (Loseke, 2003).

Le second concept à l'étude est celui de la catégorisation. Les professionnels intervenant auprès de personnes en difficultés sont en quelque sorte des acteurs pratiques, qui procèdent par catégorisation auprès de leur clientèle afin de les aider. La catégorisation est un processus visant à accorder un sens aux réalités, en se référant à des catégories préalablement définies; ces catégories permettent aux professionnels de typifier les conditions problématiques, les responsables de ces conditions et les personnes qui en sont affectées. Les professionnels peuvent puiser ces catégories dans plusieurs ressources telles leurs expériences personnelles et professionnelles, leur formation professionnelle, les croyances populaires et les déclarations préalablement existantes sur une condition problématique. La catégorisation permet également de concevoir que la signification attribuée aux conditions problématiques oriente les comportements des professionnels envers leurs clients. Ainsi, en déterminant que les conjoints violents appartiennent à la catégorie des « criminels », un ensemble d'interventions sociojudiciaires seront prônées auprès de cette clientèle. À l'opposé, le fait de concevoir ces hommes comme des personnes déséquilibrées se traduira par des interventions centrées sur leur désorganisation au plan psychique et social.

Bien qu'elles paraissent relever d'une logique presque naturelle, les catégories utilisées par les professionnels résultent elles-mêmes d'un processus de construction (Loseke, 2003). Par exemple, le fait de concevoir la violence conjugale comme un acte criminel représente une construction sociojudiciaire de cette problématique, s'appuyant sur des catégories issues du code criminel et d'une analyse féministe radicale. Une telle construction est toutefois contestable; en effet, la violence verbale n'est pas un acte criminel, tout comme certaines formes de violence psychologique, économique et sexuelle. Pour sa part, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) propose aux professionnels des catégories fort différentes afin d'attribuer une signification à la violence de leurs clients; ces catégories témoignent d'une conception pathologique des difficultés humaines et suggèrent que la violence est le symptôme

d'un déséquilibre psychique. Les limites de cette construction sont toutefois illustrées par de nombreuses recherches qui suggèrent que les conjoints violents ne souffrent pas tous d'un trouble mental. Les ressources permettant la catégorisation d'une condition problématique peuvent donc être en opposition mutuelle.

De plus, les catégories utilisées par les professionnels afin de définir les problèmes sociaux peuvent orienter les interventions sociales et légales qui balisent la prise en charge de ces conditions. Ainsi, la politique québécoise d'intervention en matière de violence conjugale (Gouvernement du Québec, 1995) a mis à profit l'expertise d'individus et de groupes travaillant auprès de conjoints violents et de victimes de violence. Afin de désigner les conjoints violents, les acteurs impliqués se sont appuyés sur des catégories issues de l'analyse féministe radicale de la violence conjugale (« agresseurs », « société patriarcale », « criminels », « responsables »). Cette politique conçoit donc les conjoints violents comme des hommes dont les agissements sont inacceptables, voire criminels, qui doivent être responsabilisés de ces agissements par diverses mesures. En ce sens, cette politique représente en elle-même une construction de la violence conjugale, s'appuyant sur des catégories préexistantes afin d'attribuer un sens à ce problème social. Elle propose en retour des catégories susceptibles d'être utilisées par les professionnels, afin d'attribuer une signification aux comportements de leurs clients.

Les propositions de Loseke (2003) amènent donc à retenir deux concepts principaux, soit les déclarations et la catégorisation. Ces concepts permettent l'identification des points de vue des professionnels quant au thème de la recherche, ainsi que leur processus de construction. Les sections suivantes définissent l'application de ces concepts à la présente recherche.

### ***2.2.1 Les déclarations des professionnels***

Le cadre théorique suggère que les déclarations des professionnels sont tout d'abord identifiables à travers leurs énoncés verbaux. Ces énoncés verbaux portent sur les conjoints violents, sur les personnes souffrant de troubles mentaux et sur les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ils permettent de cerner, de manière spécifique et descriptive, ce que disent les professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, que ce soit dans ses manifestations, dans sa prévalence ou dans ses implications au plan clinique.



Les déclarations des professionnels peuvent également prendre la forme d'images (métaphores, symboles, comparaisons) qu'ils associent au thème de la recherche ou qu'ils utilisent afin d'illustrer leurs points de vue. Les images utilisées par les professionnels leur permettent en quelque sorte d'appuyer leurs énoncés verbaux sur le thème de la recherche. Elles viennent illustrer leur typification des conjoints violents, des personnes souffrant de troubles mentaux et des conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

Par ailleurs, les comportements adoptés par les professionnels offrent un accès supplémentaire à leurs points de vue. Ces comportements représentent les conduites adoptées par les professionnels en présence de conjoints violents, de personnes souffrant de troubles mentaux et de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ces conduites sont particulièrement utiles afin de cerner la signification qu'accordent les professionnels à la concomitance de ces deux problèmes, en illustrant la manière dont ils en tiennent compte dans leur intervention. Elles permettent également d'entrevoir le processus de construction des points de vue des professionnels, puisque ces derniers peuvent justifier leurs conduites à partir de leur formation professionnelle, des politiques gouvernementales en matière de violence conjugale, des directives émises par leur milieu de pratique ou de leurs propres valeurs et croyances.

### ***2.2.2 La catégorisation des points de vue des professionnels***

Plusieurs ressources permettent aux professionnels d'accorder un sens à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux : leurs expériences personnelles et professionnelles, leur formation, les déclarations préalablement existantes sur cette concomitance et les croyances populaires. Ainsi, les expériences cliniques des professionnels leur donnent accès à des catégories préalablement définies sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Ces catégories sont issues de leurs contacts avec des individus concernés par ces problématiques. Leurs expériences professionnelles auprès de conjoints violents apparaissent ici d'un grand intérêt, puisqu'elles les ont exposés aux réalités propres à cette clientèle.

La formation des professionnels leur donne également accès à des catégories susceptibles de les aider à donner un sens à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. À titre d'exemple, le développement de connaissances en matière de psychopathologie est partie prenante d'une formation en psychologie, ce qui peut contribuer aux points de vue des

psychologues sur cette question. Les formations visant le développement ou la consolidation des compétences peuvent elles aussi contribuer à la construction des points de vue des professionnels, en leur permettant d'acquérir des connaissances et des habiletés supplémentaires.

Les déclarations préalablement existantes quant à une condition problématique réfèrent aux énoncés déjà disponibles afin de définir les conjoints violents, les personnes souffrant de troubles mentaux et les conjoints violents souffrant de troubles mentaux (Loseke, 2003). Ces déclarations peuvent provenir de différentes sources, soit les milieux de pratique des professionnels, les autres organismes d'aide pour conjoints violents, les ressources d'aide aux victimes de violence conjugale et les ressources d'aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, la recension d'écrits met en relief la pluralité des points de vue scientifiques et cliniques quant à la concomitance de ces deux problèmes; ces multiples perspectives représentent autant de points de repère susceptibles d'orienter les professionnels dans l'élaboration de leurs propres points de vue.

Il importe ici de souligner l'impact des organisations sur le processus de catégorisation. En effet, les milieux de pratique qui embauchent ces professionnels leur proposent des cadres d'intervention préétablis, qui déterminent la cible et la nature de leurs interventions. Ces cadres sont caractérisés par une recherche de cohérence avec les déclarations qui ont été utilisées afin d'obtenir la reconnaissance du problème social que représente la violence conjugale. Ils incluent la description de la clientèle à laquelle s'adressent les services d'aide aux conjoints violents, l'approche d'intervention préconisée, la fréquence et la durée des programmes offerts, les normes d'intégration aux groupes de thérapie et les normes de fonctionnement auxquels la clientèle doit se conformer. Ces cadres représentent donc une forme de déclaration préalablement existante, susceptible d'influencer les professionnels dans leur conceptualisation des problèmes sociaux. L'intérêt porté aux déclarations véhiculées par les milieux de pratique des professionnels, permet ainsi d'explorer leur contribution à la construction des points de vue subjectifs.

Finalement, les croyances populaires prennent la forme d'opinions, de stéréotypes ou d'images associés à une situation jugée problématique. Ces croyances sont répandues à divers degrés dans la société et peuvent rencontrer un degré d'adhésion variable selon les individus et les milieux (Loseke, 2003). Dans le cas de la violence conjugale et des troubles mentaux, ces croyances peuvent prendre la forme de stéréotypes sur les conjoints violents (ex.: manipulateurs, pervers, colériques, hommes ayant une faible estime de soi) ou sur les personnes atteintes de troubles

mentaux (ex.: folles, psychotiques, souffrantes, instables, dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui). Puisque les professionnels font partie de la société, il est possible que leurs points de vue soient influencés par ces croyances, que ce soit parce qu'ils y adhèrent ou parce qu'ils s'y opposent. L'exploration de cette ressource apporte un éclairage supplémentaire sur la catégorisation de leurs points de vue.

### **2.3 Pertinence du cadre théorique**

Le constructivisme représente un cadre théorique pertinent afin d'explorer les points de vue de professionnels intervenant auprès de conjoints violents. Cette pertinence s'appuie sur la cohérence entre le constructivisme et les objectifs de la recherche, sur le recours aux théories constructivistes dans des études similaires et sur la diversité des points de vue existants quant à l'étiologie de la violence conjugale.

La pertinence de ce cadre théorique s'appuie tout d'abord sur sa cohérence avec le but de la recherche, soit d'explorer des points de vue subjectifs quant à une situation jugée problématique. La recherche s'intéresse non seulement à ces points de vue, mais aussi à leur processus de construction dans un contexte d'ambiguïté conceptuelle et clinique. En ce sens, elle porte un regard sur l'ensemble des dimensions individuelles et organisationnelles qui sous-tendent ces points de vue. Puisque le constructivisme s'intéresse précisément aux réalités subjectives, à leur processus de construction et à l'impact de ces constructions sur les actions des professionnels, ce cadre théorique apparaît approprié dans le cadre de la présente recherche (Mayer et Laforest, 1990; Berger et Luckman, 2006).

La pertinence du cadre théorique s'illustre également par son utilisation dans des recherches similaires. En effet, d'autres recherches s'appuient sur le constructivisme afin de découvrir le point de vue d'une population donnée quant à des conditions problématiques. À titre d'exemple, Lavergne, Turcotte et Damant (2006) ont eu recours au constructivisme comme cadre théorique afin d'analyser les points de vue de professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants. Ces auteurs estiment que le constructivisme privilégie le point de vue des individus afin d'explorer leur logique d'action et d'interprétation, en plus d'accorder une importance particulière au contexte global de ces individus. Il s'agit d'un constat

prometteur pour la présente recherche, puisqu'elle porte un intérêt particulier à l'impact des organisations sur la construction des points de vue des professionnels.

Finalement, la diversité des points de vue existants quant à l'étiologie de la violence conjugale appuie la pertinence d'un cadre théorique constructiviste. En effet, ces points de vue résultent eux-mêmes d'un processus de construction, s'appuyant sur les intérêts sociaux, politiques, scientifiques et cliniques défendus par certains groupes. Ces nombreuses constructions font partie de l'ensemble des déclarations préalablement existantes sur la violence conjugale; en ce sens, elles font partie des ressources susceptibles d'être utilisées par les professionnels dans la catégorisation de leurs points de vue. Le constructivisme permet donc de prendre en considération les interactions complexes entre les multiples constructions de la violence conjugale et de cerner la manière dont elles contribuent à la construction des points de vue des professionnels.

Afin de mettre à profit le cadre théorique utilisé, il importe toutefois d'élaborer une méthodologie tenant compte des concepts à l'étude et favorisant l'atteinte des objectifs de la recherche. Un devis qualitatif apparaît tout indiqué, dans le cadre d'une recherche s'intéressant à des points de vue subjectifs. Le prochain chapitre présente donc la méthodologie utilisée dans la présente recherche.

### CHAPITRE 3 – La méthodologie

Ce chapitre décrit la méthodologie utilisée afin d'atteindre le but et les objectifs de la recherche. Dans un premier temps, le type de recherche et le devis sont présentés, permettant de détailler la stratégie d'échantillonnage et le mode de collecte des données. Par la suite, la démarche utilisée afin d'effectuer l'analyse des données est exposée. Les caractéristiques des participants viennent compléter ce chapitre. La méthodologie a été planifiée de manière à s'assurer du respect des normes éthiques en recherche; ces considérations sont donc abordées tout au long du chapitre.

La recherche est de type exploratoire. Bien que l'un des objectifs spécifiques de la recherche soit descriptif, elle vise surtout à comprendre la signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents, par les professionnels intervenant auprès de ces hommes. La recherche exploratoire permet précisément d'aller au-delà de la simple description de caractéristiques de populations déterminées (Fortin, Côté et Fillion, 2006; Trudel, Simard et Vonarx, 2007). Par ailleurs, la recension des écrits suggère que les points de vue des professionnels sur le thème de la recherche n'ont jamais été recueillis. Une recherche exploratoire apparaît donc pertinente, puisque ce type de recherche est indiqué lorsqu'un phénomène est préalablement identifié et que les connaissances existantes ne permettent pas son approfondissement (Deslauriers, 2005; Trudel, Simard et Vonax, 2007; Yegidis et Weinbach, 2002). De plus, le cadre théorique de la recherche se prête bien à une étude exploratoire, car le constructivisme s'intéresse à l'analyse des processus de construction des réalités individuelles et collectives, ainsi qu'à l'impact de ces constructions sur l'action des individus et des sociétés (Berger et Luckman, 2006; Fisher, 1991; Mayer, 2001; Mayer et Laforest, 1990).

Puisque la recherche vise à décrire et explorer des points de vue individuels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, le devis de recherche est qualitatif. Les méthodes qualitatives permettent précisément de s'intéresser à la subjectivité, aux perceptions et aux expériences des individus (Deslauriers et Kérisit, 1997; Laperrière, 1997; Turcotte, 2000; Tutty, Rothery et Grinnell, et 1996). Le caractère exploratoire de la recherche justifie également l'utilisation d'un devis qualitatif, qui a pour caractéristique de rassembler des méthodes permettant l'atteinte d'une « connaissance approfondie du contexte et de la diversité des perspectives des acteurs engagés dans la situation de recherche » (Laperrière, 1997, p. 370). De plus, la problématique et la recension des écrits témoignent de l'opposition entre les points de

vue étiologiques, politiques et scientifiques sur les conjoints violents. Dans cette perspective, il est pertinent d'avoir recours à un devis qualitatif, qui se prête bien à l'exploration de dynamiques complexes dans lesquelles plusieurs éléments individuels et contextuels sont en interrelation (Turcotte, 2000).

### **3.1 Population et échantillonnage**

Au Québec, des services thérapeutiques spécialisés sont offerts aux conjoints violents depuis le début des années 1980. Ces services relèvent habituellement d'organismes à but non-lucratif, dont la mission est de contribuer à la réduction de la violence conjugale. En 2007-2008, 33 organismes spécialisés dans l'aide aux conjoints violents ont été identifiés au Québec. Chacune des régions administratives de cette province dispose d'au moins un de ces organismes (Rinfret-Raynor, Brodeur, Lesieux et Turcotte, 2010). Bien qu'ils bénéficient du soutien de bénévoles, les services cliniques qu'ils offrent aux conjoints violents sont assurés par des professionnels, qui disposent d'une formation les ayant préparés à ce travail.

Dans le cadre de la présente recherche, la population à l'étude est celle des professionnels offrant des services cliniques à des conjoints violents, dans un organisme québécois spécialisé pour ce type d'intervention. Cette définition vise à s'assurer d'obtenir le point de vue de professionnels disposant d'une expérience soutenue auprès de la clientèle concernée. En effet, bien que les conjoints violents puissent obtenir des services dans d'autres contextes organisationnels (en CLSC, en pratique privée et dans certains programmes d'aide aux employés, par exemple), il a semblé plus pertinent de s'adresser à des individus spécialisés dans cette forme d'intervention. De plus, un critère de sélection a été utilisé lors du recrutement des participants, soit de détenir une expérience professionnelle d'au moins trois ans auprès de conjoints violents. Ce critère visait à s'assurer d'obtenir les points de vue de professionnels expérimentés et ayant été suffisamment exposés à cette clientèle pour avoir développé leurs points de vue sur le thème de la recherche.

L'échantillon a été obtenu en utilisant une méthode d'échantillonnage non probabiliste. En effet, il est apparu utopique d'obtenir aléatoirement des participants présentant le profil recherché. Par ailleurs, cette méthode d'échantillonnage a été considérée utile pour une recherche réalisée dans le contexte d'études à la maîtrise, car elle favorise la saturation des données sans pour autant compromettre leur richesse (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). L'échantillon a donc été obtenu en

recrutant, sur une base volontaire, des participants dont les caractéristiques correspondaient étroitement à celles qui sont recherchées en fonction des objectifs de la recherche; en ce sens, il s'agit d'un échantillon typique (Deslauriers et Kérisit, 1997; Ouellet et Saint-Jacques, 2000). La prochaine section décrit plus en détail le processus de recrutement des participants.

### **3.1.1 Le recrutement et les organismes collaborateurs**

Dès l'étape du recrutement, une attention spécifique a été portée au respect des considérations éthiques inhérentes à toute recherche effectuée avec des sujets humains. En effet, il importe d'évaluer avec rigueur ces considérations afin de s'assurer du respect et de la sécurité des participants (Gouvernement du Canada, 1998). L'évaluation des considérations éthiques du projet a été assurée par une entité indépendante, soit le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université Laval (CÉRUL). Le projet a reçu l'approbation du CÉRUL, ce dont les organismes-collaborateurs et les participants ont été informés dès l'étape du recrutement.

Le recrutement a été effectué en s'adressant à cinq organismes québécois offrant des services spécialisés d'aide aux conjoints violents<sup>3</sup>. Le choix des organismes collaborateurs s'est effectué de manière à assurer la représentation de plusieurs régions administratives du Québec, tout en tenant compte de considérations pratiques telles les déplacements nécessaires afin de rencontrer les participants. La sélection des organismes a également été effectuée de manière à inclure à la fois des organismes membres d'*à cœur d'homme*, l'association provinciale regroupant la majorité des organismes québécois d'aide aux conjoints violents (n=28) et des organismes non-membres de cette association. Cette considération visait à s'assurer d'une diversité des points de vue obtenus, dans l'éventualité où la vie associative exercerait une influence sur les points de vue des participants.

---

<sup>3</sup> Le nom des organismes collaborateurs n'est pas mentionné dans le cadre du mémoire, afin de préserver l'anonymat des participants; la taille réduite des effectifs, dans plusieurs organismes venant en aide aux conjoints violents, pourrait faciliter l'identification des participants.

Les cinq organismes collaborateurs ont tous pour mandat d'offrir une aide spécialisée à des hommes connus pour des antécédents de violence conjugale. Certains d'entre eux offrent toutefois d'autres types de services, notamment aux agresseurs sexuels, aux adolescents violents ou aux hommes en difficulté. Bien que des différences existent entre les modèles d'intervention qu'ils utilisent, ces organismes présentent des caractéristiques similaires. Les conjoints violents faisant une demande de service bénéficient tout d'abord d'un minimum de deux rencontres d'accueil-évaluation, lors desquelles ils sont rencontrés individuellement par un professionnel de l'organisme. Ce processus permet d'établir un premier contact et d'évaluer la possibilité d'intégrer ces hommes à un groupe de thérapie. Cette décision s'appuie sur des critères d'intégration qui s'articulent habituellement autour de la reconnaissance d'un problème de violence conjugale, d'une motivation au changement et des capacités à fonctionner adéquatement en groupe. Les hommes répondant à ces critères d'intégration sont ensuite intégrés à un groupe de thérapie, qui est animé par deux professionnels. La durée du processus thérapeutique diffère selon les organismes, mais comporte un minimum de 14 rencontres de groupe. Certains organismes offrent également un suivi post-thérapeutique aux hommes ayant complété leur démarche; ce suivi peut prendre la forme de rencontres individualisées ou d'un groupe de soutien. La clientèle de ces organismes doit verser une contribution financière afin d'obtenir les services professionnels requis; cette mesure vise à responsabiliser les conjoints violents quant à leur démarche, ainsi qu'à assurer une partie de l'autofinancement requis des organismes communautaires.

Les organismes collaborateurs ont tout d'abord été approchés lors d'un contact téléphonique entre l'étudiant chercheur et un membre de leur équipe de direction (coordonnateur, directeur, responsable clinique). À cette occasion, le but, les objectifs et les implications de la recherche ont été présentés aux organismes. Ils ont été avisés qu'un maximum de deux à trois participants était souhaité pour chaque organisme et qu'un local devait être disponible afin d'effectuer les entrevues de recherche. Il a été demandé à la direction de ces organismes de dégager les participants de leurs activités professionnelles pendant la tenue de l'entrevue de recherche, ceci afin de favoriser leur participation. Les organismes sollicités ont ensuite discuté du projet de recherche avec leur équipe, avant de s'engager à y participer. Tous les organismes sollicités ont consenti à ce que l'étudiant chercheur recrute des participants au sein de leur équipe.



Après l'obtention de ce consentement, les organismes collaborateurs ont reçu un avis de recrutement présentant la recherche, ses buts et ses objectifs, l'implication requise des participants et les coordonnées de l'étudiant chercheur (voir annexe A). Les organismes collaborateurs ont remis l'avis de recrutement aux membres de leur équipe, qui devaient contacter eux-mêmes l'étudiant chercheur par téléphone afin de lui faire part de leur intérêt. Lors de ce contact téléphonique, l'étudiant chercheur s'est efforcé de répondre aux questions des participants, de s'assurer de leur participation volontaire au projet et de les informer des mesures visant à protéger la confidentialité de leurs réponses. Les personnes intéressées s'engageaient par la suite à effectuer une entrevue de recherche d'une durée approximative d'une heure, effectuée à la date de leur choix, dans un local situé dans leur milieu de travail ou à proximité de celui-ci. Ces mesures visaient à réduire les inconvénients liés à leur participation à la recherche, qui requérait des participants un investissement appréciable de temps et d'énergie.

### ***3.1.2 Taille de l'échantillon***

Onze professionnels ont répondu favorablement à l'avis de recrutement effectué au sein de leur milieu de pratique. Bien qu'il n'existe aucune règle déterminant la taille d'un échantillon qualitatif (Ouellet et Saint-Jacques, 2000; Patton, 1992), la taille de l'échantillon a été déterminée de manière à respecter les limites inhérentes à une recherche effectuée dans le cadre d'études à la maîtrise. Une attention particulière a également été portée afin de s'assurer qu'un échantillon de cette taille permette la saturation des données. La saturation se manifeste par l'atteinte d'un échantillon suffisamment grand pour que la poursuite de la collecte de données n'apporte plus de nouvelles informations au chercheur (Deslauriers, 1991; Ouellet et Saint-Jacques, 2000). Dans le cas de la présente recherche, cette saturation a été observée à travers les énoncés verbaux, les images et les comportements rapportés par les professionnels en lien avec le thème de la recherche. En effet, des similarités et des regroupements ont rapidement été perçus dans les propos des participants, permettant ainsi de constater que leurs points de vue gravitaient autour de thèmes semblables. La taille de l'échantillon n'a donc pas compromis la saturation des données. Elle est d'ailleurs similaire à celle obtenue par d'autres chercheurs dans une étude qualitative effectuée auprès d'une population semblable (Edin et al., 2008).

La composition de l'échantillon a également été déterminée en tenant compte du principe de diversification de l'échantillon, qui amène le chercheur à multiplier ses sources d'information de

manière à inclure une grande variété de cas (Ouellet et Saint-Jacques, 2000; Pires, 1997). Ce concept revêtait une importance particulière dans la présente recherche, en raison du risque d'homogénéité qui est associé aux échantillons typiques (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). La diversification de l'échantillon a été favorisée en faisant appel à des participants œuvrant au sein de cinq organismes indépendants, situés dans différentes régions administratives du Québec. En dépit des similarités que présentent entre eux ces organismes, ils sont caractérisés par des différences au plan organisationnel telles l'étendue et la durée des services offerts, la taille des effectifs et les approches d'intervention utilisées. Une seconde mesure a été prise afin de favoriser la diversification de l'échantillon, soit de recruter des participants présentant des formations professionnelles et des titres professionnels variés. Cette mesure a ainsi favorisé l'inclusion de plusieurs types de professionnels tels des travailleurs sociaux, des psychologues et des techniciens en service social. Elle a également permis d'intégrer des participants exerçant plus d'une tâche pour leur employeur (direction, encadrement clinique, intervention clinique et communautaire). Les participants sont donc caractérisés par la diversité de leurs milieux de pratique, de leurs parcours scolaires et de leurs fonctions professionnelles, ce qui attribue une certaine profondeur à l'échantillon (Ouellet et Saint-Jacques, 2000; Pires, 1997).

### **3.2 Collecte des données**

Le choix d'un mode de collecte de données est d'une grande importance. En effet, bien qu'un large éventail de modes de collectes de données existe, il importe de choisir une technique appropriée aux objectifs de la recherche et au phénomène à l'étude (Turcotte, 2000). Le mode de collecte doit donc être pertinent aux données que l'on souhaite recueillir, tout en tenant compte des ressources matérielles, humaines et financières disponibles (De Robertis et Pascal, 1987). Cette dernière dimension apparaît particulièrement importante pour une recherche effectuée dans le contexte d'études à la maîtrise, qui impose en soi des limites quant aux ressources disponibles.

Le choix du mode de collecte de données s'est posé sur l'entrevue de recherche. Ce choix s'est appuyé sur le devis de la recherche, puisque l'entrevue est la méthode la plus fréquemment utilisée pour une collecte de données qualitatives (Mayer et Saint-Jacques; 2000). Ce mode de collecte présente également l'avantage de fournir des données se prêtant bien à une analyse en profondeur, en donnant un accès direct et personnel aux participants. En ce sens, l'entrevue de recherche privilégie le médium de la relation interpersonnelle à l'observation de conduites ou à

l'autoévaluation (Daunais, 1992; Laperrière, 1997; Mayer et Saint-Jacques; 2000; Tutty, Rothery et Grinnell, 1996).

De façon plus spécifique, une entrevue semi-structurée à questions ouvertes a été utilisée pour la collecte des données. Il est apparu important de faire preuve d'une certaine directivité, compte tenu de la complexité de la problématique, tout en laissant aux participants l'espace nécessaire à exposer leurs points de vue. L'entrevue à questions ouvertes offre un degré de liberté appréciable aux participants, oriente leurs réponses vers l'objet de l'étude et permet de circonscrire des points de vue individuels sur une situation donnée (Grawitz, 1996; Mayer et Saint-Jacques, 2000).

Un guide d'entrevue a été préparé afin de déterminer au préalable des questions pertinentes au thème de la recherche. L'entrevue a été orientée de manière à amener les participants à discuter de leurs points de vue généraux sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux, pour ensuite les amener à présenter leurs points de vue spécifiques sur la concomitance de ces problèmes. Un effort a été fait afin de diversifier le format des questions posées aux participants, dans le but de maintenir leur intérêt tout au long de l'entrevue; le guide d'entrevue comportait donc des questions ouvertes traditionnelles, des discussions de cas prélevés dans la pratique des participants et deux vignettes présentant des situations fictives. Le cadre théorique a été mis à profit dans l'élaboration du guide d'entrevue, puisque les questions ont été formulées de manière à utiliser les principaux concepts à l'étude. À titre d'exemple, l'une des vignettes a été conçue afin d'explorer les comportements adoptés par les participants lors de situations cliniques impliquant une concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

Le guide d'entrevue a été validé lors d'un pré-test, effectué par l'étudiant chercheur auprès de deux professionnels dont le profil correspondait intégralement à celui de la population à l'étude. Le pré-test a permis de démontrer la pertinence du guide en regard aux objectifs de la recherche, ainsi que d'apporter certaines modifications. Ainsi, les deux vignettes ont été raffinées afin de réduire certaines ambiguïtés, tandis qu'une question a été supprimée afin d'éviter la redondance. De plus, le pré-test a permis de constater qu'une définition du concept de troubles mentaux devait être proposée aux participants. En effet, les participants rencontrés en pré-test se sont questionnés quant à la définition de ce concept, cherchant notamment à savoir si les troubles cognitifs et la déficience intellectuelle étaient inclus dans cette définition. Par conséquent, une définition généralement consensuelle du concept de troubles mentaux a été intégrée au guide d'entrevue,

soit celle de l'Association américaine de psychiatrie (1994). En dépit de ces modifications, les données du pré-test ont été considérées comme valides et ont été incluses dans l'analyse. Le guide d'entrevue final a été présenté au CÉRUL, afin de s'assurer que les modifications apportées ne portaient pas préjudice aux participants de la recherche et qu'elles respectaient les normes éthiques en la matière. L'annexe B présente la version finale du guide d'entrevue.

Toutes les entrevues de recherche ont été effectuées par l'étudiant chercheur au domicile professionnel des participants, c'est-à-dire dans un local situé dans leur milieu de pratique. Tous les participants se sont montrés à l'aise d'effectuer leur entrevue dans ce contexte, ce qui leur a évité des déplacements. Les entrevues se sont échelonnées sur une période de quatre mois, soit de juillet à octobre 2010. Les entrevues ont été enregistrées sur magnétophone, ce dont les participants avaient été avisés au préalable. Un formulaire de consentement a été présenté aux participants avant le début de l'entrevue, afin que leur participation à la recherche s'appuie sur un consentement éclairé (voir annexe C). Ce formulaire précisait la nature de l'étude, ses objectifs, ses bénéfices, ses désavantages et les mesures prises afin de préserver l'anonymat des participants et d'assurer la confidentialité de leurs réponses. Ces mesures ont d'ailleurs été respectées intégralement, à l'aide des moyens prévus. Les participants ont eu l'opportunité de discuter de toutes les considérations mentionnées dans le formulaire de consentement et ont obtenu des réponses claires à leurs questions.

Lors de l'entrevue de recherche, des mesures ont été prises afin de favoriser l'établissement d'un climat de confiance entre les participants et l'étudiant chercheur. En effet, les participants ont été amenés à appréhender la violence conjugale sous un angle inhabituel et controversé, soit celui de la psychopathologie; ceci aurait pu engendrer un certain malaise chez les participants. L'étudiant chercheur s'est donc assuré d'adopter une attitude neutre et dépourvue de jugements, de manière à favoriser l'expression des points de vue des participants. Une attention particulière a également été portée à décrire les mesures prises afin d'assurer la confidentialité des réponses et l'anonymat des participants. Ces derniers se sont montrés particulièrement généreux de leur temps et de leurs efforts en entrevue, de manière à présenter un portrait complet et représentatif de leurs points de vue. Par conséquent, bien que la durée prévue des entrevues ait été de soixante minutes, la plupart d'entre elles ont duré entre soixante-quinze et quatre-vingt-dix minutes. Aucun participant ne s'est désisté et toutes les entrevues ont été menées à terme. Les participants ont été remerciés pour leur contribution à la recherche et ont été avisés qu'ils seraient informés des résultats une

fois le processus complété. Plusieurs d'entre eux ont manifesté un vif intérêt à ce sujet, mentionnant que la recherche avait lieu à une étape où leur milieu de pratique se questionnait sur les défis associés au thème de la recherche.

### **3.3 Analyse des données**

Bien que l'analyse d'une entrevue de recherche représente un travail exhaustif, il s'agit d'une étape cruciale du processus. En effet, la scientificité de la recherche qualitative se démontre notamment à travers la profondeur de l'analyse des données (Laperrière, 1997; Tutty, Rothery et Grinnell, 1996). Il importe donc de planifier cette étape avec soin et avec rigueur.

Les données obtenues suite aux entrevues de recherche ont été analysées en suivant les étapes habituelles d'une analyse de contenu. L'analyse de contenu se définit comme une méthode consistant à classer ou à codifier les données de recherche selon des catégories établies par le chercheur, afin d'en cerner le sens (Nadeau, 1987). Il s'agit d'une méthode scientifique, systématique, rigoureuse, planifiée et objectivée de traitement de données qualitatives (L'Écuyer, 1990; Mayer et Deslauriers, 2000; Turcotte, F.-Dufour et Saint-Jacques, 2009). La démarche d'analyse utilisée pour les fins de la recherche s'est étroitement inspirée du modèle proposé par Mayer et Deslauriers (2000), qui synthétise plusieurs modèles d'analyse de contenu. Ce modèle propose quatre étapes nécessaires à une analyse approfondie de données qualitatives, soit la préparation du matériel, la pré-analyse du matériel, l'exploitation du matériel et l'analyse des résultats.

La préparation du matériel de recherche s'est effectuée par divers moyens, qui ont permis à l'étudiant chercheur de développer une connaissance d'ensemble des données de recherche. Un compte rendu a été effectué immédiatement après la tenue de chaque entrevue, afin de consigner les observations et les impressions initiales de l'étudiant chercheur sur le climat des entrevues, le contenu abordé par les participants, les écueils rencontrés et les indications à respecter en prévision des entrevues ultérieures. Ces comptes rendus ont également permis à l'étudiant chercheur d'identifier les éléments qui, dans son expérience professionnelle auprès de la clientèle des conjoints violents, étaient susceptibles d'influencer son analyse des données de recherche. Les entrevues ont ensuite été transcrites le plus fidèlement possible, en tenant compte à la fois du

contenu verbal et des indices non-verbaux des participants (intonations, silences, hésitations, rires).

La seconde étape du processus d'analyse, soit la pré-analyse des données, a permis à l'étudiant chercheur de recueillir le matériel à analyser, afin de l'organiser et de le préparer à l'analyse (Mayer et Delauriers, 2000). Une lecture flottante des transcriptions d'entrevues a tout d'abord été effectuée, permettant à l'étudiant chercheur de s'imprégner des données de recherche et d'acquérir une vue d'ensemble sur celles-ci (L'Écuyer, 1990; Mayer et Deslauriers, 2000; Nadeau, 1987). Suite à cette lecture, des fiches-synthèses ont été rédigées pour chaque entrevue, de manière à résumer l'essentiel des propos des participants. La lecture et la mise en commun des fiches-synthèses ont permis une simplification préliminaire du matériel de recherche, ainsi que l'élaboration d'hypothèses quant au sens des données. Ces hypothèses ont été consignées par l'étudiant chercheur à l'aide d'annotations écrites dans les fiches-synthèses des entrevues effectuées. La pré-analyse des données a également permis de dégager des catégories d'analyse émergent du matériel de recherche, préparant l'étape de l'exploitation du matériel.

La troisième étape consiste en l'exploitation du matériel, ce qui réfère plus spécifiquement au codage des données. Bardin (1986) définit le codage comme une opération consistant à transformer les données par découpage, par agrégation ou par dénombrement, de manière à acquérir une représentation du matériel de recherche et à éclairer le chercheur sur sa signification. Les données de recherche ont donc été découpées en unités de sens, c'est-à-dire en une ou plusieurs phrases traduisant un même concept. Ces unités ont ensuite été regroupées en fonction de catégories d'analyse, établies selon un modèle mixte combinant des catégories prédéterminées et des catégories émergent des données de recherche (Mayer et Deslauriers, 2000). En effet, le cadre théorique de la recherche propose des concepts spécifiques et exhaustifs (énoncés verbaux, images, comportements, ressources de catégorisation), qui ont été utilisés dans l'élaboration des catégories d'analyse. Des catégories ont également été établies suite à la lecture flottante des entrevues et des fiches-synthèses (les difficultés associées à l'intervention auprès de conjoints violents, par exemple). L'annexe D présente la liste complète des catégories d'analyse utilisées afin de codifier les données. À cette étape de l'analyse, le logiciel de traitement de données QDA Miner (Provalis, 2011) a été particulièrement utile afin d'exploiter le matériel. Ce logiciel permet de codifier des données textuelles, ainsi que d'annoter, d'extraire et de réviser des données et des documents codés. Il propose un large éventail d'outils exploratoires qui permettent l'identification

des relations entre les codes assignés. Ce logiciel a donc été utilisé afin de procéder au codage des données.

