

CAHIER
recherche et pratique

VOLUME 3 NUMÉRO 2 NOVEMBRE 2013

Les nouvelles réalités du couple

La vie à deux, tout un système!

Martin Drapeau, Ph. D., Université McGill

L'apparence physique et les relations conjugales

Catherine Bégin, Ph. D., Université Laval

La violence conjugale – Paramètres utiles pour l'évaluation et l'intervention

Yvan Lussier, Ph. D., Université du Québec à Trois-Rivières

Traumas interpersonnels vécus en enfance et relations de couple

Natacha Godbout, Ph. D., Université du Québec à Montréal

Survivance du vécu amoureux des couples de même sexe

Marie-France Lafontaine, Ph. D., Université d'Ottawa

L'infertilité, une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher

Katherine Péloquin, Ph. D., Université de Montréal

Les problèmes de couple découlant de l'utilisation d'Internet

Anik Ferron, M. A., sexologue, psychothérapeute



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

MISSION DU CAHIER RECHERCHE ET PRATIQUE

Le *Cahier recherche et pratique* est publié deux fois par année par l'Ordre des psychologues du Québec. L'objectif de cette publication est de présenter des synthèses des connaissances scientifiques en psychologie et de faciliter le transfert des connaissances vers le champ de la pratique. L'objectif poursuivi par le comité éditorial du cahier est d'outiller les psychologues praticiens, tous domaines et champs de pratique confondus, en mettant à leur disposition des relevés de littérature critiques et de brèves synthèses de connaissances sur des thématiques d'actualité. La revue vise aussi à informer le public et les professionnels qui travaillent en collaboration avec les psychologues sur les récents développements scientifiques et cliniques en psychologie ainsi que sur la contribution des psychologues à l'amélioration de la qualité de vie de la population.

La revue publie des articles sur invitation seulement, à la suite d'un appel de propositions. Aucune soumission indépendante n'est considérée ou acceptée. Cependant, le comité éditorial peut recevoir des suggestions de thématiques. Le choix des thématiques se fait en fonction de leur pertinence clinique et de leur pertinence scientifique, sociale et politique. Les articles qui proposent de meilleures pratiques dans un domaine ou dans un contexte particulier ou qui remettent en question certaines pratiques ou politiques existantes, en s'appuyant sur les résultats de la recherche, sont privilégiés. Dans tous les cas, la valeur d'un article est évaluée en fonction de ses assises scientifiques et de son potentiel pour améliorer les pratiques. Tous les articles sont soumis à une expertise à l'aveugle avant d'être acceptés et publiés.

Le *Cahier recherche et pratique* est publié par la Direction des communications de l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction et la distribution des textes sont autorisées avec mention de la source à condition que ce soit à des fins non lucratives.

Rédacteur en chef : Martin Drapeau, psychologue, professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie, Université McGill

Rédacteur invité : Yvan Lussier, psychologue, Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice de la publication : Diane Côté, directrice des communications, Ordre des psychologues du Québec

Comité éditorial :

Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

Diane Côté, directrice des communications, Ordre des psychologues du Québec

Pierre Desjardins, psychologue, directeur de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Martin Drapeau, psychologue, membre du CA de l'Ordre des psychologues du Québec et professeur à l'Université McGill

Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Yves Martineau, psychologue, conseiller à la formation continue, Ordre des psychologues du Québec

Site Web :

www.ordrepsy.qc.ca/cahierrecherche

Remerciements aux personnes suivantes qui ont contribué à ce numéro :

Professeure Sylvie Aubin, Université McGill

Professeure Sandra Byers, University of New Brunswick

Professeur Jack De Stefano, Université McGill

Professeur Ghassan El-Baalbaki, Université du Québec à Montréal

Professeur Nicolas Favez, Université de Genève

Professeur Stéphane Guay, Université de Montréal

Professeure Marie Hazan, Université du Québec à Montréal

Professeure Julie Lefebvre, Université du Québec à Trois-Rivières

Professeure Heather B. MacIntosh, Université McGill

Professeur Denis Mellier, Université de Franche-Comté

Professeure Ada Sinacore, Université McGill

D^r François St-Père, psychologue

Professeure Janet Takefman, Université McGill

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-923164-48-9

ISSN 1923-0311

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

www.ordrepsy.qc.ca

La vie à deux, tout un système!

Le couple n'est pas une entité statique. Certes, les couples se font et se défont, naissent et meurent, comme peuvent nous le laisser croire les taux de divorce. Mais même sans éclater, les couples évoluent et se redéfinissent constamment. Ils se créent, se développent et se vivent autrement, au gré de l'évolution de nos mœurs et de nos valeurs, des bouleversements sociaux et des mouvements de société, petits et grands. Le mariage et le divorce, traduits en taux et pourcentage, ne constituent donc plus les seuls paramètres, ou même les meilleurs paramètres à considérer pour saisir l'évolution du couple et son fonctionnement.

Ce numéro du *Cahier recherche et pratique* est entièrement consacré à la recherche sur le couple. En le parcourant, vous serez en mesure de constater à quel point recevoir un couple en consultation, ce n'est pas recevoir seulement deux individus. C'est accueillir tout un système, dans lequel les craintes et inquiétudes de chacun des partenaires peuvent se révéler et devenir non plus des difficultés personnelles vécues à deux, mais bien des difficultés systémiques. Dans son article, Catherine Bégin en fait la démonstration pour les préoccupations quant à l'apparence physique et leurs effets sur le fonctionnement du couple. Natacha Godbout, quant à elle, démontre à quel point l'histoire de chacun, parfois empreinte de traumatismes de diverses natures, devient histoire partagée, qu'on le veuille ou non. À ceci s'ajoutent d'autres problématiques, telle la violence conjugale qui est, comme le souligne Yvan Lussier, toujours présente aujourd'hui en dépit de nos progrès et valeurs sociétaux, largement discutés ces jours-ci. Depuis longtemps, comme le souligne Anik Ferron, l'infidélité ébranle certains couples, quoiqu'elle aussi se soit mise au goût du jour et des nouvelles technologies avec tout ce qu'Internet et d'autres moyens techniques comme les messages textes nous permettent aujourd'hui. Ainsi la vie de couple se vit différemment, tant pour les couples de même sexe, comme le démontre le texte de Marie-France Lafontaine,

que pour les couples hétérosexuels, et change constamment et rapidement, nous posant à tous le défi de suivre son évolution.

Vis-à-vis d'une si rapide évolution, le *Cahier recherche et pratique* prend tout son sens. Longtemps considéré comme une intervention pour les gens n'ayant que des préoccupations légères et éphémères, les fameux *worried-well*, ou encore comme une intervention de dernier recours (voir p. ex. Johnson et Lebow, 2000; Snyder, Castellani et Whisman, 2006), la thérapie de couple fait désormais partie de l'arsenal thérapeutique des psychologues, si bien qu'elle est aujourd'hui recommandée, données probantes à l'appui, pour le traitement de la dépression majeure (NICE, 2009a), de la dépression chez l'adulte ayant des problèmes chroniques de santé physique (NICE, 2009b), de l'abus de substance (NICE, 2007), et pour un ensemble d'autres troubles mentaux (NICE, 2011). Elle est aussi recommandée pour l'accompagnement des couples aux prises avec des problèmes d'infertilité (NICE, 2013), un thème d'ailleurs abordé par Katherine Péloquin dans ce numéro spécial. La thérapie de couple est ainsi, depuis quelque temps déjà, l'objet de nombre d'études scientifiques ayant examiné son efficacité ainsi que les processus qui pourraient expliquer ses succès et ses échecs. Alors qu'un nombre négligeable d'articles est répertorié par PsycINFO (avec les mots clefs *couples therapy*) pour les années 1960 et même pour les années 1970, on compte près de 2000 articles répertoriés pour la décennie 2000-2010. Difficile, devant une telle abondance, de rester au fait des avancées scientifiques, à moins de se tourner vers des synthèses de connaissances, telles des revues systématiques (la *Cochrane Library* en compte une demi-douzaine faisant référence à la thérapie de couple), les guides cliniques tels ceux publiés par le NICE ou d'autres organismes indépendants, ou encore, bien sûr... de mettre la main sur le *Cahier recherche et pratique*.

Longtemps considéré comme une intervention pour les gens n'ayant que des préoccupations légères et éphémères, les fameux *worried-well*, ou encore comme une intervention de dernier recours, la thérapie de couple fait désormais partie de l'arsenal thérapeutique des psychologues, si bien qu'elle est aujourd'hui recommandée, données probantes à l'appui, pour le traitement de la dépression majeure.

J'espère donc que ces quelques pages pourront permettre aux près de 2000 psychologues qui accueillent des couples dans leur cabinet de comparer leurs connaissances cliniques avec l'état actuel de la recherche. Quant aux autres psychologues qui n'offrent pas de services aux couples, et cela m'inclut, je suis convaincu que ce numéro spécial nous aidera à constater à quel point certaines pratiques peuvent être complexes et à quel point, peut-être aussi, certains de nos collègues méritent notre admiration.




Martin Drapeau, Ph. D., psychologue
 Rédacteur en chef,
Cahier recherche et pratique
 Professeur de psychologie
 du counseling et de psychiatrie,
 Université McGill

RÉFÉRENCES

- Johnson, S., et Lebow, J. (2000). The coming of age of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(1), 23-38.
- Kiecolt-Glaser, J. K., et Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Lin, E., Goering, P., Offord, D. R., Campbell, D., et Boyle, M. H. (1996). The use of mental health services in Ontario: epidemiological findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 572-577.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). *NICE clinical guideline 51: Drug misuse – Psychosocial interventions*, [www.nice.org.uk/nicemedia/live/11812/35973/35973.pdf] (consulté le 9 octobre 2013).
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2009a). *NICE clinical guideline 90: Depression – The treatment and management of depression in adults*, [www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg90niceguideline.pdf] (consulté le 9 octobre 2013).
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2009b). *NICE clinical guideline 91: Depression in adults with a chronic physical health problem – Treatment and management*, [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12327/45909/45909.pdf] (consulté le 9 octobre 2013).
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2011). *NICE clinical guideline 123: Common mental health disorders – Identification and pathways to care*, [www.nice.org.uk/nicemedia/live/13476/54520/54520.pdf] (consulté le 9 octobre 2013).
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2013). *NICE clinical guideline 156: Fertility – Assessment and treatment for people with fertility problems*, [www.nice.org.uk/nicemedia/live/14078/62769/62769.pdf] (consulté le 9 octobre 2013).
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., et Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Swindle, R., Heller, K., Pescosolido, B., et Kukuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period. *American Psychologist*, 55, 740-749.

L'apparence physique et les relations conjugales



Catherine Bégin, Ph. D.
Psychologue et professeure de psychologie,
Université Laval, membre du
Centre de recherche interdisciplinaire
sur les problèmes conjugaux et
les agressions sexuelles (CRIPCAS)
catherine.begin@psy.ulaval.ca

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D.
Psychologue-chercheure,
École de psychologie, Université Laval

La recherche a démontré que les préoccupations reliées à l'image corporelle sont associées à des difficultés physiques et psychologiques variées. Dans cet article, les auteures abordent les liens qui peuvent exister entre ces préoccupations chez la femme et chez l'homme et la qualité de la vie de couple. Des recommandations cliniques pour l'intervention auprès des couples sont aussi formulées.

Mots clés : apparence physique, couple, relations amoureuses, relations conjugales, sexualité

L'apparence physique est un des attraits les plus importants dont dispose une personne pour séduire un partenaire et s'engager dans une relation amoureuse. Il s'agit même d'un critère significatif dans l'évaluation d'un partenaire potentiel tant pour les femmes que pour les hommes, quoique ces derniers y accordent une plus grande valeur (Braun et Bryan, 2006; McNulty, Neff et Karney, 2008; Shackelford, Schmitt et Buss, 2005). Or, les préoccupations à l'égard du poids sont presque devenues la norme dans le contexte social actuel où la promotion de la santé et de la minceur limitent la diversité des formats corporels perçus comme acceptables. Au cours des 40 dernières années, les femmes sont devenues de plus en plus insatisfaites de leur apparence physique (Abell et Richards, 1996; Parks et Read, 1997; Swami et coll., 2010), un phénomène que l'on constate aussi maintenant chez les hommes (Hoyt et Kogan, 2001).

L'importance de l'insatisfaction corporelle

62 % des Québécoises croient qu'elles devraient être plus minces ou perdre du poids.

34 % des Québécois croient qu'ils devraient être plus minces ou perdre du poids.

50 % des femmes avec un poids santé et 22 % des femmes avec un poids insuffisant veulent perdre du poids.

20 % des jeunes hommes de 15 à 24 ans veulent prendre du poids (de la masse musculaire).

