



Toxicomanie et violence conjugale :
recension des écrits et état de
la situation au Québec

CPLT

Dépôt légal :
ISBN : 2-550-35136-3
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Quatrième trimestre 1999

**Toxicomanie et violence conjugale :
Recension des écrits et état de
la situation au Québec**

Par

**Thomas G. Brown
Thomas Caplan
Annette Werk
Peter Seraganian
Manjit-Kaur Singh**

Traduit de l'anglais par Monique Lalancette

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie
Octobre 1999**

NOTES SUR LES AUTEURS

Thomas G. Brown a obtenu un doctorat en psychologie de l'Université Concordia. Par ailleurs, le Conseil québécois de la recherche sociale lui a attribué la bourse de chercheur-boursier. Il est responsable de la recherche au Pavillon Foster, centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes situé à St-Philippe-de-Laprairie; il a été nommé codirecteur du Programme de recherche en toxicomanie du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas; il occupe le poste de professeur adjoint agrégé au Département de psychologie de l'Université Concordia et contribue régulièrement à la littérature scientifique. Ses activités de recherche portent sur le développement d'instruments d'évaluation clinique, le transfert de traitement et de technologies de recherche novateur dans un environnement clinique, et sur l'étude de groupes spécifiques affectés par des problèmes d'abus de substances.

Tom Caplan a obtenu une maîtrise en Service social de l'Université McGill. Il occupe actuellement le poste de directeur de la Clinique en violence familiale de l'Université McGill, celui de clinicien au Pavillon Foster, en plus de poursuivre une pratique privée intense. Il collabore régulièrement à la littérature clinique et scientifique tentant de répondre à la complexité des enjeux que posent le traitement de la violence et d'autres formes de pratique clinique.

Annette Werk a obtenu une maîtrise en Service social de l'Université McGill. Récemment retraitée, Madame Werk a occupé le poste de professeure agrégée à l'École de Service social de l'Université McGill et celui de directrice à la Clinique en violence familiale de l'Université McGill. L'expérience qu'elle a acquise par sa longue pratique a permis l'avancement de différentes formes de traitement en violence familiale, la parution de nombreuses publications et l'enrichissement des connaissances dans le domaine du service social par son engagement dans la formation de plusieurs professionnels. Madame Clerk est actuellement consultante à la Clinique en violence familiale de l'Université McGill.

Peter Seraganian a obtenu un doctorat de Dalhousie University. Il est professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université Concordia et directeur de l'Unité de recherche appliquée en alcoolisme et toxicomanie de l'Université Concordia. Depuis près de trente ans, il

enseigne et mène des recherches dans le domaine de la psychologie. Il s'intéresse aux paradigmes d'apprentissage classique, à l'influence des facteurs psychologiques sur le système cardiovasculaire, et à différentes méthodes de traitement de l'alcoolisme qui tiennent compte des caractéristiques du client. Il est l'auteur de plusieurs articles scientifiques, de chapitres de livres et d'un texte en psychologie qui fait autorité, lequel explore la relation entre l'exercice physique et le bien-être psychologique.

Manjit-Kaur Singh a obtenu un baccalauréat en psychologie de l'Université McGill. Elle occupe le poste d'assistante de recherche au Programme de recherche en toxicomanie du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas. Elle s'intéresse à l'impact qu'exerce la culture sur l'incidence et la manifestation de la violence conjugale.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	i
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : BREF EXAMEN DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES	3
1.1 Questions d'ordre conceptuel et méthodologique dans le domaine de la recherche en toxicomanie et en violence conjugale	3
1.1.1 Instruments de mesure	3
1.1.2 Échantillonnage	6
1.2 Données épidémiologiques et cliniques	8
1.2.1 Violence conjugale	8
1.2.2 Toxicomanie	11
1.2.3 Concomitance de la toxicomanie et de la violence conjugale chez les hommes	12
1.2.4 Concomitance de la toxicomanie et de la violence conjugale chez les femmes	14
CHAPITRE 2 : INTERRELATION ENTRE LA TOXICOMANIE ET LA VIOLENCE CONJUGALE	15
2.1 Hypothèses explicatives	15
2.1.1 Toxicomanie et violence conjugale chez les hommes	16
2.1.2 Toxicomanie et violence conjugale chez les femmes	19
2.2 Portrait de la concomitance des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale	23
2.2.1 Hommes	23
2.2.2 Femmes	29
CHAPITRE 3 : TRAITEMENT	30
3.1 Traitement de la violence conjugale	30
3.1.1 Hommes	30
3.1.2 Femmes	33
3.2 Traitement de la toxicomanie	34
3.3 Traitement des problèmes concomitants de violence conjugale et de toxicomanie	36
3.4 Résultats d'une enquête sur la coordination des traitements pour les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale au Québec	38
3.4.1 Méthodologie et sites	38
3.4.2 Procédure	39
3.4.3 Instruments de mesure	39
3.4.4 Résultats	39
3.4.5 Milieux de traitement en toxicomanie	40
3.4.6 Maisons d'hébergement (refuges) pour femmes et centres de traitement	42
3.4.7 Traitement pour conjoints violents	44
3.5 Discussion des résultats	45
3.5.1 Milieux de traitement de la toxicomanie	45
3.5.2 Milieux de traitement des femmes victimes de violence	48
3.5.3 Milieux de traitement des hommes violents	48
3.6 Implications pratiques	49
3.7 Traitement intégré des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale	51

CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS	57
RÉSUMÉ	63
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
ANNEXE 1: Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès du personnel du programme de traitement en toxicomanie	79
ANNEXE 2 : Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès du personnel du programme à l'égard de la violence faite aux femmes.....	86

AVANT-PROPOS

Le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'action ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec.

Dans le cadre de ce mandat, le Comité procède donc régulièrement à des travaux visant à mieux comprendre et à mieux clarifier les liens qui existent entre la toxicomanie et certaines autres problématiques. C'est dans cette optique que l'étude sur "toxicomanie et violence conjugale" a été commandée. L'objectif est double : clarifier le lien et dégager des pistes d'intervention.

Note au lecteur

Le texte qui suit est en fait une traduction du rapport produit, en anglais, par les auteurs. Malgré une révision attentive et de nombreuses corrections apportées en vue d'améliorer la traduction, la version française demeure imparfaite au niveau du style. Le lecteur qui dispose d'une connaissance suffisante de l'anglais est donc invité à se procurer la version originale anglaise, disponible sur demande au CPLT.

INTRODUCTION

L'association entre les problèmes de violence en milieux conjugal et familial et l'usage de substances psychoactives (SPA) a été documentée par les communautés clinique et de recherche préoccupées par ce genre de problèmes. En règle générale, deux traits principaux distinguent cette relation. Premièrement, on a relevé une forte corrélation entre le phénomène de la violence conjugale et l'usage d'alcool et, dans certains cas, de drogues. Deuxièmement, on a constaté qu'une intervention dans une catégorie de problème est souvent perturbée par la présence de l'autre problème. Compte tenu de l'ampleur des risques et des coûts, tant au niveau humain que social, associés au traitement de l'un ou l'autre des problèmes ou même des deux problèmes, nous croyons qu'une stratégie de recherche et d'intervention concertée est nettement justifiée.

Bien qu'il existe une littérature abondante consacrée au phénomène de l'alcoolisme relié à la violence, on a constaté que la documentation traitant de l'interaction entre la violence conjugale et la toxicomanie est répartie dans les domaines conceptuel (ex. : social, biologique, psychiatrique), scientifique, académique et clinique, sans qu'il n'y ait pratiquement de communication entre eux. De même, le débat sur les stratégies d'intervention à l'égard de la concomitance de la violence conjugale et de la toxicomanie a souvent été discordant et idéologique. C'est en espérant promouvoir une perspective d'action interdisciplinaire et intégrée que le Comité permanent de lutte à la toxicomanie a commandé une série d'études, afin d'explorer la relation entre la toxicomanie et une variété d'autres problèmes de santé d'ordre physique et mental qui l'accompagnent souvent.

Ce travail vise quatre objectifs principaux :

1. fournir une vue d'ensemble sur l'épidémiologie du phénomène de la violence conjugale et de la toxicomanie au Québec, au Canada et aux États-Unis;
2. résumer les perspectives théoriques récentes sur les facteurs contribuant à la concomitance de la violence conjugale et de la toxicomanie;

3. présenter des données sur la situation actuelle au Québec concernant le réseau des services de santé mis en place pour traiter les individus aux prises avec des problèmes de violence conjugale et de toxicomanie;
4. explorer la pensée actuelle sur la façon d'appréhender la violence conjugale et la toxicomanie dans les cadres d'intervention existants.

Les données présentées dans ce document proviennent de deux sources principales :

- a) d'une recension des écrits à partir de banques de données telles que Medline et PsychLit, ainsi que de revues clés portant à la fois sur les problèmes de violence conjugale et de toxicomanie; et
- b) de questionnaires utilisés pour une enquête adressée aux directeurs de l'ensemble des organisations au Québec ayant comme mission première le traitement de la violence conjugale et/ou de la toxicomanie. Les questions contenues dans cette enquête ont été extraites (avec autorisation) d'une étude antérieure menée par le Dr William Bennett qui a exploré le degré d'intégration des organisations en mesure d'intervenir dans les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale dans l'État de l'Illinois. C'est ainsi, et avec les données clés sur les procédures utilisées par le réseau de services de santé à l'égard de la concomitance des problèmes de violence conjugale et de toxicomanie, qu'il a été possible d'estimer la généralisation des résultats.

La violence conjugale n'est qu'une forme de violence qui peut survenir dans un contexte interpersonnel-familial. Aussi, les cliniciens ont décelé plusieurs variations associées à la violence faite à un partenaire (ex. : violence dans une relation de femme-à-homme, d'homme-à-homme, de femme-à-femme, viol commis par un ami), chacune possédant ses attributs spécifiques, ses dynamiques et risques. Soulignons que cela dépasse les paramètres de cette étude de fournir un bilan exhaustif de l'épidémiologie, de l'étiologie et des écrits relatifs au traitement de tous les types de violence interpersonnelle, familiale ou conjugale liés à la toxicomanie. Dans le contexte de la coexistence de la toxicomanie et de la violence conjugale, l'objectif principal de cette étude concerne la violence d'homme-à-femme dans un couple d'âge adulte, possiblement la forme de violence la plus répandue en milieu familial ou conjugal. Cette façon de circonscrire le type de violence traité était nécessaire à la réalisation de cette monographie, mais elle ne vise aucunement à banaliser d'autres formes de violence conjugale et

familiale. De plus, mentionnons que notre objectif d'intervention touche principalement à la prévention secondaire et tertiaire, la prévention primaire étant ici exclue de cette analyse.

CHAPITRE 1 : BREF EXAMEN DES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1.1 QUESTIONS D'ORDRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE DANS LE DOMAINE DE LA RECHERCHE EN TOXICOMANIE ET EN VIOLENCE CONJUGALE

Un vaste corpus de travaux tente de définir l'étendue et la nature de l'interaction entre la toxicomanie et de la violence conjugale. Cependant, l'étude de ces problèmes présente de nombreux défis d'ordre méthodologique qui viennent nuancer notre compréhension du phénomène. Ces enjeux, et l'effet qu'ils peuvent avoir sur notre connaissance, seront discutés ultérieurement.

1.1.1 Instruments de mesure

Des facteurs à la fois communs et distincts compliquent notre habileté à clarifier la portée et les caractéristiques de la violence conjugale et de la toxicomanie. Parmi ces facteurs mentionnons que ce sont les différences au niveau des critères utilisés pour détecter la violence conjugale et l'abus qui ralentissent le plus notre démarche en vue de comprendre la fréquence et la nature de la violence conjugale (Hegarty & Roberts, 1998). Or, il n'existe pas de classification diagnostique pour la violence conjugale. Une définition que l'on attribue à la violence conjugale est tout acte qui implique l'usage de la force physique (au minimum, pousser ou bousculer) à l'endroit du conjoint ou du partenaire. Bien que cette définition présente une validité apparente et une mesure unidimensionnelle et dichotomique pour déceler la violence, elle a pourtant été critiquée à cause de son caractère trop restrictif (Rosenbaum, 1988). Pour sa part, Baron (1977) conceptualise l'agression comme étant "...toute forme de comportement portant atteinte à un autre individu qui cherche à éviter ce genre de traitement". Dans un contexte de "mauvais traitements" (*battering*), ce cadre plus large suppose aussi un seuil de tolérance inférieur qui englobe d'autres dimensions comportementales pouvant nuire significativement à un autre individu tout en partageant les mêmes effets que les "mauvais traitements" physiques

(ex. : le contrôle, la perte de l'estime de soi). Par conséquent, Edleson et Syers (1991) incluent toute menace de violence, toute violence physique ou toute violence psychologique (ex. : l'abus de pouvoir) comme seuil du comportement violent et abusif.

D'autres théoriciens (Stark & Flitcraft; 1991), bien qu'adhérant à une position analogue à l'égard de la violence, poussent plus loin la distinction entre l'abus physique et les "mauvais traitements". À leur avis, la violence conjugale implique l'usage de la force physique dans des relations intimes entre adultes. La notion de "mauvais traitements", par contre, réfère à un syndrome de comportements inadaptés dans la relation abusive qui a pour but de contrôler et d'augmenter l'emprise d'un partenaire sur l'autre. Ainsi, les "mauvais traitements" comportent des conséquences à long terme fort dévastatrices, aussi bien physiques que psychologiques, incluant des blessures, le viol, divers problèmes médicaux, l'isolement, des problèmes psychosociaux reliés au stress (ex. : toxicomanie, tentative de suicide, dépression, anxiété, abus à l'égard des enfants), ainsi que la probabilité d'un échec dans la recherche d'aide. Bien que l'un ou l'autre des partenaires puisse être maltraité, nous avons constaté que le syndrome de "mauvais traitements" caractérisé par l'exercice du contrôle et de l'emprise sur la partenaire est un problème uniquement lié aux relations abusives d'homme-à-femme.

Étant donné le vaste éventail de comportements qu'englobe la violence conjugale (Roizon, 1997), la définition utilisée dans ce texte comprendra non seulement les comportements mis en cause, mais également les conséquences associées à ces comportements, ainsi que notre compréhension de l'abus et nos réactions à l'égard de ce phénomène. Par exemple, une définition comportant une tolérance "zéro" envers toute forme de violence subie par n'importe quel type de partenaire, de la violence verbale à l'agression physique la plus brutale, peut ironiquement avoir des résultats démontrant des taux comparables d'abus entre hommes et femmes (Stark & Flitcraft, 1991). De plus, des crises occasionnelles de violence verbale, de la part du mari ou de la femme, peuvent avoir un effet significativement différent sur le partenaire et la famille, en comparaison avec une violence chronique, des comportements systématiques de terrorisme patriarcal et/ou de la violence physique. Ainsi, alors qu'une définition exhaustive renferme un côté intuitif, il se peut que des comportements entraînant des risques immédiats pour la

sécurité du partenaire et de la famille ne soient pas différenciés d'actes violents dont les conséquences seraient moins désastreuses (Hegarty & Roberts, 1998).

L'élucidation du phénomène de la violence conjugale est obscurcie plus loin du fait que les comportements considérés comme "violents" subissent l'influence de facteurs d'ordre légal, culturel et individuel. Par exemple, dans de nombreuses cultures, l'abus sexuel n'est pas considéré comme un crime dans le cadre du mariage, alors que de nombreuses femmes ne peuvent concevoir que des activités sexuelles forcées, dans une relation maritale, sont abusives. Outre ces sources de préjugés sociaux et personnels, la perspective disciplinaire d'un chercheur ou d'une chercheuse peut aussi influencer l'angle adopté dans l'étude du problème d'abus. Les chercheurs et les chercheuses orientés vers une analyse quantitative de la violence familiale endossent fréquemment une définition beaucoup plus large qui inclut tout acte de violence, qu'il soit verbal ou physique. À l'inverse, les chercheuses féministes orientées vers une analyse qualitative tendent à s'intéresser davantage aux substrats de la violence sexuelle et psychologique, alors que les épidémiologistes visent davantage des formes d'agression physique facilement quantifiable et évidente (Hanneke & Shields, 1985). En général, ce manque de cohérence entrave la collecte systématique des données, lesquelles permettraient de délimiter clairement l'étendue, la nature et les conséquences du phénomène de violence conjugale.

En ce qui a trait à l'usage abusif d'alcool et de drogues, la disponibilité et l'acceptation générale de plusieurs indices objectifs de consommation (ex : taux d'alcoolémie dans le sang et l'urine) contournent plusieurs des problèmes rencontrés dans l'évaluation de la gravité de la violence. De plus, des mesures valides et fiables résultant d'une autoévaluation, des rapports d'observateur et la possibilité d'un diagnostic formel établi à partir d'une nosologie reconnue (ex. : DSM-IV; ICM-9) ont émergé après plusieurs décennies de recherche et de développement. Les conséquences, en termes à la fois de gravité et de chronicité, de l'abus d'alcool et de drogues peuvent aussi être documentées. Cependant, on a remarqué un intérêt accru au sein de la communauté des chercheurs en violence pour d'autres dimensions de consommation. Même si rarement documentées, on croit que ces dimensions (ex. : les habitudes et le contexte de la consommation et les

anticipations liées aux effets de l'alcool) peuvent jeter une lumière nouvelle sur la portée et la nature des liens entre l'usage abusif de substances et la violence conjugale.

La tendance des individus à minimiser les problèmes reliés à la violence conjugale et à l'abus de substances (Edleson & Brygger, 1986; Lindquist *et al.*, 1997) est bien documentée. Ainsi, les sondages menés en vue de documenter la portée de la violence conjugale et de la toxicomanie dans une population et avec des échantillons spécifiques sous-estiment probablement l'étendue et la sévérité du phénomène à double problématique. En l'absence de mesures objectives, même la collecte d'informations concordantes obtenues du conjoint à l'égard de la violence conjugale ne parvient pas à résoudre ce dilemme. Les fréquentes contradictions relevées dans les déclarations de violence entre les partenaires posent un obstacle supplémentaire aux investigateurs: on s'interroge sur la véracité des déclarations rapportées, notamment, à laquelle on devrait se fier. De plus, la nature rétrospective d'une autoévaluation peut aussi introduire d'importantes contradictions pouvant affecter la validité des données recueillies (Leonard & Jacob, 1988), surtout des troubles cognitifs causés par une consommation aiguë ou chronique.

1.1.2 Échantillonnage

Dans les études où l'on a exploré le phénomène de la double problématique, on a constaté que d'autres facteurs viennent s'ajouter aux difficultés mentionnées antérieurement. Aussi, les études empiriques sur des hommes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale sont relativement peu fréquentes. De plus, la majorité des études traitant à la fois de toxicomanie et de violence utilise habituellement des échantillons de taille restreinte ou des échantillons de convenance spécifiques (ex. : des échantillons cliniques et médicolégaux d'hommes, des échantillons de femmes hospitalisées). Une recherche menée dans un tel cadre clinique peut introduire des biais supplémentaires. Les procédures d'accessibilité, de dépistage et de référence peuvent varier considérablement suivant le cadre de traitement et, par conséquent, réduire la généralisation des résultats obtenus dans un contexte à d'autres contextes. C'est en utilisant des échantillons provenant de sites multiples ou en faisant une sélection

d'échantillons plus homogènes que l'on peut diminuer l'effet de ce type de biais d'échantillonnage. Cependant, la fiabilité d'échantillons liés à des événements (ex. : des échantillons dans lesquels un "événement" important est arrivé tel un traitement, un séjour dans un refuge, en prison, en salle d'urgence) peut favoriser l'observation de problèmes plus sévères en toxicomanie et en violence conjugale (Roizon, 1997). Par conséquent, de pareils problèmes méthodologiques peuvent influencer notre compréhension quant au véritable lien entre l'alcool, les drogues et la violence conjugale (Leonard & Jacob, 1988).

Bien que le recrutement d'échantillons homogènes augmente la validité interne, notons que cette façon de faire aura aussi un impact sur la validité externe (c.-à-d. la possibilité de généraliser les résultats d'un cadre d'observation à l'autre). Par exemple, l'ensemble des études menées sur le phénomène de la double problématique considère uniquement les hommes qui abusent d'alcool (Pernanen, 1991). Si l'usage de l'alcool seulement prédominait dans les cadres où l'on explore la concomitance des problèmes d'abus de substances et de violence conjugale, un tel point de vue pourrait se défendre. Cependant, dans bon nombre de ces cadres d'observation (ex. : en milieu de traitement pour toxicomanie et dans les prisons), la polytoxicomanie est devenue la norme, tandis que la prévalence de l'alcoolisme "pur" a diminué (Brown, Seraganian & Tremblay, 1994; Roizon, 1997). De plus, plusieurs éléments de preuve indiquent que les types de substances dont on abuse (Bennett *et al.*, 1994) et la spécificité des modes de consommation (Leonard, 1993) peuvent influencer la nature et la sévérité de la violence conjugale ainsi que d'autres comportements violents. Bien que l'on reconnaisse de plus en plus l'hétérogénéité des hommes violents (Hamberger & Hastings, 1991), une étude systématique d'échantillons "naturalistes" (dans un environnement naturel) composés d'hommes consommant de façon abusive de l'alcool et/ou d'autres drogues et démontrant à la fois un comportement violent reste rare (Gleason, 1997). En général, le recours à des échantillons liés à des événements et/ou de sous-groupes spécifiques limite notre capacité à généraliser les résultats à l'ensemble des individus dans la communauté ou à dégager le véritable lien entre la toxicomanie et la violence conjugale.