La quatrième et dernière étape du processus d'analyse a pour fonction d'analyser et d'interpréter les résultats, en procédant à leur mise en commun (Mayer et Deslauriers, 2000; Turcotte, F.-Dufour et Saint-Jacques, 2009). Une première analyse a tout d'abord été effectuée afin d'identifier les phénomènes récurrents, à l'intérieur des catégories d'analyse et entre les différentes catégories d'analyse. Des schémas ont ensuite été utilisés par l'étudiant chercheur, afin d'illustrer les interrelations entre les différents résultats de la recherche. Un troisième niveau d'analyse a été effectué en consultant les comptes rendus et les fiches-synthèses de chaque entrevue, de manière à s'assurer de leur cohérence avec les résultats. Cette procédure a également permis de s'assurer d'une représentation des points de vue divergents dans les résultats de la recherche.

### **3.4 Les caractéristiques des participants**

L'échantillon est composé de onze participants, dont dix sont de sexe masculin. Tous les participants sont des caucasiens d'origine canadienne-française. Leur âge varie entre 32 et 61 ans; la moyenne d'âge est de 44 ans. Le profil des participants est très diversifié en ce qui a trait à leur scolarisation. Quatre participants ont complété un diplôme d'études collégiales, que ce soit en techniques d'éducation spécialisée, en techniques de travail social ou en sciences humaines. Un participant a complété un certificat universitaire en intervention psychosociale. Trois participants détiennent un diplôme universitaire de premier cycle, que ce soit en service social ou en psychologie. Trois participants ont complété un diplôme universitaire de deuxième cycle en psychologie ou en orientation.

Le nombre d'années d'expérience professionnelle des participants varie entre 9 et 35 années, avec une moyenne de 17 années d'expérience. Ils disposent d'expériences professionnelles diversifiées, bien qu'une légère majorité d'entre eux (n=7) ait effectué l'essentiel de leur pratique auprès de la clientèle des conjoints violents. Les expériences professionnelles antérieures des participants les ont parfois amenés à côtoyer des clientèles affectées par la violence conjugale. À titre d'exemple, deux participants ont déjà travaillé auprès de victimes de violence conjugale et deux participants ont déjà été à l'embauche des services correctionnels. Tous les participants

cumulent au moins trois années d'expérience en intervention auprès de la clientèle des conjoints violents, tel que demandé dans l'avis de recrutement. Quant à leur statut d'emploi, tous les participants détiennent un poste à temps plein dans leur milieu de travail. En plus de leurs tâches liées à l'intervention, certains participants (n=4) exercent des fonctions liées à la direction, à la supervision clinique ou au développement de projets. La plupart d'entre eux ne portent pas un titre professionnel réservé dans leur milieu de pratique; ils portent plutôt un titre reflétant la nature de leurs tâches (intervenant, thérapeute, intervenant communautaire, directeur, coordonnateur clinique).

Certaines caractéristiques des participants les distinguent de la population à l'étude. En effet, bien qu'une seule femme ait participé à la recherche, le tiers des effectifs des organismes d'aide aux conjoints violents est constitué de femmes. L'échantillon se distingue également de la population à l'étude par le statut d'emploi. Tous les participants détiennent un poste à temps plein, comparativement à 42,7 % des effectifs de ces organismes. En contrepartie, le niveau de scolarité des participants est assez similaire à celui des professionnels intervenant dans un organisme d'aide aux conjoints violents, puisque 75,3 % de ces derniers ont minimalement complété une formation universitaire de premier cycle (Rinfret-Raynor, Brodeur et al., 2010).

Les trois prochains chapitres présentent les résultats de la recherche. Ces chapitres décrivent les points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux, pour ensuite exposer leurs points de vue spécifiques sur le thème de la recherche et le processus de construction de ces points de vue.



## **CHAPITRE 4 – Les points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux**

Ce chapitre présente les points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Bien que la recherche n'ait pas pour objectif de présenter ces points de vue en soi, leur description revêt une grande importance. En effet, ils permettent de se représenter la manière dont les participants appréhendent habituellement ces deux types de clientèles. En ce sens, ils sont étroitement associés à leurs points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, qui seront décrits au chapitre suivant.

Le cadre théorique de la recherche amène à concevoir les points de vue comme un ensemble de déclarations sur une situation problématique, qui peuvent prendre la forme d'énoncés verbaux, d'images et de comportements. Ces trois formes de déclarations, bien que distinctes, sont inter-reliées et s'influencent mutuellement (Loseke, 2003). Les propos des participants ont donc été analysés de manière à identifier les énoncés verbaux, les images et les comportements susceptibles de rendre compte de leurs points de vue sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux.

### **4.1 Points de vue généraux des participants sur les conjoints violents**

#### ***4.1.1 Énoncés verbaux et images***

Les points de vue généraux des participants sur les conjoints violents sont surtout identifiables à partir d'énoncés verbaux, ainsi que par certaines images qu'ils utilisent afin d'illustrer leurs propos. Trois thèmes principaux émergent de ces énoncés et de ces images: 1) le profil des conjoints violents utilisant les services d'aide; 2) les facteurs explicatifs sous-tendant la violence de ces hommes; 3) la responsabilité des conjoints violents quant à la violence qu'ils exercent.

#### 4.1.1.1 Profil des conjoints violents utilisant les services d'aide

Les propos des participants permettent tout d'abord d'identifier qu'ils conçoivent les conjoints violents comme une clientèle fondamentalement hétérogène, caractérisée par la présence de plusieurs profils distincts. Bien qu'ils observent des caractéristiques communes à l'ensemble de ces hommes (leur besoin de contrôler leur partenaire, par exemple), les participants s'opposent à leur généralisation. Ce participant décrit de la manière suivante le caractère unique des hommes qu'il rencontre dans son travail<sup>4</sup> : « Plus on en parle, plus je m'aperçois qu'il y a autant de problèmes qu'il y a de clients (*rires*) ! » [participant 10]. Les participants insistent donc sur l'importance d'approcher chaque conjoint violent de manière individualisée et ce, malgré la présence de caractéristiques similaires parmi l'ensemble des hommes. L'extrait suivant suggère qu'une telle approche a un impact déterminant sur l'établissement d'un lien de confiance avec cette clientèle :

Il y a des théories qui voudraient qu'on le sache d'avance pour le gars, lui semer ça dans le cerveau pour que ça germe... mais c'est pas comme ça que ça marche. (...) Si on arrive à dégager ce qui est vraiment particulier à lui, il va se reconnaître et il va être beaucoup moins résistant à essayer de comprendre, aller plus en profondeur, admettre ses responsabilités, etc. Si on essaie de plaquer une théorie sur quelqu'un, c'est clair qu'on instaure un système de résistance... [participant 4].

Quelques participants observent que certaines caractéristiques habituellement associées à cette clientèle (telles l'adhésion rigide aux valeurs traditionnelles ou un tempérament dominateur) se sont considérablement modifiées au fil des années. Le profil général des conjoints violents qui consultent serait donc passé d'un modèle résolument patriarcal, à un modèle caractérisé par une grande instabilité émotionnelle et relationnelle. Les extraits suivants illustrent cette modification :

La théorie du mâle violent qui bat tout le monde, là, j'en ai de moins en moins dans ma clientèle, pour votre information. Notre clientèle se transforme au fil des ans. Peut-être qu'effectivement, ce qu'on appelait *Le King*, il se ramasse plus souvent incarcéré, en

---

<sup>4</sup> Afin d'empêcher l'identification des réponses de l'unique participante de sexe féminin, tous les extraits d'entrevue ont été rédigés en utilisant le générique masculin.

prison... Ils sont traités souvent au fédéral... Notre clientèle qu'on a maintenant, c'est pas des *Kings*. On a plus une clientèle perturbée : problèmes d'attachement, problèmes de dépendance... [participant 10].

Des dominants du type patriarche, qu'on pouvait voir il y a une quinzaine d'années, il y en a encore... mais on ne les voit pas dans nos groupes. Ça fait plus partie beaucoup de la réalité. (...) Par contre, on a beaucoup d'immaturation, de réactivité [participant 1].

Si les hommes qu'on avait il y a 10 ans étaient des petits gars à mes yeux qui jouent à l'homme, à l'heure actuelle – à cause de la problématique de santé mentale – j'ai l'impression que c'est des petits gars qui crient tout à coup. Parce qu'ils savent pas faire autre chose que crier [participant 11].

Certains participants se questionnent toutefois quant à la représentativité de leur clientèle, en comparaison à l'ensemble des hommes ayant recours à la violence conjugale. Ils estiment que certaines caractéristiques distinguent les conjoints violents qui acceptent d'avoir recours aux services d'aide. À titre d'exemple, ce participant considère que les hommes qui consultent ont un recours moins fréquent et moins systématique aux formes de violence dites sévères : « ...nous autres, dans nos organismes, on n'a pas les personnes qui sont extrêmement violentes. Les maisons d'hébergement, les femmes qui sont là, c'est rare qu'on a leurs conjoints ici » [participant 2]. De plus, les conjoints violents qui consultent feraient habituellement preuve de capacités d'empathie et d'autocritique qui, bien que partielles, permettent d'espérer certains acquis thérapeutiques. Ce participant établit de la manière suivante la distinction entre ses clients et les conjoints violents qui ne consultent pas :

Je pense qu'il y en a qui ont un certain besoin de pouvoir pour le pouvoir, pour qui c'est le but ultime de faire peur, de terroriser, qui ont une certaine jouissance là-dedans. Pas juste en terme conjugal, mais en général dans la société. (...) Alors que la grande, grande majorité des clients qu'on reçoit, des fois il faut creuser un peu, mais ils ont de l'empathie pour les autres, puis ils sont touchés par les autres [participant 9].

#### *4.1.1.2 Facteurs explicatifs sous-tendant le recours à la violence conjugale*

Les énoncés verbaux et les images des participants permettent également d'identifier les facteurs qu'ils utilisent afin d'expliquer la violence de leurs clients. Plusieurs similarités sont observables dans les modèles explicatifs utilisés par les participants. En effet, ceux-ci conçoivent la violence conjugale comme une problématique d'origine multifactorielle et intègrent à leur analyse des

facteurs individuels, sociaux et culturels. L'importance attribuée à chacun de ces facteurs varie toutefois selon les participants; certains estiment que la violence conjugale est majoritairement attribuable à des facteurs individuels, tandis que d'autres insistent davantage sur l'influence des facteurs sociaux et culturels. L'extrait suivant illustre la complexité d'une analyse intégrant tous ces facteurs : « Je suis toujours tiraillé entre les deux. Entre le concevoir, le comprendre, arriver à comprendre à un niveau individuel la personne avec qui tu travailles... et le comprendre de façon globale, comme problème social » [participant 6].

Les participants insistent peu sur les manifestations comportementales de la violence de leurs clients et se centrent plutôt sur le besoin de contrôle qui, selon la grande majorité d'entre eux, sous-tend cette violence. Plusieurs participants estiment que cette recherche de contrôle résulte de l'apprentissage d'un modèle relationnel impliquant un dominant et un dominé. Bien que cet apprentissage puisse s'effectuer dans la famille, ce participant estime que la socialisation masculine contribue à l'intégration de stéréotypes sexuels condamnant la sensibilité : « Montrer des sentiments ou des états plus vulnérables, plus dépressifs, plus... bon, souvent, peut-être féminins pour certains gars, c'est un grand signe de faiblesse... » [participant 4]. En ce sens, plusieurs participants associent l'inhibition du monde émotif aux comportements violents exercés par certains hommes :

Chez les hommes, c'est certain que toutes les émotions passent plus facilement par la colère. « Je suis triste... bien, je suis en *christ* après la personne ! ». Ou des fois : « Je suis déçu... bien, je suis en *christ* après ! ». Ça fait que tu sais, en partant de là, si j'ai une tristesse, si j'ai une grosse peine et que j'ai été éduqué qu'un gars ça ne pleure pas, que ça *varge* si c'est pas content, eh bien ... [participant 2].

Ils doivent toujours suppléer une espèce de personnage plus gros, plus fort, toujours en contrôle, toujours... qui a pas le droit à l'erreur. Je dis qu'il y a pas de portrait-type, mais il y a toujours la socialisation de genre masculine qui compte pour beaucoup là-dedans, dans le fait d'être un « vrai gars » qui peut pas se montrer vulnérable [participant 8].

Bien qu'ils reconnaissent l'influence déterminante du contexte social et culturel sur l'apprentissage de la violence, les participants attribuent surtout cette dernière à un ensemble de déficits individuels, dont les impacts se feraient ressentir dans les relations interpersonnelles de leurs clients. Selon les participants, ces déficits ont trait à la capacité à tolérer les frustrations et à gérer adéquatement les émotions et les conflits. En ce sens, la plupart d'entre eux affirment que le besoin de contrôle et de domination n'est pas une fin en soi, mais représente plutôt la pointe de

l'iceberg. Ce participant estime que la violence de certains hommes s'inscrit dans un schéma beaucoup plus complexe : « ...pour moi la violence, c'est un symptôme. Ça dit quelque chose. Ça dit qu'il y a quelque chose qui va pas » [participant 4]. Le recours à la violence conjugale trahirait donc un ensemble de carences et de difficultés personnelles, tel que le suggère ce participant :

En-dessous de ça, on peut avoir affaire à des hommes qui sont carencés, blessés dans leur vécu, qui ont toutes sortes de difficultés diverses, émotionnelles et tout, de la dépendance, des problématiques des fois qui vont se retrouver dans la santé mentale, des problématiques de toxicomanie... [participant 8].

Plusieurs participants attribuent également le besoin de contrôle des conjoints violents à leur crainte d'être dominés dans leur vie amoureuse. Ces deux participants considèrent que les comportements de contrôle et de domination représentent un mécanisme de protection à la fois utile et efficace, en réponse aux menaces que les conjoints violents perçoivent dans leurs relations :

...c'est des gars qui, dans le fond, sont tellement dépendants des fois... Ça les met dans une vulnérabilité incroyable qu'ils maintiennent hors de conscience, si on veut dire ça comme ça, en étant dominant, en étant contrôlant. Comme le jaloux qui contrôle sa blonde, ça lui permet de ne pas être en contact avec son insécurité, au fond... tant que ça marche ! [participant 7].

Donc, l'idée c'est qu'il y a un système organisé pour que tout soit mis en place pour prévenir, pour ne pas se faire contrôler, pour ne pas se faire dominer, pour ne pas se faire manipuler, pour ne pas se faire utiliser, pour ne pas se faire abuser... [participant 4].

Les participants appuient ces points de vue à l'aide d'images, dont certaines illustrent les multiples déficits observés dans leur clientèle. Ce participant utilise une image typiquement masculine afin de rendre compte de sa perception des conjoints violents : « L'image qui me vient, c'est quelqu'un qui manque d'outils. C'est quelqu'un qui manque d'habiletés communicationnelles, éducatives... » [participant 3]. D'autres images suggèrent plutôt que la violence permet à ces hommes de nier leur vulnérabilité, à travers l'exercice d'un pouvoir sur leur partenaire : « Ils ont l'air *tough*, mais en fait ils sont très petits en-dedans. Ils sont très fragiles, ils sont très peureux... » [participant 9].

Les énoncés verbaux des participants suggèrent toutefois que certains types de conjoints violents les confrontent aux limites de leur cadre d'analyse de la violence conjugale; et ce, qu'il s'agisse d'un cadre d'analyse proféministe, psychodynamique ou de tout autre nature. En effet, tous les participants rencontrés affirment qu'il existe des cas d'exception à leurs points de vue généraux sur les conjoints violents. Ce participant émet d'ailleurs l'observation suivante : « Si on prend la vision traditionnelle d'un problème de violence, il y a bien des gars qui ne rentrent pas dans cette définition-là » [participant 6]. Les cas d'exception identifiés par les participants seraient liés à des facteurs multiples, tels certains troubles médicaux altérant le fonctionnement personnel et social des individus (les traumatismes crânio-cérébraux, par exemple) et les troubles mentaux. Les extraits suivants illustrent certains de ces cas d'exception :

Les schizophrènes. Ou les schizoïdes. Paranos. Des gens qui ont vraiment des états d'âme, des traits paranoïdes importants. On peut partir de [*l'analyse féministe de la violence conjugale*], mais comme tel, à un moment donné ça ne tient plus la route. [participant 11].

Les post-traumatiques, là, les militaires qui reviennent de mission... Il y avait pas de violence conjugale avant de partir, ils reviennent avec des horreurs plein la tête... Là, je me dis : « Ok, peut-être qu'il y a des manifestations de violence conjugale, mais le problème essentiel reste le post-traumatique » [participant 3].

Des gens qu'on va rencontrer et qu'on se dit qu'effectivement, ça n'a pas de bon sens, il y a quelque chose qui les dépasse, ça doit être un problème de santé mentale. Ça doit être de la maladie ou ça doit être autre chose. Ça se peut pas que ça vienne juste d'eux autres, ou ça se peut pas... j'allais dire que ça se peut pas qu'ils soient normaux, mais c'est pas la bonne façon de le dire ! Mais il doit y avoir autre chose qui entre en ligne de compte [participant 6].

#### 4.1.1.3 Conjoints violents et responsabilité

Le troisième thème abordé par les participants est celui de la responsabilité des conjoints violents quant à la violence qu'ils exercent. Pour les participants, le concept de responsabilité réfère au libre choix d'avoir recours à la violence dans une relation amoureuse, ainsi qu'à l'intentionnalité sous-tendant l'exercice de ces comportements. En s'appuyant sur cette conception de la responsabilité, les participants estiment que leurs clients sont pleinement responsables de leur violence, qui résulterait d'un choix conscient et parfois même planifié. Par conséquent, bien que les participants proposent diverses explications à la violence des hommes qui les consultent, ils

insistent tous sur l'importance de ne pas utiliser ces explications afin de justifier les comportements de leurs clients. Ce participant illustre de la manière suivante la nuance entre l'explication et la justification : « On a tous des carences et quand on est confrontés à ça, quand on arrive dans des relations de couple, ça nous amène pas tous vers la violence » [participant 10]. Cet élément est d'autant plus important que les participants observent, chez les conjoints violents, un ensemble de mécanismes visant à attribuer la responsabilité de la violence à des causes externes ou à leur partenaire. Pour les participants suivants, le conjoint violent est une personne entièrement responsable de ses actes :

...pour moi, ce que ça veut dire la justification, c'est qu'il éprouve un malaise dans le comportement qu'il a eu. C'est un malaise qui est déguisé, c'est un malaise qui est projeté sur l'autre et ainsi de suite... mais ça reste un malaise. Et quand il y a présence de justification, peu importe où, pour moi ça veut dire que le gars est conscient de ce qu'il fait [participant 5].

Je ne veux pas le présenter comme : « Pauvre petit toi, t'es une victime de tes enjeux inconscients ». Je les vois pas comme ça du tout, je les vois pas comme des victimes. Je les vois comme des agresseurs, comme des gens qui prennent le contrôle. C'est inacceptable [participant 9].

En ce sens, les participants sont unanimes : la violence conjugale n'est pas considérée comme une maladie ou comme un problème de santé mentale, mais bel et bien comme un comportement résultant d'un choix. L'extrait suivant résume bien le point de vue de plusieurs participants : « Moi, je définirais que c'est pas une maladie au sens neurologique ou ces choses-là. Que c'est vraiment un comportement, une difficulté comportementale » [participant 9]. Une telle distinction vient renforcer la conviction des participants quant à la responsabilité des conjoints violents : puisque la violence conjugale n'est pas une maladie et que d'autres comportements existent afin de réagir aux insatisfactions éprouvées dans la vie amoureuse, les conjoints violents sont considérés comme responsables de leur violence.

Ce point de vue, bien que consensuel, est toutefois nuancé par quelques participants. En effet, certains d'entre eux observent que la ligne est mince entre la définition générale des troubles mentaux et la réalité des conjoints violents. Les participants tracent d'ailleurs un portrait de leurs clients qui les représente comme des hommes dont la santé mentale est hypothéquée : carences affectives et relationnelles, antécédents personnels traumatiques, déficits cognitifs, émotionnels et

comportementaux... Par ailleurs, d'autres participants affirment que même si la violence résulte d'un choix, celui-ci n'est pas systématiquement planifié ou conscientisé. Les participants insistent toutefois sur le fait que le recours à la violence conjugale ne doit pas être considéré comme le symptôme d'un trouble mental. Le participant suivant illustre ainsi cette nuance :

C'est sûr qu'être agressif, péter sa coche, s'engueuler avec le monde alentour, c'est pas un gage de [bonne] santé mentale... mais c'est pas un trouble de santé mentale diagnostiqué. C'est des bien mauvaises façons de gérer ses affaires, c'est des bien mauvais choix, c'est des bien mauvaises interprétations, ça gâche la vie de tout le monde alentour... mais ce sera pas nécessairement un problème de santé mentale [participant 6].

#### ***4.1.2 Comportements généralement adoptés dans l'intervention auprès de conjoints violents***

Les points de vue des participants sur les conjoints violents sont également identifiables à travers les comportements qu'ils adoptent en présence de cette clientèle. Ces comportements sont étroitement liés aux énoncés verbaux et aux images que les participants utilisent pour décrire les conjoints violents. Ils permettent d'entrevoir le cadre d'intervention auquel les participants sont tenus d'adhérer par leur employeur, ainsi que certaines stratégies d'intervention qu'ils adoptent auprès de leur clientèle.

##### *4.1.2.1 Cadres d'intervention adoptés par les participants*

Bien que les participants aient été recrutés dans différents milieux de pratique, les cadres qui guident leur intervention sont relativement similaires. Les services thérapeutiques sont habituellement initiés par un processus d'accueil, où les participants rencontrent leurs clients sur une base individuelle, pour être ensuite suivis d'une démarche en groupe. Les objectifs de l'intervention concernent généralement l'arrêt d'agir, la responsabilisation quant à la violence exercée et la remise en question des stéréotypes liés aux rôles de genre. Des règles préétablies viennent baliser les absences, les retards, le paiement des contributions, l'engagement thérapeutique et le fonctionnement en groupe. L'extrait suivant illustre que ces règles sont considérées comme essentielles, compte tenu de la problématique pour laquelle ces hommes consultent : « Il y a un cadre très bien défini. Sans ce cadre-là, on fonctionnerait pas et ce serait le bordel, parce que plusieurs sont contrôlants, sont dominants... c'est eux autres qui mènent » [participant 1]. La plupart des participants utilisent une approche éclectique, empruntant à plus



d'une approche d'intervention (cognitivo-comportementale, humaniste, proféministe, émotivo-rationnelle et psychoéducative). Ce participant exprime de la manière suivante les bénéfices d'une telle combinaison d'approches :

Si on me disait, « Tu vas faire juste du comportemental », je ne serais pas à l'aise. (...) Je vais aller voir ce qu'il y a en arrière, parce que je ne trouve pas ça très utile de ne travailler que le comportement. Parce que si on ne va pas minimalement dans le fond, ça va revenir [participant 7].

Quelle que soit l'approche d'intervention qu'ils préconisent, les participants manifestent une préoccupation marquée pour la responsabilisation des conjoints violents, qui fait écho à leur analyse de la violence exercée par leurs clients. Ce participant définit la responsabilisation de la manière suivante : « La prémisse, c'est : "Tu te responsabilises. T'as 38 ans, t'as des blessures de petit gars de 10 ans, mais t'as 38 ans. Tu le sais rationnellement que c'est inadéquat... qu'est-ce qui fait que tu agis?" » [participant 1]. Les participants estiment qu'une approche thérapeutique axée sur la responsabilisation est une condition incontournable à l'arrêt des comportements violents, qui représente pour plusieurs l'objectif ultime de l'intervention auprès de leurs clients :

Moi, dans ma tête, on va amener l'individu dans l'appropriation du comportement qu'il met en place, pour pouvoir ensuite aller dans ce qui fait défaut intérieurement. Mais si tu l'arrêtes pas là, dans son agir, il va continuer à agir et il va justifier son agir par ce qu'il est [participant 11].

J'ai une approche qui est très responsabilisante à ce niveau-là. Je vais avoir du support, je vais avoir de l'empathie, ça va être là... mais ça va être : « Toi, qu'est-ce que tu fais pour changer ? ». L'empowerment, j'y crois beaucoup. La prise de pouvoir sur sa vie – et non la prise de pouvoir sur la vie des autres – moi, je crois beaucoup à ça [participant 3].

L'approche de responsabilisation reflète également la confiance que ressentent les participants quant au potentiel de changement des clients. Puisque ces hommes sont considérés comme étant pleinement responsables de leurs actes, les participants estiment qu'ils sont capables de désapprendre les stratégies visant à prendre le contrôle de leur partenaire. La responsabilisation est donc présentée de manière positive par les participants, qui la conçoivent comme un puissant levier de changement pour leurs clients :

...dans le fond, [*se responsabiliser*] c'est le fait de s'approprier l'agir, dans un premier temps. C'est déjà faire une prise de conscience, c'est déjà un pas vers une autonomie qui est, plus souvent qu'autrement, pas présente au niveau relationnel, au niveau affectif. (...) Ces hommes-là vont être plus en mesure de faire des choix conscients et développer des moyens pour prendre soin d'eux, au lieu de demander à la conjointe de *patcher* leurs carences [participant 8].

Quelques participants estiment toutefois que le concept de responsabilisation mérite d'être défini avec soin. Ils soulignent que la notion même de responsabilisation comporte des ambiguïtés et qu'elle n'est pas une fin en soi, tel que l'illustre l'extrait suivant : « Le fait de dire : "On les aide à se responsabiliser", ça dit tout, mais ça dit pas grand-chose » [participant 8]. Ces participants considèrent que la responsabilisation des conjoints violents présuppose de s'intéresser à leurs caractéristiques individuelles et aux facteurs expliquant le recours à la violence, afin que ce processus ait une portée thérapeutique. Bien qu'un tel point de vue soit discordant avec les cadres d'analyse sociologiques de la problématique, ce participant considère qu'il est utopique de responsabiliser un conjoint violent sans s'intéresser à sa réalité subjective :

...c'est une interaction complexe de plusieurs facteurs, qui [fait] en sorte qu'à un moment donné quelqu'un est comme il est et qu'il réagit comme il le fait. Et ça ne déresponsabilise personne de prendre ça en compte. Parce que ça serait comme de dire : « Bien, c'est des facteurs sociaux, c'est des facteurs sociétaux... Ah bien, c'est pas de ma faute ! ». Ça peut être aussi déresponsabilisant... [participant 4].

#### 4.1.2.2 *Stratégies d'intervention utilisées par les participants*

Les données de la recherche reflètent que l'intervention auprès des conjoints violents fait appel à des stratégies d'intervention variées : analyse des épisodes de violence et de non-violence, jeux de rôle, exercices de réflexion en groupe, journaux de la colère, psychodrames, enseignement de méthodes de prévention de la violence, documentation... La plupart des participants considèrent cependant que la toute première conduite professionnelle, dans l'intervention auprès de cette clientèle, consiste à établir un lien de confiance solide. Ils estiment que ce lien ne peut s'établir qu'à travers des attitudes de respect, d'accueil et d'ouverture. Les extraits qui suivent illustrent l'importance particulière de l'alliance thérapeutique, en regard à la problématique pour laquelle ces hommes consultent :

La première étape, c'est de faire en sorte de l'accueillir, donc de lui faire sentir profondément – le plus possible, en tout cas – qu'on est là pour l'aider, qu'on n'est pas là pour le juger et que dans notre attitude, notre façon d'être, on n'est pas le prolongement du système judiciaire. (...) S'il sent qu'on veut l'écouter, qu'on veut l'entendre, qu'on veut le comprendre, puis qu'on veut faire quelque chose avec lui... il demande pas mieux ! Il n'y a pas personne qui veut pas être un petit peu plus heureux dans sa vie [participant 4].

Ce que j'utilise, la manière que je les approche, c'est simplement de dire que c'est un être humain qui a besoin d'aide. Puis quand il comprend que je suis juste là comme un être humain aussi qui peut l'aider, un outil simplement, puis que je me donne le droit à l'erreur et que je lui donne aussi le droit à l'erreur, bien... j'essaie de croire ou bien je crois qu'il se sent moins jugé [participant 5].

Je suis de ceux qui pensent, comme les études le disent, que c'est d'abord et avant tout la relation qui guérit et non pas tant l'approche ou ce que tu dis ou l'expertise. (...) Moi, j'ai vraiment cette croyance-là : quand t'es capable de rentrer en relation avec le gars puis qu'il est capable de te faire confiance, puis de te nommer ce qu'il ressent pour vrai, avec rigueur, d'embarquer dans le processus puis de te faire confiance, je pense que c'est ça [*qui est efficace*] avec n'importe quel type de personnalité [participant 9].

Ce lien de confiance est d'autant plus important que les participants observent une souffrance émotionnelle élevée chez plusieurs conjoints violents. Cette souffrance peut être liée aux pertes engendrées par leur violence ou à une histoire personnelle ponctuée d'événements traumatiques. Puisque ces hommes ne se permettent pas toujours d'exprimer leur vulnérabilité, les participants misent sur l'établissement d'un lien de confiance afin d'explorer tout indice de détresse psychologique. En ce sens, bien que les participants ne considèrent pas la violence conjugale comme une maladie, ils portent tout de même une attention particulière à l'état psychique des hommes qu'ils rencontrent, tel qu'illustré par l'extrait suivant : « Demander de l'aide, c'est parce qu'il y a quelque chose qui ne va pas bien. Ça fait qu'on évalue toujours à quel point ça ne va pas bien » [participant 6].

Par ailleurs, l'utilisation de « l'ici et maintenant » du groupe apparaît particulièrement importante pour plusieurs participants. Cette stratégie met en relief le fonctionnement interpersonnel et les mécanismes de défense des conjoints violents à l'intérieur même du groupe, que ce soit dans leurs interactions avec les intervenants ou avec les autres membres. L'extrait suivant illustre que cette stratégie permet également de neutraliser les tentatives de manipulation des conjoints violents dans le groupe :

...je me souviens d'ailleurs que des fois, il avait son sourire en coin, là, son sourire qui était tout étiré mais qui à la fin l'était de moins en moins, qui était de plus en plus authentique... puis là il le voyait quand il était, selon l'expression populaire et vulgaire... « Là t'es *croseur*, hein! ». Puis les autres gars lui disaient : « Là, t'as été *croseur* là-dessus ! ». Puis là, il disait : « Oui, oui... ». Mais en premier, il s'en défendait, dans la négation... [participant 1].

Les participants estiment donc que leurs clients doivent disposer de certaines capacités d'introspection, puisque ces stratégies d'intervention engendrent une forme de confrontation à soi et aux autres. En ce sens, l'utilisation de la confrontation apparaît centrale dans l'intervention auprès de cette clientèle, tel qu'en témoigne ce participant : « En fait, pratiquement toutes les formes d'intervention que je fais, c'est par la confrontation. C'est même toutes des confrontations » [participant 5]. La confrontation, décrite à la fois comme une stratégie de changement et comme une technique d'intervention, vise à favoriser les prises de conscience et l'arrêt d'agir. Ce participant souligne toutefois que les confrontations doivent être planifiées afin d'être utiles aux membres du groupe : « ... les jeux de rôles qu'on fait mettent les gars dans les situations qui viennent chercher ce qui provoque leur agressivité. Évidemment, c'est ciblé dans ce sens-là, donc on voit au fil des semaines, au fil des mois, des changements » [participant 1].

## **4.2 Points de vue généraux des participants sur les personnes souffrant de troubles mentaux**

Les données de la recherche permettent également d'identifier les points de vue généraux des participants sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Ces points de vue sont moins approfondis que ceux portant sur les conjoints violents, puisque la majorité des participants rapporte n'avoir aucune expérience de travail significative en traitement des troubles mentaux. Les données de la recherche ne permettent donc pas d'identifier les conduites professionnelles qu'ils adoptent auprès de ces personnes. Deux thèmes principaux émergent toutefois de leurs propos : 1) les caractéristiques associées aux personnes souffrant de troubles mentaux; 2) l'évaluation et le traitement de ces troubles.

### **4.2.1 Caractéristiques associées aux personnes souffrant de troubles mentaux**

Les participants considèrent tout d'abord qu'il est difficile d'identifier des caractéristiques généralisables à l'ensemble des personnes souffrant de troubles mentaux. En effet, la plupart

d'entre eux perçoivent la santé mentale comme un univers très diversifié. Ils associent cependant une première caractéristique à ces personnes, soit un mode de fonctionnement psychique rigide et inadapté qui engendre de sévères difficultés d'adaptation et une souffrance émotionnelle élevée. De plus, les participants estiment que ce mode de fonctionnement ne résulte pas d'un choix exercé par les personnes qui en souffrent et que ces dernières ne sont donc pas responsables de leur condition médicale. Ce participant décrit ce mode de fonctionnement dans les termes suivants :

Un trouble, c'est une difficulté importante, assez importante pour faire en sorte que ça empêche de composer avec les situations et les éléments qui sont déstabilisants dans la vie. (...) Donc, c'est des gens qui, pour fonctionner, doivent adopter une façon assez rigide de fonctionner. Il y a une organisation mentale qui est « comme ça », puis il y a une organisation comportementale qui est « comme ça ». Et là, tant que ça va... ça marche. Mais quand il doit sortir en-dehors de ça, c'est là qu'il est déstabilisé [participant 4].

Les participants illustrent fréquemment ce mode de fonctionnement par des images. Celles-ci mettent au premier plan la souffrance engendrée par les troubles mentaux. Les extraits suivants illustrent les difficultés que les participants associent aux personnes atteintes de ces troubles :

C'est comme s'il y avait une vitre. La personne n'arrive pas à s'enraciner dans le réel, a toujours peur que ça la blesse... Ça veut pas dire nécessairement décompenser, ça veut juste dire, au niveau relationnel, au niveau... La personne n'y arrive pas. Il y a une vitre [participant 10].

C'est un individu qui, en fait, dans ce qu'il transporte intérieurement, n'arrive pas à le maintenir intérieurement. Ce qui va générer une angoisse, ce qui doit générer une anxiété qui est de plus en plus grande, qui amène effectivement une explosion. C'est toujours l'image qui me reste, moi. Qu'il arrive pas à se posséder, à contenir ce qu'il est en train de vivre là, à ce moment-là [participant 11].

J'ai vu des gens extrêmement intelligents, extrêmement fonctionnels à certains niveaux, une capacité d'analyse avec des Q.I. qui me laissaient à terre, mais avec une incapacité à fonctionner avec le quotidien, jusqu'à un certain point... Bien, peut-être pas une incapacité, mais une difficulté, une limitation à fonctionner avec le quotidien. Et moi, c'est l'image qui me vient [participant 1].

La plupart des participants associent une seconde caractéristique aux personnes souffrant de troubles mentaux, soit le caractère irréversible de leurs troubles. En effet, bien qu'ils estiment qu'il est parfois possible d'en gérer les manifestations, plusieurs participants insistent sur le

caractère chronique de ces pathologies. Cet extrait résume le point de vue de la plupart des participants : « Il y a quelque chose qui est... j'allais dire incurable, dont on peut contrôler ou gérer les symptômes. Mais pour moi, par exemple, une personne psychotique va rester très fragile, va rester psychotique un bon bout de temps » [participant 9]. Les images que les participants utilisent pour référer aux personnes souffrant de troubles mentaux mettent d'ailleurs l'accent sur l'incurabilité de leurs troubles, tel qu'en témoignent ces extraits : « Tu sais, l'image que j'avais, c'est la *bolt* qui était débarquée et qu'on pouvait pas rembarquer... » [participant 8]. « Je vois ça comme une cloison close, pas de porte » [participant 1].

Quelques participants soulignent toutefois que les troubles mentaux ne sont pas nécessairement chroniques. Ils considèrent que toute personne peut vivre des problèmes de santé mentale au cours de son existence et que plusieurs de ces problèmes peuvent se résoudre définitivement. Ce participant rappelle que la santé mentale est un concept très large, qui ne se limite pas à la maladie mentale : « Des fois, on le limite à la maladie mentale, qui est une classification restreinte... Des troubles mentaux, ça peut être temporaire. Ça peut être une période de *down* temporaire. C'est tellement de choses... » [participant 6].