(Ipsos Reid, 2008; Ledoux et Rivard, 2000)

Tant chez les hommes que chez les femmes, les préoccupations reliées à l'image corporelle sont associées à des difficultés physiques et psychologiques telles que des comportements de santé moins fréquents (p. ex. moins d'activité physique), une faible estime de soi, des sentiments de honte et de culpabilité, un risque accru de dépression ainsi que l'adoption de comportements alimentaires dysfonctionnels (Grabe, Ward et Hyde, 2008; Johnson et Wardle, 2005; Provencher et coll., 2007). Ainsi, les individus qui sont insatisfaits de leur corps semblent moins enclins à s'investir positivement en général et à prendre soin de leur corps et de leur santé d'une façon adéquate, ce qui peut aussi avoir des conséquences importantes sur leurs relations interpersonnelles, notamment en entravant leur capacité à développer des relations intimes satisfaisantes (Bohn et coll., 2008; Tantleff-Dunn et Gokee, 2002).

L'insatisfaction corporelle et la vie de couple

En ce qui concerne les relations amoureuses, les évidences empiriques démontrent que plus les individus sont insatisfaits de leur corps, plus ils risquent d'être insatisfaits dans leur relation conjugale et vice-versa (Friedman et coll., 1999; Hoyt et Kogan, 2001; Weller et Dziegielewski, 2004). L'insatisfaction corporelle est associée à une plus grande anxiété relationnelle, à une plus grande peur de l'intimité dans les relations conjugales ainsi qu'à un style d'attachement plus préoccupé, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (Cash, Thériault et Annis, 2004). Les femmes insatisfaites de leur apparence physique, puisqu'elles se sentent moins attirantes, adopteraient aussi moins de comportements émotionnellement engageants, tels que le dévoilement de soi, ce qui peut les conduire à établir des relations moins intimes et moins satisfaisantes (Meltzer et McNulty, 2010; Murray, Holmes et Collins, 2006). En ce sens, la sexualité semble être particulièrement touchée chez les personnes qui sont insatisfaites de leur corps, puisqu'elle implique un grand dévoilement de soi tant physique qu'émotionnel (Cash, Maikkula et Yamamiya, 2004; Meltzer et McNulty, 2010; Murray et coll., 2006). Par exemple, une étude a démontré que l'insatisfaction corporelle des femmes expliquerait de 15 à 20 % de l'insatisfaction sexuelle (Pujols et coll., 2010).

Une étude des liens intra- et inter-partenaires entre l'insatisfaction corporelle et les enjeux conjugaux

Selon les données de notre étude menée auprès de 103 couples, l'insatisfaction corporelle mènerait à l'insatisfaction conjugale via la sphère sexuelle, notamment par l'entremise des difficultés d'affirmation sexuelle et la présence de distractions cognitives (Gagnon-Girouard et coll., 2012).

CHEZ LES FEMMES

Le lien entre l'insatisfaction corporelle, sexuelle et conjugale des femmes demeure significatif, et ce, sans égard au poids réel des femmes.

Chez les femmes, ce que leur conjoint pense de leur apparence n'est pas un déterminant significatif de leur propre satisfaction sexuelle et conjugale.

CHEZ LES HOMMES

Le lien entre l'insatisfaction corporelle, la sexualité et la satisfaction conjugale est lié au poids réel chez les hommes.

Les hommes sont plus sensibles à l'insatisfaction corporelle de leur conjointe et à ce qu'ils croient qu'elle pense de leur corps qu'à leur propre image corporelle.

Les conjoints des femmes qui sont insatisfaites de leur apparence rapportent une vie sexuelle et conjugale moins satisfaisantes que les autres.

Cette étude met en lumière l'importance de deux mécanismes concrets reliant l'insatisfaction corporelle et la dynamique conjugale. D'abord, chez les femmes, plus ces dernières sont insatisfaites de leur apparence, plus elles rapportent des pensées intrusives relatives à leur apparence et à leur performance durant les relations sexuelles, ce qui les amènerait à profiter moins pleinement de leur vie sexuelle et à vivre une moins grande satisfaction dans leur relation conjugale. De plus, les résultats mettent en évidence des liens entre l'insatisfaction corporelle, l'affirmation sexuelle et conjugale des femmes et la

satisfaction sexuelle et conjugale de leur partenaire. Ainsi, les femmes qui affirment moins leurs besoins sexuels se disent moins satisfaites sexuellement et conjugalement, tout comme leur partenaire. L'affirmation sexuelle des femmes semble donc être une variable particulièrement importante dans la dynamique conjugale, puisqu'elle fait le lien entre les insatisfactions corporelle, sexuelle et conjugale de la femme, mais également parce qu'elle est directement en lien avec la satisfaction sexuelle et conjugale de leur partenaire.

En somme, ces résultats démontrent bien que la façon qu'ont les

femmes de percevoir leur corps, au-delà de leur poids corporel réel, semble étroitement en lien avec la dynamique relationnelle, notamment de par son association avec le niveau de satisfaction de leur conjoint dans la relation conjugale. Plus particulièrement, l'affirmation sexuelle et les distractions cognitives pourraient s'avérer des cibles thérapeutiques concrètes pour travailler à renverser l'effet dévastateur de l'insatisfaction corporelle sur les aspects les plus intimes de la relation conjugale.

Pistes d'intervention clinique

Ne pas prendre pour acquis qu'une femme qui ne présente pas de surplus de poids n'est pas préoccupée par son apparence.

Tenir compte des préoccupations des femmes par rapport à leur apparence et de l'impact potentiel sur l'intimité et la sexualité du couple.

S'intéresser à la perception des hommes par rapport à ce qu'ils croient que leur conjointe pense de son corps.

Considérer les stratégies d'affirmation sexuelle et les pensées dérangeantes concernant l'apparence et la performance comme des cibles de traitement chez les couples pour qui ces difficultés entravent la dynamique conjugale.

RÉFÉRENCES

- Abell, S. C., et Richards, M. H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 691-703. doi: 10.1007/BF01537361h.
- Bohn, K., Doll, H. A., Cooper, Z., O'Connor, M., Palmer, R. L., et Fairburn, C. G. (2008). The measurement of impairment due to eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1105-1110. doi: 10.1016/j.brat.2008.06.012.
- Braun, M. F., et Bryan, A. (2006). Female waist-to-hip and male waist-to-shoulder ratios as determinants of romantic partner desirability. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, 805-819. doi: 10.1177/0265407506068264.
- Cash, T. F., Maikkula, C. L., et Yamamiya, Y. (2004). "Baring the Body in the Bedroom": Body Image, Sexual Self-Schemas, and Sexual Functioning among College Women and Men. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 7, [www.ejhs.org/volume7/bodyimage.html] (consulté le 10 septembre 2013).
- Cash, T. F., Thériault, J., et Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 89-103. doi: 10.1521/jscp.23.1.89.26987.
- Friedman, M. A., Dixon, A. E., Brownell, K. D., Whisman, M. A., et Wilfley, D. E. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 81-85. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<81::aid-eat10>3.0.co;2-v.
- Gagnon-Girouard, M-P, Turcotte, O., Paré-Cardinal, M., Lévesque, D., St-Pierre-Tanguay, B., & Bégin, C. (2012). Image corporelle, satisfaction sexuelle et satisfaction conjugale chez des couples hétérosexuels. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0029097
- Grabe, S., Ward, L. M., Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460-476. doi: 10.1037/0033-2909.134.3.460.
- Hoyt, W. D., et Kogan, L. R. (2001). Satisfaction With Body Image and Peer Relationships for Males and Females in a College Environment. *Sex Roles*, 45, 199-215. DOI: 10.1023/A:1013501827550.
- Johnson, F. et Wardle, J. (2005). Dietary Restraint, Body Dissatisfaction, and Psychological Distress: A Prospective Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.119.
- Ipsos Reid Canada, Toronto. (2008). Managing a healthy weight: Canadian women speak out. Largest study of women's attitudes on managing their weight ever released in Canada. [www.ipsos-na.com/news-polls/pressrelease.aspx?id=3812] (consulté le 10 septembre 2013).
- Ledoux, M., et Rivard, M. (2000). *Poids corporel* Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé* (p. 642). Québec.
- McNulty, J. K., Neff, L. A., et Karney, B. R. (2008). Beyond Initial Attraction: Physical Attractiveness in Newlywed Marriage. *Journal of Family Psychology*, 22, 135-143. DOI: 10.1037/0893-3200.22.1.135.
- Meltzer, A. L., et McNulty, J. K. (2010). Body Image and Marital Satisfaction: Evidence for the Mediating Role of Sexual Frequency and Sexual Satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 24, 156-164. doi: 10.1037/a0019063.
- Murray, S. L., Holmes, J. G., et Collins, N. L. (2006). Optimizing Assurance: The Risk Regulation System in Relationships. *Psychological Bulletin*, 132, 5, 641-666. DOI: 10.1037/0033-2909.132.5.641.
- Parks, P. S. M., et Read, M. H. (1997). Adolescent male athletes: Body image, diet, and exercise. *Adolescence*, 32, 593-602.
- Provencher, V., Bégin, C., Gagnon-Girouard, M-P, Tremblay, A., Boivin, S., et Lemieux, S. (2007). Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 9, 294-302. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.004.
- Pujols, Y., Meston, C. M., et Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 905-916. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x.
- Shackelford, T. K., Schmitt, D. P., et Buss, D. M. (2005). Universal dimensions of human mate preferences. *Personality and Individual Differences*, 39, 447-458. doi: 10.1016/j.paid.2005.01.023.
- Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., et Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the international body project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 309-325. doi: 10.1177/0146167209359702.
- Tantleff-Dunn, S., et Gokee, J. L. (2002). Interpersonal influences on body image development. In T. F. Cash et T. Pruzinsky (éd.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 108-116). New York: Guilford Press.
- Weller, J. E., et Dziegielewski, S. F. (2004). The Relationship Between Romantic Partner Support Styles and Body Image Disturbance. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 10, 71-92. doi: 10.1300/J137v10n02_04.

La violence conjugale

Paramètres utiles pour l'évaluation et l'intervention



Yvan Lussier, Ph. D.
Psychologue et
professeur de psychologie,
Université du Québec
à Trois-Rivières

yvan.lussier@uqtr.ca

Audrey Brassard, Ph. D.
Psychologue et professeure de psychologie,
Université de Sherbrooke

Natacha Godbout, Ph. D.
Psychologue et professeure de sexologie,
Université du Québec à Montréal

Stéphane Sabourin, Ph. D.
Psychologue et professeur de psychologie,
Université Laval

John Wright, Ph. D.
Psychologue, professeur émérite,
Université de Montréal

Don Dutton, Ph. D.
Psychologue et professeur de psychologie,
University of British Columbia

Cet article présente quelques notions sur la violence conjugale, en matière de prévalence, de réciprocité et de facteurs de risque. Des critères sont suggérés afin de faciliter l'évaluation de l'intensité de la violence au sein des couples. Des recommandations sont proposées concernant la pertinence de traiter les gestes de violence en thérapie conjugale.

Mots clés : violence conjugale, violence réciproque, dangerosité, évaluation, traitement

Dans le travail clinique avec les couples, la violence conjugale est une problématique complexe qui est souvent sous-rapportée ou dissimulée, les conjoints consultant davantage pour leurs difficultés avec la gestion des conflits. L'escalade des conflits est toutefois un précurseur important de la violence au sein du couple. Il importe pour le clinicien de bien évaluer la présence, la fréquence et les formes de violence (p. ex. psychologique, physique et sexuelle) de même que la sévérité des comportements violents au sein du couple, et ce, avant d'entreprendre l'intervention avec les conjoints. Cet article présente un survol des travaux scientifiques sur la prévalence, la réciprocité et les facteurs de risque de la violence conjugale, en plus d'offrir des pistes pour l'évaluation et l'orientation du traitement en contexte de violence.

Portrait statistique

Plusieurs études et enquêtes épidémiologiques ont tenté de dresser un portrait statistique de la violence conjugale psychologique, physique et sexuelle d'hommes et de femmes de la population générale. Desmarais et ses collaborateurs (2012a,b) ont recensé les études de prévalence de la violence conjugale publiées entre 2000 et 2011 et observé que 22 % des adultes (23 % des femmes et 19 % des hommes) rapportent avoir déjà été victimes de violence physique au sein d'une relation intime, alors que 25 % (28 % des femmes et 22 % des hommes) rapportent avoir commis de la violence physique envers un partenaire amoureux. La violence conjugale constitue un phénomène complexe et persistant avec des taux élevés de réciproque (autour de 67 %; Feld et Straus, 1990).

Aux États-Unis, près d'un Américain sur deux (hommes : 48,8 %; femmes : 48,4 %) dit avoir été victime de violence psychologique au cours de sa vie, tandis que le tiers des femmes (35,6 %) et le quart des hommes (28,5 %) déclarent avoir été victime de violence physique ou sexuelle au sein du couple (Black et coll., 2011). Selon Statistique Canada (2013), la violence entre partenaires intimes représente le quart des crimes violents déclarés par la police, la grande majorité des victimes (80 %) étant des femmes. L'Enquête sociale générale de 2004 sur la victimisation, laquelle portait sur 653 000 femmes et 546 000 hommes, a révélé qu'environ 7 % des Canadiennes et 6 % des Canadiens vivant en couple ont signalé avoir été victimes d'une quelconque forme de violence physique ou sexuelle (de la simple menace de frapper l'autre à l'agression sexuelle) de la part de leur conjoint au cours des cinq

années précédant l'enquête (Statistique Canada, 2005). Le Québec se classe légèrement sous la moyenne canadienne, avec 5 % d'hommes et 6 % de femmes qui disent avoir été victimes de violence conjugale. Une certaine symétrie entre les sexes à l'égard du taux de violence conjugale est observée dans la population générale. Il importe toutefois de préciser que les femmes sont victimes d'incidents violents plus graves et rapportent plus de conséquences psychologiques et de blessures que les hommes (Statistique Canada, 2005).