Empreinte de difficultés liées aux procédures d'évaluation et d'échantillonnage, l'étude épidémiologique de la toxicomanie et de la violence conjugale présente également de multiples contraintes. La plus importante est la faible incidence de cas démontrant la concomitance de la violence conjugale et de la toxicomanie. Comme ce phénomène est relativement peu fréquent, ce qui est souvent le cas lorsqu'on examine la relation entre deux événements simultanés (c.-à-d. toxicomanie et violence conjugale), il faudrait que les échantillons soient beaucoup plus larges pour retenir suffisamment de cas. Aussi, rappelons que les fonds nécessaires à la réalisation de telles enquêtes obligent à exclure des questions pertinentes sur les problèmes concomitants de toxicomanie et de violence conjugale. S'ajoute à ce problème le fait que ni les comportements violents ni les comportements d'abus de substances ne se répartissent aléatoirement dans la population. Par exemple, on sait que la toxicomanie et la violence conjugale présentent une forte corrélation liée à un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques, incluant le genre, la pauvreté et l'âge (Pernanen, 1991). Par conséquent, viser uniquement la relation entre la toxicomanie et la violence conjugale peut invariablement biaiser l'échantillonnage de cas pertinents (Roizon, 1997). De plus, la possibilité de recruter de tels individus dans le cadre d'une enquête est aussi incertaine.

1.2 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES

Tout en tenant compte des procédures méthodologiques citées antérieurement, nous allons maintenant considérer la disponibilité des données épidémiologiques et cliniques en ce qui concerne la violence conjugale, la toxicomanie, et la concomitance de la toxicomanie et de la violence conjugale.

1.2.1 Violence conjugale

Pour les nombreuses raisons mises en relief précédemment, notons qu'il n'existe actuellement aucune banque de données, ni périodique ni standardisée, rapportant l'étendue de la violence conjugale. Toutefois, un certain nombre d'études ont tenté d'évaluer l'ampleur de la violence conjugale dans la communauté. Aux États-Unis, Straus et ses collègues (1980) estiment que 12 à 20 % des couples américains ont subi des actes

violents, 3,8 % des conjointes ont été victimes de violence conjugale, et 12,6 % des couples ont subi des sévices graves. Un autre rapport révèle qu'approximativement 30 % des femmes mariées et 20 % des femmes non mariées ont été victimes de violence physique infligée par leurs partenaires à un moment donné dans leur relation (Ponzetti, Cate & Koval, 1982). Comparables aux taux rapportés par Straus *et al.* (1980), les données recueillies auprès du *National Crime Survey* (Gauquin, 1977-78; Dutton, 1992) indiquent un taux de 3,9 % de violence grave commise par des hommes mariés envers leurs femmes. Ailleurs, dans la population générale, on rapporte un taux de prévalence annuel de 16 % (Straus & Gelles, 1990) à 22 % (Meredith, Abbott & Adams, 1986) à l'égard de la violence conjugale, alors qu'en Australie (Hegarty & Roberts, 1998), on rapporte un taux de prévalence allant de 2,1 à 28 %, dépendant de la définition que l'on accorde au phénomène de violence familiale. Finalement, une analyse des données tirées d'une variété de sources américaines, incluant le *Federal Bureau of Investigation* (FBI) et le *Bureau of Census*, a révélé qu'entre 1979 et 1981, 8,8 % de tous les homicides fatals aux États-Unis ont été commis par un partenaire masculin à l'endroit de sa conjointe (Mercy & Saltzman, 1989).

Au Canada, les données obtenues sur la violence faite à un partenaire appuient en grande partie les données américaines. Une étude menée en Alberta (Kennedy & Dutton, 1989) avec le *Conflict Tactics Scale* a révélé un taux de violence "mari-à-femme" de 11,2 %, en considérant tous les gestes d'agression autorapportés. Au Québec, les taux estimés de violence conjugale chez les femmes varient de 10 à 15 %, alors qu'approximativement 40 % des femmes québécoises ont rapporté un vécu de violence sexuelle ou physique dans une relation, au cours de leur vie (Statistique Canada, 1993).

On estime que moins de 5 % des femmes battues sont dépistées par un professionnel de la santé (Flitcraft, 1990). Ainsi, on a constaté qu'il est difficile d'obtenir des données précises sur la violence conjugale auprès des services de santé. Néanmoins, le fait de prendre de plus en plus conscience du rôle potentiel des services de soins primaires et des professionnels dans le dépistage de cas de violence familiale a permis d'élaborer des programmes de dépistage systématique (Spinola *et al.*, 1998; Oriol & Fleming, 1998). Par exemple, dans une étude menée auprès de 101 femmes consécutivement admises pour un

traitement médical interne sans traumatisme, dans un hôpital d'enseignement important, en milieu urbain, 26 % ont répondu affirmativement à la question suivante : "Peu importe le moment, est-ce que votre mari ou partenaire vous a déjà frappée, donné des coups de pied ou blessée physiquement ?" (McKenzie *et al.*, 1998). Dans une autre étude menée auprès d'hommes soignés en salles d'urgence, 13,5 % des hommes ont déclaré avoir fait preuve de violence physique envers leurs partenaires, 4,2 % d'entre eux admettent de la violence grave (Oriel & Fleming, 1998). Ailleurs, lors d'une recension d'études explorant les "mauvais traitements" infligés à des femmes à la recherche de soins prénataux, 4 à 24 % des femmes ont rapporté, après avoir été interrogées, de la violence (El-Bayoumi *et al.*, 1998).

Les estimations sur la fréquence de la violence à l'endroit d'un partenaire masculin sont peu concluantes. Comparativement à la victimisation féminine, un faible taux de 0,3 % a été avancé en ce qui a trait à la victimisation masculine (Dutton, 1992). À l'inverse, utilisant un vaste éventail d'actes violents, certains investigateurs estiment des taux de victimisation équivalents pour les femmes et les hommes (Stark & Flitcraft; 1991). De telles variations par rapport au taux de violence commise par une femme peuvent s'expliquer par les différences entre les hommes et les femmes dans la manière de définir la "violence", et par l'aversion qu'éprouvent certains hommes à admettre qu'ils ont été battus par leurs partenaires féminines. Indépendamment de la comparabilité de certaines analyses effectuées sur les taux de violence entre hommes et femmes, le type d'agression et la gravité de l'offense semblent être reliés de façon significative au sexe du partenaire qui a commis l'agression. Par exemple, une étude menée auprès d'hommes victimes soignés en salles d'urgence a révélé que la nature de leurs blessures était beaucoup moins grave que les situations habituellement rapportées par les femmes victimes. De plus, on a constaté que la victimisation masculine se produit souvent lorsque les deux partenaires sont violents (Muelleman & Burgess, 1998). De tels résultats suggèrent la possibilité que la violence commise par une femme est souvent un cas de légitime défense. Encore plus révélateur est le fait de constater que 50 % des meurtres subis par les femmes ont été commis par leurs conjoints ou amis intimes, ce qui est sensiblement plus élevé que le 11 % des meurtres subis par les hommes et commis par leurs femmes ou amies intimes (Statistique Canada, 1993).

Bien que cela dépasse l'objectif de ce rapport de fournir une recension détaillée de l'épidémiologie de la violence conjugale dans la population, il importe de noter que le risque de violence domestique et les conséquences qui en découlent peuvent considérablement varier en fonction de l'âge, du sexe, des contextes socioéconomique et culturel, parmi d'autres facteurs.

1.2.2 Toxicomanie

À l'inverse de la violence conjugale, des données épidémiologiques plus précises et périodiques sur l'usage abusif d'alcool sont disponibles. La clarté des définitions, des concepts et des critères utilisés pour établir un diagnostic sur la consommation et la dépendance vis-à-vis de l'alcool a considérablement contribué à valider les données nécessaires à l'analyse des modes de consommation dans la population. Selon les données recueillies auprès d'adultes américains de 18 ans et plus dans le *National Alcohol Survey of 1990* (Midanik & Clark, 1994), 6,5 % des hommes et 1,4 % des femmes ont déclaré avoir consommé cinq verres d'alcool ou plus par semaine au cours de l'année précédente. En ce qui concerne les dimensions interpersonnelle et financière, les attitudes à l'égard de la consommation d'alcool (ex. : la perte de la maîtrise de soi, une consommation excessive), les problèmes de santé et les accidents reliés à l'alcool, 9,9 % des hommes et 5,1 % des femmes ont rapporté trois problèmes ou plus reliés à l'alcool, alors que 16,1 % des hommes et 9,2 % des femmes (Midanik & Clark, 1995) ont rapporté deux conséquences sociales ou plus reliées à l'alcool. Les données recueillies pour estimer la prévalence dans la population proviennent du *Longitudinal Alcohol Epidemiology Survey*, enquête menée en 1992 qui a révélé que 4,7 % et 11 % des hommes, et 1,5 % et 4,1 % des femmes répondent aux critères du DSM-IV en ce qui a trait à l'usage abusif et à la dépendance à l'alcool (Grant *et al.*, 1994).

Au Québec, une étude récente menée auprès de la population (Santé Québec, 1995) a révélé qu'approximativement 38 % des hommes et 15 % des femmes de plus de 15 ans ont déclaré avoir consommé cinq verres d'alcool ou plus, à au moins cinq reprises au cours de la dernière année. De plus, 19 % des hommes et 7,4 % des femmes ont obtenu

des scores au CAGE, qui démontraient un risque élevé de conséquences négatives dues à leur consommation d'alcool. Par ailleurs, 2,5 % des hommes et moins de 1 % des femmes peuvent être classifiés comme étant de "gros buveurs" (c.-à-d. qu'ils consomment 29 verres et plus par semaine). En ce qui concerne l'usage de drogues illicites, 14 % des hommes et 11 % des femmes déclarent avoir consommé une drogue quelconque. En matière de violence conjugale, il importe de noter que le risque de toxicomanie et les conséquences qui en découlent peuvent varier considérablement en fonction de l'âge, du sexe, et des dimensions socioéconomique, culturelle et psychiatrique, parmi d'autres facteurs.

1.2.3 Concomitance de la toxicomanie et de la violence conjugale chez les hommes

La fréquente coexistence de la toxicomanie et de la violence conjugale est documentée depuis un bon moment. Par exemple, dans une recension de plus de 52 études examinant les "prédicteurs" de violence de mari-à-femme, on a trouvé que l'un des quatre prédicteurs de risque les plus constants (Hotelling & Sugarman, 1986) était l'usage abusif d'alcool. Suite à une enquête aléatoire menée auprès de plusieurs ménages, 70 % des conjoints ayant sévèrement battu leurs femmes ont rapporté qu'ils avaient été ivres une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à 50 % des hommes démontrant une violence plus modérée et à 31 % des hommes n'ayant pas violenté leurs conjointes (Kantor & Straus, 1989). Dans une étude menée à partir d'un échantillon d'hommes recrutés dans la communauté, on constate qu'une consommation plus élevée d'alcool différencie significativement les hommes violents en contexte familial de ceux dont le crime violent n'impliquait pas la conjointe (Fagan, Barnett & Patton, 1988). Les auteurs ont aussi démontré que la moitié des hommes violents mariés ont reconnu que leur abus d'alcool était occasionnellement relié à la violence conjugale, alors qu'un tiers des hommes ont rapporté que l'alcool et la violence étaient souvent ou très souvent reliés. L'étude de Pernanen (1991) menée auprès de résidents de Thunder Bay a démontré des résultats similaires : notamment, on a constaté que la consommation d'alcool était simultanément présente dans à peu près la moitié des épisodes de violence conjugale.

La littérature clinique traite abondamment de l'usage abusif de substances, en particulier de l'alcool, chez les individus en traitement pour violence conjugale. Par exemple, une étude a démontré que la consommation fréquente d'alcool de la part du conjoint était le prédicteur le plus significatif de la violence faite à une femme dans un échantillon de couples à la recherche de soins psychiatriques pour résoudre leur conflit conjugal (Coleman, Weinman & Hsi, 1980). Dans une autre étude, 68% des hommes en traitement dans un centre pour personnes alcooliques qui étaient mariés ou vivaient une relation intime depuis au moins trois mois, ont reconnu avoir "giflé ou poussé leurs partenaires une fois ou plus", alors qu'une autre proportion de 38 % ont reconnu avoir frappé leurs partenaires avec leurs poings ou leurs pieds (Powers, Schlessinger & Benson, 1983). Dans une étude récente menée auprès d'hommes à la recherche d'un traitement pour violence conjugale, 63 % répondaient aux critères diagnostiques du DSMR-III quant à la dépendance vis-à-vis d'une substance, alors que 6 % d'entre eux présentaient un problème relié à l'abus de substances (Brown *et al.*, 1999a). Par ailleurs, un peu plus de la moitié des hommes ayant un diagnostic actuel ont rapporté un problème de dépendance à de multiples substances, soit à l'alcool et à d'autres drogues. Seulement 30 % ont rapporté une problématique liée uniquement à la consommation d'alcool. En comparaison, dans une étude antérieure menée auprès d'hommes à la recherche d'un traitement pour leur comportement violent envers leurs partenaires, 59 % ont rapporté abuser uniquement d'alcool alors que seulement 18% ont rapporté abuser d'autres drogues (Fitch & Papantonio, 1983). Ces résultats suggèrent que la tendance observée quant à une prévalence accrue d'abus de substances multiples, dans les milieux contemporains de traitement en toxicomanie (Miller & Bennett, 1996), est aussi présente dans les sites de traitement en violence conjugale.

La relation entre les problèmes de violence conjugale et de toxicomanie a aussi été observée auprès d'hommes à la recherche d'un traitement pour des problèmes liés à l'usage de substances. Par exemple, une enquête menée auprès de 108 hommes en traitement pour alcoolisme a révélé que 83 % des hommes avaient démontré un comportement violent au sein d'une relation dans le passé, alors que 55 % des hommes avaient été violents au cours de l'année écoulée (Livingston, 1986). Une autre série d'études a examiné le comportement de toxicomanes violents recevant des soins soit dans

un cadre thérapeutique en violence conjugale, soit en toxicomanie (Brown *et al.*, 1998). 58 % des hommes en traitement pour toxicomanie ont rapporté au moins un épisode de violence physique sévère en milieu familial au cours de l'année précédente, alors que 100 % des hommes ont rapporté un épisode ou plus de comportements violents ("mauvais traitements" infligés).

1.2.4 Concomitance de la toxicomanie et de la violence conjugale chez les femmes

Le risque accru d'abus de substances associée à la victimisation, particulièrement chez les femmes, a aussi fait l'objet d'une investigation. Dans une étude, les femmes recrutées dans les centres de traitement pour toxicomanie et au sein de groupes AA ont été comparées à un échantillon aléatoire en milieu familial (Miller, Downs & Gondoli, 1989). On a remarqué que les femmes aux prises avec des problèmes d'alcool couraient plus de risques d'être victimes d'une forme quelconque de violence conjugale, même lorsqu'on prend en considération d'autres facteurs tels que le contexte démographique et la condition alcoolique de leurs partenaires. Dans un échantillon de femmes violentées à la recherche de soins, 46 % des femmes ayant subi une agression sévère ont déclaré avoir été ivres une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à 36 % des femmes victimes de violence mineure et à 16 % des femmes non maltraitées (Kantor & Straus, 1989). Goldstein et ses collègues (1991) constatent que dans un échantillon d'usagers et de vendeurs de drogues, 20 % des femmes qui consommaient régulièrement de la cocaïne et 31 % des femmes qui en faisaient usage de façon modérée ont déclaré avoir été victimes de violence de la part de leur partenaire. D'après leurs données, les hommes toxicomanes ne sont pas exposés à des risques semblables. En général, on constate qu'une histoire de mauvais traitements peut être le seul indice important reconnu en ce qui a trait à l'alcoolisme féminin; certains chercheurs estiment même que la violence est implicite dans 50 % des cas d'alcoolisme rapportés chez les femmes (Hilberman & Munson, 1977-78).

En comparaison, il existe moins de documentation sur la violence perpétrée par les femmes et la toxicomanie. Même si l'on reconnaît que les femmes commettent des actes d'agression et de violence de diverses formes et dans plusieurs contextes (ex. : dans des

gangs, dans des situations familiales où il y a abus à l'endroit des enfants), on a noté que la plupart des études sur les femmes toxicomanes traitent principalement de victimisation féminine. Des éléments de preuve suggèrent cependant que dans un contexte de violence conjugale, les femmes peuvent abuser de leurs partenaires à une fréquence comparable, mais que cette forme de violence pose un risque moins sérieux pour les hommes que pour les femmes victimes de violence masculine. Rappelons qu'une conséquence plus importante de la violence féminine est la réaction qu'elle peut provoquer chez le partenaire (Stark & Flitcraft, 1991). Ainsi, lorsqu'une femme use de violence physique dans un conflit conjugal, on peut s'attendre à une riposte plus dangereuse de la part de l'homme. Bien que la violence physique démontrée par la femme puisse jouer un rôle dans la sévérité des représailles, il importe d'être vigilant pour ne pas interpréter la violence initiée par la femme comme étant une provocation qui justifierait les gestes violents (et plus dangereux) de la part de l'homme. Ce modèle vient plutôt se superposer à un mode de comportement déjà implanté dans une relation abusive d'homme-à-femme.

CHAPITRE 2 : INTERRELATION ENTRE LA TOXICOMANIE ET LA VIOLENCE CONJUGALE

2.1 HYPOTHÈSES EXPLICATIVES

Il existe une vaste littérature qui traite du phénomène de la violence et de la toxicomanie. Il peut apparaître arbitraire d'isoler les "mauvais traitements" infligés par les hommes à leurs partenaires, quand l'usage ou l'abus de substances suppose des enjeux plus larges qui influenceront le comportement violent. Plusieurs études très pertinentes (ex. : Pernanen, 1991; Stark & Flitcraft, 1991; Holtzworth-Munroe & Stuart, 1994) présentent un aperçu des différents concepts associés à l'agression et à la violence conjugale en général, ainsi que dans un contexte de toxicomanie concomitante. Malgré quelques chevauchements entre les paradigmes, un certain nombre de modèles distincts ont été proposés pour expliquer le lien entre la toxicomanie et la violence conjugale. Dans ce chapitre, nous examinerons brièvement les modèles les plus susceptibles d'expliquer la concomitance de la violence conjugale et de la toxicomanie. Puis, suivra une discussion

sur les caractéristiques des hommes et des femmes impliqués dans une relation abusive lorsque la consommation de substances est présente.

2.1.1 Toxicomanie et violence conjugale chez les hommes

➤ *Perspective féministe*

Une approche féministe rejette catégoriquement que l'usage d'alcool et de drogues puisse être la cause de la violence conjugale, avançant que les hommes violents utilisent souvent le fait de consommer pour rationaliser l'épisode de violence infligée à leurs conjointes et pour déclinier toute responsabilité personnelle. (Stark & Flitcraft, 1991). En outre, le fait de se concentrer sur les problèmes d'abus d'alcool et de drogues est perçu comme étant une façon de diluer et d'excuser l'impact des structures "sociopatriarcale" et politique qui encouragent l'abus systématique des femmes. Notons qu'un raisonnement semblable empêche toute forme d'association entre la psychopathologie et la violence conjugale. Alors que le modèle féministe n'a pas été soumis à une recherche empirique comme certains autres, on s'entend pourtant sur un certain nombre d'observations cliniques communes pour soutenir ce modèle en regard de la violence conjugale en général. Par exemple, dans un contexte de violence grave infligée à une femme, on a remarqué que certaines caractéristiques du comportement de l'homme violent ne se rencontrent pas dans d'autres types de relations abusives, soit le besoin démesuré et dommageable de contrôler et de dominer sa partenaire. D'autre part, on sait que le taux de violence à l'égard des femmes est plus élevé que le taux de violence à l'égard des enfants ou des aînés. De plus, on reconnaît également que les femmes dont le statut ou l'éducation est supérieur à celui de leurs partenaires présentent un risque plus élevé de victimisation, peut-être à cause de la menace que cela représente pour l'homme traditionnel à la recherche de pouvoir dans une relation (Stark & Flitcraft, 1991). À l'inverse, le rejet par le modèle féministe de toute relation entre l'usage d'alcool et de drogues et la violence conjugale, n'est pas soutenu empiriquement. Alors que la relation n'est ni causale ni simple, il a été démontré que l'usage d'alcool et de drogues peut jouer un rôle par rapport à des facteurs tels que le risque de violence conjugale, la sévérité de l'abus et le succès du traitement (Conner & Ackerly, 1994).