#### **4.2.2 Évaluation et traitement des troubles mentaux**

Les propos des participants reflètent leurs points de vue sur l'évaluation des troubles mentaux et sur le traitement médical des personnes qui en sont atteintes. De manière générale, les données de la recherche permettent d'observer que les participants adoptent une position d'extériorité quant au traitement des troubles mentaux. Ils ne considèrent pas que leur travail relève du domaine de la santé mentale et estiment que l'intervention auprès de personnes souffrant de troubles mentaux relève plutôt du secteur de la psychiatrie. Ce participant associe d'ailleurs l'intervention auprès de personnes souffrant de troubles mentaux à un degré élevé d'expertise en la matière : « Entrer en relation avec un schizophrène qui est en décompensation, à moins d'être un expert, je ne pense pas que ce soit possible... » [participant 9]. Les participants tendent donc à distinguer leurs clients des personnes souffrant de troubles mentaux et ce, même s'ils décrivent l'ensemble des conjoints violents comme des individus dont la santé mentale est fortement hypothéquée.

Par ailleurs, les participants se montrent critiques quant aux services offerts aux personnes souffrant de troubles mentaux. Plusieurs d'entre eux expriment ouvertement leur réticence en ce

qui a trait au processus d'évaluation en santé mentale, estimant que ce processus subit l'influence de variables telles la subjectivité de l'évaluateur, le contexte de l'évaluation et l'absence d'un lien de confiance préalablement établi. Les extraits qui suivent font part de cette préoccupation :

...poser un diagnostic, rencontrer une personne deux ou trois fois, c'est difficile. Moi, j'ai des clients qui me disent après cinq rencontres : « Ok, je commence à te faire confiance, puis là je peux te parler de telle affaire ». Puis juste d'aller voir un psychiatre, ça fait un peu peur, hein, ça fait beaucoup de pouvoir, puis « Est-ce qu'il va m'enfermer ou je ne sais pas trop quoi ? » [participant 2].

...moi, tu sais, le standardisé... « Rentre dans les petites cases. Si tu rentres dans les petites cases, c'est parfait, tu vas avoir le diagnostic puis tu vas avoir les services en conséquence »... Mais si tu rentres pas dans les petites cases, si t'es un peu atypique, bien là tu vas rester dans le flou puis dans le gris, tout le monde va s'envoyer la balle, tu vas être envoyé d'un bord puis de l'autre. « Tu ne *fittes* pas ici », « Tu ne *fittes* pas ici »... Ça fait que ça, j'ai un peu de misère avec ça [participant 3].

En ce sens, le recours à la médication auprès de personnes souffrant de troubles mentaux ne fait pas l'unanimité chez les participants. Si certains considèrent qu'elle est parfois nécessaire (lors d'épisodes psychotiques, par exemple), d'autres déplorent que la médication ne soit pas systématiquement accompagnée d'aide psychologique. Ce participant résume ainsi le point de vue de plusieurs autres : « J'ai rien contre la médication comme une béquille et pour aider, mais je pense qu'il y a un travail qui peut être fait, puis que la médication peut être diminuée aussi » [participant 2].

Finalement, quelques participants se questionnent quant au dépistage de la violence conjugale dans les services offerts aux personnes souffrant des troubles mentaux. Selon ces participants, plusieurs psychiatres occultent la dynamique de contrôle et de pouvoir qui accompagne parfois la violence exercée par leurs patients. Ce participant considère toutefois qu'un tel dépistage est essentiel, puisque les symptômes de certains troubles mentaux peuvent aisément masquer la présence de violence conjugale :

...une personne qui se présente en dépression et juste pour ça, bien, on va traiter la dépression. On ne se questionne pas : « Y a-t-il autre chose ? ». Oui, bien sûr, on va explorer, mais on ne se dit pas : « Ce gars-là, il a été référé ici, mais il a des comportements violents » [participant 7].

### 4.3 Synthèse des points de vue généraux des participants

Ce chapitre a présenté les points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Les propos des participants démontrent qu'ils établissent des distinctions entre ces deux types de clientèles et qu'ils conçoivent différemment les problématiques qui les affectent. Les participants observent également que certains hommes font figure d'exception à leurs points de vue généraux sur les conjoints violents, notamment ceux qui souffrent de troubles mentaux. Le tableau II propose une synthèse des points de vue généraux des participants. Cette synthèse permet d'aborder, dans le chapitre suivant, les points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents.

**Tableau II – Résumé des points de vue généraux des participants sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux**

	Conjoints violents.	Personnes souffrant de troubles mentaux.
Causes et origines	<p>La violence conjugale est une prise de contrôle.</p> <p>Il s'agit d'un problème d'origine multifactorielle, englobant des facteurs individuels, sociaux et culturels.</p> <p>La violence conjugale n'est pas une maladie.</p>	<p>Un trouble mental est un problème médical.</p> <p>De multiples diagnostics existent afin d'identifier les troubles mentaux.</p> <p>Les troubles mentaux engendrent des limitations, une perte de capacités et une altération du contact avec la réalité.</p>
Images associées à la clientèle	<p>Hétérogénéité.</p> <p>Domination.</p> <p>Réactivité.</p> <p>Vulnérabilité.</p> <p>Recherche de conformité aux stéréotypes masculins.</p>	<p>Hétérogénéité.</p> <p>Maladie.</p> <p>Écart entre la personne et la réalité.</p> <p>Décompensation.</p>
Responsabilité des individus quant à	Une personne violente détient	Une personne souffrant d'un trouble mental



	Conjoints violents.	Personnes souffrant de troubles mentaux.
leur problématique	l'entière responsabilité de sa violence, puisque celle-ci résulte d'un choix.	n'est pas responsable de sa condition, puisque celle-ci ne résulte pas d'un choix.
Potentiel de résolution des difficultés	Des comportements non-violents peuvent s'apprendre.	Bien que plusieurs troubles mentaux soient chroniques, la gestion de leurs symptômes est envisageable.

## **CHAPITRE 5 – Points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents**

Ce chapitre présente les résultats liés au premier objectif de la recherche, soit la description des points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents. Les participants utilisent peu d'images afin d'illustrer leurs points de vue sur le thème de la recherche, qui sont surtout identifiables à partir d'énoncés verbaux et de comportements. L'analyse des énoncés verbaux permet d'identifier les points de vue des participants sur cinq thèmes : 1) la prévalence de cette concomitance dans leur clientèle; 2) les caractéristiques qu'ils associent aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux; 3) la responsabilité qu'ils attribuent à ces hommes quant à leur violence; 4) les acquis thérapeutiques effectués par les conjoints violents souffrant de troubles mentaux; 5) la signification attribuée à la concomitance de ces deux problèmes. Quant à l'analyse des comportements des participants, elle permet d'observer les conduites professionnelles qu'ils adoptent en présence d'hommes affectés simultanément par la violence conjugale et par un trouble mental.

### **5.1 Énoncés verbaux sur les conjoints violents souffrant de troubles mentaux**

#### ***5.1.1 L'identification de troubles mentaux chez les conjoints violents qui consultent***

D'entrée de jeu, les participants reconnaissent que certains de leurs clients présentent à la fois un problème de violence conjugale et un trouble mental. Ils arrivent à identifier plusieurs exemples spécifiques, tirés de leur pratique professionnelle, où ils ont été en contact avec des hommes affligés par ces deux problèmes. Selon les participants, les troubles mentaux les plus fréquemment observés dans leur clientèle incluent les troubles de la personnalité (limite, antisociale et narcissique), les troubles de l'humeur (dépression, dysthymie, trouble bipolaire) et les troubles psychotiques (troubles délirants, schizophrénie). Les troubles anxieux (incluant le stress post-traumatique) et les troubles obsessionnels-compulsifs sont également observés par quelques participants. La reconnaissance d'une concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, chez certains hommes, fait donc l'objet d'un consensus parmi les participants.

Il est toutefois difficile, pour les participants, d'évaluer avec précision la prévalence de troubles mentaux chez leur clientèle. En effet, les conjoints violents souffrant de troubles mentaux ne dévoilent pas toujours leur condition au moment d'entreprendre une démarche d'aide; certains d'entre eux dissimulent leur diagnostic, par honte ou par crainte d'être stigmatisés. D'autres conjoints violents ne sont tout simplement pas conscients qu'ils sont affectés par de tels troubles ou n'ont jamais été diagnostiqués. L'extrait suivant illustre cette difficulté :

Ici, on a à peu près 80, 90 clients dans une année. Là-dessus, ceux qui ont un diagnostic en santé mentale et qui nous l'ont dit, c'est-tu tous les gars ? Je pense pas. Puis là-dedans, ceux qui ont un diagnostic, est-ce que c'est les seuls qui ont un problème de santé mentale? Je penserais pas non plus [participant 2].

De plus, certains participants observent que le recours aux évaluations psychiatriques ne facilite pas nécessairement l'identification d'un trouble mental chez les conjoints violents. Ils estiment que ces évaluations parviennent rarement à des diagnostics concluants et qu'elles leur permettent peu d'atteindre une meilleure compréhension des difficultés de leurs clients. Ce participant attribue cette situation aux classifications des troubles mentaux, qui cadreraient plus ou moins avec la réalité des conjoints violents : « J'ai quelques situations en tête où même quand ces personnes-là sont évaluées, ils sortent avec à peu près rien. Comme si l'évaluation psychologique ou la terminologie, la classification qu'on a et qu'on utilise, apportait pas nécessairement bien des réponses » [participant 6]. Cette déclaration fait écho aux points de vue généraux des participants quant au processus d'évaluation psychiatrique, dont ils remettent en question la fiabilité. Ce participant considère d'ailleurs que la recherche d'un diagnostic de troubles mentaux, chez les conjoints violents, peut engendrer davantage de confusion que de bénéfices pour ceux-ci :

...les gars ont souvent plusieurs diagnostics, puis des fois ils sont contradictoires. Dépendamment dans quel état ils sont quand ils voient le psychiatre et quel psychiatre ils voient, tout ça... Les gars ont leur histoire de vie, ils ont des diagnostics bien mélangés [participant 10].

En dépit des difficultés liées à l'identification des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, la plupart des participants estiment que ces hommes représentent une clientèle minoritaire dans leurs milieux de pratique. Ils considèrent que de tels clients sont plutôt des cas d'exception, qui ne définissent pas l'ensemble des conjoints violents. Ce participant s'appuie sur la définition médicale des troubles mentaux afin d'étayer son point de vue : « ...il y en a qui ont

une maladie mentale concomitante. Mais j'ai pas l'impression que la majorité des gens qu'on rencontre ont un trouble mental. Si on prend de façon très formelle les critères du DSM, c'est carrément non » [participant 6]. Ce positionnement fait d'ailleurs écho aux points de vue généraux des participants sur les conjoints violents, qu'ils décrivent comme des hommes dont les comportements ne résultent pas d'une maladie. L'extrait suivant résume le point de vue de plusieurs professionnels rencontrés dans le cadre de la recherche : « ...dans la majorité de nos clients, non. C'est simplement comportemental » [participant 5].

Quelques participants considèrent cependant que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux forment une clientèle en pleine émergence, dont le nombre est appelé à augmenter. Ce point de vue s'appuie notamment sur certaines modifications observables dans la clientèle fréquentant les organismes d'aide aux conjoints violents : « Notre clientèle prend une tangente avec des problématiques en santé mentale de plus en plus nombreuses. (...) C'est un constat, puis on doit composer avec cette réalité-là et on sait très bien que ça fait partie de la réalité » [participant 1]. Ces participants croient que les troubles mentaux dont souffrent certains conjoints violents n'ont tout simplement jamais été identifiés lors de leurs demandes d'aide antérieures. Ce participant considère donc que la prévalence de troubles mentaux, dans la clientèle des conjoints violents, est sous-estimée : « Je suis convaincu que beaucoup d'hommes qui consultent ici ont un trouble de santé mentale et n'ont jamais été diagnostiqués » [participant 3]. L'extrait suivant suggère toutefois que des troubles mentaux pourraient aisément être diagnostiqués chez plusieurs conjoints violents, si ces derniers étaient rencontrés dans un contexte rendant justice à l'ampleur de leurs difficultés :

Il y a bien de nos clients que s'ils se présentaient en psychiatrie dans un moment de crise, ou qu'ils se faisaient faire une évaluation psychologique ils auraient des diagnostics de personnalité limite, de personnalité schizoïde, personnalité antisociale, compulsive... Des narcissiques aussi, plusieurs... [participant 4].

### ***5.1.2 Caractéristiques associées aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux***

Les réponses des participants permettent d'identifier un ensemble de caractéristiques qu'ils associent aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux. De manière générale, ces derniers sont décrits comme une clientèle spécifique, se distinguant de l'ensemble des hommes qui consultent les organismes d'aide aux conjoints violents. Les participants considèrent que cette

proportion de leur clientèle est constituée d'hommes à l'équilibre psychique très précaire, faisant preuve d'un degré élevé de désorganisation aux plans cognitif, émotionnel et comportemental. Plusieurs participants estiment que ces hommes sont plus facilement affectés par les stressés du quotidien, ainsi que par les difficultés inhérentes aux relations interpersonnelles; les manifestations de leur violence seraient souvent très intenses et imprévisibles. En ce sens, les participants décrivent les conjoints violents souffrant de troubles mentaux comme des individus fondamentalement instables. Les extraits suivants illustrent cette instabilité :

Il était constamment au bord de la crise. Constamment au bord de la crise de colère, de... de... Il était constamment au bord de pas pouvoir soutenir. Et là, il faisait une crise. Il était avec sa femme, il se chicanait. Et là, ça devenait insoutenable, il voulait se lancer, il voulait se jeter en bas de l'auto, il voulait... Il était incapable de se retenir [participant 10].

Les idées suicidaires, au début de sa démarche, sont constamment là, sont constamment présentes, ça reste toujours pour lui une porte de sortie, il évoque ça régulièrement... Il a constamment la peur de retourner consommer... La façon dont il me décrit ça, il est constamment sur le bord du précipice [participant 9].

Certains participants estiment que cette instabilité, chez les conjoints violents souffrant de troubles mentaux, tend à être généralisée : « Lui, tout le déstabilisait. Parce qu'il a été abusé de tous azimuts, donc tout était une menace. Alors, ce qu'on a rencontré, c'était une personnalité désorganisée » [participant 4]. Elle se ferait particulièrement ressentir dans le mode de pensée de ces hommes, ainsi que dans leur manière d'interpréter la réalité. À titre d'exemple, les participants considèrent que ces hommes commettent presque systématiquement des erreurs d'interprétation quant aux intentions d'autrui. Ce participant observe d'ailleurs que de telles erreurs d'interprétation évoquent parfois de la paranoïa, voire du délire : « S'il interprète qu'une femme est un agresseur, qu'elle veut l'agresser, bien là il va même voir des bosses dans ses pantalons pour dire qu'il y a un couteau dans la poche de la dame » [participant 5]. Bien que l'ensemble des conjoints violents ait tendance à prêter des intentions négatives à leur entourage (et particulièrement à leur partenaire), ce mécanisme serait décuplé chez ceux d'entre eux qui souffrent également d'un trouble mental. L'extrait suivant illustre cette distinction :

...il y avait une scénarisation, là ! Tu sais, je pense que toute personne, homme ou femme, on scénarise tous. Se faire des scénarios, on fait tous ça. Mais, tu sais... il me semble qu'il y a un point où on passe la scénarisation standard, je vais dire ça de même !

Tu sais, la thèse du complot, moi, là, je décroche ! Là, on rentre dans un autre domaine [participant 3].

Selon les participants, ces éléments paranoïaques ou délirants sont parfois suffisamment intenses et cristallisés pour signaler une altération du contact avec la réalité. Ce participant considère qu'une telle altération met en évidence le degré élevé de désorganisation des conjoints violents souffrant de troubles mentaux : « Il y en a qu'on peut vraiment dire que c'est des malades. Quand tu arrives à un point où tu coupes contact avec la réalité, où tu dissocies complètement quand ça devient trop intense, quand ça devient trop souffrant... » [participant 4]. Dans certains cas, cette altération apparaît suffisamment importante pour restreindre leur capacité à se montrer sensible à la douleur d'autrui, voire à leur propre douleur :

Son concept du bien et du mal est inexistant, je dirais. Il a décidé qu'il blessait un de ses enfants... il l'a fait. Il a décidé qu'il essaierait de tuer son ami... parce qu'il voulait voir ce que ça faisait. Il a décidé de s'automutiler... pas parce qu'il souffrait, pas parce qu'il voulait se connecter à la vie, mais simplement pour voir le sang qui coulait, voir ce que ça donnait... comprendre ce principe-là. Donc, au niveau émotions, j'en ai pas décelé du tout [participant 5].

En ce sens, plusieurs participants affirment que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux font preuve de capacités d'empathie et d'introspection limitées. Cette caractéristique les distingue d'autant plus de l'ensemble des conjoints violents, puisque les participants estiment que les hommes qui les consultent font habituellement preuve de certaines capacités sur ce plan. L'extrait suivant illustre cette caractéristique distinctive : « ...il y a peu de compassion, peu d'empathie, peu de culpabilité. Dans ce sens-là, ils font exception. C'est différent de travailler avec eux autres » [participant 9].

Finalement, certains participants estiment que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux ne sont pas nécessairement sélectifs quant à la cible de leur violence, qui risque de s'étendre à l'ensemble de leurs sphères de vie. Cette caractéristique les distingue d'autant plus de la majorité des conjoints violents qui consultent, puisque ces derniers exerceraient surtout leur violence dans la sphère amoureuse et familiale. L'extrait suivant rend compte de ce point de vue :

Quand on a des problèmes de santé mentale, là, ça va devenir peut-être un peu plus systématique dans le modèle de fonctionnement de la personne. Et son problème, à ce moment-là, sera pas exclusif à la relation de couple. Moi, j'ai l'impression que les gens qui ont un problème de santé mentale, leurs problèmes de violence ne sont pas

exclusivement des problèmes de violence conjugale. Ils se répètent dans la plupart de leurs sphères d'activités [participant 10].

### **5.1.3 Responsabilité des conjoints violents souffrant de troubles mentaux**

En raison de l'instabilité et de la désorganisation généralisée qu'ils associent aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux, les participants expriment leur difficulté à établir le degré de responsabilité de ces hommes sur la violence qu'ils exercent. En effet, cette clientèle se situe au carrefour de deux problématiques que les participants conçoivent fort différemment, tel que l'illustrent leurs points de vue généraux sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Les participants soutiennent que l'exercice de la violence conjugale résulte d'un choix, mais ils n'appliquent pas ce postulat aux troubles mentaux. Dans cette perspective, il leur semble plus difficile d'affirmer que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux choisissent d'agresser de manière intentionnelle, planifiée et consciente. Les extraits suivants illustrent l'ambiguïté des participants :

Pour moi, la violence, je la vois comme un homme qui ne se responsabilise pas de ses actes. Un problème de santé mentale, je le vois comme quelqu'un qui n'est pas en mesure de se responsabiliser. Donc, si je travaille avec quelqu'un qui n'est pas vraiment en mesure de discerner puis de comprendre ce qui se passe, bien... il ne peut pas, lui, dans le cadre de notre façon de travailler, se responsabiliser [participant 1].

...dans la définition générale la personne est responsable de ses gestes et a le choix d'arrêter quand elle veut arrêter, il suffit qu'elle en prenne la décision. Mais quand des fois, on a l'impression que ça les dépasse, que c'est hors d'eux autres, qu'il y a un volet qui donne l'impression d'être plus psychiatrique que d'un choix posé par la personne... (...) Tu sais, si on parle de dépression, si on parle de phobie, si on parle de psychose, bien, t'as bien beau essayer de faire « Bien non, ça, c'est pas vrai » ou « Ça, arrête de le faire », ça ne marche pas comme ça. C'est une maladie [participant 6].

Cette ambiguïté est complexifiée par le fait que certains conjoints violents cherchent à justifier leur violence par les troubles mentaux dont ils souffrent. D'une part, les participants sont sensibles aux impacts des troubles mentaux sur les réactions de leurs clients; d'autre part, ils constatent que ces troubles peuvent aussi servir les objectifs de domination et de contrôle associés à la violence conjugale. Ce participant estime qu'il est d'autant plus difficile, dans ce contexte, de cerner la responsabilité des conjoints violents souffrant de troubles mentaux quant à leur violence : «...c'est hasardeux de se faire bourrer par des autodiagnostic... Il y en a eu des manipulateurs

qui sont venus nous voir, puis ça n'a aucun bon sens comment ils se servent de leur pathologie pour justifier leur violence » [participant 8]. Une certaine méfiance est donc exprimée par plusieurs participants, qui craignent de contribuer à la déresponsabilisation de leurs clients en accordant une importance indue aux troubles mentaux dont certains conjoints violents souffrent. Les extraits suivants illustrent la manière dont certains conjoints violents souffrant de troubles mentaux utilisent les symptômes de leurs pathologies, dans le but de manipuler leur partenaire :

Je pense que dans certains cas, ils aggravent leur propre cas et leurs symptômes pour faire *capoter* la conjointe, pour qu'elle revienne ! (...) Tu sais, j'ai entendu des gars dire : « Je me suis ramassé à l'hôpital, là, puis j'ai fait une crise. Je voulais me suicider. Puis je suis arrivé ici puis je me suis dit, je suis pas fou, moi ! Qu'est-ce que je fais là ? »... Puis il te conte toute l'histoire, puis tu sais... « T'as fait un *hostie* de gros *show* ! » (*rires*). Bien, est-ce que ça aurait pu tourner mal ? Oui ! Mais t'as-tu un trouble mental ? Non. T'as un trouble de violence ! [participant 8].

C'est drôle, dans ce cas-ci, on dirait bien que la dépression fait bien l'affaire là-dedans, pour se déresponsabiliser... bien qu'il est prêt à entreprendre une démarche, à travailler là-dessus. Mais il y a quelque chose de très déresponsabilisant là-dedans [participant 7].

La crainte d'être manipulés amène donc les participants à maintenir leurs points de vue généraux sur la responsabilité des conjoints violents quant à leurs comportements. En ce sens, la plupart des participants tendent à considérer que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux sont entièrement responsables de leur violence; et ce, en dépit de l'ambiguïté qu'ils ressentent devant cette question.

#### ***5.1.4 Acquis thérapeutiques des conjoints violents souffrant de troubles mentaux***

Les participants abordent spontanément les difficultés que rencontrent les conjoints violents souffrant de troubles mentaux dans leur processus de changement. Plusieurs participants estiment que le degré élevé de désorganisation de ces hommes affecte leurs capacités d'introspection, d'empathie et d'autocritique, jugées essentielles à la résolution d'un problème de violence. Ces clients arriveraient donc plus difficilement à identifier leur violence et à s'en responsabiliser, notamment lorsque leur contact avec la réalité apparaît altéré. Certains de ces hommes auraient eux-mêmes une vision négative de leur potentiel de changement, s'appuyant sur la chronicité de certains troubles mentaux. Ce participant associe cette situation à la connotation péjorative des diagnostics de troubles mentaux : « ...des fois, j'ai des clients qui arrivent, puis ils sont tellement



*brainwashés* par le diagnostic qu'ils partent perdants à l'avance. Ils croient même pas en eux, ils croient pas que ça va fonctionner » [participant 2].

En ce sens, les participants expriment fréquemment leur sentiment d'impuissance à aider ces hommes avec efficacité. Certaines images utilisées par les participants viennent d'ailleurs illustrer ce sentiment : « Moi, je suis très imagé, je me disais : "Quand est-ce que je me heurte à la poutre d'acier et que je peux rien faire avec ?" » [participant 1]. « ...cette problématique-là, c'est un cul-de-sac. Parce qu'on n'est pas tous outillés pour travailler avec des gens qui ont une problématique de santé mentale » [participant 11]. Ce participant suggère même que dans certains cas, l'espoir d'un progrès thérapeutique relève de l'utopie :

Il y en a qui peuvent avoir été très loin, ils peuvent avoir été dans des gestes graves, mais je pense que ça a été ponctuel et ils sont récupérables... et il y en a d'autres que tant qu'à moi, non. C'est trop distorsionné dans leur vision des choses, ils se méprennent sur la réalité, puis à ce moment-là, c'est... Leur violence, ça n'a plus rapport au relationnel, ou à la réalité tangible... C'est une autre dimension [participant 8].

Les participants considèrent donc que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux sont plus limités dans leur capacité d'effectuer des acquis thérapeutiques. Cette observation contraste nettement avec leurs points de vue généraux quant à l'ensemble des conjoints violents, puisque les participants définissent généralement la violence conjugale comme un problème pouvant être résolu. La présence de troubles mentaux semble modifier, de manière négative, leur perception du potentiel de changement des conjoints violents.

Ce point de vue n'est toutefois pas partagé par tous les participants. En effet, certains d'entre eux parviennent à relater des exemples où des conjoints violents souffrant de troubles mentaux ont effectué des acquis thérapeutiques satisfaisants. L'extrait suivant suggère que les progrès effectués par ces hommes peuvent paraître modestes, mais qu'ils n'en sont pas moins appréciables : « Je pense qu'on l'aidait à vivre sa chose et à ne pas mourir dedans. Puis à pas faire mourir personne non plus » [participant 10]. Ce participant souligne donc l'importance de ne pas catégoriser les conjoints violents souffrant de troubles mentaux comme des hommes inaptes au changement :

Il reste que je trouve, moi, que comparativement au début où il utilisait la violence... il a beaucoup cheminé. Alors, tu vois, cette personne-là, si on s'était basés sur un diagnostic, je l'aurais vu puis je lui aurais dit : « Ah non, toi t'es TCC [*traumatisme crânio-cérébral*], je suis désolé, je ne peux pas t'aider ». Mais finalement, au contraire, il s'est amélioré... moi, je dirais d'un bon 60 à 75% d'amélioration. Il a plus d'améliorations, ce gars-là, que d'autres personnes que j'ai eues et qui n'avaient pas de diagnostic ! [participant 2].

### ***5.1.5 Signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux***

Lorsqu'ils discutent de la signification qu'ils attribuent à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, la plupart des participants font preuve d'une grande prudence. En effet, la majorité d'entre eux sont réticents à établir une association entre ces deux problèmes. Un point de vue semble toutefois consensuel : si les participants estiment que la violence conjugale n'est pas une maladie, ils considèrent également qu'un trouble mental ne peut pas causer, à lui seul, des épisodes de violence conjugale. L'extrait suivant illustre ce point de vue :

Moi, ce que je veux dire, c'est qu'admettons un dépressif, un gars dépressif majeur, comment ça se fait qu'il en est rendu là ? Est-ce que la dépression majeure conduit à l'homicide ? Jamais ! Tu sais, il fallait qu'il y ait quelque chose d'autre... [participant 8].

De plus, les participants considèrent que les troubles mentaux dont souffrent certains de leurs clients n'ont pas systématiquement un impact sur leurs comportements violents. Plusieurs d'entre eux se montrent d'ailleurs critiques quant aux cadres d'analyse intégrant la psychopathologie aux facteurs explicatifs de la violence conjugale. Ces participants estiment que le processus menant aux épisodes de violence s'apparente à la symptomatologie de certains troubles mentaux, mais qu'il traduit davantage un besoin de contrôle qu'un déséquilibre psychique. L'extrait suivant illustre la similarité entre un trouble obsessionnel-compulsif et certains comportements violents :

Ça fait que tout, dans son contrôle... tu sais comme, des fois, admettons, accrocher des bottes dans le même ordre, la disposition des clés sur un porte-clés... Il y avait plusieurs choses dans la maison, là, ranger les armoires... Il y a des gars qui n'ont pas de TOC mais qui font ça ! Parce qu'ils sont dans le contrôle. (...) Ça fait que son côté contrôlant de la conjointe là, il avait une base qui pouvait être accotée là-dessus, ça c'est clair. Mais il y en avait aussi que c'était des choses qu'il mettait en place, pour l'assujettir. Parce qu'il avait un côté dominant, là ! [participant 1].

D'autres participants soulignent pour leur part que la violence conjugale et les troubles mentaux ne sont pas systématiquement liés dans l'ensemble de la population. En effet, de nombreuses personnes souffrant d'un trouble mental n'ont pas recours à la violence dans leurs relations amoureuses. Ce participant estime donc que ces deux problèmes ne doivent pas être associés d'emblée :

...dans le fond, il y a plein de gens qui sont dépressifs et qui ne sont pas violents pour autant. On ne pourrait pas voir ça comme ça. C'est un potentiel de violence qui est déjà là, puis... Quand c'est arrivé, quand il y a une dépression et que tu t'en vas voir les antécédents, tu te rends compte qu'il y avait quand même présence de violence, de contrôle. Peut-être que ça a été exacerbé par la présence, dans le fond, de dépression... mais, le potentiel était toujours là quand même, il y a toujours eu des épisodes [participant 2].

En dépit de leurs réticences, les participants estiment qu'une relation peut exister entre le recours à la violence conjugale et le fait de souffrir d'un trouble mental. En effet, la plupart des participants présentent les troubles mentaux comme un facteur augmentant le risque, chez certains hommes disposant déjà d'un tempérament contrôlant, de commettre des agressions à l'endroit de leur partenaire. Ils estiment que le degré de désorganisation inhérent aux troubles mentaux accentue les déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux qui caractérisent l'ensemble des conjoints violents, facilitant de ce fait le passage à l'acte. Cette considération amène le participant suivant à affirmer que la gestion d'un problème de violence conjugale, pour un homme souffrant d'un trouble mental, comporte un degré de difficulté supplémentaire : « La santé mentale ne crée pas de violence. Mais peut-être que ton problème de santé mentale va faire que tu as un double, un triple défi pour pas exercer de violence. T'as pas les mêmes conditions pour y arriver » [participant 3]. Les participants considèrent donc que la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux n'est pas fortuite et que ces deux problèmes s'influencent. Les propos de ce participant illustrent cette interaction :

Évidemment, si je suis dans une relation qui ne va pas bien, où il y a un climat qui est malsain, ça vient contribuer à tout ça aussi, ça contribue à la dépression, la dépression contribue à s'enfoncer encore plus dans les comportements malsains et violents... Je pense que c'est lié [participant 7].

Les réponses des participants traduisent toutefois leur difficulté à cerner lequel de ces deux problèmes précède l'autre. La plupart d'entre eux estiment qu'il est impossible de déterminer si le

fait de souffrir d'un trouble mental prédispose à la violence conjugale ou si le recours à la violence conjugale favorise l'émergence de troubles mentaux. L'extrait suivant illustre l'ambivalence de plusieurs participants : « Bien... (*Réfléchit*). C'est la poule et l'œuf. C'est la poule et l'œuf. On pourra jamais savoir... On peut pas les différencier complètement, mais lequel va influencer lequel, ou lequel va arriver en premier... c'est indifférenciable » [participant 6]. Ce dilemme est complexifié par le fait que selon les participants, les troubles mentaux font parfois partie des conséquences de la violence conjugale. Ils citent notamment les troubles de l'humeur, qui peuvent apparaître en réponse aux pertes relationnelles engendrées par le recours à la violence conjugale. Ces deux participants se questionnent donc sur les liens unissant la violence conjugale et la dépression :

Mais c'est ça qui est difficile, parce que dans le fond, de faire la violence, ça arrive avant la dépression... Ça fait que là, tu te dis : « Est-ce que c'est parce qu'il est dépressif ? (...) La dépression venait-elle du fait qu'il soit violent et que sa femme menace de le quitter, ou est-ce que la violence augmentait à cause de la dépression? ». Tu sais, c'est pas clair, là... [participant 2].

Il est en dépression suite à la rupture. C'est pas un gars qui était en dépression avant, c'est un gars qui est en dépression maintenant, qui n'arrive pas à accepter la rupture... On aurait tendance à lui dire : « Bien là, c'est de ta faute, si t'avais été fin avec elle, tu l'aurais pas perdue, alors tant pis pour toi ! ». Il y a toutes sortes de choses comme ça dans ma réaction [participant 7].

En ce sens, bien que la plupart des participants se montrent déterminés à réfuter l'existence d'un lien causal entre la violence conjugale et les troubles mentaux, leurs propos suggèrent plutôt le contraire. En effet, les participants rapportent de multiples exemples tirés de leur pratique professionnelle, où les troubles mentaux de certains clients ont contribué à un épisode de violence. Ainsi, plusieurs participants suggèrent qu'une altération du contact avec la réalité restreint l'emprise de certains hommes sur leurs pensées et sur leurs réactions émotionnelles, ce qui suffirait à initier l'escalade de la violence. Les extraits qui suivent illustrent cette influence :

Du moment qu'il était déstabilisé au niveau émotionnel, il n'allait plus. Donc, l'autre devenait une menace, devenait quelqu'un qui voulait le faire souffrir. Et là, il la voyait comme une terrible tortionnaire, il lui prêtait des intentions... Et là, il n'était plus capable de marcher rationnellement, il pensait qu'elle pensait, puis il lui prêtait des intentions... Il était complètement parti dans quelque chose, il s'éloignait de la réalité dangereusement et il y avait un monstre qui se bâtissait devant lui, qui devenait dangereux [participant 10].

Bien, dans son cas à lui, étant donné la dissonance entre le canal émis et la réception, là je me dis, la capacité d'interprétation est énorme... Ça fait que oui, ça jouait dans ses élans de violence avec Madame. Lui, il devait interpréter rapidement la provocation. « Elle me cherche ! » (...) Oui, je pense qu'il y avait un impact direct, un lien de cause à effet dans ce cas-là [participant 3].

Il semble donc que plusieurs participants établissent un lien de causalité entre la présence d'un trouble mental et le recours à la violence conjugale. Les participants se montrent toutefois réfractaires à affirmer qu'un tel lien existe et tiennent un discours paradoxal quant à l'impact des troubles mentaux sur l'exercice de violence conjugale. Ce paradoxe se traduit notamment au plan des comportements qu'ils adoptent en présence de cette clientèle, tel que l'illustre la prochaine section de ce chapitre.

## **5.2 Comportements adoptés auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux**

Bien que les participants disposent de modèles, d'approches et de stratégies préalablement définis pour l'intervention auprès des conjoints violents, l'intervention auprès d'hommes souffrant également de troubles mentaux représente un défi de taille. Les réponses de plusieurs participants illustrent l'absence d'un modèle spécifiquement conçu afin d'accompagner ces hommes dans la résolution de leur problème de violence. Ils estiment également que les stratégies d'intervention qu'ils adoptent habituellement seraient moins efficaces auprès d'hommes souffrant d'un trouble mental. Les participants attribuent ces difficultés aux symptômes de certains troubles mentaux, surtout lorsqu'ils réduisent les capacités d'introspection et le jugement de leurs clients, ainsi qu'aux effets secondaires de la médication. Ce participant estime donc qu'il est peu pertinent d'avoir recours à un modèle d'intervention misant sur les caractéristiques généralisables à l'ensemble des conjoints violents, lorsque ces derniers souffrent également d'un trouble mental :

...c'est plus le même type de clients. C'est plus le monsieur qui est issu d'un milieu patriarcal avec les mêmes types de comportements, c'est pas vrai. Ça a passé à autre chose. Et c'est ça qui est embêtant. Ça nous a sauté à la figure... Il faut travailler différemment ! [participant 11].

Un point de vue est toutefois répandu chez les participants, à l'effet que la médication ne peut résoudre le problème de violence conjugale de cette clientèle. Certains estiment d'ailleurs que le

recours à la médication peut parfois être contre-productif, voire nuisible au plan thérapeutique. Ce participant considère que ses clients doivent être en contact avec leur souffrance afin de cesser leur violence, ce que certaines médications ne permettent pas :

On aime bien mieux qu'il ne prenne pas d'antidépresseurs, premièrement. Quand ta blonde te laisse, t'es en dépression, c'est une réaction très, très, très normale. Il n'y a pas de médication pour ça. Une médication pour la vie ? On aime bien mieux qu'il n'y en ait pas. (...) Ça peut être correct, aussi, mais trop souvent c'est pas correct. C'est trop vite. Qu'il déprime! C'est là qu'est le salut! [participant 4].