Dans des études menées auprès d'échantillons représentatifs des couples québécois, Godbout et ses collaborateurs (2009) ont évalué différentes formes de violence et observé que 27 % des couples (31 % des femmes et 23 % des hommes) rapportent avoir commis au moins un comportement de violence physique envers leur partenaire au cours de la dernière année. Ces taux atteignent 83 % pour la violence psychologique, avec seulement 17 % des couples qui rapportent l'absence de comportements violents au sein de leur union. De plus, 17 % des hommes et 7 % des femmes ont été violents sexuellement envers leur partenaire au moins une fois au cours de cette même période (Lafontaine et Lussier, 2005). Cette forme de violence est plus répandue chez les jeunes adultes, puisque 46 % des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans disent avoir subi de la violence sexuelle au moins une fois dans la dernière année (Lussier, Lemelin et Lafontaine, 2002).

Force est de constater qu'il y a d'importantes disparités dans les estimations de violence obtenues dans les études. Mentionnons que la nature de l'étude (épidémiologique, clinique, échantillons judiciairisés, échantillons de volontaires), la façon de présenter l'étude aux

participants (étude sur les conflits ou études sur la criminalité, les victimes de crime, la sécurité personnelle), la définition même de la violence, son opérationnalisation (type et nombre de questions), ainsi que les caractéristiques des échantillons (âge, présence d'enfants, etc.) sont d'importants facteurs qui concourent à l'explication de telles variations. Par exemple, les études rétrospectives laissent voir qu'il y a une escalade de la violence en termes de fréquence, d'intensité et de sévérité chez plusieurs couples au cours des années de vie commune (Holtzworth-Munroe, Beak Beaty et Anglin, 1995). Malgré les variations, les études démontrent clairement que la violence est une problématique réelle qui teinte la qualité des relations de couple et qui entraîne d'importants coûts sociaux. La violence conjugale, qu'elle soit physique ou psychologique, est liée à plusieurs conséquences. Certains chercheurs mettent d'ailleurs l'accent sur les effets particulièrement dommageables de la violence psychologique, non seulement parce qu'elle est plus fréquente (p. ex. Walker, 1984), mais aussi parce qu'elle précède souvent la violence physique (O'Leary et coll., 2007) et qu'elle est commise par les hommes comme par les femmes (Ehrensaft, 2009).

Violence réciproque

La violence conjugale bidirectionnelle est considérée comme étant la forme de violence la plus fréquente au sein des relations intimes, que ce soit dans la population générale ou dans les populations cliniques (Langhinrichsen-Rohling et coll., 2012). Il importe donc de considérer les mécanismes dyadiques qui contribuent à l'apparition ou au maintien de la violence conjugale, en raison notamment de leurs effets délétères sur les conjoints, sur la relation et sur les enfants qui peuvent en être

témoins, ainsi que des risques d'escalade associés à la violence conjugale.

Les données actuelles indiquent que les intervenants doivent intégrer des protocoles d'évaluation bidirectionnelle de la violence et tenir compte de la dynamique relationnelle, des schémas communicationnels, des stratégies de régulations émotionnelles, des processus de sélection du partenaire romantique, des styles de gestion des conflits et des expériences internes des deux partenaires afin d'offrir des services de prévention et d'intervention efficaces. En effet, les études portant sur l'interaction entre les conjoints de couples violents indiquent une « réciprocité négative » où chaque conjoint tend à « rendre la pareille » et contribue à accroître la communication négative, entraînant une escalade de la gravité des échanges verbaux négatifs qui précèdent typiquement la violence physique (p. ex. Margolin et Gordis, 2003). Les chercheurs observent également un pairage entre des partenaires qui émettent de la violence (voir Serbin et coll., 2004), ce qui non seulement résulte en une violence réciproque, mais est également associé à un risque d'escalade violente menant à des interventions policières (Capaldi, Kim et Shortt, 2007). En examinant les deux membres du couple, les études mettent ainsi en relief l'influence dynamique des conjoints.

La bidirectionnalité de la violence conjugale n'implique pas nécessairement une symétrie intergenres des actes violents commis ni des répercussions qui en résultent. Des études indiquent que les hommes tendent à utiliser une violence plus sévère, ont moins de risque de blessures et éprouvent moins de peur envers les comportements violents de leurs conjoints (p. ex. Langhinrichsen-Rohling, Neidig et Thorn, 1995). De même, selon un sondage national, les femmes rapportent

davantage être victimes de « terrorisme intime », caractérisé par l'utilisation de violence sévère et d'une dynamique de contrôle pour soumettre le partenaire amoureux (4 % comparativement à 2 % des hommes ; Laroche, 2005). Les couples qui émettent de la violence bidirectionnelle devraient rapidement être orientés vers des services d'aide et de protection. Selon l'étude de Gray et Foshee (1997), les couples d'adolescents caractérisés par la violence mutuelle subissent et émettent davantage de violence conjugale et leur risque de blessures est plus élevé, comparativement aux couples caractérisés par une violence unidirectionnelle.

En bref, les données actuelles indiquent que les cliniciens doivent accorder une attention particulière aux mécanismes intra et interpersonnels sous-jacents à la violence conjugale, peu importe le type de violence conjugale. En outre, envisager le couple comme une unité interdépendante d'intervention, lorsque possible, permet d'observer et de cibler l'ensemble des dynamiques personnelles et relationnelles qui sous-tendent la violence et les insatisfactions conjugales afin d'offrir des services adaptés.

Travaux québécois et internationaux sur les prédicteurs de la violence conjugale

Que la violence soit unidirectionnelle ou bidirectionnelle, les chercheurs québécois et internationaux étudient les facteurs de risque ou prédicteurs de la violence conjugale. Leurs travaux permettent d'identifier les individus plus susceptibles d'émettre des actes de violence, mais également de cibler des mécanismes menant à la violence qui peuvent faire l'objet d'un travail thérapeutique. À cet effet, Hamberger et Holtzworth-Munroe (2009) rapportent qu'un diagnostic de trouble mental chez

l'un des partenaires est un facteur qui augmente le risque que celui-ci commette de la violence conjugale. Les revues des écrits sur le sujet révèlent aussi que certains facteurs sociodémographiques sont liés à un risque plus grand de violence (p. ex. faible revenu, jeune âge, absence d'emploi), mais que la violence peut être trouvée dans toutes les classes sociales (Holtzworth-Munroe, Smutzler et Bates, 1997). D'autres travaux ont fait ressortir le rôle de l'exposition à la violence dans l'enfance (Godbout et coll., 2009) et de l'agression sexuelle dans l'enfance (Brassard et coll., 2013) comme antécédents aux comportements violents dans les relations amoureuses adultes. L'insécurité d'attachement (Fournier, Brassard et Shaver, 2011; Lafontaine et Lussier, 2005), la faible empathie (Péloquin, Lafontaine et Brassard, 2011), la jalousie (O'Leary et coll., 2007), les difficultés à réguler la colère (Brassard et coll., 2013; Lafontaine et Lussier, 2005), les patrons dysfonctionnels de communication où un conjoint formule des demandes alors que l'autre se retire (Fournier, Brassard et Shaver, 2011), ainsi que l'insatisfaction conjugale (Lawrence et Bradbury, 2007) apparaissent aussi comme des facteurs qui prédisent le recours aux gestes de violence envers le partenaire intime. De plus en plus de modèles sont proposés qui incluent plusieurs facteurs simultanément. Par exemple, Godbout et ses collaborateurs (2009) ont mis en lumière le lien entre l'exposition à la violence en enfance et le fait d'être l'auteur de violence conjugale, via le développement de schémas cognitifs d'attachement marqués par un inconfort avec l'intimité (violence utilisée comme mécanisme de fuite) et d'anxiété d'abandon (violence utilisée comme stratégie de poursuite). Brassard et ses collègues (2013) ont testé un modèle où

l'agression sexuelle dans l'enfance est reliée à l'exécution de violence conjugale chez les hommes par le biais de l'anxiété d'abandon et de la difficulté à réguler la colère.

Évaluation de la violence conjugale

Avant d'entreprendre une première rencontre avec le couple, il est recommandé de faire, au téléphone, un bon dépistage de la violence qui sévit au sein du couple. Ce dépistage préliminaire ne remplace pas une évaluation directe avec la victime et une évaluation systématique plus approfondie devrait suivre lors des premières rencontres (Lussier et coll., 2008).

Par mesure de sécurité, il est préférable d'effectuer l'investigation détaillée de la violence actuelle sévère chez les deux conjoints lors des rencontres individuelles avec chaque partenaire, et ce, pour les raisons suivantes : 1) les conjoints peuvent nier ou diminuer la nature ou l'intensité des gestes violents par déni ou par peur de représailles; 2) la victime peut avoir une fausse impression de sécurité lors des séances de couple et la dénonciation des gestes de violence peut lui attirer des représailles avant que le programme de prévention de la violence dangereuse puisse être mis en place. Il est par ailleurs recommandé de ne pas employer le mot *violence* dans la première séance de couple, mais plutôt de questionner les personnes sur leurs comportements lors de conflits (Epstein et Baucom 2002). Comme le tableau 1 le suggère, la procédure d'investigation de la violence préconisée par Lussier et ses collaborateurs (2008) implique un style de questionnement direct, mais respectueux de chaque individu. Des questionnaires autorapportés peuvent aussi être utilisés pour valider la présence de comportements de violence commis et

TABLEAU 1

Évaluation de la violence lors du premier contact avec les conjoints

1. Qu'est-ce qui se passe quand vous êtes en colère?
2. Est-ce que vous et votre conjoint montez le ton ou criez?
3. Est-ce que vous vous criez des bêtises ou des insultes?
4. Est-ce que vous ou votre conjoint faites quelque chose au moment le plus fort de votre chicane que vous regrettez par la suite?
5. Lorsqu'il y a escalade dans vos conflits, est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un de vous ait lancé des objets ou frappé quelque chose?
6. Lorsqu'il y a escalade dans vos conflits, est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un de vous ait poussé ou bousculé l'autre ou qu'il ait fait tout autre geste physique?

subis (p. ex. échelle des stratégies de résolution des conflits; Lussier, 1997) et les motivations à l'utilisation de la violence (p. ex. Lafontaine et coll., soumis). Ils doivent être utilisés de façon individuelle.

Modèle décisionnel pour le choix de la thérapie conjugale

Le modèle décisionnel de Lussier et coll. (2008) est basé sur les connaissances cliniques et empiriques (p. ex. Stith et McCollum, 2009) et vise à aider le clinicien à faire le bon geste clinique lors de la phase d'évaluation quant à la pertinence de la thérapie de couple (TC) pour traiter la violence d'un ou des deux partenaires ou d'une thérapie individuelle (TI) pour

traiter les comportements violents de l'agresseur ou les comportements de la victime. Le modèle tient compte de cinq formes de violence qui évoluent sur le continuum de la dangerosité (voir le tableau 2). La violence psychologique et la violence physique sont prises en compte, tandis que la violence sexuelle est incluse dans l'une de ces deux formes de violence.

Le processus conduisant à la recommandation ou non de la TC (colonne de droite) est basé sur la bonne connaissance du clinicien : a) des facteurs de risque de dangerosité; b) des diverses options cliniques disponibles en cas de violence conjugale dangereuse et c) des avantages et inconvénients de la thérapie

conjugale en cas de violence conjugale dangereuse. À l'instar de Stith et McCollum (2009), qui utilisent une variété de critères pour juger de la pertinence d'un traitement en couple, le processus décisionnel tient compte de 24 facteurs nommés par Lussier et ses collaborateurs (2008) qui doivent être évalués minutieusement, lesquels facteurs ont été reproduits dans le tableau 3. Pour évaluer l'intensité d'un facteur, une échelle en quatre points est proposée (0 = absence de comportement; 1 = présence faible; 2 = présence modérée; 3 = présence forte). Les six premiers facteurs portent directement sur la dangerosité des gestes de violence physique. Il est important de retenir que la présence d'un seul des six premiers facteurs constitue en soi une contre-indication à la TC, car ces facteurs sont des indices de violence dangereuse ou potentiellement dangereuse. Dans de tels cas, le traitement individuel de chaque conjoint est recommandé. Une fois ce traitement complété et réussi par chaque partenaire (ce qui correspond au type de violence 4 dans le tableau 2), le traitement en couple peut être recommandé à condition que peu de facteurs du tableau 3 (facteurs 7 à 24) soient d'une intensité modérée à forte.