➤ *Désinhibition*

Une explication assez répandue concernant l'interrelation entre la toxicomanie et la violence conjugale est que l'usage aiguë d'une substance agit pharmacologiquement de façon à désinhiber toute forme de comportement violent chez les hommes (Pernanen, 1991). Dans ce modèle, la tendance à la violence, laquelle serait autrement contrainte, est causée ou amplifiée par l'usage d'alcool ou d'autres drogues. Ce lien causal entre l'alcool et la violence est réfuté depuis longtemps (Coleman & Straus, 1979) par un certain nombre d'observations communes : 1) la violence conjugale peut ne pas disparaître complètement même lorsque l'individu ne consomme plus, elle peut plutôt se transformer, passant de gestes manifestes de violence physique à une violence psychologique et verbale beaucoup plus subtile (Maiden, 1997); 2) tous les hommes ne sont pas violents lorsqu'ils consomment de l'alcool, mais on constate qu'un comportement agressif relié à l'alcool est fortement variable; et 3) des mécanismes cognitifs tels que les anticipations liées aux effets de l'alcool et le contexte social dans lequel l'individu consomme peuvent être beaucoup plus importants (Hamilton & Collins, 1981). On a proposé un modèle connexe pour appuyer ces observations. La désinhibition apprise ou l'approche de l'expectative (aussi appelée "désaveu") soutient que les individus savent qu'il leur est permis de se comporter d'une manière agressive ou abusive sous l'influence de substances. Étant donné que la consommation d'alcool confère un "temps d'arrêt", il est alors permis aux individus de frapper ou d'agresser sans risque de représailles (Gelles & Straus, 1979).

Le rôle des facteurs cognitifs, plus spécifiquement les anticipations liées aux effets de l'alcool sur une variété de comportements, a été appuyé empiriquement. Dans un protocole équilibré "d'effet placebo", les sujets se sont vu administrer, soit une boisson non alcoolisée ou alcoolisée, laquelle était concoctée de sorte que la teneur en alcool ne soit pas apparente. Le "*feed-back*" concernant la teneur en alcool de la boisson a été transmis, soit de façon inexacte ou exacte. Sans tenir compte de l'actuel contenu alcoolisé des boissons, les perceptions et le comportement des sujets ont changé d'une façon constante lorsqu'on a révélé la teneur en alcool de leurs boissons (Marlatt &

Gordon, 1985). Selon une analyse de la littérature, d'autres auteurs (Paglia & Room, 1998) débattent le fait que les anticipations ne sont pas suffisantes à elles seules pour prédire un comportement agressif. En général, les résultats mettent en relief l'ensemble complexe des facteurs qui agissent de façon à influencer l'effet de l'alcool sur le comportement.

➤ *Traitement de l'information sociale*

Un autre paradigme s'intéresse à l'impact de l'alcool sur les facultés cognitives dans le traitement de l'information sociale. Selon cette perspective, l'alcool augmente le risque de violence conjugale en exerçant une influence sur la perception et l'interprétation de l'information, le temps de réaction et la prise de décision, ainsi que sur les comportements ultérieurs liés à ces processus (Holtzworth-Munroe, 1991). On constate que, tant l'abus d'alcool que l'abus de drogues, peuvent causer un stress conjugal, donc augmenter le risque de violence.

➤ *Association fausse*

Cette hypothèse avance que l'association putative entre la violence conjugale et la toxicomanie peut en grande partie être sans fondement. Vu sous cet angle, certaines situations individuelles, interpersonnelles et sociales sont à l'origine à la fois de l'usage excessif de substances et de la violence en général, étant donné l'absence d'une interaction directe causale (Gondolf, 1988). Ainsi, un problème ne contribue pas directement à l'autre problème. On constate plutôt que la violence conjugale et la toxicomanie sont des indicateurs autour desquels gravitent une ou plusieurs caractéristiques ou situations sous-jacentes, lesquelles augmentent le risque de la toxicomanie ou de la violence conjugale ou les deux. Par exemple, le comportement violent et la toxicomanie sont tous les deux des indicateurs qui révèlent un trouble de personnalité antisociale. Bon nombre de chercheurs (Bennett, 1995; Gondolf, 1988) avancent que certains hommes à double problématique (c.-à-d. abus d'alcool/drogues et violence) présentent un trouble de personnalité antisociale sous-jacent.

➤ *Intégration*

D'autres débattent encore le fait que la toxicomanie n'est pas un facteur nécessaire ni suffisant pour établir l'étiologie d'une agression conjugale (Leonard, 1993). En adoptant une position plus intégrative, divers facteurs incluant l'usage d'alcool et de drogues et le stress familial dû à des contraintes financières, sont perçus comme étant des prédicteurs de la violence conjugale. Dans une perspective connexe, Bennett et ses collègues (1994) énumèrent au moins neuf différentes variables qui interviennent dans la relation entre la violence conjugale et la toxicomanie chez les hommes : 1) avoir été témoin de violence conjugale durant l'enfance; 2) le conflit conjugal comme prise de pouvoir et de contrôle; 3) la tolérance d'une violence situationnelle envers les femmes; 4) un vécu de violence hors du contexte familial; 5) l'âge; 6) les caractéristiques d'une personnalité antisociale; 7) l'abus de substances autres que l'alcool; 8) un diagnostic d'alcoolisme; et 9) le revenu.

En résumé, un certain nombre d'hypothèses ont été proposées pour expliquer l'interrelation entre la toxicomanie et la violence conjugale. Cependant, ni la violence conjugale ni la toxicomanie ne sont des problèmes constants et uniques. Plutôt, ils comprennent une vaste gamme de comportements, de conséquences et de facteurs de risque. Quelques éléments communs peuvent surgir de l'étude des différentes formes de concomitance liée à la toxicomanie et à la violence conjugale. Cependant, certains chercheurs répliquent qu'une connaissance plus approfondie de l'interrelation entre la toxicomanie et la violence conjugale émergera seulement lorsque la méthode de recherche : 1) pourra identifier théoriquement et empiriquement des sous-groupes d'agresseurs et de victimes; et 2) pourra expliquer les phases évolutives de la trajectoire à partir des premiers épisodes d'abus jusqu'à ce que les comportements deviennent chroniques et stables (Leonard & Jacob, 1988).

2.1.2 Toxicomanie et violence conjugale chez les femmes

La victimisation des femmes a fait l'objet de nombreuses controverses. On reproche souvent aux femmes victimes de violence conjugale de tolérer ces relations et de ne pas

mener à terme les procédures judiciaires intentées contre leurs partenaires violents. Psychologiquement, ces observations ont été interprétées comme étant un indice chez les femmes battues d'une personnalité masochiste sous-jacente (Haver, 1987). Cependant, il y a actuellement peu de données pour soutenir empiriquement cette hypothèse. En ce qui a trait à la personnalité, les femmes battues font partie d'un groupe hétérogène. De plus, l'étude portant sur les caractéristiques de la personnalité des femmes qui maintiennent des relations abusives n'est pas parvenue à distinguer de manière convaincante les éléments précurseurs de l'abus, d'une part, des conséquences symptomatiques, d'autre part. À l'inverse, diverses explications ont été avancées pour tenter d'éclaircir les raisons pour lesquelles les femmes persistent à rester dans des relations abusives. Celles-ci incluent : 1) la crainte de représailles contre elles ou leurs enfants; 2) l'appréhension que les enfants serviront de boucs émissaires; 3) le manque de ressources économiques et matérielles (comme conséquence du contrôle total qu'exerce l'agresseur sur les conditions matérielles et sociales de leurs partenaires); 4) des réponses inadéquates et punitives de la part des institutions en position "d'aide"; et 5) des problèmes psychologiques et de santé débilissants tels qu'une peur intense, un syndrome de stress post-traumatique et une forme "d'impuissance acquise" comme conséquence de la violence chronique (Rhodes & McKenzie, 1998).

La tendance à "blâmer la victime" peut même être encore plus prononcée dans le cas d'une femme alcoolique ou intoxiquée qui est aussi victime de violence. Des éléments de preuve suggèrent que la toxicomanie chez la femme peut augmenter à la fois son risque d'être agressée (Miller & Downs, 1993) et la sévérité de ses blessures (Fagan & Wexler, 1987). En effet, on constate qu'il est plus probable que les femmes toxicomanes vivent des relations avec des hommes toxicomanes violents (augmentant ainsi leur risque d'être victime de violence) en comparaison aux hommes toxicomanes (Brown *et al.*, 1995; Stark & Flitcraft, 1991). Cependant, on avance qu'il puisse y avoir à la base de cette relation, une perception de la femme alcoolique par l'agresseur comme quelqu'un de sexuellement libertine et une mentalité sociale beaucoup plus permissive à l'égard de la violence, en raison de l'étiquette négative que l'on attribue à ce type de femme. (Miller, 1990).

Aussi, on remarque que, parmi les individus qui sont en position "d'aide", certains peuvent imputer aux femmes toxicomanes des stéréotypes sexistes. Par exemple, on a demandé aux thérapeutes qui travaillent dans un contexte de traitement de la toxicomanie, aux Pays-Bas, de décrire des patients typiques de sexe féminin et masculin. Sans tenir compte du sexe du thérapeute répondant, on a décrit les femmes toxicomanes comme étant plus dépendantes et masochistes et les hommes toxicomanes comme étant méfiants et hostiles (DeJong, Van Den Brink & Jansen, 1993). Dans une autre étude, on a trouvé que les répondants masculins étaient plus enclins à désapprouver l'alcoolisme de la femme lors d'épisodes de violence conjugale, comparativement à celui de l'homme vivant une situation analogue (Dent & Arias, 1990). En général, des biais sociaux et sexistes, une fausse attribution de blâme et une interprétation erronée à l'égard du comportement féminin peuvent éventuellement restreindre le soutien et la sympathie offerts aux femmes souffrant à la fois de problèmes de violence et de toxicomanie.

Bien que l'on considère que le fait de vivre avec un conjoint violent est une explication évidente de la victimisation de la femme, une évidence encore plus récente a émergé, démontrant qu'une relation plus complexe est à la base de l'interaction de la toxicomanie et de la violence conjugale chez les femmes. Un aspect de cette relation concerne la possibilité que la situation de victimisation entraîne le développement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie chez les femmes. Ainsi, le fait de recourir aux substances psychoactives est perçu comme étant un mécanisme qui permet aux femmes battues de tolérer leur victimisation. On a aussi examiné si la victimisation subie durant l'enfance pouvait avoir un impact sur la toxicomanie et la victimisation à l'âge adulte. On a trouvé qu'un vécu de violence physique ou sexuelle dans l'enfance (Kunitz *et al.*, 1998; Mullen *et al.*, 1996) prédisait l'abus de substances à l'âge adulte. Deux explications à l'égard de ces observations ont été proposées. Ainsi, à cause de la victimisation, on croit que les femmes continuent de souffrir d'une faible estime d'elles-mêmes et l'usage d'alcool devient alors un moyen de tolérer les conséquences émotionnelles négatives. L'observation selon laquelle les femmes ayant des antécédents familiaux de violence tendent à rester plus longtemps dans des relations abusives (Gelles & Straus, 1988) semble appuyer cette hypothèse. Une autre hypothèse est que les problèmes reliés à une faible estime de soi augmentent le risque chez les filles battues de s'intégrer à des groupes

de délinquants impliqués dans la consommation d'alcool et de drogues, phénomène qui contribue à son tour à l'augmentation du risque d'abus de substances chez ces femmes (Miller & Downs, 1993).

En résumé, même si les femmes présentent un risque plus élevé de souffrir de toxicomanie lorsqu'elles vivent auprès de conjoints violents, les explications quant à la trajectoire, du début de la victimisation jusqu'aux problèmes subséquents de toxicomanie et de victimisation, ont encore à être précisées. Aussi, on considère que la clarification des deux problèmes contribuerait grandement à l'avancement des connaissances dans ce domaine : 1) en établissant un ordre temporel explicite quant à l'interaction de la toxicomanie et de la violence conjugale (c.-à-d. identifier si la violence précède l'apparition des problèmes de toxicomanie ou l'inverse); et 2) en clarifiant la relation entre l'usage abusif d'alcool et de drogues et la victimisation passée et présente par de multiples agresseurs (Miller, 1990).

Dans une section précédente, on a traité du phénomène de la violence dans une relation de femme-à-homme, en contexte d'abus de substances. Des éléments de preuve suggèrent que des substances telles que l'alcool et la cocaïne peuvent agir de sorte à augmenter le risque de violence pour les deux sexes (Coleman & Straus, 1983). Cependant, il n'est pas clair que l'alcool provoque l'agressivité chez la femme de la même façon que chez l'homme (Frieze & Schaffer, 1984). De plus, des différences au niveau du contexte socioéconomique de la violence féminine (c.-à-d. faible revenu, statut de minorité ethnique), de ses manifestations et même au niveau de l'intention ont amené certains scientifiques (ex. : Anglin & Hser, 1987; Hien & Hien, 1998) à débattre le fait qu'en dépit de certaines similitudes externes, la violence féminine est fondamentalement distincte de sa contrepartie masculine.

À l'inverse, un plus grand nombre de données sont disponibles pour étudier la toxicomanie et la violence dans une relation de femme-à-enfant (ex. : Miller, 1990). Cependant, peu d'exploration systématique de la violence féminine envers le conjoint, avec ou sans problème de toxicomanie, a été entreprise. Plusieurs raisons sous-tendent le manque d'attention consacrée à cette forme de violence conjugale. Celles-ci incluent : 1)

la dangerosité relativement plus sérieuse de la violence conjugale dans une relation d'homme-à-femme; 2) l'étude de la violence féminine dans un couple implique de remettre en cause les interprétations sociopolitiques prédominantes à l'égard de la violence conjugale, et par le fait même menace la carrière scientifique; 3) la crainte que cette démarche amène à "blâmer la victime", banalisant ainsi le problème le plus odieux de violence faite à la femme; 4) l'incohérence de la violence féminine et des valeurs culturelles, lesquelles tendent à percevoir les femmes comme des victimes passives plutôt que des instigatrices de la violence envers leurs conjoints et leurs enfants; 5) les dilemmes éthique et méthodologique qui compliquent l'étude des femmes violentes ou abusives dans un cadre familial (Hien & Hien, 1998). Cependant, il apparaît raisonnable de présenter l'hypothèse que l'abus d'alcool et d'autres drogues chez la femme peut jouer un rôle sur le dénouement des événements. Dans l'ensemble, l'accroissement rapporté, dans différentes études, à la fois de la violence et de l'abus de substances chez les femmes, ainsi que la démonstration que même une forme plus bénigne de violence peut contribuer à l'escalade de la violence dans le couple, illustrent l'importance d'étudier la violence conjugale féminine et l'abus de substances chez les femmes.

2.2 PORTRAIT DE LA CONCOMITANCE DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE ET DE VIOLENCE CONJUGALE

La plupart des données disponibles qui décrivent les caractéristiques des hommes et des femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale proviennent d'études menées à partir d'échantillons cliniques. Par conséquent, il est peu probable que les données dérivant de ce type d'études représentent l'ensemble du phénomène de la toxicomanie et de la violence conjugale. Dans les sections qui suivent, il sera question des caractéristiques des hommes et des femmes qui présentent la double problématique.

2.2.1 Hommes

➤ *Hommes avec une double problématique vs hommes avec un problème unique*

La plupart des données qui comparent les hommes avec une double problématique aux hommes avec un problème unique proviennent d'échantillons de personnes en traitement pour violence conjugale ou pour toxicomanie. Invariablement, les hommes avec une double problématique qui se trouvaient dans des cadres de traitement, soit en violence ou en toxicomanie, possèdent d'autres attributs qui les différencient de ceux des cohortes à problème unique. Dans une étude comparative menée auprès de deux groupes d'hommes violents (c.-à-d. un groupe consommant de l'alcool de façon régulière et l'autre groupe de façon épisodique), on a relevé des variances au niveau de l'âge, du statut socioéconomique, du mode de consommation d'alcool de la victime, du degré de violence et au niveau de la violence faite aux enfants (Eberle, 1982). D'une façon similaire, dans une étude menée auprès d'hommes violents engagés dans un programme de réduction des méfaits en violence familiale, Hastings et Hamberger (1988) constatent que l'usage d'alcool amplifie les caractéristiques de leur personnalité et la dépression associée aux "mauvais traitements" telle qu'observée dans d'autres recherches. Dans une autre étude menée auprès d'hommes en traitement pour toxicomanie (Brown *et al.*, 1998), on a observé, à mesure que la concomitance de la violence augmentait, davantage d'insensibilité interpersonnelle, d'hostilité, de méfiance, de projection du blâme, et un fonctionnement général plus médiocre. Dans une étude parallèle menée par ces investigateurs dans des cadres de traitement en violence familiale, on a constaté que les hommes qui avaient reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives rapportaient plus fréquemment des actes de violence verbale et psychologique, une plus grande hostilité et méfiance et un plus grand nombre d'arrestations et de condamnations pour divers crimes commis dans le passé que ceux des cohortes d'hommes uniquement violents (Brown *et al.*, 1999a).

On a aussi examiné la possibilité que les toxicomanes violents participant à des programmes en toxicomanie ou en violence conjugale puissent avoir en commun des caractéristiques déterminantes. Une enquête a démontré que les hommes avec une double problématique étaient généralement plus enclins à présenter un trouble de personnalité antisociale et un comportement narcissique que ceux des cohortes avec un problème unique (Bennett, 1995; Coid, 1982; Gondolf, 1985; Hastings and Hamberger, 1988). De la même manière, deux études ont comparé des hommes présentant la double

problématique, soit dans un milieu de traitement pour toxicomanie, soit dans un milieu de traitement pour violence conjugale. Dans une étude comparant des hommes en traitement pour violence conjugale avec des hommes en traitement pour toxicomanie (Stith, Crossman & Bischof, 1991), aucune différence significative n'a été relevée, indépendamment de certaines différences "logiques" entre les échantillons (ex. : un plus grand nombre d'hommes en traitement pour violence étaient mariés). Notamment, aucune dissemblance sur les degrés de violence conjugale n'a été rapportée entre les deux cadres de traitement. Cependant, notons que les hommes avec une double problématique n'ont pas été systématiquement ciblés pour faire partie de cette étude. Une rare étude, qui mettait spécifiquement en relief les hommes présentant une double problématique dans l'un ou l'autre cadre de traitement (Brown *et al.*, 1999b), a indiqué que les hommes en traitement pour toxicomanie qui présentaient une double problématique démontraient davantage de problèmes de toxicomanie que ceux des cohortes en traitement pour violence qui présentaient aussi la double problématique. On a décelé seulement une tendance dans la relation entre la dangerosité du comportement violent et le cadre de traitement. Étonnamment, la fréquence moyenne de violence sexuelle envers un partenaire était véritablement plus importante chez les hommes en traitement pour toxicomanie que chez les hommes en traitement pour violence. Ces résultats soutiennent la possibilité que la sévérité de la toxicomanie, mais non de la violence domestique, puisse différencier, avec plus de fiabilité, les hommes en traitement pour toxicomanie, que les hommes en traitement pour violence.

➤ *Type de consommation*

Une grande partie des études menées auprès d'hommes avec une double problématique portent sur l'abus d'alcool. Cependant, dans une étude récente (Brown *et al.*, 1999a), on a trouvé que 52 % des hommes qui présentent la double problématique et qui sont en traitement pour violence présentaient simultanément une dépendance à l'alcool et à d'autres drogues, ou à plusieurs drogues en même temps. Ceci suggère qu'alors qu'on tend à déceler de multiples troubles liés à l'usage de drogues dans d'autres milieux

cliniques, dans les milieux de traitement de la violence conjugale, une certaine filtration s'exerce.

De même, les efforts pour clarifier le rôle de la toxicomanie dans la violence conjugale se compliquent par un certain nombre de facteurs. Différentes substances (ex. : cannabis, héroïne, alcool) agissent différemment au niveau pharmacologique (ex. : action sédatrice ou stimulante), ce qui peut en retour influencer la forme de violence. De plus, lorsqu'on étudie l'impact des drogues illicites dans des environnements naturels, on relève une grande incertitude quant à la nature des ingrédients contenus dans les drogues consommées. Par ailleurs, l'idée d'évaluer si certaines substances ont une influence indépendante ou synergique sur le comportement violent est une entreprise assez déroutante. Néanmoins, il y a certaines évidences à l'effet que l'usage de certaines drogues, telles que le cannabis et l'héroïne, tendent à diminuer les risques de violence conjugale, tant chez les alcooliques que chez ceux qui ne consomment pas d'alcool (Miller, 1990). À l'inverse, l'association entre l'abus de cocaïne, surtout le crack, et la violence conjugale a été relevée dans une variété de populations (Friedman, 1998). Cependant, la façon dont la cocaïne exerce une influence soulève une grande controverse. En fait, on se demande si ce sont les effets pharmacologiques de la cocaïne qui augmentent le risque et/ou la sévérité de la violence, ou si ce sont les circonstances sociales illégales entourant son usage et son acquisition qui attirent des individus avec davantage de tendances antisociales (et "généralement violents") (Denison *et al.*, 1997).

➤ *Sévérité de la toxicomanie*

La possibilité qu'il existe une relation "dose-effet" entre l'alcool et les drogues, d'une part, et la violence conjugale, d'autre part, a été explorée par un certain nombre de chercheurs (ex. : Denison *et al.*, 1997; Saunders, 1992). Cependant, il y a beaucoup d'inconsistance dans les données. Par exemple, dans une étude, on n'a détecté aucune corrélation significative entre le nombre de symptômes d'alcoolisme détectés par le *Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*, dans un échantillon d'alcooliques plus âgés, et leurs scores obtenus au *Conflict Tactics Scale* (Gondolf & Foster, 1991). Une autre étude n'a pu démontrer de relation systématique entre les indices "quantité-fréquence" de la consommation d'alcool et la sévérité de la violence, même si un diagnostic de dépendance à l'alcool prédisait une violence plus grave (Bennett *et al.*, 1994). Bennett (1995) a aussi suggéré qu'un certain sous-groupe d'agresseurs masculins pouvaient correspondre au Type II de la typologie de Cloninger sur l'alcoolisme, un patron de comportement typiquement mâle d'abus d'alcool caractérisé par des attaques prématurées et par la présence d'antécédents d'alcoolisme et de criminalité du côté paternel. Les cibles de tels individus tendent à ne pas seulement être leurs partenaires.