Par conséquent, la plupart des participants expriment leur ambivalence quant à la meilleure conduite à adopter envers des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Leurs réponses suggèrent toutefois l'existence de trois grands types de conduites professionnelles, soit l'évitement, la distanciation et l'intégration. Ces conduites représentent en quelque sorte un mode de gestion de la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez certains conjoints violents. Le tableau III présente un résumé de ces conduites et de leurs caractéristiques spécifiques. Les sections suivantes portent ensuite un regard plus spécifique sur chacune d'elles.

**Tableau III : Conduites professionnelles adoptées par les participants en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux**

	Évitement	Distanciation	Intégration
Définition du type de conduite	Centrée sur les troubles mentaux de certains conjoints violents.  Préconise une prise en charge externe des troubles mentaux et de leur impact sur la violence conjugale.	Conduite centrée sur la violence conjugale exercée par des hommes également connus pour un trouble mental.  Préconise une prise en charge externe des troubles mentaux.	Conduite s'adressant à la globalité de l'expérience vécue par les conjoints violents souffrant de troubles mentaux.  Préconise une prise en charge conjointe de la violence conjugale et des troubles mentaux.
Analyse de la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux	Centrée sur les troubles mentaux.	Centrée sur la violence conjugale.	Centrée sur les interactions entre les troubles mentaux et la violence conjugale.
<i>(Suite du tableau à la page 75)</i>			

	Évitement	Distanciation	Intégration
Conception des conjoints violents souffrant de troubles mentaux	Hommes souffrant d'abord et avant tout d'un trouble mental, ayant également recours à la violence conjugale.	Hommes ayant d'abord et avant tout un problème de violence conjugale, souffrant également d'un trouble mental.	Hommes ayant recours à la violence conjugale et souffrant d'un trouble mental.
Conception de l'intervention	Certains troubles mentaux empêchent une prise en charge efficace de la violence conjugale.  L'intervention vise à dépister les conjoints violents souffrant de troubles mentaux et à les orienter vers des ressources spécialisées en santé mentale.	Axée sur la responsabilisation et sur l'arrêt des comportements violents.  Centrée sur les caractéristiques généralisables à l'ensemble des conjoints violents.  Prise en charge du trouble mental par une ressource spécialisée.	Doit tenir compte des déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux associés aux troubles mentaux, afin de permettre la responsabilisation et l'arrêt de la violence.  Un suivi conjoint et concerté avec des ressources en santé mentale est recommandé.
Conduites professionnelles spécifiques	Bref suivi individualisé ou séjour écourté en thérapie de groupe.  Référence vers les ressources spécialisées en santé mentale.	Suivi en groupe, centré exclusivement sur la violence conjugale.  Orientation vers les ressources spécialisées en santé mentale.	Suivi individualisé ou en groupe, selon le fonctionnement général de l'individu.  Objectifs thérapeutiques centrés à la fois sur la violence conjugale et sur la stabilisation de l'état mental.  Concertation avec les ressources spécialisées en santé mentale.

### 5.2.1 Conduite d'évitement

La conduite d'évitement consiste essentiellement à ne pas offrir de services aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux, pour plutôt les orienter vers des ressources d'aide en santé mentale. Les troubles mentaux ont préséance dans l'analyse des difficultés de cette clientèle et les

conduites des participants sont orientées en conséquence. Bien que les comportements violents de ces hommes soient reconnus par les participants, les symptômes de leurs troubles mentaux sont considérés comme un obstacle à la prise en charge de la violence. L'intervention vise donc à dépister ces hommes et à les orienter vers des ressources externes disposant d'une expertise, d'un cadre d'intervention et d'outils adaptés à la réalité des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le choix de cette conduite repose essentiellement sur les points de vue généraux des participants quant aux personnes souffrant de troubles mentaux. En effet, les participants estiment que les troubles mentaux sont chroniques et que leur traitement relève des spécialistes en santé mentale. Les données de la recherche permettent également d'identifier que les participants se sentent fréquemment démunis à la perspective d'accompagner des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ils considèrent donc qu'il est préférable d'orienter ces hommes vers des ressources jugées plus compétentes et mieux adaptées à la réalité de cette clientèle, tel qu'en témoigne ce participant :

...on n'est pas un centre d'achats, on n'est pas capable de desservir toutes les problématiques, c'est pas vrai ça non plus. Je crois beaucoup aux gens qui ont une expertise qui est de plus en plus pointue; mais être généraliste, tu restes généraliste. Puis ça donne des drôles de résultats, des fois [participant 11].

En ce sens, la conduite d'évitement traduit une préoccupation marquée chez plusieurs participants, soit de détenir les compétences nécessaires pour aider efficacement leurs clients. La fragilité que les participants associent aux personnes souffrant de troubles mentaux, les amène à remettre en question leur propre expertise en la matière. Ce participant cherche à éviter que ses clients fassent les frais de son inexpérience : « Tu sais, on peut avoir eu des techniques d'intervention totalement inadéquates avec cette personne-là, avant qu'on se réajuste et qu'on prenne une autre orientation avec lui » [participant 3]. Dans cette perspective, la conduite d'évitement apaise à la fois la crainte d'offrir une aide inadéquate et le sentiment d'impuissance ressenti par certains participants.

Par ailleurs, plusieurs participants craignent que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux nuisent aux autres membres de leur groupe de thérapie. Ces participants observent que ces clients tiennent souvent un discours tangentiel, manifestent parfois des difficultés de compréhension majeures et font preuve d'une méfiance exacerbée, engendrant parfois des



agressions verbales. La conduite d'évitement peut donc s'appuyer sur leur perception des intérêts des autres membres du groupe, tel que l'indique l'extrait suivant : « ...ils [*les conjoints violents souffrant de troubles mentaux*] peuvent être très nocifs pour les autres. On peut se retrouver avec un groupe qui se vide, à cause d'un gars de même. Parce que les autres ont pas tous des problèmes de santé mentale » [participant 10].

### **5.2.2 Conduite de distanciation**

La conduite de distanciation est caractérisée par la fragmentation des difficultés vécues par les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Bien que les troubles mentaux de ces hommes soient reconnus par les participants, ces derniers accordent une place prédominante à leurs comportements violents dans leur approche thérapeutique. L'intervention vise donc à se centrer exclusivement sur la violence de ces hommes, tout en s'assurant au préalable d'une prise en charge de leurs troubles mentaux par des ressources spécialisées.

Le choix de cette conduite repose essentiellement sur les points de vue généraux des participants quant aux conjoints violents. Puisque ces hommes sont d'abord et avant tout considérés comme des conjoints violents, les participants estiment qu'ils sont aptes à bénéficier de programmes d'intervention misant sur les caractéristiques généralisables à l'ensemble de leur clientèle. Par conséquent, les stratégies d'intervention qu'ils utilisent sont centrées sur l'arrêt de la violence et ne tiennent pas compte des troubles mentaux dont ces hommes sont atteints. L'extrait suivant résume ce point de vue : « Que ce soit l'état mental, que ce soit à cause de la violence, que ce soit plus situationnel, classé à un niveau "problème de santé mentale", bien... on va rejoindre ces objectifs-là de la même façon » [participant 6].

À l'instar de la conduite d'évitement, la prise en charge des troubles mentaux est confiée à des ressources disposant des compétences jugées nécessaires pour traiter ces troubles. Ces hommes peuvent donc bénéficier des services spécialisés en violence conjugale, ce qui permet aux participants de maintenir le cap sur l'arrêt de la violence. Ce participant y voit une forme de complémentarité : « ...je trouve important qu'il y ait un support extérieur spécifique à ça, par son médecin entre autre ou peut-être bien par un autre thérapeute ou quoi que ce soit, et qu'ici on soit capables d'aller plutôt sur le comportemental » [participant 9]. La conduite de distanciation est toutefois caractérisée par un faible degré de concertation entre les participants et les ressources en

santé mentale vers lesquelles ils orientent leurs clients. Les propos de ce participant illustrent qu'une fois la référence effectuée, peu d'interactions sont discernables : « On va essayer de travailler en complémentarité s'il le faut, tu sais... "Signe-moi un consentement de divulgation d'informations, je pense qu'il y a telle place...". On va peut-être essayer, des fois, de faciliter la trajectoire de services » [participant 3].

Si la conduite d'évitement traduit la crainte de nuire à certains hommes, la conduite de distanciation reflète plutôt la réticence des participants à explorer les interactions entre la violence conjugale et les troubles mentaux. Cette réticence fait écho à leurs points de vue généraux sur les conjoints violents; en effet, les participants considèrent que la violence conjugale ne résulte pas d'une maladie. En explorant cette dimension avec leurs clients, plusieurs participants craindraient d'être manipulés ou de cautionner, bien involontairement, un discours de justification de la violence par les troubles mentaux. Ce participant s'abstient donc de s'aventurer sur ce qu'il perçoit comme un terrain glissant :

...le gars qui fait des menaces de suicide, il peut être réellement suicidaire, puis il veut faire bouger l'autre avec ça. Ça fait qu'il manipule, mais en même temps il va peut-être passer à l'acte. Est-ce qu'il est souffrant ou il est violent ? Les deux ? C'est parce que si je m'en occupe, si je tombe dans le panneau, il va jouer ça avec moi aussi. Il va s'en servir, tu sais [participant 7].

D'autres participants estiment pour leur part qu'il est peu productif d'explorer les liens entre ces deux problématiques. Selon ce participant, la violence conjugale et les troubles mentaux sont parfois si étroitement imbriqués qu'il devient futile d'identifier la nature et l'impact de leurs interactions :

À un moment donné, il faut essayer de sortir du compartimentage. Qu'est-ce qui est de la violence, qu'est-ce qui est du [*trouble de personnalité-limite*] ? (...) On n'a comme pas le choix, pour travailler avec cette personne-là, de sortir de « Qu'est-ce qui appartient à quoi? ». Sinon, on perdrait notre temps et on l'aiderait pas pour répondre à ses besoins immédiats [participant 6].

La conduite de distanciation comporte toutefois certains paradoxes. En effet, l'utilisation d'une mise en situation en entrevue a permis d'observer que la plupart des participants interviendraient d'une manière très similaire, selon la présence ou non d'un tableau dépressif chez un conjoint aux comportements violents. L'arrêt des comportements violents et la responsabilisation restent donc

prioritaires pour les intervenants, tel que l'illustre cet extrait : « J'aurais tendance à travailler particulièrement les comportements violents. Je ne ferais pas tant de place que ça à la dépression » [participant 7]. Tous les participants rencontrés estiment pourtant que la présence d'un trouble mental exacerbe les mécanismes cognitifs, affectifs et comportementaux sous-jacents à la violence. Une certaine dissonance est donc observable entre cette conduite de distanciation et les énoncés verbaux des participants. Ce participant a d'ailleurs été surpris, lors de l'entrevue de recherche, de constater cette dissonance « Je suis obligé de dire que ça se ressemblerait. Ça se ressemblerait. Et ça me confronte de dire ça. (...) Mais je pense que mon approche serait semblable, honnêtement » [participant 9].

### 5.2.3 Conduite d'intégration

La conduite d'intégration est conçue comme un ensemble de stratégies s'adressant à la globalité de l'expérience des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. La violence conjugale et les troubles mentaux ne sont pas hiérarchisés dans l'analyse et dans l'intervention. Les liens et les interactions entre ces deux problèmes sont donc explorés activement par les participants qui adoptent ce type de conduite. Ceux-ci estiment que cette exploration contribue à l'efficacité de leur intervention, tel que l'illustre cet extrait :

...il faut qu'on soit capables ensemble d'arriver à comprendre comment ça fonctionne. Qu'est-ce qui se passe et où sont les déclencheurs ? Comment ça vient le chercher dans son organisation à lui? Si on n'est pas capables de faire ça, c'est sûr que c'est difficile, parce que là, on n'a pas de prise sur ce qui se passe, et là on est avec une personne qui, à mon sens, est plus à risque [participant 10].

Selon ces participants, la responsabilisation et l'arrêt des comportements violents nécessitent de prendre en considération les déficits cognitifs, émotionnels et comportementaux associés aux troubles mentaux. Ils estiment qu'une conduite d'intégration donne accès à une compréhension plus complète de leurs clients, établissant par le fait même une base plus solide au processus de responsabilisation. Pour ce participant, il s'agit même d'une condition essentielle à l'atteinte des objectifs thérapeutiques :

[Associer le trouble mental et la violence conjugale], c'est très responsabilisant ! C'est parce que là, on s'adresse au problème de la personne – et là, on peut faire quelque chose! (...) Il commence à comprendre son fonctionnement et ça c'est responsabilisant, parce

que ça lui donne une prise sur lui. Et là il peut, à partir de ça, avoir plus de prise sur ses réactions, sur ses comportements. Alors que si on nie ça, il n'aura jamais de prise sur sa violence. Il ne pourra jamais se responsabiliser [participant 4].

Dans ce type de conduite, le fait de souffrir d'un trouble mental ne représente pas un facteur d'exclusion des services. L'extrait suivant suggère que ce point de vue s'appuie sur des expériences positives d'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux : «...on en a eu qui avaient un trouble en santé mentale, qui ont fait le groupe et que ça allait bien. Alors ce n'est pas une cause d'exclusion » [participant 2]. Les symptômes propres à certains troubles mentaux sont toutefois pris en considération dans l'élaboration du plan d'intervention. En ce sens, le recours aux ressources spécialisées en santé mentale est prôné, que ce soit pour encadrer d'éventuels épisodes de décompensation ou pour s'assurer d'un suivi médical approprié. Ce participant souligne toutefois qu'une attention particulière doit être portée à établir des mécanismes de concertation efficaces entre les différents acteurs impliqués :

Ce qui a été aidant, il a été suivi par un psychiatre aussi. Et là, on se parlait. On se parlait souvent, parce que tu sais, c'est une alliance thérapeutique, mais par les thérapeutes. Donc, on a la même fonction, on a le même mandat. On travaille ensemble pour trouver une façon d'aider cliniquement le client [participant 4].

Les services offerts à ces hommes peuvent également être adaptés, afin de tenir compte de leurs caractéristiques spécifiques. À titre d'exemple, le processus d'accueil peut être allongé, ce qui favoriserait l'établissement d'un lien de confiance plus solide. Le recours systématique au groupe peut également être remis en question au profit d'un suivi individualisé. L'extrait suivant suggère que cette mesure est parfois bénéfique et ce, tant pour les clients que pour les participants : « Je trouvais que c'était plus aidant pour lui... en tout cas, je pense que c'était plus aidant pour moi, dans le fond, de créer un lien puis de le garder avec moi » [participant 2]. Le recours à ce type de suivi n'est toutefois pas sans engendrer des effets paradoxaux. En effet, bien qu'une telle approche prévienne certaines complications en groupe, elle prive ces hommes d'un réseau d'entraide qui leur fait souvent défaut :

On a finalement proposé à l'individu d'avoir un suivi individuel avec un des collègues ici. (...) Et on s'est aperçus qu'il a fait quelques rencontres et il est parti. Il y a quelque chose, tu vois, qu'il retrouvait dans le groupe et qu'on n'a pas identifié, qui va nous demander d'aller vérifier... Les gens qui ont une problématique de santé mentale, de démolir tout l'agir devant les autres, ça a sûrement un côté qui peut être bénéfique pour le client [participant 11].

Par ailleurs, la conduite d'intégration présuppose une planification attentive des stratégies d'intervention utilisées. Les participants portent une attention particulière à l'évaluation du risque de décompensation des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, à leur détresse psychologique et au maintien d'un cadre thérapeutique rigoureux. Le développement et le maintien d'un lien de confiance solide prend également une importance particulière auprès de cette clientèle, tel que l'observe ce participant : « Ce qui a aidé ? Le fait que je le considère comme un être humain et que je le nomme. (...) Il m'a serré la main et m'a dit : "J'ai aimé être traité comme un être humain". Juste ça, c'est un bon point » [participant 5]. Par conséquent, les participants réitèrent l'importance d'attitudes telles le non-jugement, le respect du rythme du client et l'empathie. Quant aux interventions visant la responsabilisation et l'arrêt de la violence, les participants constatent qu'ils gagnent à les adapter. En effet, le recours à la confrontation peut s'avérer risqué, tel qu'en témoignent ces participants :

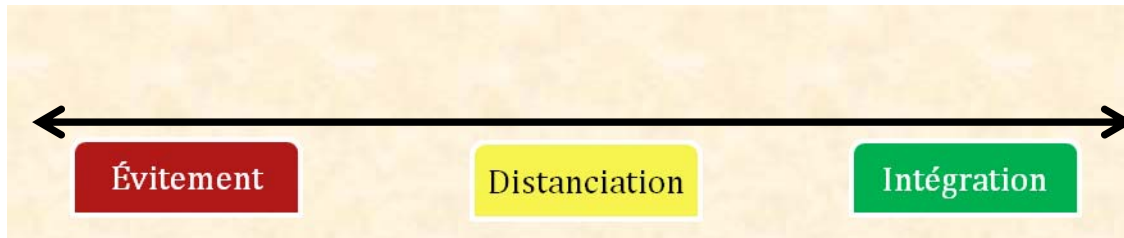
Et là, c'est sûr que les approches qu'on a habituellement pour traiter la violence, c'est inutile, même c'est nuisible. On nuit à la personne, parce qu'en général on va trop dans la confrontation, on va trop essayer de faire vivre cognitivement ou émotionnellement dans la personne qui est là. « Comment tu te sens ? ». « Hey ! Comment je me sens ? Je veux surtout pas savoir comment je me sens ! Parce que si je me mets à ressentir quelque chose, je te tue ! Je vais tuer quelqu'un ! » [participant 4].

La confrontation, c'est l'outil essentiel... et dans son cas, c'était l'outil à ne pas utiliser. Donc, oui, ça a compliqué les choses, et de beaucoup. Au point de dire qu'à la troisième rencontre, j'ai vu que mes limites étaient atteintes puis que j'étais plus capable de l'aider plus que ça. Simplement trois rencontres [participant 5].

#### ***5.2.4 Continuum des conduites professionnelles auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux***

Les données de la recherche permettent d'observer que les trois types de conduites professionnelles des participants ne sont pas mutuellement exclusives. En effet, la plupart d'entre eux adoptent plus d'un type de conduite dans l'ensemble de leur pratique auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Loin d'être figées ou immuables, les conduites des participants se situent plutôt sur un continuum, tel que l'illustre la figure I. Les participants se déplacent sur ce continuum selon les caractéristiques propres à chaque situation clinique.

**Figure 1 – Continuum des conduites professionnelles adoptées en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux**



Les données de la recherche suggèrent que la nature spécifique des troubles mentaux joue un rôle déterminant dans le choix de la conduite des participants. À titre d'exemple, certains participants estiment que la dépression est une conséquence prévisible de la violence conjugale, puisque les comportements de leurs clients les exposent à des pertes relationnelles significatives. Dans cette perspective, les hommes dépressifs sont d'abord et avant tout considérés comme des conjoints violents, avec qui l'intervention doit être centrée sur la violence; les participants peuvent donc être enclins à adopter une conduite de distanciation. Quant aux troubles de la personnalité, ils incitent certains participants à adopter une conduite d'évitement, car ils associent ces troubles à un potentiel de changement limité et à des mécanismes très profondément ancrés en l'individu. L'extrait suivant illustre cette tendance :

...tu as l'autre, plus narcissique, qui est très destructeur psychologiquement dans son couple, puis en quelque part il ne considère pas l'autre comme un objet à part entière, une personne à part entière. C'est : « Tu dois me servir, t'es comme mon objet-poubelle, t'es comme »... Tu sais : « Nourris-moi quand ça me tente, puis le reste, tes besoins, je m'en contrefiche ». Cette dimension-là, j'ai jamais vu quelqu'un qui avait des fortes composantes narcissiques comme ça, qui a passé par ici et qui a changé, tant qu'à moi. Pour moi, ça se travaille pas. Parce qu'il faut qu'il accède à autre chose, il faut qu'il craque en quelque part... [participant 8].

L'évaluation que font les participants de leurs interventions antérieures auprès de cette clientèle, influence également leur mouvement sur ce continuum. Ainsi, des expériences antérieures qui ont été perçues comme infructueuses incitent les participants à adopter des conduites de distanciation ou d'évitement. Dans l'extrait suivant, le participant relate une situation où les interventions visant à réduire les symptômes d'un trouble mental ont été écartées, au profit de stratégies centrées sur la gestion des comportements violents :

Essayer d'aller défaire ses prétentions, ça, c'est la pire erreur à aller faire. Essayer d'aller débâter la perception... il est bien meilleur que nous autres pour argumenter. Il l'a tellement *spinnée* dans sa tête, l'histoire, c'est construit tellement solidement... (...) Donc, à un moment donné, on a changé notre fusil d'épaule. Ça donne rien. À un moment donné, c'est là que j'ai ramené ça plus dans l'ici et maintenant : « Tu sais, avec ta *blonde* puis ton enfant, tu ne veux plus exercer de comportements de violence. Bien... ok, travaillons concrètement à ça. Tes signes, ton thermomètre, t'appliques ton *time-out*, t'essaies par la suite de venir te réexpliquer... » [participant 3].

Finalement, les modifications de l'état de santé mentale de leurs clients peuvent amener les participants à modifier leur conduite. À titre d'exemple, ce participant souligne que certains conjoints violents souffrant de troubles mentaux peuvent faire une nouvelle demande d'aide, lorsque les symptômes de leurs troubles sont mieux contrôlés : « ...quand le gars fonctionne, puis qu'il apprend, et que je sais qu'il est médicamenté mais qu'il est capable de saisir, bien... j'ai aucun problème à travailler avec cet homme-là » [participant 1]. Dans l'extrait suivant, un participant a plutôt été contraint d'adopter une conduite d'évitement, en réponse à la détérioration de l'état mental d'un de ses clients :

Tu sais, normalement en thérapie, on essaie que ça progresse. Bon, il peut y avoir un certain relâchement, mais on sent qu'il y a comme une base qui est là. Lui, c'était le contraire. Je dirais que de 0 à 10 rencontres, il a progressé; et après ça, il n'a fait que régresser. Au point où il en devenait dysfonctionnel dans le groupe : « Vous me comprenez pas, vous me jugez ! ». Pourtant, les gars étaient corrects, là. C'était de la remise en question, c'était fait de façon respectueuse. (...) Plus ça allait, plus ça déclinait. Et à la fin, ça a été à l'expulsion [participant 3].

### 5.3 Synthèse

En résumé, les participants reconnaissent l'existence d'une concomitance de violence conjugale et d'une grande variété de troubles mentaux chez certains de leurs clients. Cette proportion de leur clientèle leur semble minoritaire, bien que certains soupçonnent que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux soient plus nombreux qu'il n'en paraît. Les participants considèrent que ces hommes représentent une clientèle distincte et spécifique, échappant partiellement à leurs points de vue généraux sur les conjoints violents. Selon les participants, ces clients se démarquent par un degré élevé de désorganisation aux plans cognitif, émotionnel et comportemental. Les progrès thérapeutiques de ces hommes seraient également plus limités que ceux effectués par la moyenne des conjoints violents qui utilisent les services d'aide. Les participants tiennent un discours paradoxal sur la signification qu'ils attribuent à la concomitance de ces deux problèmes;

bien qu'ils affirment que les troubles mentaux ne causent pas la violence conjugale, ils rapportent plusieurs exemples suggérant un lien de cause à effet entre ces deux problèmes. De plus, la majorité des participants estime que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux sont pleinement responsables de leur violence, ce qui contraste avec leurs points de vue généraux sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Ces paradoxes suggèrent que pour les participants, la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux s'accompagne de défis conceptuels significatifs.

Par ailleurs, plusieurs participants constatent que l'intervention auprès des conjoints violents souffrant de troubles mentaux les confronte aux limites des modèles d'intervention habituellement utilisés auprès de leur clientèle. Le choix d'une conduite professionnelle adaptée aux caractéristiques des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, suscite de l'ambivalence chez les participants. Leurs réponses permettent toutefois d'observer qu'ils ont recours à trois types de conduites professionnelles auprès de cette clientèle, soit l'évitement, la distanciation et l'intégration (voir tableau III). Ces conduites ne sont pas mutuellement exclusives et se situent plutôt sur un continuum, sur lequel les participants se déplacent en fonction des caractéristiques inhérentes à chaque situation. Ces résultats suggèrent que la sélection d'une conduite professionnelle, en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux, représente un défi clinique de taille pour les participants.

Afin de mieux cerner les points de vue des participants sur le thème de la recherche, il importe de cerner clairement sur quelles bases ils se sont construits. Ce processus permet l'approfondissement des points de vue des participants, en identifiant les ressources utilisées par ces derniers afin d'attribuer une signification à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Le prochain chapitre illustre donc le processus par lequel les participants ont construit leurs points de vue sur le thème de la recherche.



## **CHAPITRE 6 – Construction des points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents**

Ce chapitre présente les résultats liés au second objectif de la recherche, soit l'exploration du processus par lequel les participants ont construit leurs points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Le cadre théorique de la recherche amène à concevoir les points de vue des individus comme des constructions; celles-ci résultent d'un processus de catégorisation, à travers lequel les individus attribuent une signification aux réalités à partir de catégories préalablement définies. Dans le cas des professionnels venant en aide à des personnes en difficulté, ces catégories peuvent émerger de plusieurs sources, qu'il s'agisse de leurs expériences personnelles et professionnelles, de leur formation, des déclarations préalablement existantes quant aux problèmes sociaux ou des croyances populaires (Loseke, 2003).

L'analyse des données de la recherche permet de constater que les participants utilisent toutes ces sources de catégorisation, afin d'attribuer une signification à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez certains de leurs clients. Cette signification n'est toutefois pas le seul déterminant de leurs conduites professionnelles; en effet, les points de vue des participants résultent des tensions et des contradictions entre les diverses ressources de catégorisation, qui les amènent à exercer un choix parmi les catégories qui leur sont proposées. Le présent chapitre explore donc la contribution de chacune de ces ressources à la construction des points de vue des participants.

### **6.1 Les expériences des participants**

Selon Loseke (2003), les expériences des professionnels englobent à la fois leurs expériences personnelles et professionnelles. L'analyse des données ne permet toutefois pas d'établir un lien entre les expériences personnelles des participants et leurs points de vue sur le thème de la recherche. En effet, bien que certains participants aient déjà côtoyé des personnes souffrant de troubles mentaux ou des hommes aux comportements violents dans leur vie personnelle, ces expériences n'ont pas été élaborées de façon significative par les participants.

En contrepartie, les expériences professionnelles des participants apparaissent déterminantes dans la construction de leurs points de vue. La plupart des participants considèrent d'ailleurs que leurs points de vue reposent d'abord et avant tout sur cette source. La description de leurs expériences professionnelles met en relief un ensemble de difficultés et de facilitateurs, qui sont liés aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux, aux participants de la recherche eux-mêmes et à leur milieu de pratique. Ces difficultés et ces facilitateurs contribuent à la construction des points de vue des participants, en leur permettant de typifier les conjoints violents souffrant de troubles mentaux et l'intervention auprès de cette clientèle.

### ***6.1.1 Difficultés et facilitateurs liés aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux***

Les participants évoquent tout d'abord les difficultés qu'ils associent aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ce sont essentiellement ces difficultés qui amènent les participants à distinguer ces hommes de l'ensemble de leur clientèle et à les définir comme une clientèle spécifique, faisant partiellement exception à leurs points de vue sur l'ensemble des conjoints violents.

Dans un premier temps, les participants considèrent que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux parviennent plus difficilement à comprendre les interventions en groupe, que ce soit celles des intervenants ou des autres membres du groupe. Ils peuvent également se montrer confus, voire incohérents dans leurs propos. Les participants attribuent cette difficulté aux symptômes des troubles dont ces hommes sont atteints, ainsi qu'aux effets secondaires de leur traitement médical. L'extrait suivant illustre les complications qu'engendre une telle confusion : « Tu sais, on parle de l'épisode de violence hier soir avec Madame, puis il dit : "Oui, mais tu sais, la voisine...". À un moment donné, il faut que tu le recadres ! » [participant 3]. En ce sens, les participants observent que leur travail est souvent à refaire auprès de ces clients, ce qui soutient leur point de vue selon lequel les conjoints violents souffrant de troubles mentaux sont plus limités dans leur capacité d'effectuer des acquis au plan thérapeutique. L'extrait suivant illustre d'ailleurs que certains de ces hommes requièrent un investissement de temps peu proportionnel aux résultats observés :

On a réalisé avec un gars de même, au départ, que quand on mettait quelque chose en place pour l'amener à comprendre, c'était à refaire la semaine suivante. C'était à refaire l'autre semaine d'après, c'était à refaire continuellement. Sur le coup, c'était très correct,

parce qu'il y avait quelque chose qu'il intégrait. Mais c'était à refaire à toutes les semaines [participant 11].

Les expériences professionnelles de certains participants peuvent toutefois les amener à nuancer ce point de vue. Ils font mention de situations où des conjoints violents souffrant d'un trouble mental ont fait des acquis thérapeutiques appréciables, notamment lorsqu'ils étaient traités pour leurs troubles (par un médecin de famille ou par un psychiatre, par exemple). En dépit de leurs réticences quant au traitement médical des troubles mentaux, ces participants observent que le recours à la médication est parfois bénéfique à leurs clients. Ce participant décrit l'évolution satisfaisante d'un de ses clients, suite à une prise en charge simultanée de sa violence et de ses troubles mentaux :

Il a commencé à voir un psychiatre sur une base hebdomadaire, il a continué à venir en groupe... et là, suite à la médication et au suivi avec le psychiatre, il a commencé à refaire surface un peu – même, pas mal ! – et il s'est mis à déculpabiliser. Parce que je pense que le psychiatre avait eu une approche qui le... qui l'a libéré un peu, qui a enlevé sa culpabilité un peu. Et il a pu quitter la thérapie [participant 10].

Dans un deuxième temps, les participants soulignent la difficulté que représente le développement d'une alliance thérapeutique saine avec les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Il s'agit d'un problème majeur pour les participants, puisque la plupart d'entre eux considèrent que l'intervention auprès des conjoints violents repose sur cette alliance. Les participants attribuent tout d'abord cette difficulté aux réactions émotionnelles et comportementales imprévisibles des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. L'extrait suivant illustre la manière dont ces réactions peuvent nuire au développement d'un climat d'aide mutuelle : « En groupe, il montait debout sur sa chaise, puis il disait : " Je vais la tuer, la *tabarnac!*", puis là, il faisait peur au monde ! (*rires*) Il était incapable de se retenir... » [participant 10]. D'autres participants soulignent que la nature même de certains troubles mentaux complexifie le développement d'un lien de confiance, citant en exemple les troubles de la personnalité : « ...c'est tellement structuré, tu ne pourras pas entrer. Il ne te laissera pas entrer. L'antisocial, il ne te laissera pas entrer. Le narcissique, il ne te laissera pas entrer » [participant 7]. De plus, certains participants constatent que les distorsions cognitives des conjoints violents souffrant de troubles mentaux s'apparentent parfois à une certaine paranoïa, dont ils peuvent eux-mêmes être la cible :

...je l'ai eu pendant deux ans et demi en thérapie, puis encore les derniers temps, je levais le doigt, là, puis... « Pourquoi tu lèves ton doigt ? » (...) Il me l'a dit souvent, qu'il me faisait confiance. On sentait qu'il m'aimait bien, puis qu'il me faisait confiance... mais toujours jusqu'à un certain point [participant 4].

Une fois, je lui ai nommé des émotions. Là il s'est mis à me dire, « Bien *coudonc*, tu parles comme une femme ! ». Et ensuite de ça, bien, là je l'ai simplement écouté; mais ce que je savais pas, c'est que plus je le laissais parler, plus j'empirais le comportement [participant 5].

Quelques participants soulignent toutefois que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux ne font pas tous preuve d'une méfiance exacerbée. Ces participants sont donc en mesure d'identifier des situations où l'établissement d'un lien de confiance a été possible. Ce participant suggère qu'une fois l'alliance établie, le processus d'aide gagne en efficacité : « ...des fois, quand elle a confiance en moi et que le lien est établi, ça devient une personne complètement différente, qui collabore » [participant 2]. De plus, lorsqu'un climat de confiance mutuelle est installé, la présence de ces hommes en groupe peut engendrer des impacts bénéfiques pour les autres membres, tel que l'illustre cet extrait :

C'est souvent des gens aussi qui sont plus spontanés, il y a moins de filtres. Je ne dis pas qu'ils ne sont pas capables d'en avoir, là, mais si on reste sur ce cas-là, lui, il était très spontané, pas de filtre... C'était : « Je vous livre mes tripes ». (...) Ça remet en perspective pour les autres ce qu'eux ne font pas. Donc, ça a un effet sur le groupe. « *Câlyne*, il *bullshitte* pas, il parle des vraies affaires. Faudrait peut-être que je le fasse moi aussi... ». Ça fait que ça pouvait aider au dévoilement de certains autres, à être plus transparents, authentiques... [participant 3].

### ***6.1.2. Difficultés et facilitateurs liés aux participants de la recherche***

Lorsqu'ils font le bilan de leurs expériences professionnelles auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux, les participants de la recherche s'attribuent la responsabilité de certaines difficultés. L'une de ces difficultés a trait aux émotions négatives que les participants peuvent expérimenter lors de leurs interventions auprès de cette clientèle. En effet, plusieurs participants se sentent privés de leurs points de repère habituels et s'estiment dépourvus d'outils adaptés aux particularités de ces hommes. Certains d'entre eux vivent donc un profond sentiment d'impuissance et d'inefficacité, tel que l'exprime ce participant : « ...ça nous amenait dans une impuissance, parce qu'on savait pas par quel moyen le prendre pour l'amener vers ça »

[participant 11]. L'extrait suivant illustre que dans certains cas, cette impuissance peut même mener au doute de soi, voire à un sentiment d'incompétence :

Je me sentais incompétent, je me sentais pas... Puis encore là, ça c'est très personnel à moi, mais quand les gars viennent ici ils s'attendent à avoir un service qui répond à leur besoin. Et lorsque j'ai l'impression que je ne réponds pas à ce besoin-là, bien là, inévitablement, je tourne le miroir vers moi [participant 3].

Pour plusieurs participants, l'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux est également associée à des craintes. La crainte la plus fréquemment exprimée par les participants est celle de nuire à ces clients, en utilisant des stratégies d'intervention inadéquates ou contre-indiquées. En effet, certains participants considèrent qu'ils disposent de connaissances insuffisantes quant à l'intervention auprès de personnes souffrant de troubles mentaux. Dans cette perspective, leurs craintes n'en sont que plus intenses, tel que le suggère cet extrait :

...je veux aider, mais je veux surtout pas nuire. Puis j'ai assez d'humilité pour dire : « Je serais pas professionnel » - ça, ça paraît bien ! – mais j'aimerais pas si je blessais quelqu'un par insouciance. Involontairement, j'ai pu dire des choses à des clients qui les ont brassés, parce que je connaissais pas toute la dynamique qui était en-dessous (...). Je trouve ça trop dangereux de nuire à un individu qui est déjà hypothéqué, d'aller jouer sur quelque chose qui lui a pris des années à trouver une certaine médication, une certaine stabilité... Puis moi, je vais jouer à l'expert ? Moi, je suis bien prudent, par rapport à ça [participant 1].

Les craintes des participants apparaissent également liées à leur propre sécurité ou à celle des autres membres du groupe. Leurs expériences professionnelles les amènent à observer que certains conjoints violents souffrant d'un trouble mental, en raison de leur méfiance, se sentent facilement jugés ou attaqués lors des interventions qui leur sont adressées. Dans ce contexte, leur besoin de contrôle et la rigidité de leurs mécanismes de défense peuvent les amener à l'intimidation, voire à l'agression. Quelques participants ont d'ailleurs eu conscience d'un danger potentiel, lors d'interventions auprès de certains clients souffrant d'un trouble mental :

...je vais dans la salle d'attente pour aller lui serrer la main, puis je suis envahi par la peur. Tout de suite, ce gars-là... J'ai rarement... C'est le gars qui m'a jeté ça le plus rapidement de ma vie, avec qui je me suis dit : « Mon Dieu, qu'est-ce que je vais faire là? ». Vraiment une face de *tough*, des yeux de tueur. Il était vraiment intimidant. (...) J'avais peur qu'il me saute dans la face, qu'il saute dans la face de quelqu'un. C'était un impulsif, un malin... Alors une des difficultés, ça a été la peur. J'avais vraiment peur de lui [participant 9].