Lancer ou briser des objets ou frapper quelque chose (facteur 7) est un indicateur important de la violence physique potentielle. La violence est présente, mais elle n'atteint pas encore la victime physiquement. Les gestes sont menaçants et peuvent être potentiellement dangereux. Il faut évaluer attentivement la capacité de contrôle de l'agresseur afin de déterminer si la TC est recommandée : une cote de 3 indique une faible capacité et constitue une contre-indication à la TC. Si le facteur 7 est d'intensité modérée et qu'il accompagne la violence psychologique sévère, la TC n'est pas

TABLEAU 2

Continuum de violence et recommandations pour la thérapie conjugale

TYPE DE VIOLENCE	TRAITEMENT EN THÉRAPIE CONJUGALE
1. Violence psychologique, sans violence physique • violence psychologique mineure • violence psychologique sévère	Recommandé Recommandé sous conditions
2. Violence psychologique et violence physique sporadiques dans le passé	Recommandé sous conditions
3. Violence physique actuelle, mais mineure	Recommandé sous conditions
4. Violence physique sévère dans le passé, mais qui n'est plus active	Recommandé sous conditions
5. Violence physique actuelle dangereuse ou potentiellement dangereuse	Non recommandé

TABLEAU 3**Facteurs associés à la violence conjugale dangereuse (Lussier et coll., 2008)**

FACTEURS DE RISQUE DE DANGÉROSITÉ
1. Blessures infligées au conjoint à plus de deux reprises durant les 12 derniers mois
2. Blessures aux enfants à plus de deux reprises durant les 12 derniers mois
3. Représailles ou menaces de blessures, de suicide ou d'homicide
4. Comportements sadiques (p. ex. tortures, brûlures, jeûne ou privation de sommeil)
5. Utilisation d'une arme pour menacer ou blesser ou utilisation d'arts martiaux pour menacer ou blesser
6. Viol ou relations sexuelles forcées
7. Lancer ou briser des objets ou frapper quelque chose (p. ex. sur le mur ou sur la table)
8. Critiques, insultes ou intimidation
9. Comportements possessifs, domination ou contrôle par la coercition
10. Abus de substances (alcool ou drogues)
11. Interventions de personnes extérieures au couple lors d'incidents de violence conjugale
12. Dossier judiciaire ou intervention policière pour violence à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison
13. Dépendance, jalousie ou obsession envers le conjoint
14. Personnalité limite (incapacité à faire confiance à son conjoint à cause de pensées paranoïdes ou de jalousie pathologique)
15. Personnalité antisociale (impulsivité, manipulation, criminalité, antécédents de cruauté envers les animaux)
16. Non-acceptation de la responsabilité à l'égard de ses comportements violents, absence de remords pour le mal causé ou absence de motivation à changer
17. Sentiments de peur chez la victime à l'égard de l'agresseur, de crainte d'être tuée ou de blâme personnel pour la violence de son conjoint
18. Vulnérabilité psychologique de la victime (p. ex. faible estime de soi, difficulté d'affirmation, soumission, résignation acquise, état de stress post-traumatique)
19. Stresseurs multiples dans la famille (p. ex. pauvreté, perte d'emploi, famille recomposée, enfant malade)
20. Faible réseau de soutien social
21. Milieu social qui encourage la violence
22. Antécédents de mauvais traitements au cours de l'enfance
23. Carence sur le plan des habiletés relationnelles, du jugement ou de l'intelligence
24. L'intervenant ne se sent pas en sécurité

recommandée. Chez les couples qui présentent de la violence psychologique mineure et peu fréquente ou qui évoquent un ou quelques épisodes sporadiques de violence physique dans le passé, une TC serait appropriée (Cascardi et O'Leary, 1992). Si les facteurs 8 à 24 sont absents ou

obtiennent des cotes faibles (cote = 1), les difficultés conjugales se situent généralement au niveau des habiletés de communication et de résolution de problèmes sur lesquelles il est possible d'intervenir afin que la violence ne dégénère pas en violence plus sévère. La violence

psychologique sévère peut également être traitée en TC. Toutefois, si la victime rapporte une crainte intense à l'égard de son conjoint (facteur 17) ou une grande vulnérabilité psychologique (facteur 18), il est préférable de recommander une TI avant d'entreprendre une TC. De même, si les cotes sont faibles (cote = 1), mais que plus de 5 facteurs de risque sont présents, la TI est recommandée avant la TC. La présence de carences sur le plan des habiletés relationnelles, du jugement ou de l'intelligence (facteur 23) doit être évaluée avec circonspection afin de juger de la pertinence d'un traitement. En somme, l'intensité ainsi que le nombre de facteurs présentés dans le tableau 3 influencent l'orientation des clients vers la TC pour le traitement de la violence conjugale.

Enfin, le facteur 24 a été introduit car les intervenants en contact avec la violence conjugale peuvent vivre ou ressentir une préoccupation pour leur propre sécurité. Il y a très peu de documentation sur ce sujet. Selon Lussier et coll. (2008), les hommes violents ayant une personnalité antisociale ou état limite peuvent utiliser ce type de menace, notamment auprès des thérapeutes féminins (p. ex. « quand les gens me provoquent, ils savent que je peux devenir mauvais »). Ces menaces ne doivent jamais être prises à la légère. C'est pourquoi la maîtrise des différents éléments du protocole diagnostique est importante, non seulement pour le bien-être des conjoints, mais aussi pour celui de l'intervenant. Si un clinicien craint pour sa sécurité, il est préférable de ne pas poursuivre la thérapie de couple, de recommander le conjoint violent à un centre de traitement spécialisé ou de travailler en cothérapie (en dyade mixte; Lussier et coll., 2008).

Ces quelques pistes d'évaluation multidimensionnelles de la

violence conjugale peuvent être utilisées autant par les thérapeutes qui œuvrent auprès de couples que par les cliniciens qui interviennent auprès d'une clientèle

en thérapie individuelle. Pour intervenir en matière de violence conjugale, nous recommandons aux cliniciens la prudence. Une solide formation est nécessaire. Les

modèles d'intervention doivent tenir compte des multiples facteurs développementaux, personologiques, interactionnels et culturels qui prédisposent, précipitent et maintiennent la violence au sein du couple.

RÉFÉRENCES

- Black, M., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L. Merrick, M. T., Chen, J., et Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Brassard, A., Darveau, V., Péloquin, K., Lussier, Y., et Shaver, P. R. (2013, accepté). Childhood sexual abuse and intimate partner violence in a clinical sample of men: The mediating roles of adult attachment and anger management. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*.
- Capaldi, D. M., Kim, H. K., et Shortt, J. W. (2007). Observed initiation and reciprocity of physical aggression in young, at-risk couples. *Journal of Family Violence*, 22, 101-111.
- Capaldi, D. M., Kim, H. K., et Shortt, J. W. (2004). Women's involvement in aggression in young adult romantic relationships. Dans M. Putallaz et K. L. Bierman (éd.), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls* (p. 223-241). New York: Guilford Press.
- Cascardi, M., et O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P., et Fiebert, M. S. (2012a). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 1: Rates of male and female victimization. *Partner Abuse*, 3, 140-169.
- Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P., et Fiebert, M. S. (2012b). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 2: Rates of male and female perpetration. *Partner Abuse*, 3, 170-198.
- Epstein, N. B., et Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ehrensaft, M.K. (2009). Family and relationship predictors of psychological and physical aggression. Dans K.D. O'Leary et E.M. Woodin (éd.), *Psychological and physical aggression in couples: Causes and interventions*, pp. 99-118, Washington, DC: American Psychological Association.
- Feld, S.L., et Straus, M.A. (1990). Escalation and desistance from wife assault in marriage. Dans M.A. Straus et R.J. Gelles (éd.), *Physical violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (p. 489-505). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Fournier, B., Brassard, A., et Shaver, P. R. (2011). Attachment and intimate partner violence: The demand-withdraw communication pattern and relationship satisfaction as mediators. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 1982-2003.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., et Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16, 365-384.
- Gray, H. M., et Foshee, V. (1997). Adolescent dating violence: Differences between one-sided and mutually violent profiles. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 126-141.
- Hamberger, A. K., et Holtzworth-Munroe, A. (2009). Psychopathological correlates of male aggression. Dans K. D. O'Leary et E. M. Woodin (éd.), *Psychological and Physical Aggression in Couples* (p. 79-98). Washington, DC: American Psychological Association.
- Holtzworth-Munroe, A., Beak Beatty, S., et Anglin, K. (1995). The assessment and treatment of marital violence: An introduction for the marital therapist. Dans N. S. Jacobson et A. S. Gurman (éd.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (p. 317-339). New York: Guilford.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., et Bates, L. (1997). A brief review of the research on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 285-307.
- Lafontaine, M.-F., et Lussier, Y. (2005). Does anger towards the partner mediate and moderate the link between romantic attachment and intimate violence? *Journal of Family Violence*, 20, 349-361.
- Lafontaine, M.-F., Péloquin, K., Brassard, A., et Gaudreau, P. (soumis). Development and preliminary validation of the Justification for Partner Psychological Aggression Scale (JPPAS). *Psychology of Violence*.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Misra, T. A., Selwynn C., et Rohling, M. (2012) Rates of bidirectional versus unidirectional intimate partner violence across samples, sexual orientations, and race/ethnicities: A comprehensive review. *Partner Abuse*, 3, 199-230.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Neidig, P., et Thorn, G. (1995). Violent marriages : Gender differences in levels of current violence and past abuse. *Journal of Family Violence*, 10, 159-176.
- Laroche, D. (2005). Aspects of the context and consequences of domestic violence- Situational couple violence and intimate terrorism in Canada in 1999. Gouvernement du Québec: Québec.
- Lawrence, E. et Bradbury, T.N. (2007). Trajectories of change in physical aggression and marital satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 2, 236-247.
- Lussier, Y. (1997). *Échelle révisée des stratégies de conflits conjugaux (CTS2)*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lussier, Y., Lemelin, C., et Lafontaine, M.F. (2002). *La violence conjugale dans les relations de fréquentation telle que perçue par les jeunes femmes*. Communication orale présentée au congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Québec.
- Lussier, Y., Wright, J., Lafontaine, M. F., Brassard, A., et Epstein, N. (2008). L'évaluation et le traitement de la violence conjugale. Dans Wright, J., Lussier, Y., et Sabourin, S. (éd.) *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 445-505). Ste-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Margolin, G., et Gordis, G. (2003). Co-occurrence between marital aggression and parents' child abuse potential: The impact of cumulative stress. *Violence and Victims*, 18, 243-258.
- O'Leary, K. D., Smith Slep, A. M., et O'Leary, S. G. (2007). Multivariate models of men's and women's partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 752-764.
- Péloquin, K., Lafontaine, M.-F., et Brassard, A. (2011). Romantic attachment, dyadic empathy, and intimate partner violence: Examination of the direct relationships and underlying mechanism. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 915-942.
- Serbin, L. A., Stack, D. M., De Genna, N. M., Grunzeweig, N., Temcheff, C. E., Schwartzmann, A. E., et Ledingham, J. (2004). When aggressive girls become mothers: Problems in parenting, health, and development across two generations. Dans M. Putallaz et K.L. Bierman (éd.) *Aggression, Antisocial Behavior and Violence Among Girls* (p. 262-285). New York: Guilford Press.
- Statistique Canada (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*. Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa.
- Statistique Canada (2013). *La violence familiale au Canada : Un profil statistique, 2011*. Catalogue 85-002-X. Ministère de l'Industrie.
- Stith, S. M., et McCollum, E. E. (2009). Couples treatment for psychological and physical aggression. Dans K. D. O'Leary et E. M. Woodin (éd.), *Psychological and Physical Aggression in Couples: Causes and Interventions* (p. 233-250). Washington, DC: American Psychological Association.
- Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer Publishing Company.

Traumas interpersonnels vécus en enfance et relations de couple



Natacha Godbout, Ph. D.
Psychologue et
professeure de sexologie,
Université du Québec
à Montréal
godbout.natacha@uqam.ca

Marsha Runtz, Ph. D.
Psychologue et professeure de sexologie, Université de Victoria

Heather MacIntosh, Ph. D.
Psychologue et professeure de sciences sociales, Université McGill

John Briere, Ph. D.
Psychologue et professeure de psychiatrie et
sciences comportementales, University of Southern California

La D^{re} Godbout et la D^{re} MacIntosh sont membres du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS)

Les connaissances cliniques ainsi qu'une littérature empirique émergente mettent en lumière plusieurs répercussions délétères durables des traumas interpersonnels vécus en enfance sur le fonctionnement conjugal. Les expériences de violence et de maltraitance précoces semblent notamment affecter la capacité ultérieure des survivants à établir des relations intimes durables et satisfaisantes. Cet article présente un survol des travaux scientifiques sur la prévalence des traumas interpersonnels et sur leurs répercussions sur la relation de couple, en plus de présenter des modèles conceptuels et d'offrir des pistes pour l'évaluation et l'orientation du traitement en contexte conjugal.