D'autres études suggèrent que la sévérité de la violence domestique est plus souvent associée à la sévérité de l'abus de drogues plutôt que d'alcool (Brown *et al.*, 1998; Kantor & Straus, 1989). Finalement, il est possible que la relation entre la toxicomanie et la violence conjugale ne soit pas linéaire. Un certain nombre d'études indiquent une relation en U inversé entre la sévérité de l'alcoolisme et la violence conjugale (Bennett *et al.*, 1994; Coleman & Straus, 1983; Leonard & Jacob, 1997). Cela signifie que la violence peut augmenter en parallèle selon la quantité d'alcool ingurgitée et diminuer lorsqu'on atteint des niveaux plus élevés de consommation. On a noté un rapport similaire entre la sévérité de l'usage de la cocaïne combinée à l'alcool et la violence conjugale (Brown *et al.*, 1998). L'explication fournie pour valider ces observations est qu'à mesure que la consommation augmente, l'agresseur perd la capacité psychomotrice de blesser réellement sa victime.

➤ *Modèles d'abus de substances*

Cette étude s'intéresse avant tout aux problèmes d'abus de substances et de violence conjugale sur de longues périodes. Ainsi, on a remarqué une forte variabilité quant au mode de consommation d'alcool et d'autres substances chez les individus qui présentent des histoires chroniques de toxicomanie et de violence conjugale. Par conséquent, certains chercheurs ont investigué les modes spécifiques de consommation chronique, tels qu'une consommation épisodique versus une consommation régulière, en relation avec la dynamique du couple. Leonard et Jacob (1988) émettent l'hypothèse qu'un mode de consommation d'alcool régulier représente une source prévisible de stress plus facilement tolérable par la famille, alors qu'un mode de consommation épisodique porte davantage atteinte à la stabilité et à l'intégrité de la famille. Pour appuyer cette hypothèse, des données suggèrent qu'un mode de consommation d'alcool épisodique chez l'homme est associé avec une probabilité plus élevée d'agression conjugale (Murphy & O'Farrell, 1994) et une personnalité de type "impulsive-agressive-antisociale" (Leonard & Jacob, 1997).

Dans l'ensemble, il y a des indices contradictoires quant à la relation entre la violence conjugale et l'abus de différentes substances. De plus, la tendance à consommer de multiples drogues embrouille notre connaissance quant à l'influence des différentes drogues sur le phénomène de la violence conjugale. Finalement, l'absence de relation claire "dose-effet" entre la toxicomanie et la violence conjugale souligne la complexité de cette interaction.

➤ *Type de violence*

Si les hommes qui abusent d'alcool sont reconnus comme formant une population hétérogène, l'hétérogénéité des hommes violents dans les relations de couples est aussi maintenant largement reconnue (Tolman & Bennett, 1990). Comparable à l'hypothèse qui avance que certaines typologies de substances peuvent avoir un impact sur la probabilité de la violence conjugale, il est aussi possible d'élaborer des typologies de

violence. Par exemple, certains auteurs (Coid, 1982; Shields & Hanneke, 1988) présumant que la violence conjugale fait partie d'un modèle d'agression généralisée pour certains hommes (c.-à-d. que ces hommes sont généralement violents) alors que pour d'autres hommes, l'agression se limite à leurs partenaires (c.-à-d. que ces hommes sont violents uniquement en milieu familial). De plus, il semble y avoir un certain consensus sur le fait que les hommes qui sont généralement violents infligent des blessures physiques plus sévères à leurs conjointes, qu'ils consomment plus d'alcool et qu'ils présentent une stabilité sociale inférieure (Gleason, 1997).

2.2.2 Femmes

On a observé chez les femmes qui sont à la fois alcooliques et victimes de violence conjugale, un taux élevé de stress post-traumatique. Tel que décrit dans le Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales (DSM-IV) développé par l'*American Psychiatric Association* (1994), le PTSD (*Post-traumatic stress disorder*) est caractérisé par une série de symptômes qui surviennent après avoir été exposé à des facteurs d'agression provoquant un traumatisme tels que la menace de mort ou le meurtre d'un autre individu, le combat militaire, l'agression sexuelle, les catastrophes naturelles ou technologiques et les accidents. Les symptômes du syndrome PTSD impliquent de perpétuels *flashback* liés à une expérience traumatisante, une résistance à se remémorer l'expérience, une léthargie émotionnelle et un éveil physiologique accru, lesquels demeurent présents pendant au moins un mois, causant une détresse et un dysfonctionnement cliniquement significatifs. Dans des échantillons cliniques de femmes toxicomanes, on a estimé la prévalence à vie du PTSD à environ 50 %, alors qu'une proportion de 25 à 33 % peuvent souffrir d'un diagnostic actuel de PTSD (Ouimette *et al.*, 1998). Curieusement, en dépit des liens potentiels entre la toxicomanie, la violence et le PTSD chez les femmes, l'étude directement centrée sur cette triade de problèmes interreliés est limitée. Une analyse plus poussée de ce triple phénomène apparaît nettement indiquée.

Le potentiel que représente le traitement des problèmes concomitants de toxicomanie et de violence conjugale est assez vaste. Nos études (Brown *et al.*, 1998; Brown *et al.*, 1999a) ont démontré que les milieux de traitement en toxicomanie et en violence conjugale sont d'importants points d'entrée naturels dans le système d'intervention pour les individus aux prises avec les deux problèmes. Ainsi, ce chapitre portera sur les questions relatives au traitement des individus à double problématique dans chacun des cadres thérapeutiques. Nous commencerons la discussion par une description des différentes approches de traitement à l'endroit des agresseurs masculins, des victimes féminines, tout en examinant brièvement les composantes principales du traitement en toxicomanie. Finalement, nous examinerons les enjeux que comportent la coordination des traitements (*treatment linkage*), le traitement intégré et quelques modèles prometteurs.

3.1 TRAITEMENT DE LA VIOLENCE CONJUGALE

3.1.1 Hommes

Le traitement pour les hommes responsables de violence conjugale varie largement quant aux philosophies d'intervention, aux stratégies et aux deux types de programmes. Cependant, la plupart des services actuellement offerts aux hommes comportent une formule de groupe, impliquent les mêmes sexologues, proposent un nombre fixe de sessions, et fournissent des traitements dans le but de maîtriser la colère en combinaison avec d'autres interventions d'ordre psychologique. Un des modèles les plus utilisés est basé sur un projet d'intervention en violence domestique, soit le *DAIP* (Domestic Abuse Intervention Project). En 1981, un organisme a été mis sur pied, aux États-Unis, afin de superviser l'ensemble des programmes destinés aux agresseurs, les groupes d'aide aux femmes et les programmes éducatifs et de formation. On désigne dorénavant ce modèle d'intervention sous une autre appellation, soit le "modèle Duluth". Axé sur une "approche globale et de type coopératif", il implique une philosophie d'intervention qui assure à la victime une sécurité, un suivi de cas, du *feed-back*, le partage de l'information, le tout étant supervisé par un organisme coordonnateur indépendant (ACT, 1999). Le

traitement comporte exactement 29 semaines de sessions de groupe "fermées", fortement structurées, avec une approche orientée vers la modification du comportement. C'est actuellement l'approche prédominante dans le traitement de la violence domestique et il a été officiellement adopté par plusieurs états américains. Cependant, en dépit de sa popularité, on a émis certaines réserves à l'égard des fondements thérapeutiques de l'approche. Une des critiques formelle est à l'effet que le "modèle Duluth" met fortement de l'avant une approche punitive et humiliante. Paradoxalement, on privilégie une orientation patriarcale (c.-à-d. que l'on préconise la prise de pouvoir et le contrôle pour dominer ou changer l'autre) pour faire face à des problèmes causés par un système "sociopatriarcal" qui encourage l'abus (Hoff, 1999).

Plusieurs autres approches ont émergé. Par exemple, le *Domestic Abuse Project* est une stratégie de traitement qui recourt à un groupe fortement structuré et qui implique 10 à 36 sessions (Edelson & Tolman, 1992). Il identifie une approche cognitive-behaviorale, visant aussi bien la modification du comportement individuel que l'exercice de pressions en vue d'un changement social. Un programme de traitement offert en Californie, *The Battered Women's Alternatives (BWA)*, est quant à lui principalement centré sur une approche psycho-éducative. Il traite de la socialisation des hommes (ex. : les rôles sexuels, la perception de la femme, le pouvoir et le contrôle) en plus de traiter des compétences parentales, de questions sur l'intimité, l'abandon, la jalousie et la colère (BWA, 1999). Ces interventions sont étalées sur une période de sept à 52 semaines en consultation privée et groupes éducatifs. Une autre approche de traitement pour contrer la violence conjugale est l'approche féministe radicale adoptée par le *Catholic Social Services of Washtenaw County's Alternatives*. Cette stratégie d'intervention préconise l'incarcération des agresseurs et la supervision de tous les services offerts en violence conjugale par des " survivantes", des refuges pour femmes battues et par la communauté féministe (Hart, 1999).

Un modèle local de traitement de la violence, celui de la Clinique en violence domestique de l'Université McGill, diffère sur plusieurs points des approches discutées précédemment. La structure de groupe est "ouverte" et permet aux hommes de débiter et de quitter le traitement selon leurs besoins, soit après un minimum de 15 semaines

consécutives de traitement. Le groupe est coanimé par deux thérapeutes de sexe opposé qui axent leurs interventions sur le processus, afin de minimiser les effets aussi bien du contre-transfert du thérapeute que la résistance du client. L'objectif du conseiller est d'aider le client à assumer la responsabilité de son traitement, incluant la stimulation (*challenging*) des autres membres du groupe, le parrainage des nouveaux venus et des apprentissages par le "*modeling*" de stratégies de résolution de problèmes appropriés (Caplan & Thomas, 1995). Cette approche est plus ouverte et éclectique que certaines autres formes de traitement en violence conjugale, et elle inclut des composantes des approches behaviorale, cognitive-behaviorale, d'*insight*, et des thérapies centrées sur l'engagement social et le "*leadership*" (Caplan & Thomas, 1998).

La diversité des approches dans le traitement de la violence conjugale reflète l'existence d'un débat idéologique continu, parfois empreint de rancœur. Il y a un consensus grandissant, selon lequel tant le comportement individuel que les composantes sociales sous-tendent la violence conjugale. Par conséquent, le traitement des hommes violents est de plus en plus accepté comme une réponse légitime à la violence conjugale. Cependant, la manière de concilier une approche de traitement individuel avec une perspective d'intervention sociale plus traditionnelle, qui insiste sur la nécessité de changer le comportement de tous les hommes dans leurs rapports avec les femmes, apparaît moins clairement (Edelson, 1995). Dans ce sens, deux questions demeurent non résolues : 1) jusqu'à quel point un traitement individuel peut-il résoudre les problèmes de violence conjugale ?; 2) est-ce que le fait de se concentrer sur la modification du comportement individuel ne détourne pas l'attention du besoin d'une transformation sociale fondamentale à l'égard de la condition féminine ?

Très peu d'études bien encadrées ont été menées en vue de déterminer l'efficacité des programmes d'aide pour hommes violents et les facteurs nécessaires pour améliorer les résultats du traitement (Saunders, 1996). L'évaluation d'un programme pose plusieurs dilemmes méthodologiques tels que l'absence de définitions formelles sur le succès d'un traitement et la validité des techniques de collecte de données utilisées (Saunders, 1996). Cependant, quelques données concernant les résultats de certains traitements sont disponibles. Lévesque et ses collègues (1998) ont mené une étude auprès de 258 hommes

en thérapie de groupe pour hommes violents. Le très modeste effet de masse relevé dans leur étude (c.-à-d. $ES=0.06$, $p > .05$), ainsi que les résultats de 18 autres études, les ont amenés à affirmer "que le traitement est faiblement efficace". Une autre étude, menée auprès de 283 hommes choisis au hasard pour suivre l'une des trois formes de thérapie de groupe proposées, a tenté de déterminer les impacts du type de traitement sur l'efficacité. Les résultats obtenus après un suivi de six mois et de 18 mois ont démontré que les programmes de traitement plus brefs et plus structurés étaient invariablement plus efficaces pour réduire la violence domestique. Suite à un programme de traitement très structuré en 12 sessions, 34,5 % des hommes ont reconnu, lors du suivi de six mois, avoir été à nouveau violents. Après 18 mois, 50,9 % ont rapporté des épisodes de violence. Dans un autre groupe d'hommes engagés dans un programme de traitement moins structuré, en 32 sessions, 45,9 % étaient encore violents après six mois, et 56,8 % après le suivi de 18 mois. On a remarqué des différences statistiquement significatives entre les groupes seulement après le suivi de six mois (Edleson & Syers, 1990; Edleson & Syers, 1991). Finalement, une approche qui encourage l'agresseur mâle à assumer la responsabilité de son traitement et de son comportement semble prédire de meilleurs résultats que les approches qui préconisent la punition et l'humiliation (Orlinsky *et al.*, 1994).

3.1.2 Femmes

Les programmes d'aide pour les femmes victimes de violence conjugale visent principalement à assurer la sécurité, l'hébergement, les soins aux enfants, et l'intervention judiciaire (Collins *et al.*, 1997). Cependant, même si les femmes battues constituent un groupe hétérogène, il semble qu'elles aient fréquemment des réactions communes et qu'elles développent des stratégies d'adaptation similaires en réponse au traumatisme et à la victimisation continue. Les femmes violentées souffrent souvent d'un sentiment profond de trahison et vivent dans un état chronique d'anxiété et de peur qui limite possiblement leurs habiletés à prendre des décisions et à résoudre des problèmes (Follingstad *et al.*, 1988). Aussi, le traitement vise à : 1) aider les femmes battues à reconnaître qu'elles ne sont pas responsables de la violence; et 2) les inciter à reprendre le contrôle de leurs vies (Sinclair, 1985.)

Les groupes d'aide pour femmes battues insistent sur une exploration de la situation de violence en tentant de créer une atmosphère d'empathie et d'acceptation. Le fait de reconnaître que d'autres femmes partagent leurs expériences, leurs pensées et leurs sentiments peut aussi avoir un effet "de prise de pouvoir". Le groupe diminue aussi l'isolement qui accompagne souvent la violence, alors que les membres offrent à l'une et à l'autre réconfort, information, *feed-back* et ressources. On croit qu'une fois que les femmes reconnaissent la dynamique de l'abus et les effets négatifs sur leurs enfants, et une fois que le deuil d'une relation idéalisée s'amorce, le processus de changement peut alors s'opérer (Turner & Shapiro, 1986). Que la femme décide de poursuivre la relation ou d'y mettre fin, le but du traitement consiste à la soutenir, afin qu'elle puisse s'éloigner de la victimisation, en l'aidant à établir des objectifs réalistes et à développer les compétences et l'assurance nécessaires à la réalisation de ces buts.

3.2 TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE

Le traitement de l'alcoolisme (ou d'autres formes de toxicomanie) varie à la fois au plan conceptuel et au plan opérationnel. En général, on identifie trois phases de traitement : 1) la stabilisation et la désintoxication médicales ou non médicales; 2) le traitement intensif; et 3) le suivi. La première phase comporte la stabilisation du client, suite à la réduction ou à la cessation de la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Ceci peut se dérouler en milieu hospitalier, mais dépendant du degré de dépendance physiologique, du type de drogues consommées et de l'état de santé de l'individu, la stabilisation peut ne pas être nécessaire, ou peut se dérouler dans un endroit sécurisant sans qu'il ne soit de type médical.

En ce qui concerne la deuxième phase de l'intervention, une des approches les plus populaires est le modèle "Minnesota". Fortement inspiré des principes d'intervention des Alcooliques Anonymes (AA), les patients entreprennent un traitement intensif d'une période d'environ quatre semaines en clinique interne. Cette approche vise à franchir les étapes des AA, à s'engager dans le mouvement d'autonomie des AA, et à poursuivre une

démarche de totale abstinence avec l'aide de thérapeutes ayant eux-mêmes vécu une histoire de dépendance.

À l'inverse de cette perspective, l'approche de traitement dite psychosociale combine des modèles multiples basés sur une série d'interventions plus éclectiques. Les interventions sont pratiquées dans un centre de traitement, à l'interne ou à l'externe, selon les besoins du client, et sont souvent déterminées par l'expertise et l'intérêt du thérapeute qui a reçu une formation en tant que travailleur social, psychologue, infirmier-clinicien, ou médecin.

Un modèle couramment utilisé pour le traitement de la dépendance à des drogues plus "dures" (ex.: l'héroïnomanie) est la communauté thérapeutique. Semblable au modèle "Minnesota" pour les personnes alcooliques, cette méthode de traitement est habituellement offerte en clinique interne, impliquant des thérapeutes qui sont eux-mêmes des toxicomanes réhabilités, et elle tente d'amener les patients à entreprendre une démarche avec les Narcotiques Anonymes. Les communautés thérapeutiques privilégient des expériences de groupe intensives, axées à la fois sur l'usage de la substance et sur la confrontation du système de valeurs souvent adopté par la sous-culture des toxicomanes, lequel s'oppose à un style de vie sobre.

Les programmes de suivi succèdent généralement aux traitements intensifs, et comportent une ou deux rencontres hebdomadaires, en clinique externe, avec un thérapeute, pendant une période de trois mois à un an, ou plus. Les objectifs du suivi comportent habituellement le maintien des acquis réalisés en traitement intensif, la gestion de la réintégration de l'individu dans un environnement et un style de vie sobres, la gestion de la rechute, et le retrait graduel du soutien thérapeutique.

Les résultats d'un traitement en toxicomanie sont souvent influencés par plusieurs facteurs, incluant les critères utilisés pour interpréter les résultats (ex. : une abstinence totale versus une réduction significative, l'amélioration dans d'autres niveaux de fonctionnement), la période de suivi, et les échantillons étudiés (ex. : alcooliques, toxicomanes, polytoxicomanes, populations psychiatriques). En général, les avantages d'entreprendre un traitement versus l'absence de traitement sont clairement démontrés

dans la plupart des échantillons cliniques. Cependant, le fait de suivre un traitement pour toxicomanie est loin d'assurer la complète résolution des problèmes de consommation. Par exemple, dans une étude menée dans trois centres publics de la région de Montréal, où le traitement est basé sur l'abstinence, les taux d'abstinence ont été estimés, après une période de six mois, à approximativement 40 % (Brown *et al.*, 1993). Une autre étude menée auprès de 12 centres de traitement à travers la province du Québec a démontré à peu près le même degré d'abstinence après 6, 12 et 24 mois (Dongier and Bruce, 1999, données inédites).

3.3 TRAITEMENT DES PROBLÈMES CONCOMITANTS DE VIOLENCE CONJUGALE ET DE TOXICOMANIE

Même si l'on s'entend généralement pour dire que l'usage d'alcool et de drogues a un impact sur la violence conjugale, il n'y a pas jusqu'à présent de paradigme qui puisse expliquer avec conviction l'origine de l'interaction entre les deux problèmes. On a constaté que le risque et la sévérité de la violence conjugale augmentent avec l'usage de l'alcool et de certaines drogues. Par ailleurs, on a estimé que la toxicomanie contribue seulement pour environ 20 % dans la prédiction de la violence conjugale (Kantor & Straus, 1989). L'absence de lien entre la violence conjugale et la toxicomanie est encore plus accentuée par le manque de conviction à l'égard d'une relation de cause à effet, entre la réduction de la consommation d'alcool et de drogues ou l'engagement dans une forme de traitement, d'une part, et les degrés subséquents de violence conjugale, d'autre part (Stark & Flitcraft; 1991). Néanmoins, notons que l'absence d'un paradigme cohérent qui puisse servir de jonction dans le traitement concomittant de la violence conjugale et de la toxicomanie affecte directement les intervenants qui sont confrontés à des individus présentant une double problématique, sans parvenir à prendre des décisions importantes par manque de données sur lesquelles s'appuyer (Roizon, 1997).

Toutefois, on a reconnu l'importance des milieux de traitement, tant en violence conjugale qu'en toxicomanie, comme points d'entrée au processus de réhabilitation des individus avec une double problématique (Brown *et al.*, 1998; Brown *et al.*, 1999a). Cependant, on a peu procédé à l'examen systématique de la concomitance de la

toxicomanie et de la violence conjugale dans l'analyse des résultats obtenus avec des hommes ou des femmes en traitement pour toxicomanie ou violence. Par ailleurs, une hypothèse largement répandue en milieu clinique est la suivante : si l'on ne résout les problèmes de toxicomanie, on compromet toute intervention en violence conjugale (Bennett, 1995; Saunders, 1996). Une étude a été publiée soutenant cette affirmation; dans cette étude, menée auprès d'hommes en traitement pour toxicomanie, on a en effet remarqué que la violence conjugale diminuait avec le traitement de la toxicomanie. Toutefois, elle ne disparaît pas; on constate plutôt que les formes de violence les plus graves sont remplacées par des formes d'abus moins sévères telles que la violence verbale (Maiden, 1997).