On lui a dit : « Tu t'en vas, on peut plus t'aider », parce qu'il voulait se battre avec les gars dans le groupe, parce qu'il se sentait agressé par tout le monde. Tous les commentaires que les gars faisaient, il prenait ça pour lui. Ça fait que c'est pas travaillable [participant 10].

Il sait bel et bien, et il l'a dit au psychiatre – il me l'a pas dit directement – que c'est parce que il me trouvait *bon gars* qu'il m'a pas sauté dessus. Puis *amanché* comme il était physiquement, j'avais aucune chance ! [participant 5].

Les participants établissent un lien entre ces émotions difficiles et le choix de leur conduite professionnelle auprès des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ainsi, certains participants observent que leurs malaises peuvent se traduire par des attitudes de désengagement auprès de ces clients, se manifestant notamment par une conduite d'évitement. Bien que ces participants soient conscients qu'un tel désengagement n'est pas souhaitable, ils se sentent parfois dépourvus d'options. Les extraits suivants illustrent cette réalité :

Ce que ça a entraîné, c'est que... Tu ne peux pas aller sur un même individu à toutes les semaines... et tu le laisses tomber. Le laissant tomber, il rentre dans la critique et il agresse de son bord. Mais c'était toujours à refaire ! [participant 11].

C'est difficile de travailler avec eux autres. À la minute qu'on manifeste la moindre empathie, ils vont plutôt l'utiliser pour nous dominer au lieu de l'utiliser pour se dire : « Oh mon dieu, ça c'est moi ! ». Ou encore, il va le voir comme une marque de faiblesse et il va l'utiliser. Alors ça, pour moi, ça rend le travail extrêmement difficile avec ce type de client-là (...) Je pense que sans empathie, il n'y a pas grand-chose, je ne peux pas beaucoup aider ce gars-là [participant 9].

Les participants constatent cependant que leurs habiletés professionnelles ont parfois facilité leurs expériences d'intervention auprès de conjoints violents souffrant d'un trouble mental. Les participants réitèrent notamment l'importance d'un accueil bienveillant et exempt de jugement, ainsi que le respect du rythme de ces clients. Ces attitudes peuvent favoriser l'établissement d'un lien de confiance plus solide avec ces hommes et par ricochet, réduire certaines craintes des participants. Certains d'entre eux considèrent également qu'il est essentiel de prendre conscience de leurs réactions émotionnelles et de leurs zones d'insécurité en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Une telle connaissance de soi leur permettrait de mieux composer avec les réactions émotives complexes qu'ils doivent gérer lors de leurs contacts avec ces hommes. Ces deux participants soulignent les bénéfices d'un tel processus :

...mieux reconnaître mon contre-transfert, mieux l'utiliser pour aider le client, au lieu de faire carrément du passage à l'acte ou de me retenir parce que ça me fait peur. Oui, il y a la connaissance du client, mais mon bout à moi... c'est de travailler sur moi à développer une plus grande sécurité intérieure [participant 9].

Le fait de savoir distinguer qu'est-ce qui est réveillé pour nous là-dedans, pour nous-mêmes... Tu sais, des fois, quelqu'un qui peut pas – ou qui veut pas, jusqu'à un certain point – se faire aider, qu'est-ce qui fait qu'on va s'acharner ? Qui on est pour le sauver, tu sais ? C'est beaucoup de réflexion sur soi [participant 8].

### ***6.1.3 Difficultés et facilitateurs liés aux milieux de pratique des participants***

Les participants rapportent également certaines difficultés liées à leurs milieux de pratique. Ces difficultés concernent le recours à l'intervention de groupe, la mission des organismes d'aide aux conjoints violents et l'encadrement clinique offert par ces milieux. L'analyse des données suggère que ces difficultés se manifestent principalement dans le choix de leurs conduites professionnelles auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

Dans un premier temps, plusieurs participants considèrent que l'intervention de groupe est inadéquate pour les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. En effet, leurs expériences professionnelles les amènent à constater que le fonctionnement de ces hommes est fréquemment inapproprié en groupe. Lorsque ces clients traversent des périodes de crises ou adoptent des comportements inappropriés en groupe, les participants doivent mobiliser un temps et une énergie considérable à les encadrer – un temps et une énergie qui, selon ces deux participants, ne sont pas toujours rentables pour les autres membres du groupe : « On n'aide pas le groupe non plus, parce que là on est en train de gérer une situation de crise dans le groupe. Donc, ça c'est pas aidant à ce niveau-là » [participant 1]. « ...ce qu'on avait tenté de faire dans le groupe nous amenait tout le temps vers le même mur, et ce n'était finalement ni profitable pour lui, ni pour le groupe et ni pour nous autres » [participant 11]. Certains participants sont toutefois tenus d'adhérer à ce cadre d'intervention par leur employeur. Afin d'éviter les complications qu'ils ont déjà expérimentées en groupe avec cette clientèle, quelques participants tendent donc à adopter une conduite d'évitement. Il leur semble moins néfaste d'orienter les conjoints violents souffrant de troubles mentaux vers des ressources spécialisées en santé mentale; et ce, tant pour ces hommes que pour leurs autres clients.

Par ailleurs, certains participants mentionnent que la mission de leur milieu de pratique est parfois difficile à concilier avec les besoins des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ces participants rappellent que la mission spécifique de leur employeur est de contribuer à la réduction de la violence conjugale, en offrant une aide thérapeutique aux conjoints violents; les services offerts sont donc conçus afin de répondre à cette mission. Les participants comprennent l'importance, pour leur milieu de pratique, de rendre compte d'une mission précise; en effet, ces organismes sont financés par des fonds publics et ils doivent convaincre les bailleurs de fonds de la nécessité de leurs services. Or, les participants sont parfois contraints de mettre de côté le travail thérapeutique sur la violence conjugale, notamment lorsque les troubles mentaux de certains de leurs clients font obstacle à ce travail. Cette conduite peut occasionner un dilemme au plan clinique, tel que le mentionne ce participant :

Moi, quand j'ai cet homme-là qui se présente et qu'il est en détresse, je vais travailler ce qui doit être travaillé en priorité : c'est la détresse. Tant que la détresse est là, on ne peut pas travailler le reste. Alors, on va faire de la place à ça, mais en même temps on est un peu pris avec le mandat qu'on a, parce qu'on pourrait passer des semaines et des semaines à travailler la détresse sans travailler tous les aspects de violence. Alors on a à se questionner, des fois (...) Parce que si je dis à ce gars-là : « Non, non, là tu ne me parles pas de tes comportements de violence, tu reviendras quand tu seras prêt »... dans ma philosophie à moi, c'est pas la meilleure façon d'intervenir, c'est pas la façon dont je vois ça [participant 7].

Enfin, plusieurs participants estiment que leur milieu de pratique devrait leur donner accès à des connaissances plus spécifiques sur les troubles mentaux, ainsi qu'à des outils cliniques adaptés aux hommes souffrant de ces troubles. Ces participants considèrent que la formation continue pourrait représenter une solution viable aux défis conceptuels et cliniques associés au thème de la recherche, puisqu'elle leur permettrait d'adopter des conduites professionnelles plus adéquates. Certains d'entre eux soulignent d'ailleurs que leur milieu de pratique se questionne quant aux ajustements nécessaires en raison de l'émergence d'une clientèle souffrant de troubles mentaux. Ce participant estime que ces remises en question sont nécessaires, compte tenu de la complexité des défis qu'il associe à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux :

Comment on va s'adapter à cette réalité-là pour pouvoir conjuguer ça et pour pouvoir offrir un service adéquat et professionnel ? Ça, c'est une préoccupation qu'on a. (...) Je vais même dire que dans 10 ans, si on s'ajuste pas, on va peut-être se retrouver avec une clientèle de moins en moins élevée [participant 1].



En ce sens, cet autre participant mentionne que la présente recherche représente une opportunité, au plan organisationnel, de discuter plus ouvertement des implications conceptuelles et cliniques liées à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux :

On est à la recherche de pistes, de solutions. L'intérêt de participer à cette recherche-là, c'est, par la bande, est-ce qu'on peut avoir un jour des pistes de solutions par rapport à ça? Est-ce que dans cette recherche-là il va y avoir des choses qui vont nous permettre d'être outillés ultérieurement, sur le terrain ? Parce qu'il va y avoir des réponses ou des manières... [participant 11].

En contrepartie, plusieurs participants observent que leur milieu de pratique fait preuve de réceptivité et de flexibilité lorsqu'ils émettent des suggestions visant à améliorer les services offerts. Cette attitude permet notamment aux participants de rallonger le processus d'accueil et d'envisager la possibilité d'un suivi individualisé auprès d'hommes souffrant également d'un trouble mental. Il s'agit donc d'un premier facilitateur lié aux milieux de pratique. Les participants mentionnent un second facilitateur, soit le soutien clinique mis à leur disposition par leur milieu de pratique. En effet, la supervision clinique permet aux participants de discuter plus ouvertement des cas où il y a concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Ces discussions permettent aux participants d'explorer des solutions potentielles aux difficultés engendrées par l'intervention auprès de cette clientèle. Les participants apprécient également le soutien de leurs pairs, soulignant l'importance de la présence d'un coanimateur en groupe. Cette présence leur permet d'affronter plus sereinement les complexités liées à l'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux, d'éviter l'isolement professionnel et de sélectionner des conduites professionnelles mieux adaptées à la situation. L'extrait suivant illustre que ce lien privilégié contribue à réduire les craintes de l'un des participants :

Moi, je me suis beaucoup appuyé sur mon collègue. Énormément. Mais toute la partie qui était dans l'ici et maintenant... J'avais une certaine méfiance, une distance, je te dirais... une réticence. Puis mon collègue travaillait plus sur ça. Ça fait qu'on travaillait ensemble. (...) Je vais beaucoup m'accoter sur [*mon collègue*], à qui je fais extrêmement confiance ». [participant 1].

## 6.2 Formation des participants

Les données de la recherche suggèrent également que la formation des participants contribue à la construction de leurs points de vue sur la concomitance. En effet, leur formation met à leur

disposition des catégories préalablement déterminées, qui leur sont utiles afin d'attribuer un sens aux réalités rencontrées dans leur pratique professionnelle. Bien que les participants n'aient bénéficié d'aucune formation sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, leur formation professionnelle, ainsi que certaines formations ponctuelles, ont contribué à la construction de leurs points de vue sur le thème de la recherche.

En dépit de la diversité de leurs parcours scolaires, la plupart des participants n'ont bénéficié d'aucune formation spécifique en violence conjugale. Cette omission est attribuable à la structure et à l'orientation de certains programmes, tel qu'en témoigne l'extrait suivant : « C'est une problématique qui est beaucoup identifiée comme un "problème social". Donc au niveau de la psycho, c'est pas quelque chose qui est très abordé » [participant 6]. La formation des participants se manifeste toutefois à travers le cadre d'analyse qu'ils utilisent afin d'appréhender la violence exercée par leurs clients. Ainsi, ce participant observe que sa compréhension de la violence conjugale est fortement teintée par sa formation en psychologie : « Tu sais, mon dada ou mes sources de références premières, c'est plus psychodynamique. Ça fait que je suis pas mal de cette souche-là, et je trouve que ça façonne pas mal mes opinions » [participant 8].

Afin de combler l'absence d'une formation spécifique sur la violence conjugale, les participants bénéficient de supervision clinique et de certaines formations ponctuelles sur ce sujet. Ces activités sont fréquemment dispensées par leur milieu de pratique et contribuent au développement et au raffinement de leurs connaissances sur les conjoints violents. Ce participant considère d'ailleurs que son employeur a assuré l'essentiel de sa formation en violence conjugale : « ...les liens avec la violence conjugale, c'est vraiment quand je suis arrivé ici. J'ai eu quelques formations, j'ai eu quelqu'un qui m'a *coaché* pendant quelques semaines pour que je commence à comprendre un peu plus » [participant 5]. Le recours aux lectures et aux recherches en violence conjugale est un autre mode d'apprentissage fréquemment mentionné.

En contrepartie, la plupart des participants ont reçu de la formation sur les troubles mentaux au cours de leurs études. Plusieurs de ces participants insistent toutefois sur le caractère sommaire de cette formation et considèrent que leurs connaissances en la matière sont incomplètes. Ces participants ont donc eu recours à de la formation continue afin d'augmenter leurs connaissances sur les troubles mentaux. Ces formations, dispensées par des établissements spécialisés ou par des organismes communautaires en santé mentale, sont habituellement brèves et ponctuelles.

L'analyse des données permet toutefois d'observer l'impact de ces formations sur la construction des points de vue des participants. En effet, les connaissances acquises à travers ces formations amènent les participants à confronter, voire ébranler certains de leurs points de vue généraux sur la violence conjugale. Ce processus favorise l'émergence d'une nouvelle construction de cette problématique et permet aux participants de jeter un regard différent sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux dans leur clientèle. L'extrait suivant illustre ce processus de manière éloquente :

Avant, je te dirais que je ne croyais pas au *black-out*. Tu sais, quelqu'un qui me disait : « Je me souviens plus de rien. On m'a dit que j'avais frappé ma femme... Je m'en souviens pas ! Je nie pas, mais je m'en souviens pas ! ». Tu sais, avant, j'aurais dit « *Ouais, ouais*, c'est une maudite belle raison que tu t'es donnée... ». Mais là, j'ai eu une autre formation en santé mentale, justement, dans laquelle scientifiquement c'est prouvé que oui, c'est possible, un *black-out*. (...) Là, je me dis, tu sais, c'est la récurrence qui fait qu'on va parler d'un problème de violence conjugale. S'il y a pas de récurrence, que le couple était sain, qu'il y a eu un épisode à un moment donné puis que la personne se souvient pas de rien... bien là, est-ce que cette personne-là a un problème de violence conjugale ? Là, j'aurais le goût de dire « non », tu sais [participant 3].

### **6.3 Les déclarations préalablement existantes sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux**

L'analyse des données permet d'illustrer que les points de vue des participants sont également façonnés par certaines déclarations préalablement existantes, qui portent sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Ces déclarations représentent en quelque sorte le cadre normatif auquel les participants se réfèrent habituellement afin d'appréhender la violence de l'ensemble de leur clientèle. Un contraste est toutefois observable entre ce cadre normatif et certaines expériences professionnelles des participants; en effet, ces derniers observent que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux font partiellement exception aux déclarations préalablement existantes sur les conjoints violents. Dans la présente recherche, trois catégories de déclarations préalablement existantes ont contribué à la construction des points de vue des participants : 1) les déclarations provenant du milieu de pratique des participants; 2) les déclarations provenant des autres milieux de pratique en violence conjugale; 3) les déclarations provenant des milieux de pratique en santé mentale.

### 6.3.1 Déclarations provenant du milieu de pratique des participants

Les points de vue des participants subissent tout d'abord l'influence des déclarations provenant de leur milieu de pratique. Ces déclarations sont souvent associées aux cadres d'analyse de la violence conjugale auxquels ces milieux adhèrent, qui proposent aux participants une certaine construction de cette problématique et des individus qu'elle affecte. La plupart des participants disent adhérer sans difficultés aux cadres d'analyse prônés par leur employeur; plusieurs d'entre eux ont d'ailleurs reçu l'essentiel de leur formation en violence conjugale dans leur milieu de pratique. Ces cadres ont non seulement contribué à la construction des points de vue généraux des participants sur les conjoints violents, mais aussi à la construction de leurs points de vue sur le thème de la recherche. En effet, les déclarations issues de ces cadres d'analyse leur permettent d'établir le caractère distinct des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, qui sont typifiés comme une clientèle faisant partiellement exception à leurs points de vue sur les conjoints violents.

À ces cadres d'analyse, s'ajoutent les cadres d'intervention des milieux de pratique. Ces cadres comportent des indications sur l'offre de services de l'organisme, sur les critères d'admission aux groupes de thérapie et sur les conduites professionnelles attendues des participants. Bien que certains milieux de pratique se montrent ouverts à accueillir des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, d'autres se montrent plus réticents à intégrer ces hommes aux groupes de thérapie. De telles politiques influencent donc la conduite professionnelle des participants en présence d'hommes souffrant de troubles mentaux, car elles déterminent ce qui est autorisé par l'employeur et ce qui ne l'est pas. Dans certains cas, ces politiques peuvent favoriser une conduite d'intégration, tel que le suggère l'extrait suivant : « On peut faire avec une personne qui va être dépressive et qui a un suivi médical correct, tu sais. Ça se *matche* bien, puis les services sont complémentaires » [participant 8]. Elles peuvent également inciter à une conduite d'évitement, ce dont témoigne ce participant :

Pour [*mon milieu de pratique*], quand un gars n'est pas stabilisé, il n'est pas traitable. On ne peut pas l'aider. Ça, ça appartient rendu là aux gens de 1<sup>ère</sup> ligne, puis nous autres on n'est pas en lien avec eux autres, on n'est pas supposés s'en occuper [participant 5].

Finalement, les discussions entre pairs exposent les participants à d'autres déclarations préalablement existantes dans leur milieu de pratique. En effet, plusieurs participants soulignent que la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux est reconnue dans leur équipe de travail; cette reconnaissance vient légitimer leurs points de vue sur ce sujet, en leur permettant de constater que leurs pairs observent eux aussi cette réalité. Les extraits suivants suggèrent toutefois que les défis associés à cette concomitance font rarement l'objet de discussions formelles dans les milieux de pratique des participants : « ... jusqu'à quel point on échange vraiment sur "Comment intervenir ?", ou "Comment gérer un phénomène de maladie mentale?"... Moi, en tout cas, j'ai pas l'impression que c'est quelque chose qu'on aborde vraiment » [participant 10]. « Je réalise, là, qu'on a moins pris le temps de dire, "Est-ce que le trouble de personnalité est la cause de ?... ou un facteur de ?... ou quoi que ce soit"... Je le sais pas si on s'est arrêtés à identifier ça clairement » [participant 9]. Pour sa part, ce participant estime que l'émergence de cette clientèle met en évidence la nécessité de tenir des discussions plus approfondies sur ce sujet :

C'est pas quelque chose qui était aussi flagrant il y a 10, 15 ans. Et celui qui avait cette problématique-là, il était orienté dans un autre centre. Mais là, on en a beaucoup, beaucoup. On fait quoi ? On les refuse tous ? On les oriente ailleurs ? (...) J'ai l'impression qu'on va être pris pour en parler à un moment donné, pour prendre position [participant 11].

### ***6.3.2 Déclarations provenant des autres milieux de pratique en violence conjugale***

Les participants sont en contact avec d'autres milieux de pratique en violence conjugale, qui ont leurs propres points de vue quant au thème de la recherche. Il s'agit des organismes venant en aide aux victimes de violence conjugale et des autres organismes offrant des services spécialisés aux conjoints violents. Les données de la recherche suggèrent que les déclarations de ces milieux contribuent à la construction des points de vue des participants, se traduisant notamment dans leurs énoncés verbaux et dans les comportements qu'ils adoptent.

#### ***6.3.2.1 Les organismes venant en aide aux victimes de violence conjugale***

Les participants abordent en premier lieu les points de vue des organismes venant en aide aux victimes de violence conjugale. Leurs contacts avec ces organismes peuvent s'établir lors

d'activités de concertation ou lors d'interventions communes (activités de sensibilisation, rencontres d'information pour victimes de violence conjugale, campagnes de prévention). Les réponses des participants illustrent un certain choc idéologique entre leur milieu de pratique et ces organismes, notamment en ce qui a trait à l'analyse des causes de la violence conjugale et à l'intervention auprès des conjoints violents. Ce contraste est illustré de la manière suivante par ce participant : « Tu sais, j'amènerai là toute la dimension de l'approche profémiste qui dit, "Hey, ce gars-là, responsabilise-le, et à la limite tape-lui sur les doigts"... J'amplifie, j'exagère un peu (rires), mais moi, je ne me vois pas là-dedans » [participant 7]. La plupart des participants soulignent toutefois l'existence de plusieurs zones de convergence entre leur milieu de pratique et les organismes d'aide aux victimes, ce qui permet habituellement une concertation efficace.

Ce choc idéologique apparaît toutefois plus marqué lorsque vient le moment de discuter de la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. En effet, l'analyse féministe radicale exclut d'emblée les caractéristiques individuelles et psychologiques des conjoints violents. Dans cette perspective, l'intégration des troubles mentaux aux facteurs explicatifs de la violence conjugale est considérée comme une tentative de déresponsabiliser les conjoints violents, tel que le souligne ce participant : « Il y a toutes sortes de points de vue sur la question. D'ailleurs, d'associer violence conjugale et trouble mental, c'est pas très, très bien vu ! C'est trop "déresponsabilisant"... » [participant 4]. Par conséquent, plusieurs participants estiment que la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux est un sujet tabou, politiquement dangereux et susceptible d'engendrer des conflits idéologiques. Ces participants estiment qu'il s'agit d'un terrain miné et préfèrent ne pas engager leur milieu de pratique dans un débat qui pourrait nuire à leurs liens de collaboration et de concertation. Ce participant, qui a déjà tenté d'aborder un tel sujet lors de contacts formels avec des organismes d'aide aux victimes, fait d'ailleurs un bilan résolument négatif de ses tentatives :

...quand on regarde le côté plus féministe de l'approche, quand tu essaies d'aborder des difficultés comme ça, c'est souvent perçu comme : « Vous êtes entrés dans le jeu de la justification et de la déresponsabilisation des hommes qui consultent. Ah ! Ces hommes qui souffrent ! Ces masculinistes de ce monde... ». C'est très *touchy* de réussir à discuter, à avoir un échange clinique sur cet angle-là sans qu'on entende : « Bien c'est ça ! T'as acheté ses excuses ! T'es en train de tomber dans le piège de la justification ! ». Bien là... c'est parce que c'est complexe, là ! C'est très complexe la problématique de la violence. Est-ce qu'on peut juste essayer de mieux la comprendre, la problématique et ce qui amène vers ça, plutôt que de tout de suite mettre l'étiquette « Masculinistes pourris » ? [participant 3].

En ce sens, il est possible de considérer que les déclarations des organismes d'aide aux victimes contribuent à la construction des points de vue des participants. En effet, bien que tous les participants estiment qu'une relation existe entre les troubles mentaux et l'exercice de violence conjugale, plusieurs d'entre eux sont réfractaires à tenir compte de cette observation lors de leurs interventions. Les déclarations des organismes d'aide aux victimes (et les tensions idéologiques qui en résultent) peuvent entretenir cette réticence chez les professionnels intervenant auprès de conjoints violents, en postulant qu'il est inadéquat et déresponsabilisant d'intégrer la dimension des troubles mentaux à leurs interventions.

L'opposition résultant d'un tel choc idéologique incite toutefois certains participants à maintenir leurs points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Puisque les déclarations des organismes d'aide aux victimes entrent en contradiction profonde avec leurs expériences professionnelles, ces participants s'ancrent davantage dans leurs convictions et dans leurs conduites. Ce participant estime d'ailleurs que les débats idéologiques ne doivent en rien modifier ses conduites professionnelles et revendique plutôt le droit d'affirmer son expertise clinique : « Il faut arrêter de décider de nos stratégies d'intervention en fonction de ce qui est *politically correct*. Ce qui est important, c'est d'être *clinically correct* ! » [participant 4].

### 6.3.2.2 *Les autres organismes d'aide aux conjoints violents*

Au Québec, plus d'une trentaine d'organismes ont pour mission d'offrir des services d'aide aux conjoints violents (Rinfret-Raynor, Brodeur et al, 2010). L'association provinciale à *cœur d'homme* regroupe la majorité de ces organismes et représente un lieu d'échanges et de discussions sur des enjeux cliniques, organisationnels et politiques. L'impact des déclarations émises par les autres organismes d'aide aux conjoints violents n'est pas négligeable. En effet, les zones de convergence et de divergence entre ces organismes stimulent la réflexion des participants quant à la pratique de l'intervention auprès des conjoints violents. Elles contribuent à leur définition de ce qui est normalement attendu de leur clientèle et aux pratiques d'intervention qu'ils adoptent auprès des conjoints violents, en particulier lorsque ces derniers ne correspondent pas aux normes attendues. L'extrait suivant illustre que ce participant a été amené à se remettre

en question par rapport à certaines de ses conduites en intervention, lors de contacts avec des professionnels issus d'autres organismes :

...c'est intéressant, parce qu'on a eu cette discussion-là, pour la première fois depuis que je les fréquente [*à cœur d'homme*]... On repart avec l'idée que ces gars-là, on les voit tous comme des menteurs et des manipulateurs. Et c'est vrai qu'assez souvent, ils le sont... mais pas tous. Ce gars-là qui vient parce qu'il a une condition de la Cour, parce qu'à un moment donné il en pouvait plus, il a sorti de la maison puis sa blonde voulait pas qu'il sorte, puis il l'a poussée en sortant, puis elle a appelé la police et il est accusé de voies de faits, puis il est obligé de faire une thérapie chez nous. Il arrive en disant : « Je suis pas violent », on le croit pas. Et on va travailler fort à lui sortir les vers du nez : « Hmm... il doit bien y avoir un petit quelque chose... [participant 7].

La plupart des participants observent toutefois que les points de vue des autres organismes d'aide aux conjoints violents leur sont inconnus, en ce qui a trait à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Les participants provenant d'organismes membres d'*à cœur d'homme* estiment que ce thème a fait l'objet de peu de discussions formelles dans leur vie associative. Quant aux participants dont le milieu de pratique n'est pas membre d'*à cœur d'homme*, leurs contacts auprès des organismes d'aide aux conjoints violents sont plus limités. Certains participants croient toutefois que d'autres milieux de pratique sont confrontés aux défis associés au thème de la recherche et se questionnent sur la manière dont ces organismes font face à ces défis :

Peut-être qu'il y a des boîtes qui ont mis en place des structures, qui vont nous permettre de dire : « C'est vrai, j'ai pas pensé à ça et effectivement, on pourrait aller là-dedans ». Puis peut-être que ça va même nous amener, avec les organisations, à échanger par rapport à ça. Je sais pas si ça se fait ou si ça se fait en sourdine plus qu'ouvertement. On n'en parle pas comme tel [participant 11].

### ***6.3.3 Les déclarations provenant de milieux de pratique en santé mentale***

Les participants sont également en contact avec des milieux de pratique venant en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux, qu'il s'agisse d'établissements de santé et de services sociaux ou d'organismes communautaires. Ces contacts sont sporadiques et varient selon le degré de concertation entre ces ressources et les milieux de pratique des participants. Plusieurs participants affirment d'ailleurs qu'ils ont très peu de contacts avec ces ressources. Les déclarations provenant de ces milieux tendent toutefois à confirmer aux participants qu'ils ne sont



pas les seuls à observer une concomitance de violence conjugale et d'un trouble mental chez certains hommes. L'extrait suivant illustre un tel constat : « ...cette concomitance-là, je pense qu'elle peut être assez bien admise de ce genre de ressources-là, qui sont plus en santé mentale » [participant 6]. En ce sens, les déclarations émises par les milieux de pratique en santé mentale valident les points de vue des participants quant à l'existence de cette concomitance.

De manière générale, les participants disent bénéficier de leurs contacts avec ces ressources, qui les outillent afin de mieux faire face aux défis associés au thème de la recherche. Les données de la recherche permettent d'identifier que ces ressources assurent une partie de la formation continue des participants, en ce qui a trait aux troubles mentaux. De plus, certains participants ont parfois des discussions cliniques avec des professionnels travaillant dans ces ressources, lorsqu'un de leurs clients bénéficie également d'un suivi en santé mentale. Ces discussions exposent les participants à d'autres cadres d'analyse de la violence conjugale et favorisent l'acquisition de connaissances en psychopathologie. Elles leur permettent également d'initier ou de consolider un partenariat entre leur milieu de pratique et les ressources venant en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. Ce participant estime que le développement d'un tel partenariat l'a amené à adapter son approche auprès de clients souffrant de troubles mentaux :

J'avais été rencontré aussi par le psychiatre sur comment intervenir avec lui. Les confrontations ne fonctionnent pas, on ne peut pas prendre deux idées et essayer de les confronter une et l'autre. Dans sa tête, ça va juste démontrer qu'il a raison, c'est tout ce que ça va faire. Ça peut le remettre en question, oui, mais pour amplifier les perceptions qu'il a au départ. Ça fait que ça serait d'occasionner plus de problématiques. Donc, la manière, c'est vraiment tout simplement d'être un humain qui en écoute un autre, qui essaie de l'aider à se comprendre sans poser trop de questions précises, mais en l'aidant à voir où est-ce que ça peut le rendre [participant 5].

En ce sens, les données de la recherche suggèrent que les déclarations provenant des milieux de pratique en santé mentale contribuent à la construction des points de vue des participants sur le thème de la recherche. Ces déclarations, qui portent sur les personnes souffrant de troubles mentaux, permettent aux participants de diversifier les catégories auxquelles ils se réfèrent afin d'attribuer une signification à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

## 6.4 Les croyances populaires

Le cadre théorique constructiviste amène finalement à s'intéresser à l'impact des croyances populaires sur la construction des points de vue des participants. Ces croyances portent habituellement sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Les données de la recherche suggèrent que l'opposition entre certaines croyances populaires et les cadres d'analyse adoptés par les participants, contribue à la construction de leurs points de vue sur le thème de la recherche.

D'entrée de jeu, les participants reconnaissent l'existence de croyances populaires sur les conjoints violents. Les participants sont exposés à ces croyances dans leur vie privée, par les médias et lors d'activités professionnelles qui ne sont pas liées à l'intervention clinique (sensibilisations, conférences). Ils considèrent que ces croyances populaires véhiculent surtout des préjugés négatifs sur les conjoints violents et qu'elles résultent d'une compréhension erronée de la problématique. Ce participant résume certaines de ces croyances populaires : « C'est effectivement des préjugés très répandus, c'est vraiment l'image qu'on a. Que c'est des faibles, que c'est des peureux, qu'ils s'en prennent aux femmes parce qu'ils osent pas s'en prendre aux hommes » [participant 9].

Bien que les participants abordent peu les croyances populaires entourant les personnes souffrant de troubles mentaux, les données de la recherche permettent de constater qu'ils y sont exposés. Selon certains participants, la méconnaissance du sens réel des diagnostics en santé mentale contribue à véhiculer des préjugés sur les personnes atteintes de troubles mentaux. Ils observent également que les médias peuvent créer une certaine confusion au sein de la population en traitant de ces problèmes d'une manière superficielle. Ce participant a d'ailleurs constaté les effets d'une telle confusion dans sa pratique professionnelle :

On charrie un peu ça actuellement, parce qu'il y a eu plein de sorties médiatiques, il y a plein d'artistes qui se sont affichés : « Je suis bipolaire ». Et puis là moi actuellement j'entends ça de plus en plus souvent dans mon bureau : « Ça se pourrait tu que je sois bipolaire? Tu sais, j'ai des *downs* ... ». Pourtant, tu sais, avant d'être bipolaire... C'est pas parce que là t'es triste un peu, puis que tout à coup tu es joyeux, que tu es bipolaire... [participant 7].

Selon les participants, certaines croyances populaires véhiculent l'hypothèse d'un lien de cause à effet entre les troubles mentaux et la violence conjugale. Ils estiment que les médias sont particulièrement porteurs d'un tel discours, en présentant les conjoints violents comme des hommes dépourvus de contrôle sur leurs actes. Cette déclaration est en opposition avec les points de vue généraux des participants quant aux conjoints violents, qu'ils décrivent plutôt comme des individus pleinement responsables de leur violence. Les croyances populaires véhiculées par les médias représentent donc un irritant pour certains participants, en raison des contradictions qu'elles représentent avec leur analyse de la violence conjugale. Ce participant estime que de telles croyances contribuent à la déresponsabilisation des conjoints violents et ce, tant au plan social qu'au plan juridique :

Je trouve que dans la société québécoise, on est très axés sur la déresponsabilisation. Tu sais, quand tu regardes les procès : « C'est parce qu'il prenait de l'Effexor »... « Oui, mais monsieur a un problème de santé mentale »... « Ah, mais il était en boisson... ». Je trouve qu'on déresponsabilise beaucoup et c'est très facile de s'en laver les mains [participant 3].

D'autres participants considèrent plutôt que l'hypothèse d'un lien causal entre ces deux problèmes permet aux individus de se dissocier des conjoints violents. Ces participants y voient un mécanisme de défense, qui facilite la négation de certains hommes quant à leurs comportements violents. L'extrait suivant illustre ce point de vue :

Dire que c'est des fous furieux, c'est vraiment une façon de dire : « Moi je ne suis pas là-dedans, moi je ne suis pas comme ça ». C'est une façon de se distancier de ça. C'est très mal vu encore dans notre société – encore plus la violence physique, comme si la violence psychologique était pas grave. Mais je pense que c'est une façon vraiment de se dissocier de ça, de se montrer que : « Moi, je suis une bonne personne, je ne m'en prendrais pas à une femme » [participant 9].

Certains participants tendent toutefois à normaliser ces croyances. Selon ces participants, la similarité entre les réactions des conjoints violents et les symptômes de certains troubles mentaux contribue à la confusion entre ces deux problèmes. Ils estiment que de telles croyances traduisent la recherche d'un sens, d'une explication simple à des gestes perçus comme irrationnels. Pour ce participant, de telles simplifications apparaissent même inévitables :

Bien, la population, les gens en général, qui n'ont pas cette expertise-là pour quelque chose qui est irrationnel et qui est contre leurs valeurs, ont besoin de trouver une

explication – et l'explication [d'un trouble mental] va venir rapidement. C'est sûr. Parce que : « Il faut être fou pour faire ça, il faut être malade pour faire ça » [participant 6].

Quelle que soit la signification qu'ils attribuent aux croyances populaires sur la violence conjugale et sur sa concomitance avec des troubles mentaux, la plupart des participants s'efforcent de les démystifier. Ainsi, lors d'activités de sensibilisation à la violence conjugale, plusieurs d'entre eux s'emploient à présenter ces deux problèmes comme étant distincts. Cette conduite reflète une préoccupation marquée chez plusieurs participants, soit de ne pas contribuer à la déresponsabilisation des conjoints violents. Elle témoigne également de leur point de vue selon lequel la violence conjugale ne résulte pas d'une maladie. Cette conduite apparaît toutefois paradoxale, puisqu'elle va à l'encontre de leurs expériences professionnelles; en effet, les données de la recherche permettent d'observer que les participants établissent eux-mêmes un lien de causalité entre la violence conjugale et les troubles mentaux. Bien qu'il soit conscient de ce paradoxe, ce participant estime préférable de mettre de l'avant les déclarations dissociant la violence conjugale et les troubles mentaux :

...je le dis quand je vais donner les formations, je dis : « C'est drôle, hein, moi les clientèles que je vois, j'en ai pas un qui est fou. Pas un ». Ça fait que ça, c'est l'approche que j'ai par rapport à ça. Tu vas peut-être me dire que je tiens à mon idée qu'il y a une scission qui est là – même si c'est pas vrai, je sais qu'il y a une concomitance, mais... je vais le recadrer par rapport à ça. Je vais dire « C'est drôle, hein, j'en vois peut-être une soixantaine par année, puis tous ceux qui rentrent dans nos groupes, il y en a pas un qui est fou. Il n'y en a pas un. Ça fait que ça n'a rien à voir avec la folie » [participant 1].

Il importe toutefois de placer cette conduite en perspective. En effet, les activités de sensibilisation visent habituellement à augmenter la conscience de la population quant à un problème social et quant aux actions à poser afin de l'enrayer. Afin d'atteindre cet objectif, ces activités mettent de l'avant des situations dites typiques et représentatives des problèmes qu'elles dénoncent. Or, la plupart des participants considèrent que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux représentent une clientèle minoritaire et atypique; il est possible qu'ils évitent de mettre de l'avant ce qu'ils perçoivent comme des cas d'exception, afin de ne pas diluer l'impact de leurs messages sur la population. De plus, les campagnes de sensibilisation ont un caractère public et sont financées par les ministères concernés. Puisque la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux n'est pas reconnue dans la politique québécoise en matière de violence conjugale, il est possible que certains participants choisissent de faire preuve

d'un discours plus prudent. Les débats idéologiques à ce sujet, entre les organismes d'aide aux conjoints violents et les ressources d'aide aux victimes, peuvent également inciter les participants à ne pas rendre compte de leurs observations dans un espace public.