Mots clés : trauma interpersonnel, traumatisme psychique, mauvais traitements en enfance, violence, relation de couple, évaluation, traitement

Avec des taux de prévalence alarmants au sein de la communauté (p. ex. 35 % des adultes québécois rapportent avoir vécu de la violence physique, sexuelle ou psychologique, de la négligence ou avoir été témoins de violence conjugale au cours de leur enfance; Brassard et coll., 2012) et des populations cliniques (p. ex. 56 % des femmes et 37 % des hommes qui consultent pour un problème sexuel ou conjugal rapportent une agression sexuelle en enfance; Berthelot et coll., sous presse), les antécédents de violence interpersonnelle en enfance sont maintenant considérés comme un problème endémique de santé publique dont il faut tenir compte dans nos évaluations et nos interventions thérapeutiques. Les données indiquent des taux de prévalence plus élevés chez les populations lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et queers, ou LGBTQ (p. ex. un taux de prévalence de 25 à 50 % plus élevé pour l'agression sexuelle en enfance seulement), pouvant entraîner des défis cliniques particuliers (Walker, Hernandez et Davey, 2012). En effet, en raison du contexte relationnel, souvent intime, dans lequel elles émergent, les expériences de sévices, de violence ou de mauvais traitement en enfance peuvent s'avérer particulièrement délétères pour la formation d'une relation intime, la stabilité conjugale, l'identité sexuelle, ainsi que la communication et la satisfaction dyadiques (Dillilo et Long, 1999; Godbout et coll., 2009; MacIntosh et Johnson, 2008; Whiffen et Oliver, 2004).

Que ce soit en fonction d'un évitement massif des relations intimes, de comportements dysfonctionnels réducteurs de tension (p. ex. l'automutilation), d'abus de substance, d'isolement social, de problèmes de confiance en soi et en autrui ou de détresse psychologique sévère, certains survivants éprouvent de sérieuses difficultés à former ou à maintenir une relation conjugale (Briere, Hodges et Godbout, 2010; Godbout et Briere, 2011; Liang, Williams et Siegel, 2006). Les traumas interpersonnels, surtout l'agression sexuelle, sont également associés à la présence de problèmes sexuels qui entravent ou compliquent les relations intimes (p. ex. aversion, préoccupations ou ambivalence sexuelle, sexualité comme monnaie d'échange; Meston, Rellini et Heiman, 2006; Noll, Trickett et Putnam, 2003; Stevens et Denis, 2009). Chez les survivants qui parviennent à établir une union conjugale, on note des insatisfactions conjugales et sexuelles, des hauts taux de

séparation ou de divorce, de la violence conjugale et des représentations d'attachement romantique empreintes d'anxiété abandonnique (Godbout et coll., 2006, 2007, 2009; Roche, Runtz et Hunter, 1999; Watson et Halford, 2010). En fait, plusieurs victimes n'ont jamais eu l'occasion de développer les compétences relationnelles nécessaires au développement et au maintien d'une relation intime satisfaisante. De plus, les dynamiques de contrôle ou de violence qu'elles ont vécues guident souvent leurs relations subséquentes, qui s'en trouvent ainsi caractérisées par des patrons d'interaction dysfonctionnels (Forouzan et Van Gijseghem, 2005; Godbout et coll., 2009). Les expériences de sévices ou de négligence peuvent également produire des craintes de l'intimité qui, cumulées au besoin co-existant de connexion, mènent à des relations intimes ambivalentes, chaotiques ou éphémères.

Toutefois, malgré une constellation imposante de symptômes délétères liés au trauma, beaucoup de variations individuelles sont observées, allant d'une sévérité multisymptomatique à l'absence de symptôme observable. Par ailleurs, certaines répercussions émergent après une latence traumatique pouvant varier de plusieurs mois à plusieurs années après l'expérience vécue, ou elles surgissent lors d'événements déclencheurs particuliers (p. ex. première relation conjugale ou sexuelle, mariage, conflit, séparation, grossesse ou accouchement; Trickett, Noll et Putnam, 2011). Enfin, les répercussions sont souvent complexes, subtiles ou indirectes. Bref, les connaissances actuelles font ressortir différents patrons et trajectoires de symptômes post-traumatiques chez les survivants de

mauvais traitements en enfance qui nécessitent des évaluations fines et multidimensionnelles, non seulement de l'historique de violence vécue, mais également des différents facteurs associés. En fait, l'évaluation directe est primordiale, puisque les études indiquent que les clients ne révèlent pas systématiquement leurs expériences et que le clinicien peut passer à côté d'éléments centraux à l'évolution et à l'efficacité des traitements offerts. Notons à titre d'exemple l'étude de Lanktree, Briere et Zaidi (1991) qui indiquait une prévalence trois fois plus importante (7 vs 31 %) lorsque la présence de sévices sexuels en enfance faisait l'objet de questions directes en contexte médico-clinique.

Devant la complexité et la variabilité des symptômes répertoriés, des modèles théorico-cliniques intégrateurs ont été développés et sont préconisés afin de comprendre la détresse conjugale pouvant découler des mauvais traitements subis en enfance. Une théorie suggère que ce sont les symptômes de stress post-traumatique qui briment les capacités de la victime à s'engager dans les comportements d'attachement propres à la relation de couple, en raison de la détresse engendrée par l'hypervigilance, le manque de régulation émotionnelle ou le manque de régulation de soi (Whiffen et Oliver, 2004). D'autres auteurs suggèrent que les traumas infantiles sont liés à des vulnérabilités et à des symptômes complexes qui entravent le développement des compétences nécessaires pour s'engager dans une relation conjugale, comme la capacité à faire confiance à son partenaire et des capacités de mentalisation déficitaires, surtout en contexte intime (p. ex. Brand et Alexander, 2003; MacIntosh, 2013; Risser, et coll., 2006;

Wolfe et coll., 2004). En ce sens, un modèle théorico-clinique proposé par Godbout, Sabourin et Lussier (2006) stipule que les traumas interpersonnels vécus en enfance risquent de mener au développement de représentations d'attachement empreintes d'insécurité qui, en retour, sont liées à une augmentation de la détresse psychologique (c.-à-d. colère, dépression, anxiété) et à une diminution de la satisfaction conjugale. Ce modèle théorique a fait l'objet d'examen empiriques rigoureux au sein d'échantillons représentatifs des adultes québécois en couple (Godbout et coll., 2006; 2007; 2009). Le développement d'interventions cliniques efficaces pour les victimes et leurs partenaires exige une solide compréhension des liens complexes entre les traumatismes de l'enfance et la détresse conjugale, ce qui inclut, sans s'y limiter, les symptômes de stress post-traumatique de base.

Un modèle intégratif tenant compte de la dynamique conjugale comme unité d'analyse a fourni des informations riches et détaillées sur la relation entre le trauma et l'union conjugale, en mettant en relief le rôle protecteur du soutien parental lors du dévoilement d'une agression sexuelle (Godbout, et coll., soumis). Par exemple, chez les femmes, un manque de soutien parental est lié à leurs propres insécurités d'attachement, mais aussi à une tendance à former un couple avec un conjoint qui éprouve des angoisses abandonniques et de la détresse psychologique. Ces résultats suggèrent un possible effet de sélection de partenaire chez les victimes d'agression sexuelle ou une influence longitudinale des antécédents traumatiques sur le partenaire (aussi appelé trauma secondaire). Notons que les survivants qui rapportent du soutien

Chez les survivants qui parviennent à établir une union conjugale, on note des insatisfactions conjugales et sexuelles, des hauts taux de séparation ou de divorce, de la violence conjugale et des représentations d'attachement romantique empreintes d'anxiété abandonnique.

parental lors du dévoilement montrent un confort avec l'intimité non seulement supérieur aux autres survivants d'agression sexuelle, mais également aux personnes qui ne rapportent aucun trauma sexuel. Cet effet positif du soutien parental met en relief l'important rôle que peut jouer une figure d'attachement à la suite d'un trauma interpersonnel. Le survivant peut apprendre que sa figure d'attachement est fiable lors d'une situation critique où il était particulièrement vulnérable, ce qui sème l'idée que d'autres personnes significatives pourraient également être présentes et dignes de confiance dans l'avenir, même dans des situations éprouvantes. D'autres facteurs permettent d'expliquer pourquoi certaines victimes présentent moins de difficultés conjugales que d'autres : des facteurs individuels

(p. ex. estime de soi, stratégies de régulation émotionnelle), relationnels (p. ex. dynamique conjugale et familiale), environnementaux (p. ex. ressources disponibles) et propres au trauma vécu (p. ex. proximité avec l'agresseur, sévérité de l'agression, trauma complexe) (p. ex. Dufour, Nadeau et Bertrand, 2000).

Le couple peut également favoriser l'ajustement du survivant. En fait, une relation de qualité, caractérisée par une profondeur émotionnelle, peut faciliter une réparation des schémas et processus cognitifs internes dysfonctionnels qui ont été développés en contexte de violence ou de sévices. Elle peut offrir un lieu d'exploration d'une nouvelle dynamique relationnelle saine et ainsi favoriser des représentations positives de soi, d'autrui, du monde extérieur, promouvant ainsi un meilleur ajustement psychosocial (Trickett, Noll et Putnam 2011; Runtz et Schallow, 1997; Whiffen, Judd et Aube, 1999). Or, en dépit des répercussions spécifiques des traumas en enfance sur la relation intime et du possible effet modérateur de la relation de couple sur les impacts des traumas vécus en enfance, les partenaires sont souvent exclus des traitements offerts aux victimes. Les partenaires rapportent d'ailleurs vivre de l'isolement, de la colère, des frustrations, un manque de spontanéité, des problèmes de communication au sein de leur union, des sentiments de honte ou culpabilité à l'égard de leur désirs sexuels ou d'intimité, de même qu'une impression de rester en attente de la fin du traitement de leur conjoint-victime avant de pouvoir poursuivre leur relation (Firth, 1997; Reid, Wampler et Taylor, 1996). Ainsi, afin de potentialiser l'effet protecteur de la dyade conjugale sur les impacts des traumas, certains chercheurs et cliniciens ont tenté de

développer des interventions conjugales qui visent à la fois les symptômes post-traumatiques et la détresse relationnelle liés au trauma (voir Monson et coll., 2012). Ces approches, principalement développées au sein de populations militaires, invitent le partenaire à s'impliquer dans le traitement afin qu'il puisse aider le survivant à diminuer ses comportements d'évitement et gérer son hyper-réactivité anxieuse, tant lors des situations intimes que quotidiennes.

Ces développements marquent une étape importante pour l'intégration des partenaires dans la guérison post-traumatique, mais les besoins particuliers des survivants de trauma en enfance, particulièrement la dérégulation émotionnelle, les représentations de soi et d'autrui abîmées, les limites de mentalisation et les difficultés relationnelles, pourraient également bénéficier d'une thérapie conjugale adaptée. Une démarche a été amorcée via la validation de la thérapie centrée sur les émotions en contexte conjugal, adaptée pour les survivants de trauma en enfance (MacIntosh et Johnson, 2008). Des adaptations complémentaires sont en cours et les données indiquent qu'une thérapie conjugale efficace pour les survivants de trauma et leur conjoint devrait viser, outre les symptômes de stress post-traumatique, les impacts développementaux des traumas vécus en enfance, dont les déficits de pleine conscience et de mentalisation, les problèmes de régulation émotionnelle, les insécurités d'attachement, l'identité diffuse ou centrée sur autrui, et les dynamiques relationnelles dysfonctionnelles (Briere, Hodges et Godbout, 2010; Cloitre et coll., 2005, 2009; Hodges et coll., 2013; MacIntosh, 2013).