En dépit du manque de données, on reconnaît généralement qu'il y a des bénéfices à résoudre les problèmes de toxicomanie avant l'intervention en violence conjugale et à coordonner les traitements pour les individus avec une double problématique. Dans ce contexte, les résultats d'une récente étude menée dans l'État de l'Illinois, afin d'analyser les efforts de coordination du traitement destiné aux hommes avec une double problématique, se sont avérés remarquables. Une enquête menée auprès de directeurs des deux types de milieux de traitement a tenté d'évaluer la pertinence d'une intervention coordonnée pour le traitement du double problème des hommes et des femmes aux prises à la fois avec des problèmes de victimisation et de toxicomanie (Bennett & Lawson, 1994). Les résultats les plus importants tirés de cette enquête sont les suivants : 1) le dépistage du problème croisé était aléatoire dans les deux milieux : peu de détection systématique et valide et de caractérisation du problème ont été notés; en comparaison, les programmes d'intervention en violence domestique ont dépisté moins de problème croisé que le programme destiné au traitement de la toxicomanie; 2) l'expertise du milieu face au problème croisé était souvent sérieusement limitée; 3) lorsque des tentatives d'interaction avec les autres milieux de traitement ont été faites, on a remarqué que les professionnels du milieu de traitement en violence familiale ont consacré plus d'efforts à consulter l'autre milieu; 4) lorsqu'un dépistage systématique a été entrepris, les démarches de référence étaient inégales dans les deux milieux; ainsi, on a remarqué que les professionnels en traitement de la violence étaient plus ouverts que les professionnels

en traitement de la toxicomanie (95 % versus 77 %) à diriger les clients vers l'autre modalité de traitement.

3.4 RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE SUR LA COORDINATION DES TRAITEMENTS POUR LES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE ET DE VIOLENCE CONJUGALE AU QUÉBEC

Afin d'acquérir une connaissance plus approfondie de la situation au Québec, une enquête a été menée auprès des milieux de traitement en violence conjugale et en toxicomanie. Notre objectif était d'obtenir une description des attitudes du personnel et des services fournis dans chacun des cadres de traitement à l'égard du problème croisé. Aussi, nous avons interrogé les participants dans les deux milieux sur l'importance de leur collaboration avec l'autre milieu, et sur les obstacles qui empêchaient, selon eux, l'implantation d'un traitement coordonné. Bien que la collecte de données soit continue et que l'on prévoit une analyse des données plus complète, nous présenterons les résultats préliminaires.

3.4.1 Méthodologie et sites

Reproduisant l'étude de Bennett et Lawson (1994), nous avons administré des questionnaires similaires à divers centres de traitement en toxicomanie et en violence conjugale dans les 18 régions à travers du Québec. Deux questionnaires séparés ont été élaborés et envoyés à des centres de traitement en toxicomanie et en violence familiale (cf : annexes 1 & 2).

Les centres ont été sélectionnés à l'aide de répertoires variés incluant comme sources : 1) la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal; 2) le Répertoire des ressources en toxicomanie au Québec, publié en 1998 par l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ); 3) le Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale; 4) l'Association des ressources intervenant auprès des hommes violents; 5) la Fédération de ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec; et 6) Le Passant – Ressource pour hommes de la Haute-Yamaska.

3.4.2 Procédure

Les questionnaires ont été envoyés par courrier accompagnés d'une lettre de présentation, d'un formulaire de consentement expliquant l'étude et les procédures, les limites de la confidentialité, et une enveloppe-réponse affranchie. Une fois les questionnaires complétés et le formulaire de consentement signé, ils ont été réexpédiés au Programme de recherche en toxicomanie de l'Hôpital Douglas. Environ un mois après la date initiale d'envoi, nous avons fait parvenir une carte de rappel à tous les centres, au cas où ils auraient oublié de retourner les questionnaires, ou pour s'assurer qu'ils les avaient bien reçus. Cette démarche nous donnait aussi l'opportunité de leur envoyer une autre copie, dans le cas où les originaux auraient pu être égarés ou pour les encourager à participer à l'étude s'ils ne l'avaient pas encore fait.

3.4.3 Instruments de mesure

Les deux questionnaires nous ont permis de faire une analyse qualitative et quantitative des résultats. De plus, ces formulaires ont été conçus en vue d'être lus par Teleform, un logiciel d'ordinateur utilisé pour automatiser la saisie de données à partir de questionnaires complétés au crayon. Dès que l'équipe de recherche a reçu les copies des questionnaires, elles ont été numérisées et envoyées à un ordinateur central qui a automatiquement traité l'information. Une fois vérifiés, les résultats ont été transférés à une base de données pour être analysés ultérieurement.

3.4.4 Résultats

29 centres de traitement en violence et 57 centres de traitement en toxicomanie des 144 et 311 centres de traitement, respectivement, nous ont fait parvenir leurs réponses. La province de Québec est divisée en 18 régions. La distribution des réponses reçues des centres de traitement en toxicomanie est la suivante : Bas Saint-Laurent (10,5 %), Québec (14,0 %), Mauricie Bois-Francs (12,3 %), Montréal (10,5 %), Chaudière-Appalaches (8,8 %), Lanaudière (10,5 %), et la Montérégie (10,5 %). D'une façon similaire, les répondants des centres de traitement en violence ont été répartis à travers la province avec

une concentration dans les régions du Bas Saint-Laurent (10,3 %), de Québec (13,8 %), de Montréal (24,1 %), et de la Montérégie (10,3 %).

Bien que les questionnaires aient été adressés aux directeurs ou coordonnateurs des centres de traitement, on a constaté que d'autres membres du personnel les ont souvent complétés. Les répondants des centres de traitement en toxicomanie ont été répartis d'après les six titres d'emploi suivants : les cliniciens (incluant les thérapeutes et les conseillers) (33,3 %); les coordonnateurs (10,5 %); les directeurs (42,1 %); les services des ressources humaines (5,3 %); l'équipe médicale (5,3 %); et les autres (3,5 %). Les répondants des centres de traitement en violence familiale ont été répartis d'après les cinq titres d'emploi suivants : les cliniciens (24,1 %); les coordonnateurs (34,5 %); les directeurs (27,6 %); l'équipe médicale (3,4 %); et les autres (10,5 %). Notons que la majorité (56,1 %) des répondants des centres de traitement en toxicomanie étaient de sexe féminin.

3.4.5 Milieux de traitement en toxicomanie

➤ *Attitudes à l'égard de la violence conjugale*

Une constatation saisissante concerne l'attitude en regard de la responsabilité de la violence. En réponse à la question portant sur le blâme à attribuer à l'homme pour la violence à l'égard de sa partenaire, approximativement 42 % des répondants étaient en désaccord avec cette attribution. Une autre question suggérant que les hommes violents doivent être tenus responsables pour leur comportement agressif, parce qu'ils auraient pu le prévenir, a démontré que 22 % des répondants étaient en désaccord avec cette affirmation. Lorsqu'on a demandé si les hommes étaient responsables de leur violence conjugale parce qu'ils choisissaient d'être violents, approximativement 41 % des répondants étaient en désaccord avec cette assertion. Finalement, 23 % des répondants étaient en désaccord lorsqu'on leur a demandé si la responsabilité de la violence conjugale reposait sur l'agresseur. À l'inverse, lorsqu'on a demandé si les femmes battues étaient responsables de leur victimisation, à cause de leur comportement précédant l'assaut par leur partenaire, 42 % des répondants croyaient que c'était vrai dans à peu près

50 % des cas, alors que 9 % croyaient que c'était vrai plus que la moitié du temps. Finalement, lorsqu'on a demandé si les épisodes de violence conjugale résultaient des traits de personnalité de la femme victime, 30 % étaient en accord avec cette interprétation.

➤ ***Étendue de la concomitance des problèmes en toxicomanie et en violence conjugale dans le milieu de traitement de la toxicomanie***

Le pourcentage moyen d'hommes aux prises avec les deux problèmes a été établi à approximativement 30 % par les répondants du milieu de traitement en toxicomanie, alors que le mode, ou la catégorie de pourcentage la plus fréquemment retenue, était de 10 %. À l'inverse, le pourcentage moyen de femmes qui se disaient maltraitées au sein des clientèles en traitement était d'approximativement 40 % (mode = 30%).

➤ ***Étendue de la coordination des services***

Approximativement 60 % des répondants ont affirmé utiliser quelquefois ou souvent les services pour femmes battues. En ce qui a trait à l'utilisation des traitements destinés aux hommes violents, l'inverse était vrai, soit approximativement 60 % des répondants ont affirmé que leur centre a rarement ou jamais offert des programmes pour hommes violents. En ce qui concerne le contact direct avec le personnel des milieux de traitement pour violence, 60 % des répondants ont affirmé qu'ils ont eu peu ou aucun contact avec leurs collègues de l'autre milieu. D'une façon similaire, approximativement 9 % des répondants ont indiqué qu'une entente de service formelle ou informelle existait entre leur service et les milieux de traitement pour femmes battues ou les maisons d'hébergement (refuges). À l'inverse, 88 % des répondants ont affirmé qu'il n'existait aucune entente formelle ou informelle avec l'autre service.

En ce qui a trait aux services offerts aux clients en traitement pour toxicomanie, 39 % des répondants ont affirmé que leurs centres offraient des consultations individuelles pour les victimes, alors que 21 % offraient des thérapies de groupe. Sur le plan des services pour

hommes violents, 19 % ont affirmé qu'ils offraient une thérapie ou un programme éducatif, alors que 23 % offraient des consultations individuelles.

➤ ***Obstacles à la coordination***

Les raisons qu'on a le plus fréquemment évoquées comme obstacles à une meilleure coordination au partenariat sont : la compétition face au financement et à l'attribution des ressources (65 %); les qualifications, la formation et l'expérience du personnel des milieux de traitement ou d'hébergement (refuges) pour les femmes (35 %); les croyances et les attitudes du personnel des programmes pour femmes (37 %).

3.4.6 Maisons d'hébergement (refuges) pour femmes et centres de traitement

➤ ***Étendue de la concomitance des problèmes en toxicomanie et en violence conjugale dans les maisons d'hébergement (refuges) pour femmes***

Lorsqu'on a interrogé les répondants sur la fréquence des problèmes de toxicomanie chez les femmes bénéficiant de leur programme, le taux moyen de problèmes concomitants a été estimé à 25 % (mode = 30 %).

➤ ***Étendue des services offerts en toxicomanie***

Lorsqu'on a interrogé les répondants sur l'expertise en matière d'évaluation et de traitement des problèmes de toxicomanie existant dans leurs services ("expertise interne"), 76 % ont indiqué qu'une telle expertise n'existait pas. De plus, 88 % des répondants ont indiqué qu'aucun traitement régulier ou intervention du mouvement AA n'était offert. Dans une faible proportion de cas où une intervention pour des problèmes de toxicomanie était offerte, cela se faisait sur une base optionnelle.

En ce qui concerne les procédures de dépistage, 56 % des maisons d'hébergement (refuges) pour femmes semblent disposer d'une procédure systématique pour détecter les problèmes de toxicomanie (voir tableau 1). Après avoir pris connaissance de l'usage que

l'on allait faire de ces données, 44 % des répondants ont indiqué que lorsqu'un problème de toxicomanie était détecté, le client était alors acheminé ailleurs, alors qu'une autre proportion de 8 % a affirmé que l'admission dans leur programme dépendait d'un engagement simultané dans une forme de traitement en toxicomanie.

Tableau 1. Procédures de dépistage pour les problèmes d'abus d'alcool et de drogues dans les milieux de traitement en violence

Catégories de réponses	Maisons d'hébergement et groupes de soutien pour femmes (%)	Centres de traitement pour hommes (%)
Évaluation du dossier et procédures de référence	44	20
Évaluation du dossier et acceptation conditionnelle à un programme dépendant de la recherche d'un traitement en toxicomanie	8	
Reconnaissance du problème et/ou observation de l'attitude et du comportement	16	80
Aucune procédure décrite	32	

➤ *Étendue de la coordination des services*

Lorsqu'on a demandé aux répondants s'ils avaient recours à d'autres ressources pour le traitement de la toxicomanie, approximativement 50 % d'entre eux ont indiqué qu'ils utilisaient quelquefois ou fréquemment ces services. Dans 40 % des cas, une entente formelle ou informelle existait entre leur organisme et un milieu de traitement pour toxicomanie. De plus, dans 28 % des maisons d'hébergement (refuges) pour femmes, des rencontres régulières ou même fréquentes ont eu lieu entre le personnel de ces ressources et celui de centres de traitement pour toxicomanie. Environ la moitié des maisons d'hébergement (refuges) ont utilisé les ressources offrant un traitement pour conjoints violents, alors que 52 % avaient un lien formel ou informel avec de telles ressources. Finalement, 70 % des maisons d'hébergement (refuges) ont perçu que leur clients bénéficieraient probablement de liens plus étroits avec les milieux de traitement en toxicomanie.

➤ ***Obstacles à la coordination ou au partenariat***

En ce qui concerne les opinions à l'égard des conflits existants entre les deux milieux, lesquels peuvent faire obstacle à une meilleure coopération, la raison la plus fréquemment évoquée concerne la compétition liée au financement et à l'attribution des ressources (48 %). À cela succèdent les croyances et les attitudes du personnel des programmes de traitement en toxicomanie (36 %); les qualifications, la formation et l'expérience du personnel dans les milieux de traitement pour femmes et dans les maisons d'hébergement (refuges) (28 %); et, finalement, les perceptions de différences d'ordre philosophique (c.-à-d. les hommes doivent assumer la responsabilité de leurs actes versus la tolérance vis-à-vis la perte de maîtrise de soi) entre les milieux de traitement (35 %).

3.4.7 Traitement pour conjoints violents

➤ ***Étendue de la concomitance des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale dans les milieux de traitement pour conjoints violents***

Lorsqu'on a interrogé les répondants sur la fréquence de la toxicomanie chez les hommes en traitement dans leurs programmes, le taux moyen de problèmes concomitants a été estimé à 40 %.

➤ ***Étendue des services offerts en toxicomanie***

Lorsqu'on a interrogé les répondants sur l'expertise en matière d'évaluation et de traitement des problèmes de toxicomanie existant dans leurs services, 80 % ont indiqué qu'une telle expertise n'existait pas. De plus, tous les répondants ont indiqué qu'aucun traitement régulier ou intervention du mouvement AA n'était offert. En ce qui concerne les procédures de dépistage du problème croisé, 80 % des répondants ont affirmé qu'aucun dépistage systématique n'avait été entrepris, mais que cela dépendait plutôt de l'information fournie par le client, ou des observations cliniques (voir tableau 1).

➤ ***Étendue de la coordination des services***

Lorsqu'on a demandé aux répondants s'ils avaient recours à d'autres ressources pour le traitement de la toxicomanie, approximativement 80 % ont indiqué qu'ils utilisaient quelquefois ces services. Dans 80 % des cas, une entente formelle ou informelle existait entre leur organisme et un milieu de traitement pour toxicomanie. Aussi, dans 40 % des cas de traitement en violence conjugale, des rencontres régulières ont eu lieu entre le personnel de ces ressources et celui de centres de traitement pour toxicomanie. Finalement, 60 % des maisons d'hébergement (refuges) ont ressenti que leurs clients bénéficieraient probablement de liens plus étroits avec les milieux de traitement en toxicomanie.

➤ ***Obstacles à la coordination ou au partenariat***

Deux raisons ont été évoquées comme étant les sources probables de conflits qui empêchent la coordination ou le partenariat entre les deux cadres d'intervention. L'une d'entre elles est la primauté que l'on accorde au traitement de la toxicomanie (40 %). L'autre raison implique des différences d'ordre philosophique, compte tenu du modèle d'intervention féministe, en violence conjugale, qui semble particulièrement nuire au rapprochement.

3.5 DISCUSSION DES RÉSULTATS

3.5.1 Milieux de traitement de la toxicomanie

L'enquête menée auprès des centres de traitement pour toxicomanes nous a révélé qu'il existe des divergences d'opinion considérables concernant la responsabilité de la violence. Approximativement 40 % des répondants étaient peu disposés à attribuer la responsabilité de la violence à l'agresseur mâle. Ces répondants considéraient que la responsabilité de la victimisation des femmes pouvait souvent être attribuée à la femme, soit à cause de son comportement précédant l'agression ou à cause des traits de sa personnalité qui auraient pu inciter ou provoquer la violence de leur partenaire. Ces résultats suggèrent que des

circonstances atténuantes, incluant l'abus d'alcool et de drogues ainsi que la provocation de la part de la femme, peuvent être utilisées par le personnel responsable du traitement de la toxicomanie pour rationaliser la violence masculine envers les femmes.

Curieusement, la proportion de professionnels en toxicomanie qui sont peu disposés à attribuer la responsabilité de la violence conjugale à l'homme violent toxicomane apparaît en fait plus élevée que dans la population générale. Paglia et Room (1998) ont mené une enquête auprès de plus de 900 hommes et femmes en Ontario afin d'explorer leurs croyances et attitudes à l'égard de l'alcool et des relations abusives. Même si plus de 75 % de l'échantillon croyaient que l'alcool déclenchait l'agression, une majorité (92 %) croyaient qu'une personne intoxiquée demeure responsable de son comportement. Les raisons qui sous-tendent les divergences d'opinion quant à l'attribution de la responsabilité de la violence entre cet échantillon "populationnel" et un échantillon composé de professionnels en toxicomanie sont spéculatives. Cependant, il est possible que la popularité soutenue, dans les milieux de traitement pour toxicomanes, tant du modèle de maladie pour l'alcoolisme chez les hommes que du masochisme considéré sous-jacent à la victimisation des femmes, ait contribué à maintenir cette différence dans les perceptions. Par conséquent, dans les milieux de traitement pour toxicomanes, la responsabilité attribuée à un individu pour son comportement violent serait probablement atténuée lorsque la toxicomanie est en jeu, alors que les femmes violentées seraient probablement perçues comme utilisant la provocation pour satisfaire leur besoin masochiste. Si cette hypothèse est vraie, cela signifierait que le développement d'une conscience sociale à l'égard des concepts clés en matière de violence conjugale est en retard dans la communauté professionnelle en position d'offrir des traitements aux individus concernés.

Un autre résultat a démontré la tendance à sous-estimer la prévalence des problèmes concomitants dans les cadres de traitement pour toxicomanes (c.-à-d. une moyenne de 30 %, alors que la plupart des répondants avancent un pourcentage de 10 %). Les données obtenues à partir des études citées dans cette recension indiquent que la prévalence des hommes qui abusent physiquement leurs partenaires s'établit à approximativement 50 %, alors que la prévalence de la violence incluant la violence non

physique et physique peut être plus élevée. Cette contradiction reflète probablement l'absence, dans plusieurs centres de traitement, d'un protocole de dépistage systématique et efficace. Plusieurs études ont démontré que le fait de poser des questions clés aux agresseurs et aux victimes de violence peut être suffisant pour obtenir des révélations quant à la présence de violence, spécialement si : 1) les cliniciens sont capables de dépasser leurs propres préjugés vis-à-vis du problème, et 2) s'ils sont sensibles aux problèmes auxquels les victimes et les agresseurs doivent faire face, tels que la honte, la crainte des représailles, l'intervention policière, et la destruction de la famille (McCauley *et al.*, 1998). Notre étude menée dans les milieux de traitement en toxicomanie (Brown *et al.*, 1998) nous a permis d'interroger les hommes sur leur comportement dans leurs relations. En assurant le maintien de la confidentialité, il a été possible de détecter un taux élevé d'hommes violents. L'élaboration d'un certain nombre d'instruments de mesure tels que le *Conflict Tactics Scale* (Straus *et al.*, 1996) et le fait de reconnaître l'importance de créer un environnement favorable à la confiance devraient améliorer le dépistage de la violence physique et du comportement agressif dans les milieux de traitement en toxicomanie.

Les résultats de l'enquête ont aussi indiqué que les femmes violentées en traitement pour toxicomanie semblent être plus facilement détectées et orientées vers des services d'aide et de soutien en violence, comparativement aux hommes violents en traitement. 60 % des répondants ont affirmé qu'ils recouraient souvent aux maisons d'hébergement (refuges) pour femmes battues, alors que seulement 40 % ont affirmé qu'ils ne recouraient jamais, pour leur clientèle masculine, aux ressources visant le traitement de la violence. Aussi, plus de services d'aide sont offerts aux victimes de violence qu'aux hommes agresseurs. Une hypothèse qui expliquerait ces contradictions est que les centres de traitement pour toxicomanes ont souvent un (des) thérapeute(s) de sexe féminin sensible(s) aux problèmes des femmes, incluant la victimisation, ce qui les motive à intervenir face à ces questions. Un forum analogue visant l'exploration des problèmes masculins, notamment les relations interpersonnelles inadaptées, est probablement offert moins souvent. Ceci peut refléter le fait que, dans le milieu de traitement de la toxicomanie, l'interprétation encore très répandue quant aux causes de la violence implique l'hypothèse de la désinhibition (c.-à-d. si la toxicomanie diminue, la violence conjugale va disparaître). Un certain nombre de

résultats révélés par l'enquête démontrent une tendance continue à appuyer cette fausse hypothèse. Ceci inclue : 1) la confusion qui règne à l'égard de la responsabilité de la violence chez les hommes; 2) le manque d'ententes formelles ou informelles entre les deux cadres thérapeutiques; 3) le manque d'expertise interne vis-à-vis du problème croisé; et 4) la méfiance à l'égard des qualifications professionnelles, de la formation et des attitudes du personnel du milieu de traitement de la violence.