## 6.5 Synthèse

Ce chapitre a présenté le processus par lequel les participants ont construit leurs points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Ce processus met à profit la majorité des ressources de catégorisation identifiées dans le cadre théorique de la recherche, soit les expériences professionnelles et la formation des participants, ainsi que les déclarations préalablement existantes et les croyances populaires. Toutes ces ressources offrent aux participants des catégories préalablement définies, à partir desquelles ils peuvent attribuer une signification à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

Certaines ressources de catégorisation amènent les participants à considérer la violence conjugale et les troubles mentaux comme deux problèmes distincts. Ainsi, bien que la plupart des milieux de pratique acceptent d'intégrer des conjoints violents souffrant de troubles mentaux aux groupes thérapeutiques, cette intégration est parfois conditionnelle à une prise en charge extérieure des troubles dont ces hommes sont atteints. Une telle mesure suggère donc aux professionnels qu'il est possible d'intervenir auprès de cette clientèle en faisant abstraction des troubles mentaux dont ils sont atteints. De plus, les cadres d'analyse auxquels souscrivent plusieurs milieux de pratique postulent que la violence conjugale ne résulte pas d'une maladie et qu'elle ne peut donc pas être associée aux troubles mentaux. Ce postulat fait écho aux déclarations provenant des organismes d'aide aux victimes de violence conjugale, qui sont étroitement associées aux recommandations de la politique québécoise en matière de violence conjugale. Quant aux croyances populaires, les participants estiment qu'elles contribuent à la déresponsabilisation des conjoints violents; elles les amènent donc à défendre le point de vue selon lequel ces deux problèmes ne sont pas liés, notamment lorsqu'ils s'adressent à la population.

D'autres ressources de catégorisation amènent plutôt les participants à établir une association entre la violence conjugale et les troubles mentaux. Ainsi, certaines expériences cliniques les amènent à suggérer un lien de causalité entre les troubles mentaux et la violence conjugale. De plus, le fait d'échanger sur ces expériences professionnelles, que ce soit en supervision clinique

ou lors de discussions avec leurs collègues, amène les participants à constater que leurs pairs font eux aussi face à cette réalité. Quant aux formations sur les troubles mentaux, ainsi que certaines déclarations provenant de ressources en santé mentale, elles exposent les participants à des cadres d'analyse où une relation entre ces deux problèmes est admise.

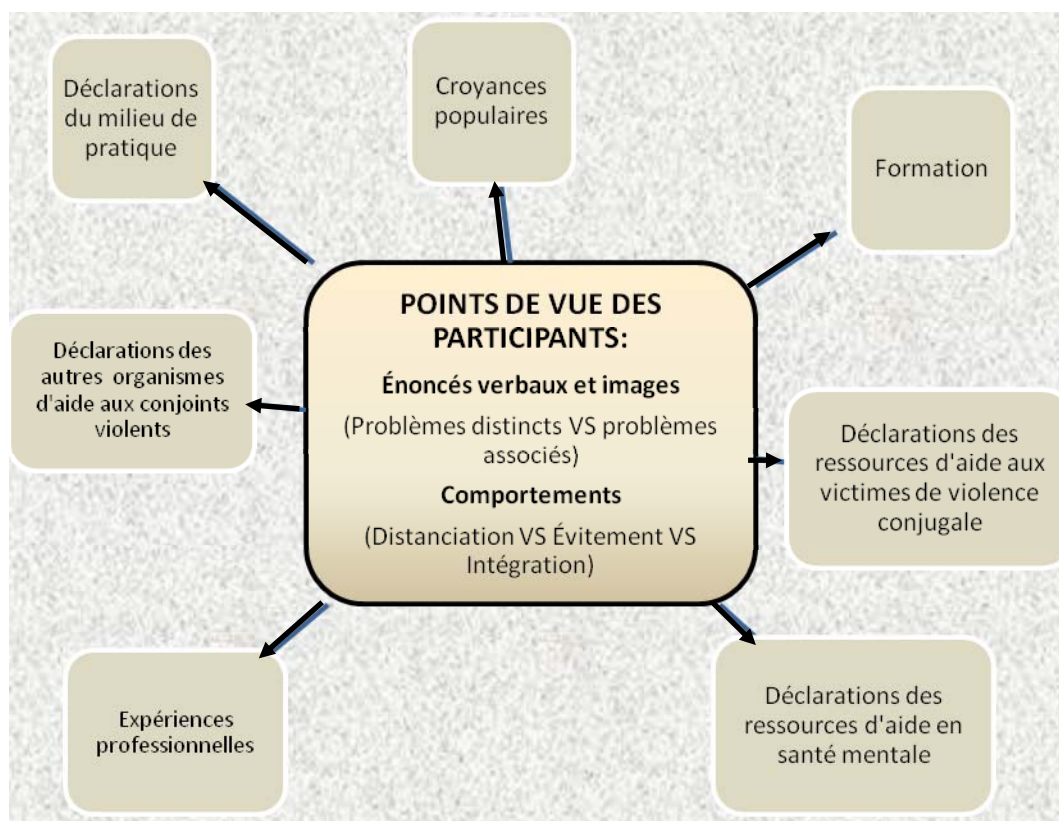
Ces multiples ressources de catégorisation exposent donc les participants à des perspectives divergentes, voire contradictoires. À titre d'exemple, les expériences professionnelles des participants entrent parfois en opposition avec les déclarations émises par les ressources d'aide aux victimes de violence conjugale. Des écarts sont également identifiables entre les formations portant sur l'intervention auprès des conjoints violents et celles portant sur l'intervention auprès des personnes souffrant de troubles mentaux. Quant aux cadres d'analyse adoptés par les milieux de pratique des participants, ils ne concordent pas toujours avec les connaissances acquises lors de leur formation professionnelle. En ce sens, les oppositions et les contradictions entre ces multiples perspectives engendrent certaines tensions, contribuant de ce fait à la complexité des défis conceptuels et cliniques associés au thème de la recherche.

Les participants contribuent eux aussi à ces contradictions. En effet, un écart est parfois observable entre leurs conduites professionnelles et la signification qu'ils attribuent à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. À titre d'exemple, certains participants sont convaincus qu'une relation existe entre la violence conjugale et les troubles mentaux, mais adoptent une conduite de distanciation afin de se conformer au cadre d'intervention de leur milieu de pratique. De plus, les participants n'accordent pas tous la même importance et la même crédibilité aux ressources de catégorisation. Ainsi, bien que la plupart des participants soient en accord avec les recommandations sociopolitiques balisant l'intervention auprès des conjoints violents, certains d'entre eux s'appuient surtout sur leur formation professionnelle afin d'orienter leur conduite. La signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux n'est donc pas le seul critère à partir duquel les participants déterminent leur conduite professionnelle.

En ce sens, les points de vue des participants représentent plus qu'une simple synthèse des ressources auxquelles ils se réfèrent afin d'attribuer une signification au thème de la recherche. Leurs points de vue sont plutôt le produit des tensions et des contradictions entre les diverses ressources de catégorisation, qui amènent les participants à exercer un choix subjectif et sélectif

parmi les catégories et les typifications qui leur sont proposées. Cette sélection n'est d'ailleurs pas immuable, puisque les participants ne priorisent pas toujours la même ressource de catégorisation. L'analyse des données ne permet d'ailleurs pas d'hierarchiser les ressources de catégorisation selon leur influence sur les points de vue des participants; en effet, ces derniers n'accordent pas tous la même importance à chaque ressource de catégorisation. En guise de synthèse, la figure II illustre les différents éléments en tension dans le processus de construction des points de vue des participants.

**Figure I – Construction des points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux**



## CHAPITRE 7 – L'interprétation des résultats

L'objectif général de la recherche était de décrire et d'explorer les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints violents, quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux dans leur clientèle. Les données de la recherche permettent de connaître ces points de vue et de cerner leur processus de construction. Il s'agit de résultats novateurs, puisque ces dimensions n'ont pas été explorées dans les recherches répertoriées sur la concomitance de troubles mentaux et de violence conjugale chez les conjoints violents.

Les points de vue des participants ont été explorés en utilisant un cadre théorique constructiviste. Dans cette perspective, la définition des problèmes sociaux repose sur l'attribution, par des groupes ou des individus, d'une signification spécifique à des conditions dites problématiques. Les professionnels venant en aide aux personnes en difficulté représentent une catégorie d'acteurs qui détient suffisamment de crédibilité pour convaincre de l'existence d'un problème social; leurs déclarations sont d'autant plus importantes qu'elles peuvent s'adresser à des cibles influentes, disposant du pouvoir de mettre en place des solutions potentielles aux problèmes sociaux (Loseke, 2003).

L'interprétation des résultats s'articule autour de trois volets. Le premier concerne la complexité que représente l'identification des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, parmi l'ensemble des hommes qui consultent les services d'aide. Le second s'intéresse à la signification que les participants accordent à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez leur clientèle. Quant au troisième volet, il porte sur les conduites professionnelles adoptées en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Les résultats, pour chacun de ces volets, sont mis en relation avec le cadre théorique, ainsi qu'avec la problématique et les connaissances disponibles sur le thème de la recherche. Les limites de la présente étude sont ensuite présentées, ainsi que ses retombées pour la pratique et pour la recherche.



### **7.1 L'identification des conjoints violent souffrant de troubles mentaux : un casse-tête pour les professionnels**

Les résultats de la recherche mettent en relief le défi conceptuel que représente l'identification, pour les professionnels, des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. En effet, il leur est parfois difficile de tracer une ligne claire entre les caractéristiques habituellement rencontrées dans leur clientèle et celles qui relèvent plutôt du domaine de la psychopathologie. La concomitance de ces deux problèmes représente donc un véritable casse-tête pour les professionnels appelés à intervenir auprès de conjoints violents.

Les participants observent d'emblée qu'une partie de leur clientèle souffre de troubles mentaux. Ils parviennent aisément à présenter des cas cliniques mettant en évidence une concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, en s'appuyant sur leurs expériences professionnelles auprès de conjoints violents. Leurs propos ne permettent pas d'identifier la prédominance d'un trouble mental spécifique dans leur clientèle, mais plutôt la présence d'une multitude de pathologies telles les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les troubles anxieux. Ces résultats rejoignent les constats d'Hamberger et Hastings (1986), à l'effet qu'il n'existe aucune pathologie unitaire dans la population des conjoints violents, mais plutôt un large éventail de troubles mentaux.

De plus, les résultats de la recherche indiquent que pour les participants, les conjoints violents souffrant de troubles mentaux représentent une clientèle spécifique, se distinguant de l'ensemble de leur clientèle par un degré élevé et généralisé de désorganisation psychique et sociale. Ce point de vue offre un certain appui aux typologies de conjoints violents, qui soutiennent fréquemment l'existence d'un profil de conjoint violent caractérisé par une forte désorganisation (Hamberger et Hastings, 1986; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Saunders, 1992). Les participants affirment que ces hommes ne sont pas représentatifs de l'ensemble de leurs clients, qu'ils décrivent comme des individus capables d'un fonctionnement social adéquat. Le cadre théorique permet de comprendre que le point de vue des participants est étroitement lié à leurs typifications des conjoints violents, qui sont celles d'hommes « responsables de leur comportements », dont la violence « ne résulte pas d'une maladie », cherchant à établir une « dynamique de pouvoir et de domination » sur leur partenaire et disposant d'un « libre arbitre » sur leurs comportements. C'est donc en se référant à leurs typifications sur l'ensemble des conjoints violents que les participants établissent le

caractère distinct de leurs clients souffrant de troubles mentaux; puisque ces derniers échappent partiellement à leurs points de vue sur les conjoints violents, ils sont catégorisés en tant que clientèle spécifique et non-représentative. Ces hommes amènent toutefois les participants à constater la limite de leurs typifications et à devenir eux-mêmes les auteurs de nouvelles déclarations sur les hommes qui consultent les services d'aide aux conjoints violents.

Par ailleurs, les participants estiment que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux représentent une proportion minoritaire de la clientèle qui consulte les services d'aide. Ils considèrent ces hommes comme des cas d'exception, qui ne définissent pas la clientèle des conjoints violents. Les participants se disent toutefois conscients que les troubles mentaux, chez certains hommes, peuvent ne pas avoir été dépistés et que certains clients peuvent choisir de ne pas les dévoiler lorsqu'ils font une demande d'aide. En revanche, plusieurs d'entre eux apparaissent réticents à identifier la présence de troubles mentaux dans leur clientèle. S'ils observent que les caractéristiques de la plupart des conjoints violents évoquent les symptômes de certains troubles mentaux (distorsions cognitives, réactivité émotionnelle, impulsivité), les participants affirment que ces caractéristiques ne suffisent pas à établir la présence d'un trouble mental. Ils estiment que l'identification de ces troubles repose sur un processus d'évaluation complexe, nécessitant un cadre spécifique et une exploration longitudinale des antécédents personnels d'un individu. Ces participants considèrent que leur cadre d'intervention ne permet pas une telle exploration et se montrent prudents à émettre des impressions diagnostiques sur les hommes qu'ils rencontrent. Ce point de vue évoque d'ailleurs les limites méthodologiques observées dans certaines études, qui ont conclu à une prévalence élevée de troubles mentaux dans cette population en s'appuyant sur des questionnaires auto-administrés (Dutton et Starzomski, 1993; Ehrensaft, Moffitt et Caspi, 2004; Hamberger et Hastings, 1988; Moffitt et Caspi, 1999; Pan Neidig et O'Leary, 1994). À l'instar de ces études, les résultats de la recherche reflètent la complexité que représente l'identification des conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

Il est toutefois étonnant que les participants affirment que seule une minorité de leurs clients souffre de tels troubles et qu'ils se montrent réfractaires à identifier les hommes susceptibles d'en être atteints. En effet, bien que la plupart des participants estiment que les hommes souffrant de troubles mentaux soient minoritaires dans leur clientèle, leurs points de vue généraux sur les conjoints violents tracent le portrait d'individus en piètre santé mentale. Les participants décrivent l'ensemble de leur clientèle comme des hommes faisant preuve de distorsions

cognitives importantes, d'une faible capacité d'adaptation au stress, de difficultés relationnelles marquées et d'une réactivité émotionnelle aigüe. Or, bien que toutes ces caractéristiques ne soient pas associées de manière exclusive à l'univers des troubles mentaux, elles sont tout de même étroitement liées à la définition qu'en fait l'Association américaine de psychiatrie (1994). De plus, les participants observent que ces déficits sont présents, à des degrés variables, chez l'ensemble de leurs clients; en ce sens, ils s'attendent à rencontrer de telles caractéristiques chez les hommes qui les consultent. Ces constats suggèrent donc que les difficultés vécues par l'ensemble des conjoints violents s'apparentent aux troubles mentaux.

Le cadre théorique offre une explication à cette ambiguïté. En effet, Loseke (2003) souligne que le processus de catégorisation exige d'adopter une image préétablie (ou typification) des conditions jugées problématiques et des personnes qui en sont affectées. Puisqu'il n'est pas possible de connaître la réalité de chaque individu affecté par un problème social, il est nécessaire, voire inévitable de se référer à des images préétablies de ces conditions et de l'ensemble des personnes concernées. Les résultats de la recherche illustrent que les participants ont recours à des typifications selon lesquelles les déficits des conjoints violents ne résultent pas d'une pathologie; ils tendent plutôt à associer ces déficits à des troubles de comportement, à des structures de personnalité immatures ou rigides, ainsi qu'à des stéréotypes liés aux rôles de genre. Leurs typifications des conjoints violents laissent donc peu de place à la possibilité que leurs clients puissent souffrir d'un trouble mental, d'autant plus qu'ils estiment que la violence conjugale n'est pas une maladie. De plus, certains participants font état d'expériences professionnelles antérieures où l'évaluation psychiatrique de leurs clients n'a pas permis de conclure à la présence d'un trouble mental. Il est donc possible que de telles expériences aient amené ces participants à catégoriser l'ensemble des conjoints violents comme des individus perturbés, mais dont les déficits ne sont habituellement pas assez sévères pour être considérés comme des troubles mentaux.

Les typifications des participants, en ce qui a trait aux personnes souffrant de troubles mentaux, peuvent également contribuer à l'ambiguïté que représente l'identification de cette catégorie de conjoints violents. En effet, leurs typifications des personnes souffrant de troubles mentaux représentent souvent ces dernières comme des individus dont le fonctionnement individuel et social est altéré de manière chronique. Or, de telles typifications correspondent à un degré élevé de chronicité et de gravité des troubles mentaux, qui peut ne pas être représentatif de la réalité de

tous les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Il est donc possible que certains participants n'aient pas tenu compte, dans leurs points de vue sur la prévalence de ces troubles dans leur clientèle, des pathologies transitoires ou temporaires (les troubles d'adaptation ou les épisodes dépressifs d'intensité modérée, par exemple).

Les résultats de la présente recherche suggèrent donc que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux confrontent les professionnels à une zone grise et ce, tant au plan conceptuel qu'au plan clinique. En effet, ces deux problèmes se superposent au point où il s'avère parfois complexe, pour les participants, d'identifier la présence d'un trouble mental chez leurs clients. Les participants tendent généralement à considérer que certaines caractéristiques, loin d'être pathologiques, font plutôt partie de ce qu'ils s'attendent à rencontrer dans leur clientèle. Ce constat suggère que la norme, chez les conjoints violents, s'apparente à ce qui est considéré comme l'anormalité dans l'ensemble de la population. Ces résultats font écho à l'étude d'Edin, Lalos et al. (2008), où les participants décrivent les conjoints violents comme étant à la fois des hommes normaux et des hommes déviants, reflétant la pluralité de leurs points de vue quant aux causes de la violence conjugale. En ce sens, les ambiguïtés soulignées dans la présente recherche semblent faire partie intégrante de l'expérience que représente l'intervention auprès de conjoints violents, en plus de refléter la complexité de la problématique à laquelle les professionnels sont confrontés.

## **7.2 Paradoxes, ambiguïtés et dilemmes : la signification attribuée à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux**

La recherche permet également d'identifier la signification que les participants attribuent à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. En effet, les propos des participants offrent un aperçu de la manière dont les troubles mentaux peuvent contribuer aux épisodes de violence exercés par leurs clients. Les résultats de la recherche présentent donc un intérêt particulier, puisque les études répertoriées se limitent habituellement à l'identification de troubles mentaux dans la population des conjoints violents, sans pour autant explorer l'interaction entre ces deux problèmes (Chase, O'Leary et Heyman, 2001; Echeburua et Fernandez-Montalvo, 2007; Edwards, Scott et al., 2003; Gondolf et White, 2001; Hamberger et Hastings, 1986; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Pan, Neidig et O'Leary, 1994; Saunders, 1992). Hamberger et Holtzworth-Munroe (2009) insistent d'ailleurs sur l'importance d'aller au-delà de la simple observation de

troubles mentaux dans la population des conjoints violents, pour plutôt s'intéresser aux mécanismes par lesquels les troubles mentaux favorisent les épisodes de violence conjugale. Les résultats de la recherche s'inscrivent donc en continuité avec cette recommandation.

Les expériences professionnelles des participants les amènent à constater que certains troubles mentaux, de par leur symptomatologie, peuvent contribuer aux actes violents commis par certains conjoints. Les participants réfèrent notamment aux troubles engendrant une altération du contact avec la réalité et une forte réactivité émotionnelle; selon eux, ces déficits réduisent considérablement la capacité d'adaptation aux stressseurs et augmenteraient le risque d'un épisode de violence conjugale, chez des individus déjà connus pour des antécédents en la matière. Ces résultats convergent avec ceux des études suggérant un lien causal entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez certains conjoints violents (Dutton, 1995; Dutton et Bodnarchuk, 2005; Dutton et Starzomski, 1993; Hamberger et Hastings, 1986; O'Leary 1993). Selon les participants, les troubles mentaux engendrant des idées délirantes ou à caractère paranoïde semblent particulièrement contributives aux escalades de violence. Bien qu'elles soient déjà présentes à des degrés variables chez plusieurs conjoints violents, ces idées gagneraient en intensité et seraient plus difficiles à gérer lorsqu'elles sont associées à un trouble mental. Ce résultat offre un appui à l'hypothèse avancée par Holtzworth-Munroe (2000), à l'effet que certains troubles mentaux sont susceptibles d'engendrer des interprétations erronées des intentions et des comportements d'un partenaire amoureux, favorisant la transformation d'un simple conflit en un épisode de violence conjugale.

Ces résultats illustrent toutefois un premier paradoxe conceptuel, lié au rôle que les participants attribuent aux troubles mentaux dans l'exercice de violence conjugale. En effet, la plupart des participants se montrent réfractaires à considérer les troubles mentaux comme une cause de violence conjugale. Leurs énoncés verbaux à ce sujet sont d'ailleurs très clairs : les troubles mentaux ne suffiraient pas, à eux seuls, à engendrer un problème de violence conjugale. Selon les participants, d'autres facteurs prédisposant à la violence conjugale doivent être présents, tels un tempérament contrôlant, une faible tolérance aux différences interpersonnelles et une conception traditionnelle des rôles de genre. Or, les situations cliniques qu'ils décrivent suggèrent bel et bien l'attribution d'un rôle causal aux troubles mentaux. En effet, le degré élevé de désorganisation qu'ils associent aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux, ainsi que l'altération de leur contact avec la réalité, sont présentés par les participants comme des facteurs suffisamment

déterminants pour initier une escalade de violence conjugale. Leur discours est donc teinté d'une certaine ambiguïté qui, une fois de plus, n'est pas sans rappeler celle des participants de l'étude d'Edin, Lalos et al. (2008). Il semble difficile, pour les participants, d'affirmer ce que leurs expériences professionnelles tendent à leur démontrer.

La recherche met également en évidence un second paradoxe conceptuel, lié à la responsabilité que les participants attribuent aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux quant à leurs actes. En effet, la plupart des participants estiment que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux sont pleinement responsables des agressions qu'ils exercent. Or, cette affirmation est étonnante, en regard à leurs points de vue généraux sur les personnes souffrant de troubles mentaux; les participants estiment que ces pathologies ne résultent pas d'un choix exercé par les personnes qui en sont atteintes et qu'elles influencent leurs réactions émotionnelles, cognitives et comportementales. La recherche suggère donc l'existence d'un double standard : les conjoints violents souffrant de troubles mentaux sont considérés comme étant pleinement responsables de leurs comportements et ce, en dépit de l'influence d'une condition qu'ils n'ont pas choisie et sur laquelle les participants leur attribuent bien peu de contrôle. Ces hommes sont donc considérés comme des cas d'exception, qu'ils soient comparés à l'ensemble des conjoints violents ou à l'ensemble des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le cadre théorique offre toutefois une première explication à ces paradoxes. En effet, le constructivisme permet de concevoir que la définition des problèmes sociaux présuppose une typification des personnes qui en sont affectées. Loseke (2003) souligne que les individus sont divisés en deux catégories, soit les « victimes » et les « méchants ». Afin d'être catégorisés comme des « méchants », les individus doivent exercer des torts à autrui de manière intentionnelle et sans aucune forme de justification; de plus, il importe de pouvoir tenir ces personnes comme étant responsables du mal qu'ils exercent. Or, les conjoints violents souffrant de troubles mentaux peuvent appartenir simultanément à la catégorie des « méchants » (soit les responsables de la violence conjugale) et à la catégorie des « victimes » (soit des personnes souffrant d'une condition qu'ils n'ont pas choisie). La catégorisation de cette clientèle représente donc un défi de taille, d'autant plus que la relation entre des comportements néfastes et des pathologies complexifie l'attribution de la responsabilité des problèmes sociaux :

Responsability for harm can be denied by medicalizing the cause of wrongdoing. The term *medicalization of deviance* alerts us to the increasing tendency to construct physical

or mental *illness* as the cause of villainous behaviors of many types. Within commonsense reasoning, when people do something because they're ill then they aren't responsible: The reason for the harm is illness outside individual control (Loseke, 2003, p. 78).

Les déclarations préalablement existantes sur les conjoints violents peuvent également expliquer ces paradoxes conceptuels. En effet, de nombreux participants soulignent l'existence de déclarations influentes quant à la définition de la violence conjugale. Ils associent ces déclarations aux organismes d'aide aux victimes de violence conjugale et aux postulats de l'analyse féministe radicale, qui ont fortement contribué à la définition actuelle de ce problème social. Loseke (2003) souligne d'ailleurs que les déclarations émises afin de convaincre de l'existence d'un problème social, font ensuite partie de l'univers des déclarations préalablement existantes sur ce problème. Ces déclarations influentes proposent certaines typifications des conjoints violents, qui trouvent un écho dans les énoncés verbaux des participants. En effet, les déclarations de ces derniers sur l'ensemble de leurs clients (« hommes contrôlants », « hommes aux valeurs traditionnelles », « hommes choisissant d'agresser leur partenaire ») font fréquemment écho aux catégories offertes par l'analyse féministe radicale. Cette perspective exclut toutefois la possibilité de concevoir l'existence d'hommes qui ne choisiraient pas, de manière lucide et planifiée, d'avoir recours à la violence conjugale. Il semble donc que ces déclarations exercent une influence déterminante sur la construction des points de vue des participants et ce, en dépit des écarts entre les postulats issus du féminisme radical et les constats issus de leurs expériences professionnelles.

Les déclarations préalablement existantes sur les conjoints violents incluent également certaines recommandations cliniques, qui concernent directement le travail des participants. Ainsi, la politique québécoise d'intervention en violence conjugale affirme que la violence conjugale ne résulte pas d'une maladie et incite les professionnels intervenant auprès de conjoints violents à une responsabilisation de leur clientèle (Gouvernement du Québec, 1995). Les milieux de pratique des participants sont donc tenus d'adhérer aux recommandations émises par cette politique, pour des raisons liées à leur financement et à la reconnaissance de leur expertise. Bien que certains participants se disent à l'aise avec ces déclarations, d'autres expriment le sentiment d'être muselés par les considérations politiques de leur travail. Ces participants témoignent de la difficulté d'explorer publiquement les réalités propres aux conjoints violents, notamment lorsque ces derniers souffrent aussi de troubles mentaux. Ces propos font écho aux critiques parfois virulentes qui accueillent les initiatives visant à développer des cadres d'intervention et des

services alternatifs pour les conjoints violents (Dankwort et Rausch, 2000). La remise en question de certaines déclarations préalablement existantes sur les conjoints violents, peut donc engendrer des conséquences négatives pour les organismes venant en aide à cette clientèle; la crainte de ces conséquences semble suffisamment puissante pour amener certains participants à éviter tout débat public sur le thème de la recherche. Ce constat est préoccupant, d'autant plus que de nombreux participants expriment leur besoin de se concerter afin d'identifier des modèles d'intervention adaptés à la réalité des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Or, cette concertation risque peu de se produire si les participants et leurs milieux de pratique gardent sous silence les fruits de leur expertise.

### **7.3 Les conduites professionnelles adoptées auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux**

En réponse aux défis cliniques associés au thème de la recherche, plusieurs auteurs prônent l'utilisation de modèles d'intervention adaptés aux caractéristiques spécifiques des conjoints violents souffrant de troubles mentaux (Dutton et Bodnarchuk, 2005 ; Hamberger et Holtzworth-Munroe, 2009 ; Holtzworth-Munroe et al., 2000 ; Huss et Langhinrichsen-Rohling, 2000 ; Scott, 2004 ; Winick, Wiener et al., 2010). La plupart de ces auteurs n'offrent toutefois pas d'indications précises quant aux conduites professionnelles à adopter auprès de cette clientèle. Dans ce contexte, les résultats portant sur les conduites professionnelles adoptées par les participants sont particulièrement novateurs, car ils permettent d'entrevoir la manière dont les participants approchent les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ces résultats permettent également d'observer les avantages et les désavantages liés à chacune des conduites professionnelles observées.

Ainsi, la conduite d'évitement apparaît souhaitable, voire nécessaire dans certaines situations. À titre d'exemple, lorsque le contact d'un individu avec la réalité est suffisamment altéré pour nécessiter une intervention en milieu psychiatrique, il y a lieu de croire qu'un groupe thérapeutique en violence conjugale ne représente pas la meilleure option. Cette conduite favorise également une certaine cohérence avec la mission des organismes d'aide aux conjoints violents; en s'assurant que les services restent centrés sur la violence conjugale, ces organismes utilisent à bon escient leurs effectifs souvent restreints. De plus, elle permet de réduire les craintes



éprouvées par certains participants, qui se montrent préoccupés à l'idée de ne pas disposer des compétences nécessaires pour aider les conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

La conduite d'évitement est toutefois en contradiction avec certains énoncés verbaux des participants. En effet, plusieurs d'entre eux soulignent que ces hommes, bien qu'ils soient atteints d'un trouble mental, utilisent tout de même la violence afin de contrôler leur partenaire. Ils affirment également que la violence conjugale ne peut être entièrement attribuable au fait de souffrir d'un trouble mental et que d'autres facteurs sont contributifs à ce problème. En fonction de ces énoncés, il semble paradoxal de définir cette catégorie de conjoints violents à partir des troubles mentaux dont ils sont atteints et d'adopter une conduite professionnelle qui fasse abstraction de la violence qu'ils exercent.

Le cadre théorique permet toutefois d'expliquer ce paradoxe, en illustrant que les organismes d'aide aux conjoints violents doivent avoir recours à des typifications de leur clientèle afin d'orienter leurs services. Loseke (2003) souligne que la mission des organismes d'aide est étroitement liée aux déclarations qui ont été utilisées afin de définir les problèmes sociaux et de convaincre les gouvernements d'implanter des solutions à ces problèmes. Les programmes d'intervention sont donc construits en tenant compte d'une définition spécifique des problèmes sociaux et s'adressent aux personnes qui correspondent aux typifications préétablies de la clientèle. Cette manière de définir les programmes d'aide, ainsi que les interventions qui en découlent, comporte toutefois un piège. En effet, les individus échappent fréquemment aux typifications :

...real people aren't members of only one (or two or three) social categories. We each are members of multiple categories. Narrowly organized social interventions force us to choose which kind of problem we have and which kind of person we are (Loseke, 2003, p. 155).

En ce sens, les résultats de la recherche suggèrent que les hommes souffrant de troubles mentaux ne cadrent que partiellement avec les typifications habituellement utilisées pour désigner les conjoints violents. Les participants doivent donc avoir recours à de nouvelles typifications afin de les catégoriser, soit celles des conjoints violents « différents », « non-représentatifs de l'ensemble de la clientèle », « fortement désorganisés » et « échappant partiellement aux normes attendues ». Dans cette perspective, la conduite d'évitement peut apparaître fondée pour les participants et pour les organismes d'aide aux conjoints violents; puisque ces hommes ne correspondent pas à

l'image préétablie qu'ils se font de leur clientèle, il leur semble plus approprié de les orienter vers des ressources ayant pour mission de venir en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. Cette conduite vient toutefois valider les typifications sur lesquelles les participants s'appuient afin d'orienter leurs comportements; puisque ces hommes sont encouragés à utiliser d'autres services, ils restent forcément une clientèle minoritaire au sein des organismes d'aide aux conjoints violents. Loseke (2003) rappelle d'ailleurs que la mission de l'organisme, la spécialisation de l'intervention et la sélection des clients perpétuent l'étroitesse de la définition des problèmes sociaux.

La conduite de distanciation comporte elle aussi des avantages. Cette conduite propose une division du travail, soit de prendre en charge la demande d'aide en violence conjugale et d'orienter les hommes qui souffrent d'un trouble mental vers des ressources qui les soutiendront sur ce plan. L'intervention interpelle ces hommes dans leur violence et tend à ne pas confondre les deux problèmes avec lesquels ils composent. Cette conduite permet également aux professionnels de rester centrés sur des interventions relevant de leur zone d'expertise, ce qui diminue les sentiments d'impuissance associés à l'intervention auprès de cette clientèle. Elle bénéficie également d'un certain appui empirique, puisque White et Gondolf (2000) estiment que les hommes souffrant de troubles mentaux peuvent bénéficier de programmes d'intervention centrés sur les caractéristiques généralisables à l'ensemble des conjoints violents.

La conduite de distanciation apparaît toutefois dissonante avec la signification que les participants attribuent à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. En effet, les participants décrivent les conjoints violents souffrant de troubles mentaux comme une clientèle spécifique, faisant partiellement exception à leurs points de vue généraux sur leurs clients. Or, la conduite de distanciation met de côté la spécificité de ces hommes et se centre sur les caractéristiques généralisables à l'ensemble des conjoints violents. Les hommes souffrant d'un trouble mental sont approchés de la même manière que les autres conjoints violents, tout en étant incités à obtenir des services spécialisés en santé mentale. La présence d'une concomitance de violence et de troubles mentaux est donc reconnue au plan conceptuel, mais les participants qui adoptent ce type de conduite s'abstiennent d'en tenir compte au plan clinique.

Ce paradoxe peut toutefois s'expliquer par le caractère déterminant des expériences professionnelles des participants. En effet, ces derniers décrivent essentiellement leurs

expériences auprès de cette clientèle à partir d'un ensemble de difficultés, dont plusieurs sont attribuées aux symptômes des troubles mentaux. Les participants observent que le fonctionnement de ces clients en groupe est fréquemment inadéquat et que leur interprétation erronée des interventions nuit au développement d'un lien de confiance. Ces clients sont également susceptibles de vivre plusieurs épisodes de crise ou de décompensation, qui requièrent un grand investissement de temps et d'énergie sans engendrer des bénéfices pour les autres membres du groupe. En s'appuyant sur ces expériences, les participants établissent un cadre d'intervention plus rigide, misant sur les caractéristiques qui unissent ces hommes aux autres membres du groupe. Cette conduite, bien que contradictoire avec certains énoncés verbaux des participants, est donc cohérente avec une partie de leurs expériences professionnelles.

Les sentiments d'impuissance et d'incompétence que rapportent certains participants semblent également sous-tendre le recours à la conduite de distanciation. Loseke (2003) souligne que les professionnels intervenant auprès de personnes en difficulté participent à la construction des solutions aux problèmes sociaux, en contribuant à convaincre les décideurs d'implanter des mesures efficaces afin de lutter contre ces problèmes. Or, les résultats de la recherche suggèrent que les participants n'arrivent pas à construire une solution convaincante aux problèmes des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Cette clientèle ne correspond pas à leurs typifications des conjoints violents, met en échec les stratégies d'intervention qu'ils utilisent habituellement et présente un potentiel de changement qui leur apparaît limité. Il peut donc être préférable, pour les participants, de recentrer ces hommes sur leur violence et de faire abstraction d'une dimension sur laquelle leur pouvoir d'action leur apparaît plus limité.

Dans cette perspective, la conduite d'intégration apparaît particulièrement prometteuse et fait écho aux recommandations de plusieurs auteurs (Dutton et Bodnarchuk, 2005 ; Hamberger et Holtzworth-Munroe, 2009 ; Holtzworth-Munroe et al., 2000 ; Huss et Langhinrichsen-Rohling, 2000 ; Scott, 2004). En effet, les participants ayant recours à cette conduite estiment qu'ils atteignent une compréhension plus complète des difficultés de leurs clients. Cette compréhension leur permettrait de mieux responsabiliser les conjoints violents souffrant de troubles mentaux quant à leurs actes, ce qui se traduirait selon eux par des progrès thérapeutiques encourageants. Ces participants observent également qu'une telle conduite favorise un arrimage plus optimal avec les services en santé mentale qu'utilisent déjà certains de leurs clients. Cette dernière observation fait d'ailleurs écho aux travaux de Winick, Wiener et al. (2010) sur le *Pre-Trial*

*Diversion Program*, un modèle d'intervention basé sur une étroite concertation entre les ressources sociojudiciaires encadrant la violence conjugale et les services d'aide en santé mentale.