RÉFÉRENCES

- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., et Bergeron, S. (sous presse). Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sex Therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*.
- Brand, B., et Alexander, P. C. (2003). Coping with incest: The relationships between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 285-293.
- Brassard, A., Tourigny, M., Godbout, N., Lussier, Y., Sabourin, S., et St-Martin, K-A. (2012, juillet). *Child maltreatment as predictor of intimate partner violence in women from the general population*. International Family Violence and Child Victimization Research Conference. Portsmouth, NH.
- Briere, J., Hodges, M., et Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of traumatic Stress, 23*, 767-774.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. et Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion Regulation and Interpersonal Problems as Predictors of Functional Impairment in Survivors of Childhood Abuse. *Behavior Therapy, 36*, 119-124.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 399-408.
- Dillilo, D., et Long, P. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 7*, 59-76.
- Dufour, M. H., Nadeau, L. et Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect, 24*, 781-797.
- Firth, M. T. (1997). Male partners of female victims of child sexual abuse: Treatment issues and approaches. *Sexual and Marital Therapy, 12*, 159-171.
- Forouzan, E., et Van Gijsegem, H. (2005). Psychosocial Adjustment and Psychopathology of Men Sexually Abused During Childhood. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*, 626-651.
- Godbout, N., et Briere, J. (2012). Psychological responses to trauma. Dans C. R. Figley (éd.), *Encyclopedia of Trauma, An Interdisciplinary Guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Godbout, N., Briere, J., Lussier, Y., et Sabourin, S. (soumis). Childhood sexual abuse and subsequent psychological and interpersonal distress: The role of parental support.
- Godbout, N., Dutton, D., Lussier, Y., et Sabourin, S. (2009). Early experiences of violence as predictors of intimate partner violence and marital adjustment, using attachment theory as a conceptual framework. *Personal Relationships, 16*, 365-384.
- Godbout, N., Sabourin, S., et Lussier, Y. (2007). La relation entre l'abus sexuel subi durant l'enfance et la satisfaction conjugale chez l'homme. *Canadian Journal of Behavioural Science, 39*, 6-59.
- Godbout, N., Sabourin, S., et Lussier, Y. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims, 21*, 747-764.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., et Taylor Kletzka, N. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*.
- Lanktree, C., Briere, J., et Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child out patient sample: The role of direct inquiry. *Child Abuse & Neglect, 15*, 447-453.
- Liang, B., Williams, L. M., et Siegel, J. A. (2006). Relational outcomes of childhood sexual trauma in female survivors: a longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 42-57.
- MacIntosh, H. B. (2013). Mentalising: An exploration of its potential contribution to understanding the challenges faced by childhood sexual abuse survivors in couple therapy. *Journal of Couple and Family Psychoanalysis, 3*, 188-207.
- MacIntosh, H. B., et Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*, 298-315.
- Meston, C.M., Rellini, A.H., et Heiman, J.R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 229-236.
- Monson, C., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N., Resick, P., et Schnurr, P.P. (2012). Effect of Cognitive-Behavioral Couple Therapy for PTSD. *Journal of the American Medical Association, 308*(7), 700-709.
- Noll, J.G., Trickett, P.K., et Putnam, F.W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 575-586.
- Reid, K. S., Wampler, R. S., et Taylor, D. K. (1996). The alienated partner: Response to traditional therapies for adult sex abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy, 22*, 443-453.
- Risser, H. J., Hetzel-Rigglin, M. D., Thomsen, C. J., et McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of reexperiencing, avoidance and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 687-698.
- Roche, D.N., Runtz, M.G., et Hunter, M.A. (1999). Adult Attachment: A Mediator Between Child Sexual Abuse and Later Psychological Adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 184-207.
- Runtz, M. G., et Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*, 211-226.
- Stevens, Y., et Denis, C. (2009). Enfant, parent, professionnel : les vécus transversaux dans les situations d'abus sexuels. *Le Journal des psychologues, 264*, 65.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., et Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*, 453-476.
- Walker, M. D., Hernandez, A. M., et Davey, M. (2012). Childhood sexual abuse and adult sexual identity formation: Intersection of gender, race, and sexual orientation. *The American Journal of Family Therapy, 40*, 385-398.
- Watson, B., et Halford, W. K. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationships. *Violence and Victims, 25*, 518-535.
- Whiffen, V. E., Judd, M. E., et Aube, J. A. (1999). Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(9), 940-954.
- Whiffen, V. E., et Oliver, L. (2004). The relationship between traumatic stress and marital intimacy. In D. Catherall (Ed.), *Handbook of Stress, Trauma and the Family* (p. 137-157). New York: CRC Press.
- Wolfe, D., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A., et Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 406-415.

Survol du vécu amoureux des couples de même sexe



Marie-France Lafontaine, Ph. D.
Psychologue et
professeure de psychologie,
Université d'Ottawa

mlafontaine@uottawa.ca

Nicolas Gabbay, B. A.

Candidat au doctorat en psychologie,
Université d'Ottawa

Katherine Péloquin, Ph. D.

Psychologue et professeure de psychologie,
Université de Montréal

Jamie Lyn Flesch, M. A.

Candidate au doctorat en psychologie,
Université d'Ottawa

Josée Fitzpatrick, B. A.

Candidate au doctorat en psychologie,
Université d'Ottawa

Les attitudes sociales en regard de l'homosexualité et des couples gais et lesbiens ont certainement connues de grands changements au fil du temps avec, notamment, la légalisation plutôt récente du mariage gai dans divers pays et la reconnaissance d'un droit à l'adoption. Dans cet article, les auteurs dressent un portrait des relations de couple dont les partenaires sont de même sexe, abordant entre autres l'engagement et la satisfaction conjugale, le divorce et la séparation, la sexualité, l'attachement amoureux, la parentalité, la violence conjugale, et la communication au sein du couple.

Mots clés : homosexualité, couple de même sexe, relations de couple, satisfaction conjugale, résolution de problème, sexualité, parentalité, violence, attachement, communication

Les attitudes sociales en regard de l'homosexualité et des dyades homosexuelles ont, depuis un certain temps, connu un grand changement vers une progression plus libérale (MacIntosh, Reissing et Andruff, 2010). Cette dernière est à première vue caractérisée par la légalisation récente du mariage gai dans divers pays, notamment au Canada en 2005 (Parlement du Canada, 2005), le droit à l'adoption et le retrait de l'homosexualité dans la révision du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III)*. Il est fort possible de croire que ces changements sociaux ont eu une incidence sur le fonctionnement des couples homosexuels (Gotta et coll., 2011).

Par homosexualité, nous entendons une « [...] orientation sexuelle caractérisée par des fantasmes, des désirs et des conduites sexuelles [sic] majoritairement dirigés vers des personnes du même sexe que soi » (Crooks et Baur, 2003, p. 134). Les dyades homosexuelles, quant à elles, sont vues dans le présent article comme étant comprises de deux personnes du même sexe – indépendamment de leur orientation sexuelle (p. ex. bisexuelle) – en relation amoureuse. Le recensement canadien de 2011 compte 42 035 couples de même sexe mariés et 8 120 couples cohabitants (Statistique Canada, 2011).

Au même titre que les couples hétérosexuels, les couples homosexuels aspirent à l'amour, à la reconnaissance, au soutien ainsi qu'à l'intimité sexuelle. Ils rencontrent des défis communs comme la négociation des conflits quotidiens, la violence entre partenaires ainsi que le désir de fonder une famille. Ceci étant dit, les personnes en couple de même sexe ont des trajectoires conjugales qui peuvent être teintées de discrimination, de victimisation, de stigmas, d'intolérance, d'isolement et de rejet (Kaiser Family Foundation, 2001; Williams et coll., 2005). Ainsi, notre compréhension de la vie de couple de même sexe doit tenir compte des réalités propres à cette population minoritaire. La notion voulant que l'hétérosexualité soit la norme à laquelle les couples de même sexe doivent être comparés est problématique et critiquée (p. ex. Stacy et Biblartz, 2001), car elle sous-tend que les relations hétérosexuelles sont de manière inhérente saines et un standard pour toutes les autres formes de relations conjugales. Toutefois, gardons en tête que la littérature comporte des études comparatives qui portent sur le fonctionnement des couples de même sexe et hétérosexuels. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance des 21 principes liés à la pratique psychologique avec les lesbiennes, gais et bisexuels, adoptés par l'American Psychological Association

en 2011 (www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx). Le dernier principe a trait à la recherche et encourage les psychologues à présenter adéquatement les résultats de recherche ayant trait à

l'orientation sexuelle et à être conscients du potentiel de mauvais usages de ces résultats. C'est dans cette optique que sont présentés les prochains résultats.

Engagement et satisfaction conjugale

De manière générale, très peu de différences sont observées en ce qui a trait à la satisfaction conjugale des individus engagés dans des relations de couple de même sexe comparativement aux partenaires de couples hétérosexuels (Duffy et Rusbult, 1985; Kurdek, 1998; Kurdek, 2001; Mackey, Diemer et O'Brien, 2004; Peplau et Fingerhut, 2007). La majorité des individus en relation de même sexe de longue durée rapportent généralement des taux élevés de satisfaction conjugale (MacIntosh, Reissing et Andruff, 2010; Mackey, Diemer et O'Brien, 2004; Quam et coll., 2010). De plus, les femmes lesbiennes et les hommes gais diffèrent peu quant à leur satisfaction conjugale (Kurdek, 1991). Des variables de fonctionnement conjugal général, telles la communication, l'intimité, la confiance et les stratégies de résolution de conflit, et des variables propres à la réalité sociale des couples de même sexe, telles l'identité sexuelle et la perception de stigma (p. ex. Kurdek, 1998; Kurdek, 1994; Mohr et Fassinger, 2006; Peplau et Fingerhut, 2007), contribuent à la satisfaction conjugale de ces individus.

Dissolution des unions

La dissolution des unions pourrait être plus fréquente chez les couples de même sexe (Kurdek, 1998). Les taux de séparation seraient toutefois semblables chez les hommes gais et les femmes lesbiennes (Kurdek, 1998; Kurdek, 2003). Afin d'expliquer ces dissolutions plus fréquentes, Kurdek (1998) mentionne le manque de soutien social et culturel formel envers les couples de même sexe. Par ailleurs, en comparaison avec les couples hétérosexuels, les couples de même sexe disposent de moins de barrières institutionnelles (p. ex. divorce, enfants, dépendance financière) qui pourraient prévenir ou retarder la dissolution de relations de couple malheureuses.

Attachement amoureux

L'attachement sécurisant est lié à une plus grande satisfaction conjugale (Elizur et Mintzer, 2003; Kurdek, 2002; Horne et Biss, 2009; Ridge et Feeney, 1998) et à un engagement plus élevé envers le partenaire (Kurdek, 1997; 2002), et ce, tant chez les hommes gais que chez les femmes lesbiennes.

Sexualité

Holmberg et Blair (2009) ont trouvé que les dyades de même sexe rapportent davantage de désir sexuel que leurs contreparties hétérosexuelles. Les recherches des sociologues Blumstein et Schwartz (1983) suggèrent que la fréquence de l'activité sexuelle des couples gais est plus élevée que celle des couples hétérosexuels, qui, elle, est supérieure à celle des couples lesbiens. Ceci reflète les stéréotypes sociaux à l'égard de la population homosexuelle. Toutefois, Izena (2002) note que les contacts sexuels entre femmes lesbiennes durent plus longtemps que ceux des femmes hétérosexuelles, suggérant que la vie sexuelle des dyades lesbiennes serait plutôt définie par la qualité que par la quantité. D'autres études illustrent carrément l'absence de différences entre femmes lesbiennes et hétérosexuelles sur le plan de la fréquence sexuelle (p. ex. Matthews, Tartaro et Hughes, 2003). D'ailleurs, plusieurs études appuient le fait que la fréquence sexuelle au sein des dyades gais diminue elle aussi avec le temps, tout comme chez les unions hétérosexuelles (Bryant et Demian, 1994; Deenen, Gijs et Van Naerssen, 1994; McWhirter et Mattison, 1984). Une étude qui a comparé les données des couples lesbiens, gais et hétérosexuels cumulées en 1975 et en 2000 a quant à elle fait ressortir une augmentation de la monogamie pour tous ces types de couples (Gotta et coll., 2011).

Communication et résolution de problème

La résolution de problèmes est associée à une augmentation de la satisfaction conjugale, tandis que le conflit et le retrait sont associés à la diminution de celle-ci chez les couples gais et lesbiens (Kurdek, 1994; Metz, Rosser et Strapko, 1994). De même, le comportement demande/retrait, où l'un des conjoints exige le changement, se plaint ou critique, et où l'autre évite, termine ou se retire de la discussion (Christensen, 1988), est associé à la détresse conjugale chez les couples en relation de même sexe (Baucom, McFarland et Christensen, 2010).

Violence conjugale

La violence conjugale est une réalité pouvant se manifester au sein de toutes les relations de couple, indépendamment du fait que ces dernières soient hétérosexuelles ou homosexuelles (O'Leary et Woodin, 2009). Les taux de violence conjugale, physique, psychologique et sexuelle sont équivalents entre les dyades homosexuelles et hétérosexuelles (Jose et O'Leary, 2009), et ces violences sont typiquement mutuelles entre partenaires (voir Murray et Mobley, 2009).

Homoparentalité

Il existe maintenant un large éventail d'études montrant que l'orientation sexuelle du parent n'a aucun impact significatif sur le développement psychosocial de l'enfant (p. ex. Patterson, 2006). Les parents homosexuels doivent tout de même affronter d'importants défis comme la discrimination dans le processus d'adoption, le manque de protection de leurs droits parentaux dans le système légal, la stigmatisation provenant de diverses institutions et le manque de soutien social (Bos et Van Ballen, 2008; Brown et coll., 2009; Julien et coll., 2008; Puckett et coll., 2011). D'autres études se sont intéressées au défi unique vécu par les femmes lesbiennes lors du processus décisionnel de qui portera l'enfant (Leblond de Brumath et Julien, 2007) et des changements identitaires liés à la parentalité chez des hommes gais qui ont opté pour l'adoption (Armesto et Shapiro, 2011).