3.5.2 Milieux de traitement des femmes victimes de violence

Les données de l'enquête suggèrent que le personnel des maisons d'hébergement (refuges) et des milieux d'intervention pour femmes manque d'une expertise interne en ce qui a trait à la toxicomanie. Découle peut-être aussi de cette méconnaissance, une tendance à sous-estimer la fréquence véritable de l'abus ou de la dépendance aux substances au sein de la clientèle. En contrepartie, comparativement aux milieux de traitement en toxicomanie, il y a plus de ressources dans ce secteur d'intervention qui ont établi des liens formels ou informels avec les milieux de traitement en toxicomanie. De plus, la majorité des milieux où l'enquête a été menée ont mis en place une forme de protocole de dépistage systématique, avec comme principal objectif, semble-t-il, l'exclusion par le biais de la référence.

3.5.3 Milieux de traitement des hommes violents

Concernant les réponses obtenues auprès du personnel des centres de traitement pour toxicomanie et pour violence, on a noté une tendance à sous-estimer la fréquence des problèmes concomitants d'abus de substances et de violence. Leur évaluation contredit à 40 % les résultats des chercheurs (Connor & Ackerly, 1994) qui ont estimé des taux de 60 à 70 %. De plus, peu d'expertise interne ou de dépistage systématique ont été notés. Il y a identification du problème seulement si le client reconnaît ce problème ou s'il présente des signes cliniques évidents de toxicomanie. Les répondants de ces milieux ont cependant rapporté des taux d'utilisation et de contact plus élevés avec les milieux de traitement en toxicomanie, comparativement aux autres types de milieux.

Tous ont ressenti qu'une meilleure coordination entre les milieux de traitement serait bénéfique pour leurs clients. En même temps, les répondants de tous les milieux de traitement ont ressenti que la compétition liée à l'attribution des ressources est le principal obstacle à une meilleure coordination. Il est dommage de constater que l'on considère la compétition entre les milieux comme étant le principal obstacle à la coordination. Ceci peut refléter, pour les milieux de traitement, la nécessité de définir clairement une catégorie de problèmes spécifiques qui serait suffisamment détachée des autres catégories de problèmes pour justifier une enveloppe budgétaire séparée. Cette question n'est toutefois pas facile à résoudre. Comment, en effet, assurer un soutien spécifique pour une catégorie de problèmes dans le cadre d'un programme de traitement global qui reconnaît la nature multidimensionnelle des problèmes des clients – sans que quiconque ne soit accusé d'empiéter sur le territoire de quelqu'un d'autre ou de dédoubler les services ?

La méfiance mutuelle en regard des attitudes et des croyances du personnel dans chacun des milieux a aussi été citée comme étant un obstacle. Ce résultat met en évidence les différences idéologiques qui sont clairement apparues entre les deux milieux. Celles-ci incluent notamment : l'importance accordée à l'individu versus celle accordée au changement social; le modèle de maladie de l'alcoolisme versus la perspective féministe de la responsabilité masculine; la toxicomanie comme cause de la violence (désinhibition) versus la perception d'une fausse relation ("l'alcool comme excuse"). Bien qu'aucun des ces points de vue ne s'appuie sur une base empirique sans équivoque, la position idéologique démontre une résistance à des concepts tels que l'hétérogénéité des clients, la nécessité d'adapter le traitement aux besoins particuliers des clients et l'importance de retenir une approche dont l'efficacité a été démontrée; ceci étant en fait des notions contemporaines qui militent en faveur d'une approche multidisciplinaire pour le traitement.

3.6 IMPLICATIONS PRATIQUES

Bien que les milieux de traitement en toxicomanie et en violence conjugale soient des points d'entrée pour les individus présentant une double problématique, il est probable que du fait de l'absence de procédures de dépistage systématique, plusieurs problèmes

entrecroisés passent inaperçus, parce que non dépistés. L'insuffisance de données sur l'efficacité des traitements offerts nous empêche de connaître l'impact qu'un problème croisé persistant peut avoir sur le succès d'un traitement, tant en regard de la toxicomanie que de la violence conjugale. Cependant, en ce qui concerne la violence domestique, l'inaptitude à dépister un problème concomitant et courant de violence conjugale dans un cadre de traitement pour toxicomanes peut contribuer à perpétuer les risques de violence à l'endroit des conjoints et des membres de la famille. Ironiquement, comme nous l'avons mentionné précédemment, étant donné la possibilité d'une relation non linéaire entre la sévérité de la toxicomanie et la dangerosité de la violence conjugale, il y a même lieu de croire qu'un homme présentant la double problématique, dont le problème d'abus de substances a été résolu, peut, dans certains cas, être un "batter de femme" moins affaibli.

Le manque d'expertise interne comporte ses propres risques. Alors que l'investigation de la violence familiale, dans le champ de la toxicomanie, peut être peu familière et provoquer de l'anxiété chez plusieurs cliniciens non préparés (Shapiro, 1982), cela peut aussi être considéré comme ayant une importance secondaire pour les conseillers en toxicomanie. Un comportement violent, si détecté, peut être attribué aux présumés effets de désinhibition de l'alcool et/ou des drogues. Selon cette hypothèse, si la toxicomanie sous-jacente était "contrôlée", on pourrait s'attendre à ce que le problème de violence conjugale se résolve spontanément (O'Farrell & Choquette, 1991; Suissa, 1994). Comme discuté dans la section précédente, il y a actuellement peu de preuves pour soutenir l'hypothèse de désinhibition qui prédit la cessation de la violence avec la cessation de la consommation de substances. Dans le cas des femmes en traitement pour toxicomanie, certaines observations suggèrent qu'à cause de leur propre toxicomanie et réticence à mettre fin à une relation abusive, les femmes peuvent être tenues responsables du fait qu'elles sont prisonnières d'une telle relation abusive. Jusqu'ici nos résultats d'enquête démontrent que cette croyance demeure assez dominante – que la responsabilité de la violence masculine incombe à la victime, soit à cause de son comportement ou des traits de sa personnalité.

D'autres ont questionné à la fois la validité de l'évaluation et les procédures de référence employées par plusieurs milieux en violence conjugale quant à la manière d'utiliser

l'information (Bennett & Lawson, 1994). Notre enquête a démontré que le dépistage des problèmes d'abus d'alcool et de drogues conduit souvent à des démarches de référence ou à l'accessibilité à un traitement ou à un service d'aide sur une base conditionnelle. Cependant, les conseillers en violence conjugale ne considèrent pas qu'il est justifié de diriger tous les individus susceptibles d'avoir des problèmes de toxicomanie vers des traitements intensifs ou vers des groupes AA. Les procédures d'évaluation et le traitement des problèmes en toxicomanie ont subi de profondes transformations au cours de la dernière décennie. Les communautés cliniques et de recherche en toxicomanie se sont éloignées des perspectives de traitement "*one size fits all*", lesquelles préconisaient des interventions de type AA et des objectifs d'abstinence totale pour tous les usagers abusant de substances. Des stratégies d'intervention plus flexibles et adaptées à la nature du problème de toxicomanie, aux caractéristiques de l'individu et à la motivation au changement sont maintenant activement encouragées et empiriquement explorées (American Psychiatric Association, 1994; Project MATCH Research Group, 1997). Une réorientation immédiate vers un traitement en toxicomanie comme condition préalable à un traitement en violence conjugale (Conner & Ackerly, 1994) n'est probablement pas une stratégie d'intervention efficace (Bennett & Lawson, 1994), peu importe la nature et la sévérité de la toxicomanie. Plus inquiétant encore, de telles stratégies peuvent par inadvertance faire obstacle, pour des hommes avec une double problématique, à l'accès à un traitement nécessaire en violence conjugale. Par conséquent, en se concentrant sur leur problème de toxicomanie comme critère d'exclusion, cela risque de perpétuer les situations d'abus envers leurs conjointes pendant qu'ils sont en recherche d'aide pour leur problème de toxicomanie.

3.7 TRAITEMENT INTÉGRÉ POUR DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE ET DE VIOLENCE CONJUGALE

Les approches de traitement intégré (c.-à-d. un traitement multidisciplinaire réuni en un seul programme) sont généralement considérées comme étant les approches de traitement optimales pour la toxicomanie et les autres problèmes de santé qui gravitent habituellement autour (el-Guebaly, 1993). Il y a plusieurs modèles de traitement intégré, incluant la prestation de services dispensés simultanément dans un même cadre de traitement, des traitements séquentiels dans un même milieu, et des interventions

multidisciplinaires coordonnées par un gestionnaire de cas. Étant donné la cooccurrence des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale, il apparaît raisonnable de se demander si une approche de traitement intégré pour ces problèmes n'est pas justifiée.

Contrairement au traitement des problèmes de comorbidité liée à la toxicomanie, il n'existe pas actuellement de paradigme cohérent, efficace et optimisé qui intègre les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale dans un seul traitement (Collins *et al.*, 1997). Plusieurs questions d'ordre conceptuel et pratique peuvent être à l'origine d'un manque de solution clinique globale à l'égard de cette double problématique. Le questionnement porte notamment sur la disparité des idéologies qui sous-tendent les approches actuelles de traitement à l'égard de ces problèmes. Le champ de la toxicomanie est encore dominé par le "concept de maladie" de l'alcoolisme, lequel cherche à faciliter la demande d'aide en réduisant les responsabilités individuelles, l'humiliation sociale, la culpabilité et la dénégation (Miller & Hester, 1989). L'attribution de plusieurs des conséquences négatives et des comportements associés à l'abus d'alcool et de drogues à des causes d'intoxication et de dépendance, peut diminuer la pertinence d'un traitement additionnel pour la violence conjugale chez les individus en traitement pour toxicomanie.

À l'inverse, la portée politique et socioéconomique plus large de la violence établit que les mauvais traitements imposés aux femmes sont une manifestation de l'inégalité entre les sexes qui sous-tend la plupart des institutions sociales (Laughrea, Bélanger & Wright, 1996). L'agresseur mâle est encouragé à la fois à assumer la responsabilité de son comportement agressif et à renoncer à toute sanction sociale en regard d'une perte de maîtrise de soi quelle qu'en soit la raison, incluant l'intoxication à l'alcool ou à la drogue. Malgré la croyance très répandue selon laquelle un problème non résolu de toxicomanie compromet le traitement en violence, on a remarqué une sorte d'aversion à reconnaître la relation putative entre les deux problèmes. La raison principale est la crainte que l'usage d'alcool et de drogues serve d'excuse au comportement violent de l'agresseur mâle (c.-à-d. "j'étais ivre") (Bennett & Lawson, 1994). Dans les maisons d'hébergement (refuges) pour femmes, la preuve du maintien de l'abus de substances entraîne souvent l'expulsion (Collins *et al.*, 1997). Une politique semblable, même si elle renferme à la

base de bonnes intentions telles qu'assurer la sécurité des lieux, peut entraîner un résultat fâcheux, celui de punir les hommes et les femmes pour leur toxicomanie. Étant donné le rôle ambivalent de la toxicomanie dans le traitement de la violence, l'absence d'une approche explicite à l'égard d'un traitement coordonné et intégré n'est pas surprenante.

D'autres obstacles plus logistiques peuvent empêcher la détermination d'objectifs vis-à-vis du problème croisé dans les milieux de traitement en toxicomanie ou en violence. Par exemple, l'intensité et la durée d'un traitement typique pour un problème de toxicomanie ou pour violence conjugale varient largement. De plus, l'intervention de groupe demeure la modalité la plus courante de traitement pour la toxicomanie. Étant donné l'importance de la présence d'hommes violents et de femmes victimes de violence en milieu de traitement pour toxicomanie, on peut questionner la pertinence de modalités de traitement qui utilisent des groupes mixtes pour explorer cliniquement la violence conjugale. En même temps, d'autres facteurs que l'on a détectés au cours de notre enquête, tels que la compétition intersectorielle à l'égard des ressources et la tendance à se concentrer sur des problèmes uniques pour rationaliser le financement et les ressources, nuisent également à l'élaboration de stratégies de traitement coordonnées (Bennett & Lawson, 1994; Collins *et al.*, 1997).

Néanmoins, certains chercheurs ont proposé différents paradigmes pour assurer une intervention intégrée. Connors et Ackerly (1994) ont présenté une recherche éclairée sur le potentiel d'un traitement spécialisé pour les problèmes de violence reliés à l'alcool. Citant les fréquentes contradictions idéologiques et le potentiel de confusion pour le client, ces chercheurs ont rejeté la faisabilité de combiner un traitement pour alcooliques avec une intervention en violence conjugale, s'il est basé sur un modèle thérapeutique pour personnes alcooliques (c.-à-d. cohérent avec le modèle Minnesota, les approches de type AA et 12 étapes). De plus, on s'interroge sur l'intérêt ou la faisabilité de combiner des traitements lorsque l'une des interventions (c.-à-d. un traitement pour toxicomanie) est offerte très souvent à l'interne. D'une façon similaire, ces auteurs avancent que la perspective idéologique féministe de plusieurs approches en violence conjugale, selon laquelle toute relation entre l'abus de substances et la violence conjugale est rejetée, puisque considérée comme fautive ou servant d'excuse, décourage également l'intégration.

En contrepartie, ces auteurs citent des études qui appuient l'efficacité d'une approche cognitive-behaviorale pour le traitement à la fois des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale. De plus, plusieurs autres avantages à l'égard de cette stratégie ont été établis, notamment : 1) les mêmes éléments qu'on utilise dans une intervention cognitive-behaviorale, incluant la gestion du stress, les techniques de relaxation, les aptitudes à communiquer, la gestion de la colère, et des stratégies de prévention de la rechute sont pertinents pour les deux problèmes; 2) les luttes idéologiques entre les méthodes de traitement sont évitées; et 3) les composantes d'une approche cognitive-behaviorale sont présentement utilisées dans les deux milieux de traitement. Quelques données émergent pour appuyer cette approche "coordonnée" de traitement. Par exemple, des hommes engagés dans une thérapie behaviorale pour couples ont démontré qu'ils réduisaient à la fois leur consommation d'alcool et la violence physique envers leurs conjointes (O'Farrell *et al.*, 1998). Même si ces résultats sont préliminaires, ils indiquent qu'une thérapie conjugale qui considère les deux problèmes peut probablement être bénéfique, au moins pour les couples intacts.

Dans une recension relative à la coordination des actions de deux communautés de traitement aux États-Unis, Collins et ses collègues (1997) ont réitéré la croyance qu'un problème d'abus de substances non résolu va probablement représenter un obstacle majeur à l'efficacité d'un traitement en violence conjugale. En même temps, ils ont constaté que le modèle le plus approprié de coordination ne sera probablement pas le même, selon que l'on considère les agresseurs ou les victimes. Ils avancent que, compte tenu du manque de données empiriques concernant le traitement des deux problèmes dans le cadre d'une même programmation, ou l'absence d'un paradigme cohérent qui guiderait une approche de traitement intégré, la stratégie la plus appropriée serait alors une approche de type "gestion de cas" ("*case management*"). Ceci peut impliquer qu'un individu soit en charge d'évaluer tous les problèmes, d'établir les priorités de traitement, d'effectuer les démarches de référence appropriées et d'en assurer le suivi, puis d'effectuer la coordination entre les différentes ressources de traitement, et de contrôler les résultats de l'intervention.

En s'appuyant sur les résultats d'une autre étude, on considère que la prestation d'un traitement simultané à l'égard de la violence conjugale et de la toxicomanie, dans un

même milieu, n'est pas un problème insurmontable. Rappelons qu'au cours des deux dernières décennies, les données se sont accumulées quant à l'efficacité d'une consultation très brève (c.-à-d. de quelques minutes à 4 sessions) pour les individus dont l'abus de substances peut être qualifié de modéré à sévère (Holder *et al.*, 1991). Dans une étude récente portant sur un projet impliquant des sites multiples, on a démontré que des interventions brèves comportant quatre sessions d'une heure avaient produit des résultats équivalents aux approches d'intervention traditionnelle beaucoup plus intensives (Project MATCH, 1997). Si l'ambiguïté entourant le rôle de l'abus de substances dans la violence conjugale peut être résolue, des approches aussi brèves pour le traitement simultané de la toxicomanie dans des milieux d'intervention en violence conjugale offrent des possibilités intéressantes.

Un dépistage et une évaluation efficaces peuvent constituer en eux-mêmes des interventions efficaces. Plusieurs études dans le domaine de la toxicomanie ont appuyé la possibilité d'un changement de comportement significatif avec une rétroaction claire à l'individu sur son comportement et la formulation d'un avis pour un changement éventuel. (Miller & Rollnick, 1991). Plusieurs individus abusant de substances ont des origines familiales et sociales caractérisées par une forte consommation et ils manquent de motivation ou ne réussissent pas à trouver un traitement adéquat parce qu'ils ne reconnaissent pas vraiment leur problème d'abus. Les efforts entrepris en vue d'orienter un individu qui n'est pas très conscient de la sévérité de son problème sont habituellement peu efficaces. La variation dans les perceptions quant à ce qui constitue de la violence a été relevée même dans des cercles qui font autorité en la matière. Ainsi, la confusion qui règne autour du seuil de tolérance dans le dépistage d'un cas de violence conjugale n'est pas surprenante puisque cette violence est identifiée soit par l'agresseur, par la victime ou par le clinicien (Hanneke & Shields, 1985). Par conséquent, il apparaît qu'un dépistage objectif et systématique, une évaluation et une rétroaction à l'individu ("*feedback*") seraient des outils efficaces pour favoriser la reconnaissance du problème en plus de motiver les individus à entreprendre un traitement en violence conjugale (Bennett, 1995). Étant donné l'importance de la motivation dans le traitement de la violence conjugale et de la toxicomanie, une approche basée sur la motivation semble avoir un potentiel prometteur pour le traitement des deux problèmes.

Aussi, des initiatives impliquant le dépistage systématique dans d'autres contextes de soins de santé, tels que les centres communautaires en soins primaires et les salles d'urgence des hôpitaux, ont démontré des résultats prometteurs. Contrairement à l'hypothèse selon laquelle les individus impliqués dans une relation abusive seraient réticents à admettre la violence, les résultats ont démontré que les hommes et les femmes sont disposés à admettre l'abus dans leur relation si cette démarche est pratiquée d'une manière empathique et bienveillante (McCauley *et al.*, 1998). De plus, le dépistage de cas menant à une intervention a été amélioré significativement avec la pratique d'une technique d'évaluation systématique (Alpert *et al.*, 1998; Oriol & Fleming, 1998). Alors qu'à notre connaissance, aucune investigation formelle n'a été entreprise pour évaluer l'efficacité d'un dépistage systématique dans un cadre de traitement pour toxicomanie, une telle approche semble être encourageante en plus d'offrir l'opportunité d'initier un traitement coordonné pour les deux problèmes.

Malheureusement, on constate qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir des spécialistes de la santé de changer leur compréhension et leur approche thérapeutique à l'égard de questions aussi délicates et sensibles (WHO, 1996; Alpert *et al.*, 1998). Même lorsqu'on invoque l'obligation légale de déclarer tout épisode de violence conjugale, les pratiques d'évaluation et de déclaration des spécialistes de la santé de première ligne peuvent ne pas changer (Sachs, 1998). Au Québec, la position du ministère de la Santé (*Loi 120 : ministère de la Santé du Québec, 1990*) est explicite à cet égard. Les services de santé spécialisés doivent : 1) individualiser les plans de traitement selon les besoins particuliers du client (article 72); et 2) utiliser activement les différentes ressources du réseau de services de santé pour obtenir des résultats thérapeutiques (article 75). Particulièrement en ce qui concerne la violence conjugale, le ministère a reconnu : 1) la nécessité d'une meilleure coordination entre les différents secteurs des services de santé afin de répondre à l'ensemble des besoins des individus touchés par la violence conjugale (mesure 47); et 2) la nécessité d'une réponse uniforme et cohérente à l'égard du phénomène de violence conjugale dans tous les secteurs d'intervention (mesure 54) (*Politique d'intervention en matière de violence conjugale: engagements des ministères et de leurs réseaux, ministère de la Santé du Québec, 1995*). En dépit de ces directives claires, les changements

systemiques nécessaires à l'amélioration du dépistage et du traitement de la concomitance de la violence conjugale et de la toxicomanie ne se sont pas encore fait sentir.

Plusieurs facteurs peuvent dissuader les conseillers ou les organismes à changer leurs procédures. En ce qui a trait au dépistage systématique, on a noté une confusion continue autour de la définition du comportement agressif et un malaise à l'égard du phénomène de la toxicomanie et de la violence conjugale. Cependant, d'autres enjeux peuvent aussi nuire au dépistage des problèmes concomitants, incluant : 1) des protocoles légaux pour la déclaration des abus qui sont mal compris et exigeants; 2) les risques perçus à la fois par le client et le thérapeute de se conformer de façon stricte à la loi; 3) la crainte de perdre le client en thérapie à cause des conséquences que peut entraîner la divulgation (c.-à-d. représailles, éclatement de la famille); 4) diminution de la volonté du client à se confier; et 5) la peur de compromettre la relation thérapeutique (Durham, 1998; Emery & Laumann-Billings, 1998; Hyman, 1996; Spinola *et al.*, 1998). Ces enjeux légaux, éthiques et cliniques complexes nécessitent d'être examinés en profondeur, en tenant compte de la sécurité et du bien-être de tous les individus concernés, avant qu'un changement quelconque s'opère dans la pratique du clinicien.