La conduite d'intégration requiert toutefois un investissement de temps et d'énergie considérable pour les participants et leurs milieux de pratique, car elle présuppose le développement de liens de concertation et de partenariats avec les services d'aide en santé mentale. Compte tenu des ressources humaines et financières restreintes dont disposent les organismes d'aide aux conjoints violents, ce choix n'est pas sans conséquences. Bien que certains participants bénéficient déjà de liens avec ces ressources, d'autres observent que leur milieu de pratique est peu concerté avec ce secteur d'activités. Puisque plusieurs participants estiment qu'une minorité de leur clientèle est concernée par la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, il est possible qu'un tel investissement leur apparaisse peu rentable en regard aux bénéfices encourus. Dans la mesure où certains participants observent une augmentation du nombre de conjoints violents souffrant de troubles mentaux dans leur clientèle, la conduite d'intégration représente toutefois une avenue à envisager pour les organismes venant en aide à ces hommes.

#### **7.4 Les limites de la recherche**

Les résultats de la recherche offrent un aperçu des points de vue de professionnels intervenant auprès de conjoints violents, quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Ils doivent toutefois être interprétés en tenant compte des limites de la recherche. Outre les limites inhérentes à toute étude réalisée dans le cadre d'une maîtrise (ressources financières, humaines et matérielles restreintes), ces limites sont liées aux objectifs de la recherche, au devis utilisé, à l'impact du chercheur sur les données et à l'échantillon.

La première limite de la recherche est liée à ses objectifs, soit de décrire et d'explorer les points de vue de professionnels intervenant auprès de conjoints violents quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux dans leur clientèle. Ce choix présuppose toutefois que certaines questions abordées dans les problématiques ont été laissées en plan. En effet, la recherche ne permet pas d'inférer l'approche d'intervention la plus efficace auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux, ni à mesurer l'efficacité des modèles d'intervention actuellement proposés à ces hommes. La recherche jette toutefois un éclairage novateur sur une

problématique complexe, en étudiant cette concomitance à travers le regard de professionnels intervenant auprès de conjoints violents. De plus, elle expose les conduites adoptées par les participants en présence de cette clientèle et illustre les bénéfices et les désavantages liés à ces conduites.

La présente étude reflète également les limites inhérentes aux méthodes de recherche qualitatives. En effet, ce type de devis ne permet pas la généralisation des résultats de recherche, ce qui peut engendrer un certain scepticisme quant à la valeur scientifique des résultats obtenus par le biais de ces méthodes (Laperrière, 1997). Afin de s'assurer du respect des critères de scientificité des méthodes qualitatives, il importe donc de s'assurer de la rigueur, de la validité et de la fiabilité de l'analyse des données. Dans la présente recherche, une attention particulière a été portée à choisir des catégories d'analyse exhaustives et précises, qui ont permis de codifier la totalité des données de recherche. Le cadre théorique a été fort utile à ce niveau, en proposant des catégories d'analyse pertinentes aux objectifs de la recherche. Ces catégories ont favorisé l'inclusion des cas d'exception et des points de vue divergents, qui ont été identifiés en effectuant un mouvement circulaire entre les données de recherche, les fiches-synthèses, les annotations et les connaissances disponibles quant au thème de la recherche. De plus, les données ont été analysées en tenant compte de la réalité professionnelle des participants, afin de bien saisir la signification de leurs propos. Il y a donc lieu de croire que la démarche d'analyse a favorisé la justesse de l'interprétation des résultats (Laperrière, 1997).

Quant à la fiabilité de la recherche qualitative, elle s'observe notamment à travers la possibilité de reproduire la démarche de recherche effectuée. Pour ce faire, il est essentiel de spécifier les caractéristiques contextuelles de la recherche, de la population à l'étude et de la méthodologie utilisée (Laperrière, 1997). Dans la présente recherche, une description précise et détaillée a été faite de la population à l'étude et de ses caractéristiques, ainsi que du contexte dans lequel l'étude a été réalisée. La méthodologie est également décrite avec précision, favorisant la reproduction de la démarche de recherche dans des contextes analogues et auprès de populations similaires. Il serait toutefois utopique d'aspirer à reproduire la recherche dans des circonstances identiques à celles dans lesquelles elle a été réalisée; en ce sens, des résultats différents pourraient être obtenus en effectuant cette recherche à partir d'un autre échantillon.

Une troisième limite de la recherche concerne l'utilisation, lors des entrevues effectuées, d'une définition spécifique des troubles mentaux. Lors des pré-tests de l'outil de collecte de données, il a été constaté que le concept de « trouble mental » pouvait susciter une certaine confusion chez les participants. Afin de clarifier ce concept, une définition fortement inspirée par celle de l'Association américaine de psychiatrie (1994) a été présentée aux participants. Il est toutefois possible que cette définition ait biaisé les réponses des participants, puisqu'elle propose une conception médicale des troubles mentaux. Lors de l'entrevue de recherche, les participants ont donc été questionnés afin de savoir si cette définition s'approchait de leur propre compréhension des troubles mentaux. Ils ont également été invités, de manière explicite, à exprimer tout désaccord avec la définition suggérée et à exposer des points de vue liés à leur propre définition des troubles mentaux. En ce sens, bien que certains participants aient manifesté le besoin de discuter brièvement de la définition suggérée par l'étudiant chercheur, tous les participants se sont dits à l'aise avec cette définition et ont exprimé, à des degrés variables, qu'elle reflétait leur propre conception des troubles mentaux.

La quatrième limite de la recherche a trait à l'impact du chercheur sur l'analyse des données. Bien que les méthodes qualitatives ne cherchent pas à exclure la subjectivité des chercheurs, il importe de prendre en considération cette subjectivité et de documenter ses effets sur l'évolution de la recherche (Guba et Lincoln, 1985; Laperrrière, 1997). Cet aspect a fait l'objet d'une grande attention de la part de l'étudiant chercheur, compte tenu de sa propre expérience d'intervention auprès de la clientèle des conjoints violents. Bien qu'il apparaisse utopique de croire que toute dimension subjective ait été évacuée du processus de recherche, plusieurs stratégies ont été adoptées afin de réduire les biais potentiels liés à l'expérience de l'étudiant chercheur. Dans un premier temps, des comptes rendus d'entrevue ont été effectués au moyen d'un journal de bord, ce qui a favorisé une approche réflexive face aux données. Cette approche a notamment permis à l'étudiant chercheur de prendre conscience de ses propres points de vue sur le thème de la recherche, ainsi que du processus ayant mené à leur construction. Par ailleurs, lorsque possible, les entrevues de recherche ont été effectuées sans faire allusion à l'expérience de l'étudiant chercheur, de manière à ne pas influencer les réponses des participants. De plus, les catégories d'analyse ont été définies à partir de sources crédibles et objectives (thésaurus, dictionnaires, ouvrages scientifiques), ceci afin d'éviter de les définir en fonction des conceptions du chercheur.

En dépit de ces stratégies, il est possible que certains biais subjectifs se soient manifestés dans l'analyse des données et dans la construction du devis de recherche. Le cadre constructiviste permet d'ailleurs de concevoir les chercheurs comme des auteurs de déclarations, qui contribuent eux aussi à la construction des problèmes sociaux auxquels ils s'intéressent (Loseke, 2003). La rigueur de l'analyse des données permet toutefois de croire que les résultats représentent bel et bien les points de vue des participants sur le thème de la recherche, et non ceux de l'étudiant chercheur. De plus, il y a lieu de croire que l'expérience professionnelle de l'étudiant chercheur s'est avérée profitable à l'analyse des données, en favorisant une compréhension plus intime du contexte de pratique professionnelle des participants (Laperrière, 1997).

La dernière limite de la recherche est liée à son échantillon. L'étudiant chercheur a eu recours à une méthode d'échantillonnage non aléatoire, afin de produire un échantillon typique. Bien que ce choix soit justifié par les critères de sélection utilisés, l'échantillon obtenu est caractérisé par une certaine homogénéité, ce qui est fréquemment le cas dans un échantillon typique (Ouellet et Saint-Jacques, 2000). En effet, tous les participants sont des caucasiens d'origine canadienne-française et occupent un poste à temps plein dans leur milieu de pratique depuis plusieurs années. De plus, la quasi-totalité des participants sont des hommes (10 sur 11). Certaines mesures ont toutefois été prises afin de favoriser la diversification des sources de données. En effet, les participants ont été recrutés dans cinq milieux de pratique différents, provenant de diverses régions administratives du Québec. Un maximum de trois participants a été recruté dans chaque organisme, afin d'éviter une trop grande représentation d'un milieu de pratique. De plus, le recrutement a été effectué sans égard au titre professionnel ou au type de formation des participants, de manière à obtenir des points de vue aussi diversifiés que possible.

Il importe également de souligner que les caractéristiques des participants diffèrent légèrement des données disponibles sur le personnel des organismes d'aide aux conjoints violents; en effet, dans ces milieux de pratique, seulement 42,7 % des employés ont un poste à temps plein. De plus, les femmes représentent 36,6% des effectifs de ces organismes (Rinfret-Raynor, Brodeur et al., 2010). Par conséquent, bien que les réponses des participants permettent d'entrevoir leurs points de vue individuels sur le thème de la recherche, il serait hasardeux de chercher à généraliser les résultats de la recherche à l'ensemble de la population à l'étude. Ouellet et Saint-Jacques (2000) rappellent d'ailleurs qu'un échantillon typique peut ne pas être statistiquement représentatif de l'ensemble d'une population. La recherche ne visait toutefois pas à généraliser les résultats

obtenus à l'ensemble des professionnels intervenant dans un organisme québécois d'aide aux conjoints violents, ni d'assurer la représentativité statistique des points de vue des participants. La généralisation des résultats n'est d'ailleurs pas le propre des méthodes qualitatives (Laperrière, 1997).

## **7.5 Implications de la recherche**

### ***7.5.1 Implications pour la pratique***

Les résultats de la recherche comportent des implications pour la pratique. Celles-ci ont trait à l'affirmation de l'expertise clinique développée par les professionnels venant en aide aux conjoints violents, à la formation de ces derniers et au développement de modèles d'intervention mieux adaptés aux caractéristiques des conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

Dans un premier temps, la recherche met en évidence la complexité des défis conceptuels et cliniques associés à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Elle suggère également que ces défis s'accompagnent de paradoxes et d'ambiguïtés, que ce soit dans les conduites professionnelles adoptées auprès de cette clientèle ou dans la signification attribuée à cette concomitance. Afin de faire face à ces défis, plusieurs participants expriment le souhait de discuter publiquement des défis conceptuels et cliniques inhérents à l'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Les participants tendent toutefois à éviter de telles discussions, par souci de maintenir des liens de concertation efficaces avec les organismes venant en aide aux victimes de violence conjugale. L'expertise clinique développée par ces professionnels et par leurs milieux de pratique reste donc voilée. Dans de telles conditions, il semble utopique d'espérer le développement d'approches et de modèles d'intervention mieux adaptés aux réalités des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Les multiples cadres d'analyse de la violence conjugale se sont pourtant construits à travers un processus interactif, bénéficiant à la fois de la collusion et de l'opposition entre les différentes approches existantes. Il apparaît donc souhaitable de partager plus ouvertement l'expérience et les questionnements des professionnels intervenant auprès de conjoints violents. Ces professionnels peuvent devenir les auteurs de nouvelles déclarations sur leur clientèle et sur la violence conjugale, contribuant de ce fait à la construction de solutions novatrices. La présente recherche représente d'ailleurs un



véhicule pour ces nouvelles déclarations, en donnant la parole à ces professionnels et en leur permettant d'exposer leurs points de vue sur cette question.

Un premier pas pourrait être effectué en ouvrant tout d'abord le dialogue avec les autres organismes mandatés pour venir en aide aux conjoints violents. En effet, peu de participants ont eu l'occasion de discuter formellement des enjeux conceptuels et cliniques liés à cette concomitance, lors de leurs contacts avec ces organismes. La présente recherche suggère qu'au moins cinq organismes québécois se questionnent sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux, tout en cherchant à développer des stratégies d'intervention plus efficaces; il y a lieu de croire que d'autres organismes d'aide aux conjoints violents se questionnent eux aussi sur ces enjeux. Le partage de ces expériences pourrait être profitable à ces organismes, en leur permettant de faire le point sur les défis associés au thème de la recherche. Un bilan pourrait être effectué afin d'identifier les solutions qui ont été expérimentées jusqu'à maintenant. L'association *à cœur d'homme*, qui regroupe la majorité des organismes québécois venant en aide aux conjoints violents, pourrait jouer un rôle central dans la planification et dans l'exécution de ce bilan.

Il apparaît également souhaitable que les organismes venant en aide aux conjoints violents affirment davantage leur expertise clinique dans leurs rapports avec leurs partenaires, en dépit des risques politiques associés à cette transparence. Ce décloisonnement des expertises pourrait se traduire par des échanges plus riches et plus représentatifs de la complexité de la violence conjugale. L'espoir semble d'ailleurs permis, puisque plusieurs participants rapportent que leurs rapports de concertation sont généralement harmonieux avec les ressources d'aide aux victimes de violence conjugale.

Par ailleurs, les résultats de la recherche témoignent de la pertinence, pour les organismes venant en aide aux conjoints violents, de favoriser l'accès de leurs professionnels à des formations plus approfondies sur les troubles mentaux. En effet, la plupart des participants rapportent n'avoir aucune expérience de travail soutenue auprès de personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, certains d'entre eux décrivent leurs connaissances sur les troubles mentaux comme étant sommaires ou insuffisantes. Par conséquent, plusieurs participants s'estiment peu outillés pour intervenir auprès d'une clientèle souffrant de ces troubles. Puisque la recherche suggère que la population des conjoints violents est caractérisée par une mauvaise santé mentale, il apparaît d'autant plus pertinent de former les professionnels à ce sujet. Ces formations pourraient

notamment porter sur les stratégies d'intervention préconisées auprès d'individus souffrant des troubles mentaux les plus fréquemment observés dans cette clientèle; une telle mesure exposerait ces professionnels aux modèles d'intervention contemporains en santé mentale, qui s'intéressent au rétablissement social des personnes atteintes d'un trouble mental. Les milieux de pratique pourraient également miser sur la supervision clinique, qui est appréciée par plusieurs participants et qui représente une précieuse opportunité de formation continue.

Enfin, la recherche suggère l'importance de développer des modèles d'intervention adaptés aux caractéristiques spécifiques des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Selon les participants, les stratégies d'intervention utilisées auprès de l'ensemble de leur clientèle engendrent des résultats mitigés auprès des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Ce constat s'accompagne fréquemment de sentiments d'impuissance, voire d'incompétence chez les participants, qui sont confrontés aux limites des cadres d'intervention préconisés dans leur milieu de pratique. De plus, la recherche suggère que l'intégration de conjoints violents souffrant de troubles mentaux à des groupes thérapeutiques n'est pas toujours une option viable; les participants relatent plusieurs expériences où le fonctionnement d'un groupe thérapeutique a été perturbé par la présence d'hommes souffrant d'un trouble mental. En contrepartie, un suivi individualisé de ces hommes n'est pas toujours indiqué; en effet, des bénéfices sont parfois observés à l'intégration de ces hommes en groupe, qui représente pour eux un lieu positif de socialisation et d'entraide. Une formule mixte pourrait donc être envisagée, afin de permettre aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux de bénéficier à la fois de l'entraide d'un groupe et de l'encadrement plus personnalisé d'un suivi individualisé. Bien qu'une telle mesure implique une révision partielle du cadre d'intervention des organismes d'aide aux conjoints violents, cette option apparaît envisageable. En effet, plusieurs participants détiennent un certain pouvoir d'influence sur les cadres d'intervention préconisés par leur milieu de pratique; de plus, quelques participants cumulent à la fois des tâches cliniques et administratives (direction, encadrement clinique). Il pourrait donc être avantageux, tant pour ces professionnels que pour leur clientèle, d'utiliser ce pouvoir d'influence et d'initier la révision de certaines pratiques.

Le développement de liens de concertation avec les ressources en santé mentale pourrait également favoriser l'adoption d'une conduite d'intégration, jugée avantageuse dans le cadre de la présente recherche. Les résultats de la recherche suggèrent que ces liens sont bénéfiques pour les professionnels intervenant auprès de conjoints violents, en les rassurant sur les conduites à

adopter et en les aidant à mieux cibler les objectifs de leurs interventions. Il y a également lieu de croire que les conjoints violents souffrant de troubles mentaux bénéficieraient eux aussi de ces liens de concertation, qui pourraient se traduire par une plus grande cohésion entre les différents acteurs appelés à leur offrir des services. Les organismes d'aide aux conjoints violents pourraient effectuer un premier pas dans cette direction en participant aux activités des tables de concertation régionales en santé mentale; cette opportunité les exposerait à l'ensemble des milieux de pratique en santé mentale, sans pour autant exiger un investissement de temps déraisonnable de leur part.

### ***7.5.2 Implications pour la recherche***

La présente étude comporte également certaines implications pour la recherche. Ces implications ont trait aux stratégies d'intervention préconisées auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux, ainsi qu'à la reproduction de la recherche auprès de professionnels intervenant dans le domaine de la santé mentale.

La recherche expose les conduites professionnelles adoptées par les participants en présence de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Elle ne permet toutefois pas d'identifier, de manière précise et exhaustive, les stratégies d'intervention qui accompagnent ces conduites. Quelles sont ces stratégies ? Contribuent-elles à l'atteinte des objectifs des programmes d'intervention pour conjoints violents ? Si oui, de quelle manière ? Quelles sont les stratégies visant plutôt à s'assurer d'une prise en charge des troubles mentaux dont souffrent certains conjoints violents ? Et quel est leur impact ? Il pourrait être utile, lors de recherches ultérieures, de répondre à ces questions. Ces recherches seraient profitables aux organismes venant en aide aux conjoints violents, en soutenant le développement d'approches et de cadres d'intervention adaptés à cette clientèle. Elles pourraient également permettre à ces milieux de pratique de mieux connaître les impacts de leurs interventions, ainsi que d'identifier les stratégies indiquées et contre-indiquées auprès des conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

Il serait également d'un grand intérêt de reproduire la recherche auprès de professionnels intervenant dans le secteur de la santé mentale. Cette option avait d'ailleurs été envisagée lors de la conception initiale de la recherche, pour ensuite être écartée en raison des contraintes et des limites imposées par le contexte dans lequel elle a été effectuée. Il serait toutefois pertinent

d'explorer les points de vue de ces professionnels qui, à travers leur pratique, peuvent eux aussi rencontrer des hommes qui ont à la fois des comportements violents et un trouble mental. À titre d'exemple, cette étude pourrait être effectuée auprès d'intervenants psychosociaux rattachés à un Centre de santé et de services sociaux ou à un organisme communautaire en santé mentale. Les points de vue de ces intervenants pourraient offrir un regard complémentaire à celui des professionnels spécialisés dans l'intervention auprès de conjoints violents, contribuant de ce fait au développement des connaissances sur le thème de la recherche.

## CONCLUSION

La relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux fait l'objet de multiples débats et ce, depuis plusieurs décennies. Dans un premier temps, ces débats sont conceptuels et réfèrent à l'étiologie de la violence conjugale. En effet, de multiples cadres d'analyse existent et attribuent la violence conjugale à des facteurs variés, voire divergents. L'opposition entre ces cadres se fait particulièrement ressentir lorsque vient le moment de s'intéresser à la relation entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez les conjoints violents. Bien que certains auteurs considèrent ces troubles comme une cause de violence conjugale, d'autres s'opposent à cette conception et estiment que cette problématique est plutôt attribuable à un ensemble de facteurs socioculturels. De nombreuses études permettent toutefois d'observer la concomitance, chez certains hommes, de violence conjugale et de troubles mentaux. Ces études parviennent à des résultats variables et inconstants quant à la prévalence de troubles mentaux dans la population des conjoints violents. De plus, elles ne permettent pas l'atteinte d'une compréhension approfondie de la manière dont les troubles mentaux peuvent être liés à l'utilisation de violence conjugale. La nature précise de la relation unissant ces deux problèmes reste donc teintée d'ambiguïté.

La relation entre ces deux problèmes est également associée à des débats cliniques. En Amérique du Nord, l'intervention auprès des conjoints violents est habituellement basée sur des modèles d'intervention éclectiques, combinant plusieurs approches et misant sur les caractéristiques généralisables à l'ensemble de cette clientèle. Le recours à ces modèles d'intervention ne fait toutefois pas l'unanimité en ce qui a trait aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux. En effet, plusieurs auteurs estiment qu'il est utopique d'offrir des services cliniques efficaces aux conjoints violents tout en faisant abstraction des caractéristiques psychopathologiques de ces derniers. D'autres auteurs estiment plutôt que les modèles d'intervention actuels sont bien adaptés à l'ensemble des conjoints violents et ce, qu'ils souffrent ou non d'un trouble mental. Les professionnels spécialisés dans l'intervention auprès de conjoints violents, ainsi que les organismes qui les embauchent, sont donc confrontés à des recommandations contradictoires.

La présente étude avait pour but de décrire et d'explorer les points de vue de ces professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux dans leur clientèle. La pertinence d'un tel choix reposait sur le lien privilégié qui unit ces professionnels aux conjoints violents. Ce choix reposait également sur l'hypothèse selon laquelle ces professionnels avaient

déjà eu l'occasion d'accompagner des hommes simultanément affligés par la violence conjugale et par un trouble mental. Les participants ont effectivement été exposés à cette clientèle et ce, à plus d'une occasion. L'exploration de leurs points de vue permet de cerner la manière dont ces professionnels conceptualisent la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Elle permet également d'identifier la manière dont les participants font face aux défis cliniques engendrés par l'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

Au plan conceptuel, les résultats de la recherche permettent de concevoir les conjoints violents souffrant de troubles mentaux comme une clientèle spécifique, se distinguant de l'ensemble des conjoints violents par des processus cognitifs, émotionnels et comportementaux fortement désorganisés. Cette clientèle semble minoritaire pour la plupart des participants, mais leur présence les confronte aux limites de leur cadre d'analyse de la violence conjugale. Bien que les participants affirment que les troubles mentaux ne sont pas une cause de violence conjugale, les situations cliniques qu'ils décrivent suggèrent le contraire. Selon les participants, les troubles mentaux peuvent limiter certains individus dans leur capacité à gérer adéquatement la charge émotionnelle qui accompagne les conflits inhérents aux relations amoureuses. Ils peuvent également se manifester par des erreurs de jugement et d'interprétation de la réalité, renforçant par le fait même le sentiment de légitimité que les conjoints violents ressentent au moment de l'agression. La recherche permet donc de connaître les points de vue des participants quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents.

Au plan clinique, les résultats de la recherche illustrent la complexité de l'intervention auprès des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Les participants alternent entre des conduites d'évitement, de distanciation et d'intégration, selon les particularités de chaque situation clinique. Le choix de leur conduite est influencé par la nature spécifique des troubles mentaux de leurs clients, par les modifications de l'état de santé mentale de ces derniers et par l'évaluation que font les professionnels de leurs interventions antérieures auprès de ces hommes. La recherche suggère également que l'approche de responsabilisation, considérée comme essentielle par la plupart des participants, rencontre certains obstacles lorsqu'elle est appliquée auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. En effet, les participants décrivent ces individus comme des hommes qui ont une emprise partielle sur leurs processus cognitifs, émotionnels et comportementaux; cette description suggère que pour les participants, la violence exercée par les conjoints violents souffrant de troubles mentaux ne repose pas nécessairement sur un choix

lucide, intentionnel et planifié. Or, plusieurs participants tendent à occulter les limites propres à certains troubles mentaux dans leurs interventions. L'importance qu'ils accordent à la responsabilisation semble suffisamment importante pour les amener à adopter des conduites professionnelles paradoxales, voire contradictoires avec leur conceptualisation de cette clientèle.

La recherche reflète donc que les points de vue des participants sont caractérisés par la présence de paradoxes et d'ambiguïtés. L'exploration du processus de construction de ces points de vue permet toutefois de comprendre qu'ils résultent des nombreuses tensions et contradictions qui existent entre les multiples ressources permettant de catégoriser les conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Bien que les participants considèrent leurs expériences professionnelles comme étant le principal fondement de leurs points de vue, d'autres ressources de catégorisation s'avèrent déterminantes, telles les déclarations préalablement existantes sur les conjoints violents et sur les personnes souffrant de troubles mentaux. Les déclarations émises par leurs milieux de pratique, ainsi que celles émises par les ressources d'aide aux victimes de violence conjugale, représentent une toile de fond à laquelle la plupart des participants disent adhérer. Or, cette toile de fond ne corrobore que partiellement leurs expériences cliniques auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Les participants doivent donc avoir recours à d'autres ressources de catégorisation afin d'attribuer une signification à la concomitance de ces deux problèmes.

En ce sens, les contacts des participants avec les milieux de pratique en santé mentale viennent ébranler les points de vue basés sur les déclarations sociopolitiques entourant la violence conjugale. Bien qu'elles n'amènent pas nécessairement les participants à rejeter les postulats de l'analyse féministe radicale, les déclarations émises par ces ressources offrent une perspective différente, à travers laquelle les participants peuvent donner un sens à la réalité des conjoints violents souffrant de troubles mentaux. La formation scolaire des participants, ainsi que les formations ponctuelles effectuées au cours de leur pratique, leur offrent également d'autres points de repère. Il semble donc que la complexité des points de vue des participants reflète la pluralité des perspectives sur cette question controversée.

La recherche engendre certains bénéfices imprévus. En effet, les participants proposent des hypothèses quant aux mécanismes par lesquels les troubles mentaux, chez certains hommes, se traduisent par l'utilisation de violence conjugale. Ce résultat est d'un intérêt particulier, puisque la plupart des recherches répertoriées se limitent à identifier la présence de troubles mentaux dans

des échantillons de conjoints violents. Bien qu'il s'agisse de l'interprétation des participants, ces hypothèses peuvent contribuer, dans une certaine mesure, à alimenter la réflexion sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

La recherche permet également de documenter, à travers le regard des participants, les caractéristiques qui distinguent les conjoints violents souffrant de troubles mentaux de l'ensemble des hommes utilisant les services d'aide pour conjoints violents. Leur description de cette clientèle spécifique est précise et détaillée, permettant l'atteinte d'une représentation plus claire de ces hommes. Puisque les participants affirment d'emblée qu'il leur est parfois difficile d'identifier les conjoints violents souffrant de troubles mentaux, cette description vient enrichir les connaissances disponibles sur la réalité complexe de ces derniers.

Finalement, la recherche suggère que les conjoints violents font preuve d'une mauvaise santé mentale et ce, qu'ils soient diagnostiqués d'un trouble mental ou non. Les participants décrivent l'ensemble de leurs clients comme des hommes dont l'équilibre psychique est perturbé et dont les comportements traduisent de multiples déficits. Certains participants observent d'ailleurs que les processus cognitifs et émotionnels des conjoints violents s'apparentent étroitement aux symptômes de certaines pathologies et qu'un trouble mental pourrait être diagnostiqué chez plusieurs de leurs clients s'ils étaient évalués dans un contexte de crise. En ce sens, bien que la recherche reflète que l'intervention auprès des conjoints violents ne relève pas fondamentalement du domaine de la psychopathologie, elle suggère que le travail des professionnels intervenant auprès de conjoints violents se situe, d'une certaine manière, dans le vaste champ d'intervention de la santé mentale.

Il semble donc approprié, en guise de conclusion, de citer à nouveau la définition de la santé mentale, qui rappelle que ce concept va bien au-delà de la maladie : « la capacité physique, mentale et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (Gouvernement du Québec, 1992, p. 11). Les propos des participants illustrent l'existence d'un contraste marqué entre cette définition et la réalité des conjoints violents. Une révision de la construction actuelle du problème social qu'est la violence conjugale semble donc souhaitable, afin de rendre compte de l'évolution des connaissances sur les auteurs de cette violence et de développer des programmes qui les aideront efficacement à y mettre un terme.



## RÉFÉRENCES

- Adams, D. (1988). Treatment models of men who batter: A profeminist analysis. Dans K. Yllö & M. Bograd (Dir.), *Feminist Perspectives on Wife Abuse* (pp. 176-199). Newbury Park, CA : Sage.
- Agustinovich, P. (2004). Vulnerabilities in mixed-gender co-leaders of group psychotherapy with violent men. *Dissertation Abstracts International*, 66(1), 613.
- Applebaum, P.S., Robbins, P.C. & Monahan, J. (2000). Violence and delusions : Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 566-572.
- Arboleda-Flòrez, J., Holley, H.L. & Crisanti, A. (1996). *Maladie mentale et violence : un lien démontré ou un stéréotype?* Canada : Gouvernement du Canada.
- Association américaine de psychiatrie (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4<sup>e</sup> ed), Paris : Masson.
- Association canadienne pour la santé mentale (2011). *La violence et la maladie mentale*. [En ligne] [http://www.cmha.ca/bins/content\\_page.asp?cid=3-108&lang=2](http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-108&lang=2), consulté le 2011-07-05].
- Babcock, J. C., Greene, C. E. & Robie, C. (2004). Does batterer's treatment work ? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023-1053.
- Bardin, L. (1986). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Berger, P. & Luckman, T. (2006). *La construction sociale de la réalité*. Paris: Armand Colin.
- Binder, R.L. & McNeil, D.E. (1986). Victims and families of violent psychiatric patients. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*, 14(2), 131-139.
- Blacklock, N. (2003). Gender awareness and the role of the groupworker in programmes for domestic violence perpetrators. Dans M. B. Cohen & A. Mullender (Dir.), *Gender and Groupwork* (pp. 66-79). London: Routledge.
- Bouchard, J. (2009). Les facteurs psychosociaux qui interviennent dans le passage à l'acte violent des personnes présentant des troubles de santé mentale grave et de toxicomanie. *Intervention*, 130, 26-35.

- Brodeur, N. (2006). *Les stratégies de changement employées par des hommes ayant des comportements violents envers leur conjointe. Mesure et analyse à partir du modèle transthéorique du changement*. Thèse de doctorat, Université Laval.
- Byrne, C.A. & Riggs, D.S. (1996). The cycle of trauma : Relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 11(3), 213-223.
- Campeau, R., Sirois, M. & Rheault, E. (2004). *Individu et société : Initiation à la sociologie* (3<sup>e</sup> ed.). Québec : gaëtan morin éditeur.
- Capaldi, D. & Owen, L.D. (2001). Physical aggression in a community sample of at-risk young couples: Gender comparisons for high frequency, injury and fear. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 425–440.
- Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF). *À propos du CRI-VIFF : Définition de la violence*. [En ligne] <http://www.criviff.qc.ca/cms/index.php?menu=25etlang=fr>, consulté le 2011-05-03.
- Chase, K.A., O'Leary, K.D. & Heyman, R.E. (2001). Categorizing partner-violent men within the reactive proactive model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 567-572.
- Choe, J.Y., Teplin, L.A. & Abram, K.M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Côté, I., Dallaire, L.-F. & Vézina, J.-F. (2011). *Tempête dans la famille : Les enfants et la violence conjugale* (2<sup>e</sup> ed.). Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Danielson, K.K., Moffitt, T.E., Caspi, A. & Silva, P.A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 131-133.
- Dankwort, J. (1988). Programmes pour hommes batteurs, une question de responsabilité. *Intervention* (79), 78-83.
- Dankwort, J. & Rausch, R (2000). Men at work to end wife abuse in Quebec. *Violence Against Women*, 6(9), 936-959.
- Daunais, J.-P. (1992). L'entretien non-directif. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale* (pp. 273-293). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- De Robertis, C. & Pascal, H. (1987). *L'intervention sociale collective en travail social*. Paris : Le Centurion.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.

- Deslauriers, J.-P. (2005). La recherche qualitative. Dans S. Bouchard & C. Cyr (Dir.), *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 407-433). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Deslauriers, J.-P. & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, R. Mayer & A. Pires (Dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Montréal : gaétan morin éditeur.
- Dobash, R.P. et R.E. Dobash (1992). *Women, Violence, and Social Change*. London: Routledge.
- Dominelli, L. (1999). Working with men from a feminist perspective. Dans J. Wild (Dir.), *Working with men for change* (pp. 17-38). London: UCL Press.
- Dutton, D.G. (1995). Trauma symptoms and PTSD-like profiles in perpetrators of intimate abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 8(2), 299-316.
- Dutton, D.G. (2006). *Rethinking domestic violence*. Vancouver: UBC Press.
- Dutton, D.G. & Bodnarchuk, M. (2005). Through a psychological lens. Dans D.R. Loseke, R.J. Gelles & M.M. Cavanaugh (Dir.), *Current controversies on family violence* (pp. 5-18). Thousand Oaks : Sage.
- Dutton, D.G. & Sonkin, D. (2003). Introduction: Perspectives on the treatment of intimate violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 7(1), 1-6.
- Dutton, D.G. & Starzomski, A.J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8(4), 327-337.
- Echerburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (2007). Male batterers with and without psychopathy. An exploratory study in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(3), 254-263.
- Edin, K.E., Lalos, A., Högberg, U. & Dalhgren, L. (2008). Violent men : ordinary and deviant. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(2), 225-244.
- Edwards, D.W., Scott, C.L., Yarvis, R.M., Paizis, C.L. & Panizzon, M.S. (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence and Victims*, 18(1), 3-14.
- Ehrensaft, M.K., Moffitt, T.E. & Caspi, A. (2004). Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort: Men's and women's participation and developmental antecedents. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 258-70.
- Elbogen, E.B. & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.

- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine, Science and Law*, 14, 180-183.
- Feder, L. & Wilson, L.B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior ? *Journal of Experimental Criminology*, 1(2), 239-262.
- Fisher, D.V. (1991). *An Introduction to Constructivism for Social Workers*. London: Praeger.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Fillion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière.
- Gelles, R.J. (1993). Through a Sociological Lens: Social Structure and Family Violence. Dans R.J. Gelles & D.R. Loseke (Dir.), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 31-46). London: Sage.
- Goldblatt, H., Buchbinder, E., Eisikovits, Z. & Arizon-Mesinger, I. (2009). Between the professional and the private. The meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. *Violence Against Women*, 15(3), 362-384.
- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M. & Walker, G. (2004). Love and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments. *Family Process*, 29(4), 343-364.
- Gondolf, E.W. (1985). Fighting for control: A clinical assessment of men who batter. *Social Casework Journal of Contemporary Social Work*, 66(1), 48-54.
- Gondolf, E.W., Mulvey, E.P. & Lidz, C.W. (1990). Characteristics of perpetrators of family and nonfamily assaults. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 191-1993.
- Gondolf, E.W. & White, R.J. (2001). Batterers program participants who repeatedly reassault. Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(4), 361-380.
- Gottman, J.M., Jacobson, N.S., Rushe, R.H., Shortt, J.W., Babcock, J., La Tallade, J.J. & Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behaviour, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 227-248.
- Gouvernement du Canada (1998). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. [En ligne] [http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005\\_F.pdf](http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005_F.pdf), consulté le 2011-05-03].
- Gouvernement du Québec (1986). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

- Gouvernement du Québec (1995). *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale. Politique d'intervention en matière de violence conjugale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (2011). *Statistiques 2009 sur la criminalité en contexte conjugal au Québec*. Québec : Ministère de la Sécurité Publique.
- Grawitz, M. (1996). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills (California): Sage.
- Hamberger, L.K. & A. Holtzworth-Munroe (2009). Psychopathological correlates of male aggression. Dans K.D. O'Leary (Dir.), *Psychological and Physical Aggression in Couples: Causes and Intervention* (pp. 79-98). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hamberger, L.K. & Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1(4), 323-341.
- Hamberger, L.K. & Hastings, J.E. (1988). Personality characteristics of spouse abusers: a controlled comparison. *Violence and Victims* 3(1), 31-48.
- Hanson, R.K., Cadsky, O., Harris, A. & Lalonde, C. (1997). Correlates of battering among 997 men : Family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence and Victims*, 12(3), 191-208.
- Hanson, R. K. & Wallace-Capretta, S. (2000). *Étude de divers programmes de traitement pour hommes violents*. Ottawa : Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hart, S.D., Dutton, D.G. & Newlove, T. (1993). The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders*, 7(4), 329-341.
- Healey, K., Smith, C. & O'Sullivan, C. (1998). *Batterer Intervention: Program Approaches and Criminal Justice Strategies*. [En ligne] <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/168638.pdf>, consulté le 2011-08-28.
- Holtzworth-Munroe, A. (2000). Social information processing skills deficits in maritally violent men: Summary of a research program. Dans J.P. Vincent & E.N. Jouriles (Dir.), *Domestic Violence: Guidelines for Research-Informed Practice* (pp. 13-36). London: Jessica Kingsley.
- Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497.
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G.L., Meehan, J.C., Herron, K. & Rehman, U. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1000-1019.