RÉFÉRENCES

- Armesto, J. C., et Shapiro, E. R. (2011). Adoptive gay fathers: transformations of the masculine homosexual self. *Journal of GLBT Family Studies*, 7, 72-92. doi: 10.1080/1550428X.2011.537202.
- Baucom, B. R., McFarland, P. T., et Christensen, A. (2010). Gender, topic, and time in observed demand-withdraw interaction in cross- and same-sex couples. *Journal of Family Psychology*, 24, 233-242. doi: 10.1037/a0019717.
- Blumstein, P., et Schwartz, P. (1983). *American couples: Money, work, sex*. New York: William Morrow.
- Bos, H. M. W., et Van Balen, F. (2008). Children in planned lesbian families: Stigmatisation, psychological adjustment and protective factors. *Culture, Health & Sexuality*, 10, 221-236. doi: 10.1080/13691050701601702.
- Brown, S., Smalling, S., Groza, V., et Ryan, S. (2009). The Experiences of gay men and lesbians in becoming and being adoptive parents. *Adoption Quarterly*, 12, 229-246. doi: 10.1080/10926750903313294.
- Bryant, A. S. et Demian. (1994). Relationship characteristics of American gay and lesbian couples: Findings from a national survey. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 1, 101-117.
- Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. Dans P. Noller et M. A. Fitzpatrick (éd.), *Perspectives on Marital Interaction* (p. 31-52). Philadelphia: Multilingual Matters.
- Crooks, R., et Baur, K. (2003). Orientation sexuelle. Dans R. Crooks, et Baur, K (éd.), *Psychologie de la sexualité* (p. 134-157). Mont-Royal, QC: Modulo Éditeur.
- Deenen, A. A., Gijs, L., et Van Naerssen, A. X. (1994). Intimacy and sexuality in gay male couples. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 421-431.
- Duffy, S., et Rusbult, C. E. (1985). Satisfaction and commitment in homosexual and heterosexual relationships. *Journal of Homosexuality*, 12, 1-23. doi: 10.1300/J082v12n02_01.
- Elizur, Y., et Mintzer, A. (2003). Gay males' intimate relationship quality: The roles of attachment security, gay identity, social support, and income. *Personal Relationships*, 10, 411-435. doi: 10.1111/1475-6811.00057.
- Gotta, G., Green R.J., Rothblum, E., Solomon, S., Balsam, K., et Schwartz, P. (2011). Heterosexual, lesbian, and gay male relationships: a comparison of couples in 1975 and 2000. *Family process*, 50, 353-376.

- Holmberg, D., et Blair, K. (2009). Sexual desire, communication, satisfaction, and preferences of men and women in same-sex versus mixed-sex relationships. *Journal of Sex Research, 46*, 57-66. doi: 10.1080/00224490802645294.
- Horne, S.G. et Biss, W.J. (2009). Equality discrepancy between women in same-sex relationships: the mediating role of attachment in relationship satisfaction. *Sex Roles, 60*, 721-730. doi: 10.1007/s11199-008-9571-7.
- Iazenza, S. (2002). Beyond "lesbian bed death": The passion and play in lesbian relationships. *Journal of Lesbian Studies, 6*, 111-120.
- Jose, A., et O'Leary, K. D. (2009). Prevalence of partner aggression in representative and clinical samples. Dans K. D. O'Leary et E. M. Woodin (éd.), *Psychological and physical aggression in couples* (p. 99-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Julien, D., Jouvin, E., Jodoin, E., l'Archevêque, A., et Chartrand, E. (2008). Adjustment among mothers reporting same-gender sexual partners: A study of a representative population sample from Quebec province (Canada). *Archives of Sexual Behavior, 37*, 864-876. doi: 10.1007/s10508-007-9185-0.
- Kaiser Family Foundation. (2001). *Inside-OUT: A report on the experiences of lesbians, gays, and bisexuals in America and the public's views on issues and policies related to sexual orientation*. Menlo Park, CA: Author.
- Kurdek, L. A. (1991). Correlates of relationship satisfaction in cohabiting gay and lesbian couples: Integration of contextual, investment, and problem-solving models. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 910-922. doi: 10.1037/0022-3514.61.6.910.
- Kurdek, L. A. (1994). Areas of conflict for gay, lesbian, and heterosexual couples: what couples argue about influences relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family, 56*(4), 923-934.
- Kurdek, L. A. (1997). The link between facets of neuroticism and dimensions of relationship commitment: Evidence from gay, lesbian, and heterosexual couples. *Journal of Family Psychology, 11*, 503-514. doi: 10.1037/0893-3200.11.4.503.
- Kurdek, L. A. (1998). Relationship outcomes and their predictors: Longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples. *Journal of Marriage and the Family, 60*, 553-568.
- Kurdek, L. A. (2001). Differences between heterosexual-nonparent couples and gay, lesbian, and heterosexual-parent couples. *Journal of Family Issues, 22*, 727-754. doi: 10.1177/019251301022006004.
- Kurdek, L. A. (2002). On being insecure about the assessment of attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships, 19*, 811-834. doi: 10.1177/0265407502196005.
- Kurdek, L. A. (2003). Differences between Gay and Lesbian Cohabiting Couples. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 411-436. doi: 10.1177/02654075030204001.
- Kurdek, L. A. (2004). Are gay and lesbian cohabiting couples really different from heterosexual married couples? *Journal of Marriage and Family, 66*, 880-900. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00060.x.
- Leblond de Brumath, A., et Julien, D. (2007). Facteurs reliés au choix de la partenaire qui portera l'enfant chez de futures mères lesbiennes. *Canadian Journal of Behavioral Science, 39*, 135-150. doi: 10.1037/cjbs2007001.
- MacIntosh, H., Reissing, E. D., et Andruff, H. (2010). Same-sex marriage in Canada: The impact of legal marriage on the first cohort of gay and lesbian Canadians to wed. *Canadian Journal of Human Sexuality, 19*(3), 79-90.
- Mackey, R. A., Diemer, M. A., et O'Brien, B. A. (2004). Relational factors in understanding satisfaction in the lasting relationships of same sex and heterosexual couples. *Journal of Homosexuality, 41*, 111-136.
- Matthews, A., Tartaro, J., et Hughes, T.L. (2003). A comparative study of lesbians and heterosexual women in committed relationships. *Journal of Lesbian Studies, 7*, 101-114.
- McWhirter, D., et Mattison, A. (1984). *The Male Couple: How Relationships Develop*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Metz, M. E., Rosser, B. R. S., et Strapko, N. (1994). Differences in conflict-resolution styles among heterosexual, gay, and lesbian couples. *Journal of Sex Research, 31*, 293-308. doi: 10.1080/00224499409551764.
- Mohr, J. J., et Fassinger, R. E. (2006). Sexual orientation identity and romantic relationships quality in same-sex couples. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*, 1085-1099.
- Murray, C.E., et Mobley, A.K. (2009). Empirical Research About Same-Sex Intimate Partner Violence: A Methodological Review. *Journal of Homosexuality, 56*, 361-386. doi:10.1080/00918360902728848.
- O'Leary, K. D., et Woodin, E. M. (2009). *Psychological and physical aggression in couples*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11880-000.
- Parlement du Canada. (2005, 14 septembre). Projet de loi C-38 : Loi sur le mariage civil.[www.parl.gc.ca/About/Parliament/LegislativeSummaries/bills/_ls.asp?ls=c38&Parl=38&Ses=1&Language=F] (consulté le 12 septembre 2013).
- Patterson, C. J. (2006). Children of lesbian and gay parents. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 241-244, [cms.bsu.edu/-/media/WWW/DepartmentalContent/CounselingCenter/PDFs/SAFEZONE%20Resources/Children%20of%20gays%20and%20Lesbians.pdf] (consulté le 12 septembre 2013).
- Peplau, L. A., et Fingerhut, A. W. (2007). The close relationships of lesbians and gay men. *Annual Review of Psychology, 58*, 405-524.
- Puckett, J. A., Horne, S. G., Levitt, H. M., et Reeves, T. (2011). Out in the country: rural sexual minority mothers. *Journal of Lesbian Studies, 15*, 176-186. doi: 10.1080/10894160.2011.521101.
- Quam, J. K., Whitford, G. S., Dziengel, L. E., et Knochel, K. A. (2010). Exploring the nature of same-sex relationships. *Journal of Gerontological Social Work, 53*, 702-722.
- Ridge, S. R., et Feeney, J. A. (1998). Relationship history and relationship attitudes in gaymales and lesbians: Attachment style and gender differences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*, 848-859.
- Stacey, J., et Biblarz, T. J. (2001). (How) Does the Sexual Orientation of Parents Matter? *American Sociological Review, 66*, 159-183.
- Statistique Canada (2011). *Portrait des familles et situation des particuliers dans les ménages au Canada*, [www12.statcan.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011001-fra.cfm] (consulté le 12 septembre 2013).
- Williams, T., Connolly, J., Pepler, D., et Craig, W. (2005). Peer Victimization, Social Support, and Psychosocial Adjustment of Sexual Minority Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 34*, 471-482. doi: 10.1007/s10964-005-7264-x.

L'infertilité une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher



Katherine Péloquin, Ph. D.
Psychologue, professeure de psychologie
à l'Université de Montréal
et chercheure au Centre de recherche
interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux
et les agressions sexuelles (CRIPCAS)

katherine.peloquin@umontreal.ca

Audrey Brassard, Ph. D.
Psychologue, professeure de psychologie
à l'Université de Sherbrooke
et chercheure au Centre de recherche
interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et
les agressions sexuelles (CRIPCAS)

Près de 15 % des couples sont touchés par l'infertilité (Bushnik et coll., 2012). Au Québec, la nouvelle loi 26 sur la gratuité de la procréation assistée, décrétée en 2010, amène de plus en plus de couples à faire appel aux traitements de fertilité. La recherche actuelle montre que le stress associé au diagnostic d'infertilité et à ses traitements est considérable. À titre d'intervenant en santé mentale, il est nécessaire de bien comprendre les particularités et les besoins en matière de santé psychologique de cette clientèle. Cet article décrit les enjeux rencontrés par les couples confrontés à l'infertilité et aborde les impacts psychologiques, conjugaux et sexuels de cette réalité. Des pistes d'évaluation et d'intervention auprès de ces couples sont ensuite proposées.

Mots clés : infertilité, réactions émotionnelles, fonctionnement conjugal et sexuel, interventions psychologiques

On définit l'infertilité comme l'inhabilité à concevoir un enfant après 12 mois d'essai de conception avec relations sexuelles régulières (World Health Organization, 2002). Au Canada, de 11 à 16 % des couples seraient aux prises avec ce problème (Bushnik et coll., 2012). Au Québec, l'infertilité est une problématique des plus actuelles, puisqu'au-delà de la prévalence élevée du phénomène, la loi 26 (Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée) sur la gratuité de la procréation assistée décrétée par le gouvernement en août 2010 bat des records de popularité. Par ailleurs, le contexte social actuel favorise une tendance à repousser le moment où les individus décident de fonder une famille. Cette situation entraîne inévitablement une augmentation du nombre de couples qui éprouvent des difficultés à concevoir en raison de leur âge plus avancé (Collins, 2004; Ford et coll., 2000) et, par le fait même, qui ont recours à la procréation médicale assistée. Il faut rappeler qu'à 35 ans environ 30 % des femmes rencontreront des difficultés à concevoir et que ce nombre grimpe à plus de 50 % chez les femmes âgées de 40 ans et plus. Enfin, les deuils qui surviennent à la suite d'un diagnostic d'infertilité, ainsi que les nombreux défis et contraintes associés aux traitements de fertilité entraînent pour plusieurs un stress considérable, lequel peut engendrer des conséquences sur les plans psychologique, conjugal ou sexuel. Ainsi, pour toutes ces raisons, il y a nécessité, à titre d'intervenant en santé mentale, de bien comprendre les particularités et les besoins en matière de santé psychologique de cette clientèle.

Il existe plusieurs causes possibles de l'infertilité; environ 30 % des cas peuvent être attribués à des facteurs masculins (p. ex. faible présence ou mobilité réduite des spermatozoïdes), 30 % à des facteurs féminins (p. ex. absence d'ovulation, blocage tubaire ou ménopause précoce) et 30 % à une combinaison des deux. Une certaine proportion de cas, soit environ 8 %, demeurent toutefois inexpliqués (Practice Committee of the American Society of Reproductive Medicine, 2006). Pourtant, indépendamment de la personne qui reçoit le diagnostic, l'infertilité demeure une réalité de couple. C'est ensemble que les deux partenaires devront faire face aux nombreux deuils et défis soulevés par la difficulté à concevoir un enfant, ainsi qu'aux traitements de fertilité – non moins complexes – qui y sont rattachés. En effet, les démarches entourant les traitements de fertilité (p. ex. nombreux rendez-vous

médicaux, examens, prise de médication) peuvent devenir très accaparantes, voire interférer avec les obligations professionnelles. C'est également très souvent ensemble que les conjoints consultent en psychologie afin d'être soutenus et accompagnés dans ce processus.