En résumé, des exemples traitant d'une coordination des interventions pour des problèmes concomitants de toxicomanie et de violence conjugale sont limités. La coordination des actions affronte plusieurs obstacles assez complexes. Bien sûr, l'absence d'un paradigme empiriquement soutenu n'aide pas. Néanmoins, les résultats obtenus à partir d'essais préliminaires d'un modèle de traitement intégré sont stimulants. Une meilleure coordination entre les deux milieux peut signifier qu'il faille consacrer du temps à changer les attitudes profondément ancrées et à résoudre les dilemmes aux plans clinique et légal. Dans la section qui suit, nous tenterons d'intégrer nos résultats et de présenter quelques pistes de recherche et de développement dans ce domaine.

CHAPITRE 4 : RECOMMANDATIONS

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons les recommandations pour des actions futures en matière de concomitance de la toxicomanie et de la violence conjugale. Il est certain qu'il nous reste encore beaucoup à faire dans chacun des domaines d'intervention, indépendamment du problème croisé. Bien que nous nous soyons centrés, dans cette étude, sur la littérature récente et sur la pratique actuelle, notons que le progrès quant à la façon de traiter à la fois la toxicomanie et la violence conjugale n'est pas encore apparent. Toutefois, des progrès significatifs ont sans contredit été accomplis. Tenter de formuler des recommandations comporte le risque de ne pas reconnaître les efforts entrepris par chacun des intervenants et des organismes du réseau de la santé en vue de mieux répondre aux besoins de leurs clients aux prises avec les deux problèmes. Cependant, nous ne pouvons tout simplement pas être au courant de tout ce qui a été accompli ou de ce qui est train de s'accomplir à tous les niveaux d'intervention, que ce soit sur le plan individuel, local ou du réseau. Nous reconnaissons également que plusieurs personnes conçoivent que l'abus systématique à l'endroit des femmes, de même que les démarches requises pour parvenir à un changement sociétal, ne sont pas compatibles avec une stratégie de changement individuel en matière de traitement de la violence conjugale. Nous croyons que des changements à la fois d'ordre social et individuel sont nécessaires. Cependant, nous voulons nous concentrer sur les changements à accomplir au niveau individuel afin d'assurer le bien-être et la sécurité des femmes et des enfants. Par conséquent, dans ce chapitre, nous allons mettre en relief ce que nous croyons être des avenues légitimes sur lesquelles concentrer nos futurs efforts en vue d'améliorer les services et les soins à l'intention de ces individus.

- **Rehausser le niveau de conscience et de compétence des professionnels travaillant dans des points d'entrée naturelle pour les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale**

Notre recension a démontré la persistance de stéréotypes sexistes et de fausses hypothèses de causalité concernant la relation entre l'abus de substances et la violence conjugale. Notre enquête et les données prélevées dans d'autres études indiquent que ces mauvaises informations sont omniprésentes au sein des deux communautés de traitement responsables d'intervenir dans les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale. Ces préjugés sont aussi présents dans d'autres points d'entrée naturelle du système de soins en santé, tels que les services de première ligne et les services d'urgence dans les hôpitaux. Indépendamment

des mécanismes de causalité, la présence d'un problème devrait être perçue comme étant un prédicteur important de l'autre problème. Cependant, si dans le milieu de traitement de la toxicomanie, on continue de percevoir la violence conjugale comme étant inextricablement liée à la toxicomanie, chez les hommes comme chez les femmes, il est peu probable qu'on accorde suffisamment d'attention au dépistage systématique de la violence conjugale et qu'on puisse intervenir en temps opportun. D'un autre côté, si le refus idéologique de reconnaître la contribution de l'abus de substances dans la violence conjugale persiste, l'opportunité de dépister, d'évaluer systématiquement et de traiter efficacement la toxicomanie peut être une cause perdue. Pour rehausser le niveau de conscience et améliorer la qualité des interventions, deux mesures nous apparaissent s'imposer : 1) l'inclusion, dans les programmes de formation destinés aux professionnels de la santé, des éléments conceptuels et cliniques concernant le traitement coordonné de la toxicomanie et de la violence conjugale; et 2) un plan d'action pour une formation continue à l'intention des professionnels qui sont confrontés à ce genre de problèmes dans des points d'entrée naturelle, tels que les services de soins primaires et les milieux thérapeutiques en toxicomanie et en violence conjugale.

- **Favoriser l'implantation de protocoles de dépistage et d'évaluation brefs mais efficaces, valides et sensibles à l'égard du problème croisé, dans les milieux de traitement de la toxicomanie et de la violence conjugale**

D'importants progrès ont été réalisés dans les domaines de la toxicomanie et de la violence conjugale, en ce qui a trait au développement de méthodes de dépistage et d'évaluation brèves mais efficaces, en vue de cerner ces problèmes. De très brefs questionnaires de dépistage, tels que l'Échelle de dépendance à l'alcool (*Alcohol Dependency Scale*, Horn *et al.*, 1984), le Test de dépistage de la toxicomanie (*Drug Abuse Screening Test*; Skinner, 1982), et le *AUDIT* (Babor *et al.*, 1992) sont disponibles tant en français qu'en anglais et ils sont faciles à administrer, à "coter" et à interpréter. L'instrument "*Conflicts Tactics Scale*" (Strauss *et al.*, 1996) a été conçu afin de mesurer l'indice de gravité de la violence conjugale et des mauvais traitements. Une version française (Rinfret-Raynor *et al.*, 1989) a aussi été développée et validée. Compte tenu de la fiabilité, de la facilité d'utilisation et des faibles coûts de ces instruments de mesure, en plus des risques encourus lorsqu'un problème n'est pas dépisté, il ne semble pas y avoir de raison valable pour ne pas intégrer ces instruments "brefs" à l'ensemble des outils d'évaluation déjà utilisés dans ces milieux d'intervention.

L'adoption, dans un avenir rapproché, de protocoles d'évaluation objectifs et valides par chacun des milieux de traitement en toxicomanie et en violence conjugale n'est pas assurée. Ainsi, les deux milieux partagent une histoire et un dilemme communs : l'élaboration d'un programme de traitement basé sur des principes idéologiques (c.-à-d. la position féministe et le concept de maladie) qui n'a pas favorisé l'intégration des plus récents développements, appuyés sur des données empiriques, en vue d'optimiser les méthodes d'évaluation et de traitement. Ceci est particulièrement vrai lorsque les innovations ne sont pas encore tout à fait compatibles avec les philosophies de traitement traditionnelles. Aussi, le manque d'intérêt vis-à-vis de la recherche n'incite pas le personnel de ces milieux à utiliser des instruments de mesure objectifs qui pourraient permettre d'évaluer les bénéfices réels du traitement offert à leurs clients.

Un projet récent développé aux États-Unis est assez remarquable. Les centres de traitement de la toxicomanie doivent maintenant fournir une preuve objective de l'efficacité de leurs interventions comme condition au renouvellement de leur financement. Ainsi, cette mesure a permis, dans plusieurs états, l'adoption par les milieux de traitement de la toxicomanie du secteur public, d'un instrument d'évaluation standardisé et multidimensionnel, soit l'Indice de sévérité de la toxicomanie (*Addiction Severity Index*, McLellan *et al.*, 1980). On peut questionner une telle stratégie d'intervention pour encourager l'utilisation d'un protocole d'évaluation standardisé. Cependant, de telles mesures sont parfois nécessaires pour contrer les idéologies ancrées au sein d'une organisation qui résiste au changement malgré les bénéfices potentiels pour le client.

- **Encourager les projets novateurs visant le développement de stratégies viables de traitement intégré**

Étant donné l'insuffisance de données empiriques concernant une approche de traitement intégré pour les problèmes interreliés de toxicomanie et de violence conjugale, on peut souhaiter l'émergence d'approches novatrices en cette matière. Nous avons présenté à la fois les risques et les paradoxes d'une approche de traitement en parallèle des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale. Nous avons également exposé de nouvelles options en vue d'orchestrer un traitement intégré. Par exemple, pour certaines victimes et agresseurs en traitement pour violence conjugale, des interventions brèves pour leurs problèmes d'abus de substances peuvent être réalisables. D'autres approches, telles que celles qui se situent dans une perspective cognitive-behaviorale, peuvent être conçues de façon à considérer à la fois les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale chez les hommes, tout en évitant au client les conflits ou la confusion d'ordre philosophique. En ce qui concerne l'abus de substances, il est possible, dans certains cas, qu'une intervention visant la réduction significative de la consommation soit aussi réalisable et plus accessible qu'un objectif de totale abstinence. De même, en violence conjugale, si l'on considère toutes les formes d'abus comme étant équivalentes et, en conséquence, nécessitant un traitement d'une intensité comparable, il se peut que cela limite l'efficacité d'un traitement intégré. Tous les efforts en vue de parvenir à un traitement intégré devraient avoir comme priorité d'assurer la sécurité des membres de la cellule familiale. Comme nous l'avons discuté précédemment, la sélection d'individus susceptibles de bénéficier d'un modèle spécifique de traitement intégré exige inévitablement l'utilisation de techniques d'évaluation objectives et standardisées.

L'appui gouvernemental accordé à de tels projets de recherche et de développement concernant des approches de traitement intégré encouragerait les milieux universitaires responsables de la formation clinique et les milieux de traitement en toxicomanie et en violence conjugale à agir conjointement avec les chercheurs pour en explorer la faisabilité et l'efficacité. Compte tenu que le développement dans ce secteur n'en est qu'à ses débuts, il nous semble approprié d'entreprendre des essais de faisabilité, sans nécessairement viser une analyse détaillée des résultats. En ciblant spécifiquement ce domaine pour de nouvelles explorations, comme ce fut le cas dans le champ de la toxicomanie à l'égard de la

comorbidité, il est probable qu'un plus grand intérêt pour une approche multidisciplinaire de traitement émergera.

- **Appliquer les bases des principes de changement organisationnel et de transfert de technologie, afin de favoriser des changements dans les pratiques cliniques de chacun des deux milieux**

Traditionnellement, il y a eu peu d'échanges entre la communauté de la recherche en toxicomanie et les dispensateurs de services (Brown, 1995). On a noté que plusieurs facteurs contextuels, à la fois humains et situationnels, ont participé à cet éloignement. Par exemple, les opinions véhiculées à la fois par le public et par les professionnels de la santé concernant l'étiologie, l'évolution et le traitement des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale sont encore grandement influencés par des perspectives morales et idéologiques. Des jugements de valeur aussi tenaces et enracinés peuvent être difficiles à transcender, surtout lorsqu'il est question d'introduire un élément novateur qui va ouvertement à l'encontre de plusieurs de ces croyances. Le contexte, dans une perspective de changement, apparaît très semblable dans les milieux d'intervention en violence conjugale.

Surmonter les obstacles au changement est souvent plus problématique dans des milieux de traitement en toxicomanie et en violence conjugale. Dans un système organisationnel où l'on valorise l'histoire personnelle des intervenants qui n'ont pas reçu de formation professionnelle (Brown, 1995), il apparaît que les méthodes de traitement novatrices peuvent susciter beaucoup de scepticisme si celles-ci ne concordent pas avec des expériences personnelles significatives (de façon typique, être impliqué dans le mouvement des Alcooliques Anonymes ou avoir une histoire de victimisation). De plus, certaines innovations peuvent être imposées aux agents d'intervention qui ont une approche plus académique et psychologique à l'égard des toxicomanies, comparativement au personnel paraprofessionnel (ex. : ex-toxicomanes). Par conséquent, il est possible que ces nouvelles méthodes de traitement présentent des difficultés d'implantation aux individus responsables de leur mise en oeuvre (Kavanaugh, 1995).

Alors que le système de valeurs et de croyances propre à une organisation peut freiner le transfert d'approches novatrices, notons que d'autres facteurs contextuels peuvent également

jouer un rôle. L'un de ces facteurs concerne "l'état de disponibilité de l'organisation pour un changement" (*organizational readiness to change*) (Backer, 1995). Ainsi, le succès du transfert technologique peut dépendre de la façon d'aborder ou de reconnaître l'influence de plusieurs facteurs humains intrinsèques sur "l'état de disponibilité de l'organisation au changement". Ceux-ci incluent : 1) les bénéfices ou les conséquences négatives du changement pour les individus à l'intérieur de l'organisation; 2) les perceptions quant à la disponibilité des ressources requises pour soutenir cette innovation; 3) les peurs, l'anxiété et la résistance qui accompagnent habituellement une démarche orientée vers le changement; et 4) l'importance de la participation des individus concernés par le changement dans le processus de transformation. Compte tenu de ces défis, les responsables des programmes ainsi que les chercheurs impliqués dans le développement d'approches d'intervention plus efficaces face aux problèmes interreliés de toxicomanie et de violence conjugale devraient s'assurer d'intégrer ces notions de "disponibilité au changement" dans leurs plans d'action.

RÉSUMÉ

Certaines difficultés méthodologiques nuisent à l'étude de la concomitance des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale. D'une part, il y a peu de consensus quant aux comportements qui sont des indices de violence conjugale et, d'autre part, on persiste à se fier aux nombreuses études qui portent sur des individus qui consomment de l'alcool uniquement, ce qui ne reflète pas les tendances contemporaines de polyconsommation. Le dépistage basé sur un compte rendu personnel présente un risque de "sous-révélation" (*under-reporting*). Finalement, la fiabilité des échantillons obtenus dans un cadre clinique ou à la suite d'un événement spécifique, tel qu'un traitement en toxicomanie ou une consultation à l'urgence, peut ne pas englober tout l'éventail de possibilités en regard de la concomitance des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale. Malgré ces lacunes dans les échantillons obtenus tant dans la population générale que dans des populations cliniques, on a constaté que le phénomène d'abus de substances, spécialement l'abus d'alcool, était l'un des prédictors de risque les plus consistants et les plus influents de la violence conjugale chez les hommes, alors que l'abus d'alcool chez les femmes augmente leur risque d'être victime de la violence de leurs partenaires

masculins. Nous savons peu de choses quant au rôle de l'usage abusif de différentes drogues dans l'apparition de ces problèmes connexes, mais l'abus de cocaïne s'est révélé présent chez une large proportion des agresseurs masculins et des femmes violentées. Finalement, la prévalence des deux problèmes a été reliée à plusieurs caractéristiques communes, incluant l'âge et la pauvreté.

Nous ne savons pas à quel degré les mécanismes qui sous-tendent la relation entre la toxicomanie et la violence conjugale se distinguent du problème plus large quant au rôle de la toxicomanie et de la violence. Néanmoins, plusieurs hypothèses ont émergé pour tenter de clarifier l'association putative entre l'abus de substances et la violence conjugale. Chez les hommes, quatre modèles ont été proposés. Un modèle féministe rejette l'idée que l'alcool ou les drogues contribuent à la violence conjugale, alléguant que cela excuse l'abus systématique dont sont victimes les femmes comme membres d'une structure sociale et politique patriarcale. Un autre paradigme, le modèle de désinhibition, avance que les effets de désinhibition de l'alcool et des drogues causent la violence. Même si ce modèle est largement discrédité, il demeure populaire dans plusieurs milieux de traitement en toxicomanie. Le modèle fondé sur une fausse association affirme qu'il n'y a pas de lien de causalité direct entre les deux problèmes, mais que les deux problèmes sont des manifestations de certaines situations individuelles, interpersonnelles ou sociales. Finalement, le modèle intégratif avance que ni l'usage de l'alcool ni l'usage de drogues constituent des facteurs nécessaires ou concluants dans l'étiologie de la violence conjugale. Plutôt, c'est la convergence de certains facteurs, tels que l'âge, les antécédents familiaux, le stress, des traits de personnalité antisociale, la pauvreté, en plus de la toxicomanie qui peuvent conduire à la violence conjugale.

Chez les femmes, un certain nombre de modèles explicatifs ont aussi été proposés. Une personnalité masochiste combinée à une attitude libertine attribuée aux femmes qui boivent est perçue comme étant responsable de la victimisation féminine. Même si elles sont populaires, il y a peu de données pour appuyer ces idées. Un autre modèle tente d'expliquer le risque d'alcoolisme chez les femmes adultes suite à une expérience de victimisation durant l'enfance. On a noté qu'une faible estime de soi, l'affiliation à des groupes d'individus déviants et le fait de boire pour s'en tirer sont des facteurs de risque d'une toxicomanie ultérieure. En général, malgré la formulation de ces modèles explicatifs, aucun mécanisme de causalité explicite n'a encore vu

le jour. De plus, on remarque une forte variabilité, tant au niveau des problèmes comme tels, qu'au niveau des individus qui en sont affligés. Ainsi, il est peu probable qu'un modèle unique explique adéquatement tous les types possibles de problèmes concomitants de toxicomanie et de violence conjugale.

Des études descriptives réalisées auprès d'hommes, présentant à la fois des problèmes de toxicomanie et de la violence conjugale, ont cherché à préciser si l'interaction de ces problèmes avait un impact sur la sévérité de la toxicomanie ou de la violence conjugale. Dans les échantillons cliniques, on a trouvé que les hommes présentant les deux problèmes démontraient des troubles plus grands au niveau de leur fonctionnement psychosocial et psychologique, comparativement aux hommes ayant l'un ou l'autre des problèmes. De plus, on a constaté que la violence grave est associée à des problèmes de consommation plus sévères, alors que l'usage de différentes substances peut contribuer à augmenter (ex. : l'alcool, la cocaïne) ou à diminuer (ex. : le cannabis, l'héroïne) le risque ou la sévérité de la violence. De même, le mode de consommation peut contribuer à la dangerosité de la violence conjugale. Ainsi, des intoxications épisodiques (*binge drinking*) nuisent davantage à la stabilité et à l'intégrité de la famille et représentent des risques plus grands de violence conjugale qu'un mode de consommation régulier. Chez les femmes, un risque élevé de stress post-traumatique a été associé à la fois avec l'alcoolisme et avec la violence conjugale.

Il existe différentes approches pour le traitement de la toxicomanie ou de la violence conjugale. Mais, malgré la cooccurrence fréquente des deux problèmes, aucun modèle de traitement spécifique n'a émergé jusqu'à ce jour. Ainsi, comme ils constituent d'importants points d'entrée du système de santé pour les individus avec une double problématique, les centres de traitement en toxicomanie et en violence conjugale sont laissés à eux-mêmes pour élaborer des stratégies de traitement, sans pouvoir bénéficier ni d'un cadre conceptuel complet, ni d'une base empirique fiable.

Une étude menée aux États-Unis, ainsi qu'une enquête menée au Québec explorant le degré de coordination entre les deux milieux cliniques à l'égard du traitement des problèmes concomitants de toxicomanie et de violence conjugale ont fait ressortir plusieurs conclusions communes : 1) peu de coordination existe entre les deux communautés thérapeutiques; 2) l'expertise disponible,

dans chaque milieu, pour faire face à l'autre problème (ex. : la violence conjugale dans un milieu de traitement de la toxicomanie) est souvent très limitée; et 3) une intervention à l'égard du problème croisé peut se réduire au processus de référence, avec des pratiques de référence inconsistantes et basées sur des méthodes de dépistage douteuses. Alors qu'on reconnaît généralement la nécessité d'une meilleure coordination entre les deux milieux de traitement, un certain nombre d'obstacles ont été cités, incluant : 1) la compétition face à des ressources limitées; et 2) une méfiance mutuelle quant à la compatibilité des différentes idéologies de traitement qu'on croit existantes dans chacun des milieux. L'absence d'une stratégie de traitement détaillée et complète peut avoir d'importantes conséquences pour les personnes affectées par les deux problèmes, telles que : 1) des problèmes concomitants non identifiés; 2) un risque qui persiste et des complications dans le traitement qui sont dues au fait que "l'autre" problème n'a pas été dépisté; 3) des stratégies de dépistage n'ayant pas réussi à distinguer les différents types de problèmes d'abus de substances et de violence conjugale; et 4) des stratégies de référence qui sont souvent punitives et qui réduisent l'accessibilité aux services requis.

Des approches de traitement intégré pour les problèmes d'abus de substances et de santé mentale ont été examinées, scientifiquement et politiquement, comme approche d'intervention optimale des multiples problèmes cooccurrents. Des modèles de traitement intégré pour les problèmes de toxicomanie et de santé mentale peuvent inspirer les efforts pour la planification et l'élaboration d'une approche globale de traitement visant à la fois les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale. Certaines données récentes nous portent à croire que les obstacles conceptuels et logistiques vis-à-vis d'un traitement intégré sont surmontables. Ainsi, la disponibilité de procédures de dépistage valides et faciles à administrer, le potentiel d'interventions brèves mais efficaces pour les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale, et les traitements qui peuvent réduire à la fois les problèmes de toxicomanie et de violence conjugale nous ouvrent la voie vers des approches novatrices de traitement intégré.