- Huss, M.T. & Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). Identification of the psychopathic batterer. The clinical, legal and policy implications. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 403-422.
- Iiffe, G. & Steed, L.G. (2000). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(4), 393-412.
- Julian, T.W. & McKenry, P.C. (1993). Mediators of male violence toward female intimates. *Journal of Family Violence*, 8(1), 39-55.
- Kelly, L. (2003). Disabusing the definition of domestic abuse: How women batter men and the role of the feminist state. *Florida State University Law Review*, 30, 791-855
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer & A.P. Pires (Dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 392-418). Montréal : gaétan morin éditeur.
- Lavergne, C. (1998). Analyse du processus de construction de la violence faite aux femmes en contexte conjugal comme problème socio-pénal au Québec. *Canadian Journal of Women and Law*, 10(2), 377-400.
- Lavergne, C., Turcotte, D. & Damant, D. (2006). Intervention dans les situations de concomitance de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : points de vue des intervenants de la protection de la jeunesse. *Journal international de victimologie*, 13. [En ligne] <http://www.jidv.com/njidv/index.php/archives/par-numero/jidv-13>, consulté le 2011-05-03.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Loseke, D.R. (2003). *Thinking About Social Problems. An Introduction to Constructionist Perspectives*. New York : Aldine de Guyter.
- Loseke, D.R. (2005). Through a Sociological Lens. The Complexities of Family Violence. Dans R.J. Gelles, D.R. Loseke & M. Cavanagh (Dir.), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 35-47). London: Sage.
- Maiuro, R.D., Cahn, T.S., Vitaliano, P.P., B.C. Wagner & Zegree, J.B. (1988). Anger, hostility and depression in domestically violent versus generally assaultive men and non-violent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 17-23.
- Marzuk, P. (1996). Violence, crime and mental illness : How strong a link ? *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 481-486.

- Mayer, R. (2001). Le constructivisme et les problèmes sociaux. Dans H. Dorvil et R. Mayer (Dir.), *Problèmes sociaux, tome 1. Théories et méthodologies* (pp. 111- 134). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mayer, R. & Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 159-189). Montréal : gaétan morin éditeur.
- Mayer, R. & Laforest, M. (1990). Problème social : le concept et les principales écoles théoriques. *Service social*, 39 (2), 13-43.
- Mayer, R. & Saint-Jacques, M.-C. (2000). L'entrevue de recherche. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115-133). Montréal : gaétan morin éditeur.
- Moffitt, T.E. & Caspi, A. (1999). *Findings about partner violence from the Dunedin multidisciplinary health and development study*. Washington : National Institute of Justice.
- Murphy. C.M., O'Farrell, T.J., Fals-Stewart, W. & Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 528-540.
- Nadeau, M.A. (1987). *L'évaluation de programme: théorie et pratique*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Neuman, W.L. (1997). *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Methods* (3e ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- O'Leary, K.D. (1993). Through a Psychological Lens. Personality Traits, Personality Disorders, and Levels of Violence. Dans R.J. Gelles & D.R. Loseke (Dir.), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 7-30). London: Sage.
- Orme, J., Dominelli, L. & Mullender, A. (2000). Working with violent men from a feminist social work perspective. *International Social Work*, 43(1), p. 89-105.
- Ouellet, F., Lindsay, J. & Saint-Jacques, M.-C. (1993). *Évaluation de l'efficacité d'un programme de traitement pour conjoints violents*. Centre de recherche sur les services communautaires, Québec : Université Laval.
- Ouellet, F. & Saint-Jacques, M.-C. (2000). Les techniques d'échantillonnage. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques & D. Turcotte (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 71-90). Montréal : gaétan morin éditeur.
- Palmer, S.E., Brown, R.A. & Barrera, M.E. (1992). Group treatment program for abusive husbands: Long-term evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 276-283.

- Pan, H.S., Neidig, P.H. & O'Leary, K.D. (1994). Predicting mild and severe husband to wife aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 975-81.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA : Sage.
- Pence, E. & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter. The Duluth Model*. New York: Springer.
- Pescosolido, B.A., Monahan, J., Link, B.G., Stueve, A. & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1339-1345.
- Pires, A. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative*. [En ligne] [http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires\\_alvaro/echantillonnage\\_recherche\\_qualitative/echantillon\\_recherche\\_qual.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/pires_alvaro/echantillonnage_recherche_qualitative/echantillon_recherche_qual.pdf), consulté le 2011-05-03.
- Provalis (2011). *QDA Miner. Version 3.0*. [Logiciel]. Montréal : Recherches Provalis.
- Retzlaff, P. (1996). MCMI-III diagnostic validity: Bad test or bad validity study. *Journal of Personality Assessment*, 66, 431-437.
- Rice, M.E. (1997). Violent offender research and implications for the criminal justice system. *American Psychologist*, 52 (4), 414-423.
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3(1), 126-183.
- Rinfret-Raynor, M., Brodeur, N., Lesieux, E. & Turcotte, N. (2010). *Services d'aide en matière de violence conjugale : État de la situation et besoins prioritaires*. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Rogers, R., Salekin, R.T. & Sewell, K.W. (1999). Validation of the Millon Clinical Multiaxial Inventory for Axis II disorders: Does it meet the Daubert standard ? *Law and Human Behavior*, 23, 425-443.
- Rondeau, G. (1994). La violence familiale. Dans F. Dumont, S. Langlois & Y. Martin (Dir.), *Traité des problèmes sociaux* (pp. 319-336). Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 264-275.
- Schlesinger-Buzawa, E. & Buzawa, C.G. (2003). *Domestic Violence: The Criminal System Response*. Thousand Oaks : Sage.
- Scott, K.L. (2004). Predictors of change among male batterers. Application of theories and review of empirical findings. *Trauma, Violence, and Abuse*, 5(3), 260-284.



- Solomon, P.L., Cavanaugh, M.M. & Gelles, R.J. (2005). Family violence among adults with severe mental illness. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6(1), 40-54.
- Spector, M. & Kituse, J. (1977). *Constructing Social Problems*. Menlo Park: Cummings.
- Statistique Canada (2011). *La violence familiale au Canada: un profil statistique*. [En ligne] : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-fra.pdf>, consulté le 2011-05-03.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Clark-Robbins, P., Applebaum, S., Grisso, T., Roth, L.H. & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Stewart, M.A. & deBlois, C.C. (1981). Wife abuse among families attending a child psychiatry clinic. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 845-862.
- Straznickas, K.A., McNiell, D.E., & Binder, R.L. (1993). Violence toward family caregivers by mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(4), 385-387.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.
- Swan, R. & Lavitt, M. (1988). Patterns of adjustment to violence in families of the mentally ill relatives. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 42-54.
- Taft, C.T., Pless, A.P., Stalans, L.J., Koenen, K.C., King, L.A. & King, D.W. (2005). Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 151-159.
- Teten, A.L., Sherman, M.D. & Xiaotong, H. (2008). Violence between therapy-seeking veterans and their partners. Prevalence and characteristics of nonviolent, mutually violent and one-sided violent couples. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), 111-127.
- Teten, A.L., Schumacher, J.A., Taf, C.T., Stanley, M.A., Kent, T.A., Bailey, S.D., Dunn, N.J. & White, D.L. (2010). Intimate Partner Aggression Perpetrated and Sustained by Male Afghanistan, Iraq, and Vietnam Veterans With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1612-1630.
- Tollefson, D.R., Gross, E. & Lundahl, B. (2008). Factors that predict attrition from a state-sponsored rural batterer treatment program. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(4), 453-477.
- Tolman, R. & Bennett, L. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 87-118.
- Trudel, L., Simard, C., & N. Vonarx (2007). *La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire?* [En ligne] [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/hors\\_serie\\_v5/trudel.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/hors_serie_v5/trudel.pdf) consulté le 2011-05-26.

- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. Dans R. Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint Jacques & D. Turcotte (Dir.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp.39-68). Montréal : gaétan morin éditeur.
- Turcotte, D., F.-Dufour, I. & Saint-Jacques, M.-C. (2009). Les apports de la recherche qualitative en évaluation de programmes. Dans M. Alain & D. Dessurault (Dir.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 195-219). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tutty, L.M., Rothery, M.A. & Grinnell, R.M. (1996). *Qualitative research for social workers*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tweed, R.G. & Dutton, D.G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13 (3), 217-230.
- Vaddadi, K., Gilleard, C. & Fryer, H. (2002). Abuse of carers by relatives with severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 149-155.
- White, R.J. & Gondolf, E.W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatments. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(5), 467-488.
- Winick, B.J., Wiener, R., Castro, A., Emmert, A. & Georges, L.S. (2010). Dealing with mentally ill domestic violence perpetrators: A therapeutic jurisprudence judicial model. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(5), 428-439.
- Yegidis, B.L. & Weinbach, R.W. (2002). *Research methods for social workers*. Boston : Allyn & Bacon.
- Yllö, K.A. (2005). Through a feminist lens. Gender, diversity and violence: Extending the Feminist Framework. Dans R.J. Gelles, D.R. Loseke & M. Cavanagh (Dir.), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 19-34). London: Sage.

## ANNEXE A – Avis de recrutement de participants

### VIOLENCE CONJUGALE ET TROUBLES MENTAUX : LES POINTS DE VUE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DE CONJOINTS AUX COMPORTEMENTS VIOLENTS

#### PARTICIPANTS RECHERCHÉS

---

Madame, Monsieur,

C'est avec enthousiasme que je me permets de solliciter votre participation au projet de recherche intitulé « *Violence conjugale et troubles mentaux : Les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints aux comportements violents* ».

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Louis-François Dallaire, dirigé par Normand Brodeur, de l'École de service social de l'Université Laval. Ce projet vise à décrire et à explorer les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints aux comportements violents, quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux. Par cette recherche, nous espérons contribuer à la réflexion des milieux de pratique quant à la problématique complexe de la violence conjugale et quant aux services offerts aux conjoints aux comportements violents. En ce sens, vos points de vue sur la question nous seront d'une grande utilité.

Les critères requis afin de participer à la recherche sont les suivants :

- Être un(e) professionnel(le) intervenant auprès de conjoints aux comportements violents, sans égard au type de formation professionnelle reçue (psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, etc.);
- Exercer sa pratique dans un organisme spécialisé dans l'intervention auprès des conjoints violents, que ce soit en individuel ou en groupe;
- Cumuler un minimum de trois ans d'expérience professionnelle auprès de cette clientèle, que ce soit à temps partiel ou à temps plein.

Votre participation consisterait à participer à une entrevue de recherche d'une durée approximative d'une heure, qui sera enregistrée sur magnétophone. La confidentialité de vos réponses sera assurée avec rigueur, tant dans le rapport de recherche que dans le cadre de toute activité visant à diffuser les résultats de la recherche. En plus de discuter de votre expérience professionnelle auprès de conjoints aux comportements violents, les thèmes suivants seront abordés :

- La concomitance de troubles mentaux et de violence conjugale chez certains hommes;
- L'intervention auprès d'hommes présentant à la fois un problème de violence conjugale et des troubles mentaux;
- Les explications proposées aux comportements violents exercés par certains hommes dans leurs relations amoureuses.

Nous pourrions prendre entente quant au lieu et au moment les plus appropriés pour effectuer l'entrevue de recherche. Veuillez toutefois prendre note qu'une entente pourrait être prise avec votre employeur afin que l'entrevue s'effectue pendant votre horaire de travail, ceci afin de réduire les inconvénients liés à votre participation à la recherche.

Pour participer à cette recherche ou pour toute information supplémentaire, n'hésitez pas à contacter Louis-François Dallaire, étudiant à la maîtrise en service social et responsable de la recherche, au (418) 656-8711 (poste 5332), du lundi au vendredi, entre 8h00 et 16h00, ou encore par courriel à l'adresse suivante : [louis-francois.dallaire.1@ulaval.ca](mailto:louis-francois.dallaire.1@ulaval.ca).

Vous pouvez également contacter Normand Brodeur au (418) 656-2131 (poste 3473) ou par courriel à l'adresse suivante : [normand.brodeur@svs.ulaval.ca](mailto:normand.brodeur@svs.ulaval.ca)

**Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : N° d'approbation 2010-123 A-1 / 22-07-2010.**

En vous remerciant à l'avance de votre intérêt pour ce projet de recherche, je vous prie d'agréer mes salutations distinguées.

Louis-François Dallaire, t.s.  
Étudiant à la maîtrise en service social  
Université Laval, Québec

## ANNEXE B – Guide d’entrevue

### GUIDE D’ENTREVUE

---

*« Violence conjugale et troubles mentaux : Les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints violents ».*<sup>5</sup>

#### 1. LA FORMATION ET LES EXPÉRIENCES DE TRAVAIL DES PARTICIPANTS

1.1. De façon générale, parlez-moi de votre expérience comme professionnel en relation d’aide jusqu’à maintenant.

1.2. Décrivez-moi la formation professionnelle initiale que vous avez reçue.

1.3. Parlez-moi des expériences professionnelles qui vous ont mis en contact avec des conjoints aux comportements violents.

1.4. Quelle formation avez-vous reçue :

1.4.1. Sur la violence conjugale

1.4.2. Sur l’intervention auprès des conjoints aux comportements violents ?

1.4.3. Sur les problèmes de santé mentale ?

#### 2. LES EXPLICATIONS PROPOSÉES À LA VIOLENCE EXERCÉE PAR CERTAINS HOMMES DANS LEURS RELATIONS DE COUPLE

2.1. Quelle est la première image qu’évoque pour vous le terme « conjoint aux comportements violents » ?

2.2. De quelle manière concevez-vous la violence exercée par certains hommes dans leurs relations amoureuses ?

2.3. De quelle manière l’organisme [XYZ] conçoit-il la violence exercée par certains hommes dans leurs relations amoureuses ?

---

<sup>5</sup> Numéro d’approbation du Comité d’éthique de la recherche de l’Université Laval : 2010-123 A-1 / 22-07-2010.

2.4. Existe-t-il selon vous des hommes qui font exception aux explications que vous venez de me proposer ?

- Si oui : en quoi ces hommes représentent-ils des cas d'exception ?
- Si non : de quelle manière expliquez-vous l'absence de cas d'exception ?

### 3. LA CONCOMITANCE DE TROUBLES MENTAUX ET DE VIOLENCE CONJUGALE

Nous allons maintenant discuter de votre point de vue concernant la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints aux comportements violents. Je vous donnerai dans quelques instants une brève définition du concept de « troubles mentaux », mais dans un premier temps, j'aimerais savoir :

3.1. Quelle est la première image qu'évoque pour vous le terme « trouble mental » ?

3.2. Estimez-vous que cette image est représentative de la clientèle que vous rencontrez dans votre pratique ?

Plusieurs définitions sont possibles quant au concept de « troubles mentaux ». L'une de ces définitions désigne les « troubles mentaux » comme l'ensemble des affections qui perturbent la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne, de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer souffrance. Ces affections peuvent faire l'objet d'un diagnostic médical reposant sur des critères standardisés.

3.3. Dans le cadre de votre pratique professionnelle, avez-vous déjà rencontré des hommes qui présentaient (ou qui vous semblaient présenter) à la fois un problème de violence conjugale et un trouble mental ?

Si oui :

- 3.3.1. Décrivez-moi une situation clinique représentative où vous avez rencontré un homme qui présentait (ou qui vous semblait présenter) à la fois un problème de violence conjugale et un trouble mental.
- 3.3.2. Parlez-moi de la manière dont vous êtes intervenu avec cet homme.
- 3.3.3. L'intervention auprès de cet homme a-t-elle posé des difficultés particulières ?
  - Si oui, à quel niveau ?
  - À quoi avez-vous attribué ces difficultés ?
  - Quels sont les facteurs qui vous ont aidé à surmonter ces difficultés ?

- Quels sont les facteurs qui auraient pu vous aider à surmonter ces difficultés ?
- 3.3.4. Dans ce cas spécifique, croyez-vous que les deux problèmes étaient liés?
  - Si oui, de quelle manière ?
  - Si non, en quoi estimez-vous que ces deux problèmes n'étaient pas liés?

Si non :

- 3.3.5. Malgré l'absence de tels cas dans votre pratique professionnelle, croyez-vous que ces deux problèmes peuvent exister de façon concomitante ?
  - Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ? De quelle manière ces deux points de vue peuvent-ils être liés ?
  - Si non, en quoi estimez-vous que ces deux problèmes ne sont pas liés ?

3.4. Décrivez-moi le point de vue dominant de l'organisme [XYZ], en ce qui a trait à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints aux comportements violents.

3.5. Exception faite de votre milieu de pratique, parlez-moi des autres occasions où vous avez pu discuter de la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

3.5. Quel est l'élément principal sur lequel s'appuie votre point de vue quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez certains hommes ?

3.6. Y a-t-il d'autres éléments sur lesquels s'appuie votre point de vue quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez certains hommes ?

#### 4. VIGNETTES

Je vais maintenant vous proposer deux vignettes cliniques. Nous allons lire ces vignettes ensemble. Des questions spécifiques vous seront posées après la lecture de chaque vignette. Il n'y a évidemment pas de bonne ou de mauvaise réponse, puisqu'il s'agit ici aussi de me décrire votre point de vue sur ces vignettes.

##### 4.1. VIGNETTE # 1

Vous rencontrez ce soir Sébastien, un homme âgé de 42 ans. Dès le début de la rencontre, Sébastien vous informe qu'il souffre de dépression. Sa conjointe Martine l'a quitté il y a six mois, ce qui l'aurait plongé dans un état dépressif. Sébastien estime qu'avant la rupture, il exerçait une violence verbale occasionnelle, sans plus; c'est toutefois pour cette raison que Martine avait décidé de le quitter, car elle disait ne plus se sentir respectée. Il a tout d'abord nié qu'il s'enfonçait dans la dépression, se disant qu'il était normal d'être bouleversé par cette séparation qu'il n'acceptait pas du tout... jusqu'au jour où Martine a porté plainte contre lui pour

harcèlement et menaces de mort. Il dit ne pas comprendre pourquoi il a agi de la sorte. Il considère que cette réaction était irrationnelle, que ce n'est pas dans sa nature de se comporter de la sorte. Selon lui, la détresse ressentie suite à la rupture est devenue trop élevée et l'a mené à des gestes et des propos inacceptables. Sébastien vient d'accepter de débiter un traitement aux antidépresseurs, car son médecin lui a dit que ce traitement diminuerait considérablement son irritabilité. Sébastien considère que sa participation à la thérapie pourrait être un bon complément aux antidépresseurs, qui pourrait lui être utile afin de mieux gérer son impulsivité. Par ces moyens, il espère démontrer à Martine qu'elle ne court plus aucun risque et qu'elle peut envisager une reprise de la relation.

Questions :

- 4.1.1. Quelle est votre analyse de cette situation ?
- 4.1.2. De quelle manière intervenez-vous avec Sébastien lors de cette première rencontre de groupe ?
- 4.1.3. Si Sébastien ne souffrait pas de dépression, de quelle manière interviendriez-vous auprès de lui ?

#### 4.2. VIGNETTE # 2

Lors d'un souper avec des amis, vous discutez de votre travail. La discussion vous amène à parler des défis que représente l'intervention auprès d'hommes ayant des comportements violents dans leurs relations amoureuses. L'un de vos amis réagit en émettant l'opinion suivante : « Ces gars-là, ils sont malades ! Ils ont quelque chose qui ne tourne pas rond entre les deux oreilles. Après tout, il faut être complètement fou pour frapper sa copine ! ».

Questions :

- 4.2.1. Quelle est votre compréhension de cet énoncé ?
- 4.2.2. Que répondez-vous à votre ami ?
- 4.2.3. Sur quels motifs appuyez-vous votre réponse ?

### 5. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nous avons presque terminé l'entrevue. Avant de conclure, j'aimerais vous poser quelques questions qui m'aideront à établir le profil des personnes rencontrées pour cette recherche.

5.1. Quel est votre âge ?

5.2. Quel est votre titre professionnel ?

5.3. Combien d'années d'expérience professionnelle cumulez-vous ?



## CONCLUSION

Avant de conclure notre entretien, y a-t-il d'autres aspects dont nous n'avons pas discuté et qui vous semblent importants afin de bien cerner le lien entre la violence conjugale et les troubles mentaux chez certains hommes ? Si oui, lesquels ?

## **ANNEXE C – Formulaire de consentement**

**Titre de la recherche :** « Violence conjugale et troubles mentaux : Les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints aux comportements violents ».

### **Formulaire de consentement**

#### **Présentation du chercheur**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Louis-François Dallaire, dirigé par Normand Brodeur, professeur à l'École de service social de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

#### **Nature de l'étude**

La recherche a pour but de décrire et d'explorer les points de vue des professionnels quant à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints aux comportements violents.

#### **Déroulement de la participation**

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue, d'une durée d'environ une heure, qui portera sur les éléments suivants:

- Votre expérience professionnelle d'intervention auprès de conjoints aux comportements violents;
- La concomitance de troubles mentaux et de violence conjugale chez certains hommes;
- L'intervention auprès d'hommes présentant à la fois un problème de violence conjugale et des troubles mentaux;
- Les explications proposées aux comportements violents exercés par certains hommes dans leurs relations amoureuses.

#### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation**

En plus d'enrichir les connaissances ayant trait au thème de la recherche, votre participation vous donnera l'occasion de réfléchir sur certains défis rencontrés dans le cadre de votre pratique professionnelle. Il est possible que votre participation à la recherche éveille ou intensifie certains questionnements liés à votre pratique professionnelle, ainsi qu'aux postulats cliniques et idéologiques qui la sous-tendent. L'entrevue de recherche représente toutefois un cadre confidentiel et respectueux, qui vous permettra de discuter ouvertement de ces questionnements.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir le chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Les entrevues seront enregistrées sur magnétophone. Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des données et des renseignements fournis par les participants:

- Votre nom n'apparaîtra en aucun cas sur les enregistrements, sur les transcriptions, dans le rapport de recherche ou dans toute activité de diffusion des résultats (articles scientifiques, présentations effectuées lors de congrès, etc.);
- Afin d'identifier les participants, un code sera utilisé sur les divers documents liés à la recherche. Seul le chercheur aura accès à la liste des noms correspondant aux codes;
- Vos réponses individuelles ne seront pas divulguées à quiconque, que ce soit votre employeur ou toute autre organisation;
- Les données obtenues lors des entrevues de recherche seront conservées sur un ordinateur dont l'accès est protégé par un mot de passe. Les formulaires de consentement seront gardés sous clé dans une filière au domicile du chercheur, qui sera le seul à y avoir accès;
- Au terme de la recherche (prévu en septembre 2011), les données obtenues lors des entrevues de recherche seront dépersonnalisées et rendues anonymes de manière irréversible, dans l'éventualité où elles pourraient servir pour fins de communications écrites ou verbales (articles scientifiques, séminaires, présentations);
- Dans un souci de protection, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande à tous les comités d'éthique désignés d'exiger que le chercheur conserve, pendant au moins un an après la fin du projet, la liste des participants de la recherche ainsi que leurs coordonnées, de manière à ce que, en cas de nécessité, ceux-ci puissent être rejoints rapidement. Dans le cas de la présente recherche, cette liste sera donc détruite en septembre 2012.

### **Renseignements supplémentaires**

Une fois la recherche terminée, une copie du rapport sera offerte aux organismes ayant collaboré à la réalisation de la recherche. Vous pourrez consulter le rapport en faisant la demande auprès de l'un des organismes concernés ou en contactant directement l'étudiant-chercheur.

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Louis-François Dallaire, étudiant-chercheur et responsable de la recherche, au (418) 656-8711 (poste 5332) ou à l'adresse courriel suivante : [louis-francois.dallaire.1@ulaval.ca](mailto:louis-francois.dallaire.1@ulaval.ca). Vous pouvez également contacter Normand Brodeur, professeur à l'École de service social de l'Université Laval, au (418) 656-2131 (poste 3473) ou par courriel à l'adresse suivante : [normand.brodeur@svs.ulaval.ca](mailto:normand.brodeur@svs.ulaval.ca).

### **Remerciements**

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

## Signatures

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : «Violence conjugale et troubles mentaux : Les points de vue des professionnels intervenant auprès de conjoints aux comportements violents». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant, de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur

\_\_\_\_\_  
Date

## Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081

Ligne sans frais : 1-866-323-2271

Télécopieur : (418) 656-3846

Courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

**Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : N° d'approbation 2010-123 A-1 / 22-07-2010 (Initiales : \_\_\_\_\_).**

**Page 3 de 3 (Initiales : \_\_\_\_\_)**

## ANNEXE D – Liste des catégories d’analyse

### DÉCLARATIONS

Le cadre théorique amène à concevoir les déclarations comme des mots, des images ou des comportements qui ont pour fonction d’établir l’existence d’une problématique sociale. Les déclarations reflètent le point de vue des participants sur une situation qu’ils peuvent ou non juger problématique. Les déclarations sont identifiables à travers les **mots** et les **images** utilisés par les professionnels afin d’étayer leurs points de vue, tout comme les **comportements** (interventions) qu’ils adoptent en présence de certaines situations cliniques.

#### **1. Énoncés verbaux : Ce que disent les participants...**

##### 1.1 Sur les conjoints violents

*Énoncés verbaux se rapportant à la conceptualisation des participants quant à la violence conjugale en général, ses causes, ses impacts, ses manifestations. Par exemple :*

- Caractéristiques spécifiques des conjoints violents.
- Analyse de la violence exercée par certains hommes.
- Présence de cas d’exceptions aux explications utilisées par les participants (description).

##### 1.2 Sur les troubles mentaux

*Énoncés verbaux se rapportant à la conceptualisation des participants quant aux troubles mentaux en général, leur nature, leur prévalence dans la population en général, leurs impacts sur les personnes en souffrant ou sur leurs proches. Par exemple :*

- Caractéristiques spécifiques des personnes souffrant de troubles mentaux.
- Facteurs explicatifs.
- Processus d’évaluation diagnostique et de traitement des troubles mentaux en général.

##### 1.3 Sur les conjoints violents souffrant de troubles mentaux

*Énoncés verbaux se rapportant aux observations des participants quant à la concomitance de troubles mentaux et de violence conjugale chez les hommes.*

### 1.3.1. Caractéristiques associées aux conjoints violents souffrant de troubles mentaux

- Ce qui les distingue de l'ensemble des conjoints violents.
- Fonctionnement dans les services.
- Nature et manifestation des difficultés vécues.
- Trajectoires de service parcourues.
- Transactions entre les différents organismes ou établissements impliqués.

### 1.3.2. Prévalence de la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux...

- Dans la clientèle des conjoints violents en général.
- Dans leur milieu de pratique.

### 1.3.3. Type de troubles mentaux rencontrés

*Tout énoncé verbal se rapportant à la nature des troubles mentaux observés dans la population des conjoints violents, identifiable à travers les impressions cliniques des participants, ou à travers des troubles mentaux dont ont été formellement diagnostiqués certains de leurs clients.*

### 1.3.4. Signification accordée à la concomitance de troubles mentaux et la violence

*Tout énoncé verbal traduisant l'analyse, la compréhension ou l'interprétation accordée par les participants à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents.*

## 2. Images : Les images que se font les participants...

### 2.1. Des conjoints violents en général

*Images symboliques ou métaphoriques, utilisées par les participants afin d'illustrer leurs points de vue sur les conjoints violents en général.*

### 2.2. Des troubles mentaux

*Images symboliques ou métaphoriques utilisées par les participants afin d'illustrer leurs points de vue sur les troubles mentaux vécus par l'ensemble de la population.*

### 2.3. De la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux

*Images symboliques ou métaphoriques utilisées par les participants afin d'illustrer leurs points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux chez les conjoints violents.*

### **3. Comportements**

*Les comportements sont les conduites professionnelles adoptées par les participants dans différents contextes, qui traduisent en action leurs énoncés verbaux et leurs images face aux conjoints violents, aux troubles mentaux ou à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.*

#### **3.1. Conduites générales auprès de l'ensemble des conjoints violents**

*Toute intervention professionnelle généralement préconisée ou adoptée par les participants, en présence de conjoints violents ne présentant pas de troubles mentaux ou n'étant pas soupçonnés d'avoir des troubles mentaux. Par exemple :*

- Approches préconisées.
- Exemples d'interventions effectuées.
- Principaux besoins des conjoints violents en contexte d'intervention.

#### **3.2. Conduites générales auprès des personnes souffrant de troubles mentaux**

*Toute intervention professionnelle généralement préconisée ou adoptée par les participants, en présence de personnes souffrant d'un trouble mental et n'appartenant pas à la population des conjoints violents. Par exemple :*

- Approches préconisées.
- Exemples d'interventions effectuées.
- Principaux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux en contexte d'intervention.

#### **3.3. Conduites spécifiques auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux**

*Toute intervention professionnelle spécifiquement préconisée ou adoptée par les participants, en présence de conjoints violents pour lesquels un diagnostic de trouble mental a été posé. Par exemple :*

- Approches préconisées.
- Types d'interventions effectuées.
- Principaux besoins des conjoints violents souffrant de troubles mentaux en contexte d'intervention.

#### **3.4. Autres conduites**

*Toute intervention effectuée par les participants en lien avec la violence conjugale, les troubles mentaux ou la concomitance de ces deux problèmes, dans un contexte n'impliquant pas d'interventions directes auprès de clientèles demandant des services professionnels. Par exemple :*

- Discussions courantes (entourage, vie sociale, familiale).

- Représentation du milieu de pratique.
  - Sensibilisations.
  - Formations.
  - Tables de concertation.

## **CATÉGORISATION**

Le cadre théorique amène à concevoir la **catégorisation** comme un processus visant à accorder un sens aux réalités en se référant à des catégories préalablement définies, ce qui permet en retour d'orienter les actions subséquentes. Trois types de ressources permettent aux gens de procéder à la catégorisation des situations problématiques rencontrées (*expériences, croyances populaires, déclarations existantes*).

### **4. Expériences professionnelles**

#### 4.1. Difficultés liées aux clients

*Attitudes et comportements des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, ayant contribué à une intégration difficile aux services ou à l'atteinte des objectifs de leur processus thérapeutique. Par exemple :*

- État mental.
- Caractéristiques des troubles mentaux vécus.
- Fonctionnement dans les services.

#### 4.2. Difficultés liées aux participants

*Attitudes, émotions et comportements des participants, ayant contribué aux difficultés éprouvées lors d'interventions professionnelles auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Par exemple :*

- Dilemmes cliniques ou conceptuels.
- Réactions émotives en intervention.
- Limites rencontrées en intervention.
- Limite des connaissances.

#### 4.3. Difficultés liées au groupe

*Facteurs liés au contexte de groupe, ayant contribué aux difficultés d'intégration en groupe d'un conjoint violent souffrant de troubles mentaux. Par exemple :*

- Réactions des autres membres du groupe à l'endroit d'un conjoint violent souffrant de troubles mentaux.



#### 4.4. Difficultés liées aux milieux de pratique des participants

*Facteurs liés au contexte organisationnel des milieux de pratique des participants, ayant contribué aux difficultés expérimentées dans l'intervention auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Par exemple :*

- Réalités organisationnelles :
  - Mandat et mission.
  - Nature et durée des services offerts.
- Cadre d'analyse de la problématique.
- Concertation avec les autres milieux de pratique liés à l'intervention psychosociale ou socio-judiciaire auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

#### 4.5. Facilitateurs liés aux clients

*Attitudes et comportements des conjoints violents souffrant de troubles mentaux, ayant favorisé leur atteinte des objectifs du programme. Par exemple :*

- Ouverture aux interventions.
- Capacité à établir un lien de confiance.

#### 4.6. Facilitateurs liés aux participants

*Attitudes et comportements des participants, ayant favorisé l'atteinte des objectifs du programme ou le bon fonctionnement en groupe d'un conjoint violent souffrant de troubles mentaux. Par exemple :*

- Habiletés professionnelles.
- Habiletés relationnelles.
- Stratégies d'intervention.

#### 4.7. Facilitateurs liés au groupe

*Facteurs liés au contexte de groupe, ayant favorisé l'atteinte des objectifs du programme ou l'intégration en groupe d'un conjoint violent souffrant de troubles mentaux. Par exemple :*

- Attitudes respectueuses des autres membres.
- Bénéfices liés à l'intervention de groupe.

#### 4.8. Facilitateurs liés aux milieux de pratique des participants

*Facteurs liés au contexte organisationnel des milieux de pratique des participants, ayant favorisé l'atteinte des objectifs du programme ou l'intégration en groupe de conjoints violents souffrant de troubles mentaux. Par exemple :*

- Soutien organisationnel et clinique disponible pour les participants.
- Organisation des services offerts à la clientèle.
- Concertation avec les autres milieux de pratique liés à l'intervention psychosociale ou socio-judiciaire auprès de conjoints violents souffrant de troubles mentaux.

## **5. Expériences personnelles**

*Toute expérience vécue par le participant hors de son contexte professionnel, liée à la violence conjugale, aux troubles mentaux ou à la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.*

## **6. Formation**

*Processus d'acquisition de connaissances, de compétences et d'habiletés professionnelles, menant ou contribuant à l'exercice d'une profession.*

### **6.1. Formation liée à la violence conjugale**

- Formation professionnelle initiale.
- Formation pratique acquise à l'embauche, ou dans un processus de formation professionnelle continue.

### **6.2. Formation liée aux troubles mentaux**

- Formation professionnelle initiale.
- Formation pratique acquise à l'embauche, ou dans un processus de formation professionnelle continue.

### **6.3. Formations complémentaires**

- Formations effectuées hors du parcours académique initial des participants, liées à :
  - À l'acquisition d'outils ou d'approches thérapeutiques non-spécifiques à la violence conjugale et aux troubles mentaux.
  - Au développement de connaissances professionnelles connexes, non-spécifiques à la violence conjugale et aux troubles mentaux.

## **7. Déclarations préalablement existantes**

*Toutes déclarations ne provenant pas du participant et portant sur la violence conjugale, les troubles mentaux et la concomitance de troubles mentaux et de violence conjugale. Ces déclarations peuvent être rencontrées par les participants :*

### **7.1. Dans le milieu de pratique des participants**

- Analyse de la violence conjugale.
- Approche et modèles d'intervention préconisés.
- Critères d'intégration aux groupes de thérapie.
- Points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

7.2. Dans les autres milieux de pratique liés à la violence conjugale (Autres organismes pour conjoints violents, organismes d'aide aux victimes de violence conjugale, organismes sociojudiciaires).

- Analyse de la violence conjugale.
- Approche et modèles d'intervention préconisés.
- Critères d'intégration aux groupes de thérapie.
- Points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

7.3. Dans les autres milieux de pratique liés aux troubles mentaux (centres hospitaliers, CLSC, organismes communautaires en santé mentale).

- Analyse de la violence conjugale.
- Approche et modèles d'intervention préconisés.
- Critères d'intégration aux groupes de thérapie.
- Points de vue sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.

## **8. Croyanances populaires**

*Discours véhiculés en société et auxquels les participants sont exposés dans leur pratique professionnelle ou dans des contextes autres que professionnels. Ces discours peuvent porter :*

- Sur la violence conjugale.
- Sur les troubles mentaux.
- Sur la concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux

## **9. Fondements du processus de catégorisation**

*Éléments sur lesquels les participants considèrent qu'ils appuient leurs points de vue sur :*

- La violence conjugale.
- Les conjoints violents.
- Les troubles mentaux.
- La concomitance de violence conjugale et de troubles mentaux.