Recommandations

- Rehausser le niveau de conscience et de compétence des professionnels travaillant dans des points d'entrée naturelle pour les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de violence conjugale.
- Favoriser l'implantation de protocoles de dépistage brefs mais efficaces, valides et sensibles, à l'égard du problème croisé, dans les milieux de traitement de la toxicomanie et de la violence conjugale.
- Encourager les projets novateurs visant le développement de stratégies viables de traitement intégré.
- Appliquer les bases des principes de changement organisationnel et de transfert de technologie, afin de favoriser des changements dans les pratiques cliniques plus ouverte dans les deux milieux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alpert, E. J., Tonkin, A. E., Seeherman, A. M. & Holtz, H. A. (1998). Family violence curricula in U.S. medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 273-288.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C : Author.
- Anglin, M. D. & Hser, Y. (1987). Outcome evaluation research. In *Drug abuse and drug abuse research, the Fourth Triennial Report to Congress from the Secretary*. Rockville, MD : Department of Health and Human Services.
- Australian Capital Territory (ACT). (1999). <http://actag.canberra.edu.au/actag>.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). AUDIT : The Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for use in primary health care. Geneva, Switzerland : World Health Organization.
- Backer, T. E. (1995). Assessing and enhancing readiness for change : Implications for technology transfer. *National Institute on Drug Abuse Monograph*, (Series No. 155). Rockville, MD : NIDA.
- Baron, R.A. (1977). *Human Aggression*. New York : Plenum Press.
- Bennett, L.W. (1995, July). Correlates of domestic abuse by alcoholics and addicts. Paper presented at the 4th International Family Violence Research Conference, University of New Hampshire, Durham, NH.
- Bennett, L. W. (1995a). Substance abuse and the domestic assault of women. *Social Work*, 40(6), 760-771.
- Bennett, L. & Lawson, M. (1994). Barriers to cooperation between domestic-violence and substance-abuse programs. *Families on Society : The Journal of Contemporary Human Services*, 277-286.
- Bennett, L.W., Tolman, R., Rogalski, C.J. & Srinivasaraghavan, J. (1994). Domestic abuse by male alcohol and drug addicts. *Violence and Victims*, 9, 359-368.
- Bergman, B., Larsson, G., Brismar, B. & Klang, M. (1989). Battered wives and female alcoholics : A comparative social and psychiatric study. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 727-734.
- Brochu, S. & Guyon, L. (1998). *L'utilisation de l'ASI/IGT en centre de détention*. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu & J. Bergeron (Eds.). *L'évaluation des clientèle alcooliques et*

toxicomanes : L'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

- Brown, B. S. (1995). Reducing impediments to technology transfer in drug abuse programming. *National Institute on Drug Abuse Monograph*, (Series No. 155). Rockville, MD : NIDA.
- Brown, T.G., Kokin, M. & Seraganian, P. (1995). The role of spouses of substance abusers in treatment : Gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(3), 223-229.
- Brown, T.G., Seraganian, P. & Tremblay, J. (1994). Alcoholics also dependent on cocaine in treatment : Do they differ from "pure" alcoholics? *Addictive Behaviors*, 19(1), 105-112.
- Brown, T.G., Seraganian, P. & Tremblay, J. (1993). Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment : Do they fare as well as problem drinkers? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 545-552.
- Brown, T. G., Werk, A., Caplan, T. & Seraganian, P. (1999a). Violent substance abusers in domestic violence treatment. *Violence and Victims*, 14(2), 1-10.
- Brown, T. G., Werk, A., Caplan, T. & Seraganian, P. (1999b, In press). The comparability of violent substance abusers in violence or substance abuse treatment settings. *Journal of Family Violence*.
- Brown, T. G., Werk, A., Caplan, T., Shields, N. & Seraganian, P. (1998). The incidence and characteristics of violent men in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 23(4), 1-14.
- BWA (Battered Women's Alternatives), Domestic Violence Treatment Program. (1999). Contra Costa County, CA. <http://ah108-1.cahn.mankato.msus.edu>.
- Caplan, T. & Thomas, H. (1998, in press). Spinning the group process wheel : Effective facilitation techniques for motivating involuntary client groups. *Groupwork UK*.
- Caplan, T. & Thomas, H. (1995). Safety and comfort, content and process : Facilitating open group work with men who batter. *Social Work with Groups*, (18) 2/3, 33-51.
- Coid, J. (1982). Alcoholism and violence. *Drug and Alcohol Dependence*, 9, 1-13.
- Coleman, D. H. & Straus, M. A. (1983). Alcohol abuse and family violence. In E. Gottheil, A. Durley, I. F. Skolada and H. M. Waxman (Eds.). *Alcohol, drug abuse, and aggression*.(pp. 104-123). Springfield, MA : Thomas Publishers.
- Coleman, D. H. & Straus, M. A. (1979, August). Alcohol abuse and family violence. Paper presented at annual meeting of the American Sociological Association, Boston, MA.
- Coleman, K., Weinman, M.C. & Hsi, B.P. (1980). Factors affecting conjugal violence. *American Journal of Psychology*, 105(2), 197-202.

- Collins, J.J., Kroutil, L.A., Roland, E.J. & Moore-Gurrera, M. (1997). Issues in the linkage of alcohol and domestic violence services. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism : Volume 13*. New York : Plenum Press.
- Connor, K.R. & Ackerly, G.D. (1994). Alcohol-related battering : Developing treatment strategies. *Journal of Family Violence*, 9(2), 143-155.
- DeJong, C. A., Van Den Brink, W. & Jansen, J. A. (1993). Sex role stereotypes and clinical judgement : How therapists view their alcoholic patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(4), 383-389.
- Denison, E. M., Paredes, A., & Booth, J. B. (1997). Alcohol and cocaine interactions and aggressive behaviors. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 283-303.
- Dent, D. Z. & Arias, I. (1990). Effects of alcohol, gender, and role of spouses on attributions and evaluations of marital violence scenarios. *Violence and Victims*, 5(3), 185-193.
- Dongier, M. & Bruce, K.R. (1999). Naturalistic 1-year follow-up of alcohol and substance abusers following inpatient or ambulatory treatment. Unpublished manuscript, Douglas Hospital Research Center at Verdun, QC.
- Durham, G.L. (1998). The domestic violence dilemma : How our ineffective and varied responses reflect our conflicted views of the problem. *Southern California Law Review*, 71, 641-665.
- Dutton, D. G. (1992). Theoretical and empirical perspectives on the etiology and prevention of wife assault. In R. DeV. Peters and R.J. McMahon (Eds.). *Aggression and violence throughout the life span* (pp.192-221). CA : Sage Publications.
- Eberle, P.A. (1982). Alcohol abusers and non-abusers : A discriminant analysis of differences between two subgroups of batterers. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 260-271.
- Edleson, J.L. (1995). <http://www.mincava.umn.edu/dap.htm>.
- Edleson, J.L. & Brygger, M.P. (1986). Gender differences in reporting of battering incidences. *Family Relations*, 35, 377-382.
- Edleson, J.L. & Syers, M. (1991). The effects of group treatment for men who batter : An 18-month follow-up study. *Research on Social Work Practice*, 1(3), 227-243.
- Edleson, J. L. & Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research and Abstracts*, 10-17.
- Edleson, J.L. & Tolman, R.M. (1992). Intervention for men who batter : An ecological approach. Newbury Park, CA : Sage.

- El-Bayoumi, G., Borum, M.L. & Haywood, Y. (1998). Domestic violence in women. *Medical Clinics of North America*, 82(2), 391-401.
- El-Guebaly, N. (1993). Managing substance abuse and mental illness : a Canadian perspective. In D. Riley (Ed.), *Dual Diagnosis* (pp. 33-47). Ottawa : Canadian Center on Substance Abuse.
- Emery, R. E. & Laumann-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships : Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist*, 53(2), 121-135.
- Fagan, J. & Wexler, S. (1987). Crime at home and in the streets : The relationship between family and stranger violence. *Violence and Victims*, 2(1), 5-23.
- Fagan, R.W., Barnett, O.W. & Patton, J.B. (1988). Reasons for alcohol use in maritally violent men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 371-392.
- Fitch, F.J. & Papantonio, A. (1983). Men who batter : Some pertinent characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 171(3), 190-192.
- Flitcraft, A. (1990). Battered women in your practice? *Patient Care*, 24, 107.
- Follingstad, D.R., Neckerman, A.P., & Vormbrock, J. (1988). Reactions to victimization and coping strategies of battered women : The Ties that bind. *Clinical Psychology Review*, 8, 373-390.
- Friedman, A. S. (1998). Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior : A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 339-355.
- Frieze, I. H. & Schafer, P. C. (1984). Alcohol use and marital violence : Female and male differences in reactions to alcohol. In S. C. Wilsnack and L. J. Beckman (Eds.), *Alcohol problems in women : Antecedents, consequences, and intervention* (chapter 9). New York : Guilford Press.
- Gaquin, D. A. (1977-78). Spouse abuse : Data from the National Crime Survey. *Victimology*, 2(3-4), 632-643.
- Gelles, R. J. & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence*. New York : Simon and Schuster.
- Gelles, R. J. & Straus, M. A. (1979). Determinants of violence in the family : Toward a theoretical integration. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, and I. L. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family* : Vol.1. (pp. 549-581). New York : Free Press.
- Gleason, W. J. (1997). Psychological and social dysfunctions in battering men : A review. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 43-52.

- Hoff, B.H. (1999). <http://www.vix.com/menmag/batdulut.htm>.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R. & Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism : A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6), 517-540.
- Holtzworth-Munroe, A. (1991). Focus on violent men : Applying the social information processing model by maritally violent men. *Behavior Therapy*, 14, 128-132.
- Holtzworth-Munroe, A. & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers : Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497.
- Horn, J.L., Skinner, H.A., Wanberg, K.W., and Foster, F.M. (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS). Toronto : Addiction Research Foundation.
- Hotaling, G.T. & Sugarman, D.B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence : The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Hyman, A. (1996). Domestic violence : Legal issues for health care practitioner and institutions. *Journal of American Medical Women's Association*, 51(3), 101-105.
- Kantor, G.K. & Straus, M.A. (1989). Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(2), 173-189.
- Kavanagh, K. H. (1995). Collaboration and diversity in technology transfer. *National Institute on Drug Abuse Monograph*, (Series No. 155). Rockville, MD : NIDA.
- Kennedy, L. W. & Dutton, D. G. (1989). The incidence of wife assault in Alberta. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21(1), 40-54.
- Kunitz, S.J., Levy, J.E., McCloskey, J.M. & Gabriel, K.R. (1998). Alcohol dependence and domestic violence as sequel of abuse and conduct disorder in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1079-1091.
- Laughrea, K., Bélanger, C. & Wright, J. (1996). *Existe-t-il un consensus social pour définir et comprendre la problématique de la violence conjugale?* Santé mentale au Québec, 21(2), 93-116.
- Leonard, K. & Jacob, T. (1988). Alcohol, alcoholism, and family violence. In V. Van Hasselt, R. Morrison, A. Bellack, and M. Herson (Eds.). *Handbook of Family Violence* (pp. 383-406). New York : Plenum.
- Leonard, K. E. & Jacob, T. (1997). Sequential interactions among episodic and steady alcoholics and their wives. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(1), 18-25.

- Goldstein, P. J., Bellucci, P. A., Spunt, B. J. & Miller, T. (1991). Volume of cocaine use and violence : A comparison between men and women. *Journal of Drug Issues*, 21(2), 345-367.
- Gondolf, E.W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3(3), 187-203.
- Gondolf, E.W. (1985). Men who batter : An integrated approach for stopping wife abuse. Florida : Learning Publications.
- Gondolf, E.W. & Foster, R.A. (1991). Wife assault among VA alcohol rehabilitation patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 74-79.
- Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. A & Chou, P. (1994). Prevalence of DSM-IV alcohol abuse and dependence : United States, 1992. *Alcohol Health & Research World*, 18(3), 243-248.
- Hamberger, L.K. & Hastings, J.E. (1991). Personality correlates of men who batter and nonviolent men : Some continuities and discontinuities. *Journal of Family Violence*, 6(2), 131-147.
- Hamilton, C. J. & Collins, J. J. (1981). The role of alcohol in wife beating and child abuse : A review of the literature. In J. J. Collins (Ed.). *Drinking and crime : Perspectives on the relationship between alcohol consumption and criminal behavior* (pp.253-287). New York : Guilford Press.
- Hanneke, C.R. & Shields, N.A. (1985). Marital Rape : Implications for the helping professions. *The Journal of Social Work*, 451-458.
- Hart, B. (1999). Catholic Social Services of Washtenaw County Alternatives to Domestic Aggression. <http://www2.nas.edu/whatsnew>.
- Hastings, J.E. & Hamberger, L.K. (1988). Personality characteristics of spouse abusers : A controlled comparison. *Violence and Victims*, 3, 31- 48.
- Haver, B. (1987). Female alcoholics : IV. The relationship between family violence and outcome 3-10 years after treatment. *Acta Psychiatr. Scand.*, 75, 449-455.
- Hegarty, K. & Roberts, G. (1998). How common is domestic violence against women? The definition of partner abuse in prevalence studies. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(1), 49-54.
- Hien, D. & Hien, N. M. (1998). Women, violence with inmates, and substance abuse : Relevant theory, empirical findings, and recommendations for future research. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(3), 419-438.
- Hilberman, E. & Munson, K. (1977-78). Sixty battered women. *Victimology*, 2(3-sup-4), 460-470.

- Leonard, K. E. (1993). Drinking patterns and intoxication in marital violence : Review, critique, and future directions for research. In S. E. Martin (Ed.). *Alcohol and interpersonal violence : Fostering multidisciplinary perspectives*. NIH Research Monograph Publication No. 24 (pp. 253-280). Rockville, MD : NIAAA.
- Levesque, D. A., Gelles, R. J. & Velicer, W. F. (1998, July). External validity of stages of change measures for battering men. *Program Evaluation and Family Violence Research : An International Conference*. Durham, NH.
- Lindquist, C.U., Sass, L.E., Bottomley, D., Katin, S.M., Maddox, J.D., Ordonez, R.M. & Teofilo, C.N. (1997). Should abused women's reports of partner substance abuse be accepted as valid? *Journal of Family Violence*, 12(1), 75-83.
- Livingston, L. (1986). Measuring domestic violence in an alcoholic population. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 13, 934-953.
- Maiden, R. P. (1997). Alcohol dependence and domestic violence : Incidence and treatment implications. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15(2), 31-50.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York : Guilford Press.
- McCauley, J., Yurk, R. A., Jenckes, M. W. & Ford, D. E. (1998). Inside «Pandora's Box» : Abused women's experiences with clinicians and health services. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 549-555.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients : The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McKenzie, K.C., Burns, R.B., McCarthy, E.P. & Freund, K.M. (1998). Prevalence of domestic violence in an inpatient female population. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 277-279.
- Mercy, J.A. & Saltzman, L.E. (1989). Fatal violence among spouses in U.S., 1976-85. *American Journal of Public Health*, 79(5), 595-599.
- Meredith, W.H., Abbott, D.A. & Adams, S.L. (1986). Family violence : Its relation to marital and parental satisfaction and family strengths. *Journal of Family Violence*, 1, 299-305.
- Midanik, L. T. & Clark, W. B. (1995). Drinking-related problems in the United States : Description and trends, 1984-1990. *Journal of Studies on Alcohol*, 56(4), 395-402.
- Midanik, L. T. & Clark, W. B. (1994). The demographic distribution of US drinking patterns in 1990 : Description and trends from 1984. *American Journal of Public Health*, 84(8), 1218-1222.

- Miller, B.A. (1990). The interrelationships between alcohol and drugs and family violence. *Drugs and violence : Causes, correlates, and consequences*. NIDA Research Monograph Series, 103 (pp. 177-207). Rockville, MD. : NIDA.
- Miller, B.A. & Downs, W.R. (1993). The impact of family violence on the use of alcohol by women. *Alcohol, Health & Research World*, 17(2), 137-143.
- Miller, B.A., Downs, W.R. & Gondoli, D.M. (1989). Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 533-540.
- Miller, W.R. & Bennett, M.E. (1996). Treating alcohol problems in the context of other drug abuse. *Alcohol, Health & Research World*, 20(2), 118-123.
- Miller, W.R. & Hester, N. (1989). Matching problem drinkers with optimal treatments. In W.R. Miller and N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors : Processes of Change* (pp. 175-203). New York : Plenum Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior*. New Mexico : Guilford Press.
- Muelleman, R. L. & Burgess, P. (1998). Male victims of domestic violence and their history of perpetrating violence. *Academic Emergency Medicine*, 5(9), 866-870.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C. & Romans, S. E. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children : A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21.
- Murphy, C. M. & O'Farrell, T. J. (1994). Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology*, 8(3), 321-335.
- O'Farrell, T.J. & Choquette, K. (1991). Marital violence in the year before and after spouse-involved alcoholism treatment. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 32-40.
- O'Farrell, T. J., Kleinke, C. L. & Cutter, H.S.G. (1998). Sexual adjustment of male alcoholics : Changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. *Addictive Behaviors*, 23(3), 419-425.
- Oriel, K. A. & Fleming, M. F. (1998). Screening men for partner violence in a primary care setting : A new strategy for detecting domestic violence. *The Journal of Family Practice*, 46(6), 493-498.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy : Noch einmal. In A. Bergin and S. Garfield (Eds.). *The handbook of psychotherapy and behavior change : Fourth Edition* (pp. 270-376). Toronto : John Wiley and Sons, Inc.
- Ouimette, P. C., Brown, P. J. & Najavits, L. M. (1998). Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 785-795.

- Paglia, A. and Room, R. (1998). Alcohol and aggression : General population views about causation and responsibility. *Journal of Substance Abuse*, 10(2), 199-216.
- Pernanen, K. (1991a). Studies of the role of alcohol in real-life violence. *Alcohol in Human Violence* (pp.25-35). New York : Guilford Press.
- Pernanen, K. (1991b). Alcohol in human violence : Findings and explanatory frameworks. *Alcohol in Human Violence* (pp.192-223). New York : Guilford Press.
- Ponzetti, J.J., Cate, M.R. & Koval, J.E. (1982). Violence between couples : Profiling the male abuser. *The Personnel and Guidance Journal*, 61(4), 222-224
- Powers, R.J., Schlessinger, L.B. & Benson, M. (1983). Family violence : Effects of a film program for alcohol dependent persons. *Journal of Drug Education*, 13, 153-160.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.
- Rhodes, N. R. & McKenzie, E. B. (1998). Why do battered women stay? : Three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 391-406.
- Rinfret-Raynor, M., Paquet-Deehy, A., Larouche, G., & Cantin, S. (1989). *Intervention auprès des femmes violentées : évaluation de l'efficacité d'un modèle féministe*. Rapport de recherche no. 1. École de service social, Université de Montréal, Montréal.
- Roizen, J. (1997). Epidemiological issues in alcohol-related violence. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism : Vol. 13* (pp.7-40). New York : Plenum Press.
- Rosenbaum, A. (1988). Methodological issues in marital violence research. *Journal of Family Violence*, 3(2), 91-104.
- Sachs, C. J., Peek, C., Baraff, L. J. & Hasselblad V. (1998). Failure of the Mandatory Domestic Violence Reporting Law to increase medical facility referral to police. *Annals of Emergency Medicine*, 31(4), 488-494.
- Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-93?* Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-93 : Vol. 2. Montréal : Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Saunders, D. G. (1996). Interventions for men who batter : Do we know what works? In *Session : Psychotherapy in Practice*, 2(3), 81-93.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter : Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.

- Shapiro, R. J. (1982). Alcohol and family violence. In J.C. Hansen and L.R. Barnhill (Eds.), *Clinical Approaches to family violence* (pp. 70-89). Rockville, MD : Aspen.
- Shields, N. M. & Hanneke, C. R. (1988). Multiple sexual victimization : The case of incest and marital rape. *Family abuse and its consequences : New directions in research* (pp. 255-269). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Sinclair, D. (1985). Understanding wife assault : A training manual for counselors and advocates. Toronto : Govt. Bookstore Publications Services Section.
- Skinner, H.A. (1982). The Drug Abuse Screening Test (DAST). Toronto : Addiction Research Foundation.
- Spinola, C., Stewart, L., Fanslow, J. & Norton, R. (1998). Developing and implementing an intervention : Evaluation of an emergency department pilot on partner abuse. *Evaluation and the Health Professions*, 21(1), 91-119.
- Stark, E. & Flitcraft, A. H. (1991). Spouse Abuse. In M.L. Rosenberg and M.A. Fenley (Eds.), *Violence in America : A public health approach* (pp. 123-157). New York : Oxford Press University.
- Statistiques Canada (1993, novembre). Enquête sur la violence faite aux femmes : faits saillants. *Le_Quotidien*. Ottawa : Statistiques Canada.
- Stith, S.M., Crossman, R.K. & Bischof, G.P. (1991). Alcoholism and marital violence : A comparative study of men in alcohol treatment programs and batterer treatment programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 3-20.
- Straus, M.A. & Gelles, R.J. (1990). How violent are American families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies. In M.A. Straus and R.J. Gelles (Eds.), *Physical Violence in American Families : Risk factors and Adaptations to Violence* in 8,145 Families (pp. 95-112). New Brunswick, NJ : Transaction Publishers.
- Straus, M. A., Gelles, R. & Steinmetz, S. K. (1980). Behind closed doors : A survey of family violence in America. New York : Doubleday & Co. Inc.
- Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S. & Sugarman, D.B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Suissa, J.A. (1994). *Violence, toxicomanies et dynamique familiale : Qui est responsable?* *Intervention*, 99, 64-69.
- Tolman, R. M. & Bennett, L. W. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 87-118.
- Turner, S.F. & Shapiro Hoenk, C. (1986). Battered women : Mourning the death of a relationship. *Social Casework*, 372-376.

WHO Brief Intervention Study Group. (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7), 948-955.

ANNEXE 1

*Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès du
personnel du programme de traitement en toxicomanie*

ANNEXE 2

*Questionnaire utilisé pour l'enquête auprès du
personnel du programme à l'égard de la violence faite aux femmes*