Les réactions communes et normales en contexte d'infertilité

Bon nombre d'études scientifiques ont documenté le niveau élevé de stress associé au diagnostic d'infertilité et aux traitements qui y sont associés (Benyamini, Gozlan et Kokia, 2005; Paul et coll., 2010). Les recherches portant sur le stress ont démontré que les événements stressants possèdent quatre caractéristiques communes, soit l'absence de contrôle, l'imprévisibilité, la nouveauté et la menace à l'ego (Lupien, 2010). L'expérience de l'infertilité et de ses traitements remplit toutes ces conditions. En effet, l'attente du diagnostic, devoir se soumettre à plusieurs traitements, tous comportant différentes contraintes et certains parfois douloureux, et les tentatives répétées de conception suivies d'échecs multiples générant d'importants cycles d'espoir et de déception ne sont que quelques exemples qui illustrent les conditions auxquelles les couples doivent s'adapter. De plus, durant les traitements, les couples apprennent souvent à la dernière minute qu'ils doivent passer un examen, se rendre à l'hôpital ou prendre de la médication dont ils ne connaissent pas les effets secondaires. Il n'est donc pas rare qu'ils rapportent se sentir bousculés et peu informés, ébranlant d'autant plus leur état émotionnel déjà fragile. Dans ce contexte, les réactions individuelles communes incluent entre autres la colère, la tristesse, l'incompréhension, le sentiment de perte de contrôle, le stress, l'anxiété, la dépression, des changements

quant à l'image corporelle et à l'estime de soi, la culpabilité, le blâme et la honte (p. ex. Bermingham, 2011).

La recherche décèle certaines différences quant aux réactions des hommes et des femmes en contexte d'infertilité. Ceci semble en partie s'expliquer par des significations différentes attribuées à la maternité et la paternité, l'identité de la femme étant bien souvent indissociable de la maternité et du rôle de mère. Les revues des écrits révèlent de façon constante que les femmes vivent généralement davantage de détresse que les hommes vis-à-vis de l'incapacité de concevoir un enfant (Huppelschoten et coll., 2013; Wichman et coll., 2011). Il faut néanmoins garder en tête que la plupart des études ont été réalisées auprès d'échantillons majoritairement féminins et que relativement peu d'études s'intéressent spécifiquement à l'expérience masculine. De plus, le caractère invasif des traitements de fertilité plus souvent subis par la femme, ainsi que les effets secondaires découlant de la médication hormonale qui lui est prescrite contribuent à accentuer l'intensité de ses réactions psychologiques. Globalement, les études montrent que, chez la femme, l'infertilité est perçue comme une atteinte à l'estime de soi (p. ex. perte de l'identité de mère et

sentiment d'être peu féminine et « vide ») et celle-ci est plus susceptible de vivre un choc, du déni et des réactions de deuil à l'annonce du diagnostic. Elle présente aussi davantage de symptômes de dépression et d'anxiété que l'homme. Pour sa part, l'homme serait plus affecté par l'infertilité masculine, perçue comme une atteinte à sa masculinité. Il est plus susceptible de rapporter de la colère, de l'isolement et un sentiment d'échec personnel (voir Petok, 2006, pour une revue). Il faut aussi noter que les réactions à l'infertilité s'inscrivent dans une réalité sociale, dictée par les croyances culturelles et religieuses du couple, en plus d'être influencées par les réactions de l'entourage et la stigmatisation liée au fait de ne pas avoir d'enfant (Hynie et Burns, 2006).

Malgré les nombreux bouleversements engendrés par l'infertilité et ses traitements, les membres des couples infertiles diffèrent généralement peu des normes de la population générale en ce qui concerne leur niveau de détresse psychologique (p. ex. Péloquin et Lafontaine, 2010; Verhaak et coll., 2007), bien qu'ils présentent davantage de symptômes psychologiques comparativement à des groupes témoins formés d'individus présumés fertiles (Fassino et coll., 2002; Wang et coll., 2007). Néanmoins, près du

TABLEAU 1
Quelques pistes pour déceler les symptômes dépressifs

RÉACTIONS ATTENDUES...	DÉTRESSE PLUS SÉRIEUSE...
✓ Découragement	✓ Désespoir et idées noires
✓ Tristesse ponctuelle	✓ Humeur triste générale
✓ Alternance entre faible et surinvestissement	✓ Perte d'intérêt plus généralisée
✓ Présence de culpabilité	✓ Culpabilité excessive
✓ Difficultés de sommeil	✓ Insomnie chronique
✓ Périodes de fatigues en alternance avec périodes d'énergie	✓ Perte d'énergie et fatigue chronique

TABLEAU 2

Quelques pistes pour déceler les symptômes anxieux

RÉACTIONS ATTENDUES...	DÉTRESSE PLUS SÉRIEUSE...
✓ Inquiétudes, peurs et doutes	✓ Anxiété, angoisse, soucis excessifs et envahissants
✓ Périodes de stress aigu et retour au calme	✓ Stress incontrôlable, attaques de panique
✓ Petits oublis en période de grand stress	✓ Perte de mémoire, difficultés de concentration, perturbations
✓ Difficultés de sommeil	✓ Perturbation du sommeil, insomnie chronique

quart d'entre eux rapportent une détresse cliniquement significative (Verhaak et coll., 2010; Volgsten et coll., 2008), d'où l'importance de bien comprendre la réalité propre et normative des couples en contexte d'infertilité et d'en distinguer les présentations cliniques qui méritent une attention plus sérieuse. Les tableaux 1 et 2 formulent quelques pistes pour évaluer et cibler les symptômes psychologiques qui vont au-delà des réactions attendues dans ce contexte.

Les impacts conjugaux et sexuels

Les réactions individuelles des partenaires ne peuvent être passées sous silence dans le contexte de la relation de couple et chacun doit composer avec ses propres réactions et celles de l'autre. En effet, l'infertilité pourrait amener les individus à remettre en question leur union ou à vivre de l'insatisfaction conjugale. La revue des écrits de Coëffin-Driol et Giami (2004) révèle que les couples infertiles diffèrent généralement peu des couples fertiles quant à leur bien-être conjugal. Certaines études plus récentes montrent toutefois plus d'insatisfaction conjugale chez les couples infertiles en comparaison avec les couples fertiles (Wang et coll., 2007) ou avec les couples infertiles ayant adopté (Daniluk et Tench, 2007). Enfin, des études

trouvent que des effets délétères peuvent coexister avec des effets bénéfiques de l'infertilité sur le fonctionnement du couple (Onat et Beji, 2012; Schmidt et coll., 2005). Il est possible de croire que l'infertilité exerce une forte pression sur le fonctionnement conjugal, laquelle se traduirait par des problèmes conjugaux chez certains couples, notamment ceux présentant une fragilité conjugale préalable. Chez d'autres, par contre, ce stress fournirait plutôt des conditions favorables à l'engagement conjugal et au renforcement de la relation. Peu d'études ont toutefois examiné les facteurs susceptibles de distinguer ces deux trajectoires conjugales.

Des études montrent que le fait de se blâmer pour le problème de fertilité ou d'en attribuer la responsabilité au partenaire est associé à une plus faible satisfaction conjugale chez les deux partenaires (Péloquin, Brassard, Purcell-Lévesque et coll., 2013; Peterson et coll., 2006). D'autres études révèlent que les stratégies de gestion du stress employées par chacun sont reliées à l'adaptation conjugale de chaque partenaire. À titre d'exemple, lorsque les deux partenaires utilisent des stratégies d'adaptation centrées sur la tâche (p. ex. planification, recherche d'information et de soutien), la femme rapporte une meilleure satisfaction

conjugale. À l'inverse, sa satisfaction conjugale est la plus faible lorsqu'elle-même utilise des stratégies centrées sur la tâche et que son conjoint favorise plutôt des stratégies centrées sur l'émotion (p. ex. rumination; Levin, Sher et Theodos, 1997). La satisfaction conjugale est également plus faible chez les couples où l'homme utilise beaucoup de stratégies de distanciation et d'évitement alors que la femme en utilise peu, et chez les couples où la femme favorise les stratégies de contrôle de soi alors que l'homme en utilise peu (Peterson et coll., 2006; Peterson et coll., 2009). Enfin, lorsque la détresse psychologique des deux conjoints est élevée et que la femme favorise en particulier les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, la satisfaction conjugale des deux conjoints est plus faible et tous deux rapportent davantage de détérioration quant à leur fonctionnement conjugal en raison du problème de fertilité (Péloquin, Brassard, Sabourin et coll., 2013). Ces résultats soulignent qu'au-delà des aspects contextuels du problème de fertilité et des réactions individuelles des conjoints les réactions du partenaire et sa façon d'aborder la situation sont susceptibles d'influencer l'adaptation individuelle de chacun.

Quant à la sexualité, des études qualitatives montrent que la « sexualité sur demande », l'approche rigide-routinière à la sexualité et la sexualité ayant pour seul but la procréation sont liées à des difficultés sur le plan du fonctionnement et de la satisfaction sexuelle (Onat et Beji, 2012; Wirtberg et coll., 2007). De plus, des études quantitatives révèlent qu'environ un quart des femmes et des hommes rapporteraient des symptômes suggérant la présence d'une dysfonction sexuelle (Nelson et coll., 2008; Shindel et coll., 2008). En

contrepartie, être satisfait du soutien reçu de la part de son partenaire serait lié à un désir sexuel plus élevé, à moins d'anxiété sexuelle, et à une meilleure satisfaction sexuelle chez l'homme et la femme (Purcell-Lévesque et coll., 2013), soulignant encore une fois le rôle des interactions conjugales dans l'adaptation à l'infertilité.

Intervenir auprès des couples infertiles

Boivin (2003) a recensé 25 études ayant examiné l'efficacité d'interventions psychosociales en contexte d'infertilité. Cette étude conclut que les interventions les plus efficaces 1) s'étalent sur une période de 6 à 12 semaines, 2) comportent une importante composante éducative centrée sur les connaissances médicales, 3) mettent l'accent sur l'enseignement d'habiletés précises (p. ex. habiletés de gestion du stress) et 4) favorisent le format de groupe (puisque cela permet de briser l'isolement et de valider les réactions des conjoints). De plus, la méta-analyse réalisée par De Liz et Strauss (2005) a recensé 22 études évaluant l'efficacité de diverses formes d'interventions psychologiques (de groupe, individuelles, de couple) en situation d'infertilité. Cette étude conclut que la psychothérapie, qu'elle soit individuelle, de couple ou de groupe, produit des effets positifs (taille d'effet moyenne) en diminuant la détresse des individus infertiles.

Compte tenu de la multitude d'enjeux rencontrés par les couples confrontés à l'infertilité, le clinicien œuvrant auprès de cette clientèle doit en premier lieu réaliser une évaluation approfondie des sphères touchées par le problème afin de développer un plan de traitement adapté au besoin spécifique du

couple. Le FertiQoL est la mesure préconisée pour l'évaluation de la qualité de vie chez les couples infertiles; ce questionnaire, validé dans plus de 15 pays et traduit en 26 langues, évalue les difficultés sur les plans émotionnel, social et conjugal, en plus d'évaluer l'impact des traitements sur le fonctionnement physique et psychologique des individus. Cette mesure brève peut être téléchargée gratuitement à www.fertiqol.org.

Quant à l'intervention, le travail clinique consiste en premier lieu à normaliser et à valider la multitude d'émotions, parfois divergentes, ressenties par chaque partenaire. La gestion du stress se trouve ensuite au cœur du travail thérapeutique, notamment l'enseignement de stratégies de gestion du stress constructives et le travail favorisant la capacité des conjoints à se comprendre et à se soutenir mutuellement au fil de la démarche de fertilité. Le lien entre le stress et la fertilité est complexe et les résultats à ce sujet sont mitigés. Une méta-analyse révèle l'absence de lien entre les symptômes psychologiques avant le traitement et les taux de grossesse à la suite du traitement (Boivin, Griffiths et Venetis, 2011). La recherche actuelle suggère toutefois que le stress pourrait réduire les taux de réussite de la fécondation in vitro via certains mécanismes comportementaux et biologiques. Par exemple, des programmes d'interventions complémentaires visant à réduire le stress à l'aide de techniques cognitives comportementales qui incluent la relaxation et la modification de comportements de santé problématiques apparaissent liés à des taux de succès des traitements plus élevés (p. ex. Domar et coll., 2011). Par ailleurs, le stress et la détresse psychologique sont associés à l'abandon des traitements, qui réduit les

chances de succès de ceux-ci (p. ex. Boivin et coll., 2012). Ainsi, la gestion efficace du stress est primordiale dans l'optique première de préserver la qualité de vie des patients et de favoriser une expérience des traitements qui soit plus positive. C'est ce qui doit être communiqué aux clients. Si les chances de grossesse sont accrues par le fait même, alors cela en constituera un bénéfice ajouté.

En deuxième lieu, des interventions ciblant les nombreux défis rencontrés par les couples pendant les traitements sont aussi souvent nécessaires, par exemple le travail d'affirmation auprès de l'équipe médicale et de l'employeur, la négociation des relations avec l'entourage, la recherche d'information fiable et valide, et la résolution de problèmes entourant les contraintes d'horaires, les rendez-vous, la prise de médication, etc. Ces interventions ont l'avantage d'augmenter le sentiment de contrôle des conjoints et de diminuer leur détresse vis-à-vis de l'inconnu et de l'imprévisibilité des traitements de fertilité. Enfin, le travail entourant les deuils possibles et la considération d'autres options pour fonder une famille prend souvent une place grandissante à la suite d'échecs des traitements répétés et au fur et à mesure que le couple chemine dans sa propre expérience de l'infertilité. Le rôle de l'intervenant est d'accompagner le couple, dans l'écoute active et la compassion, dans cette réflexion personnelle des choix et objectifs de vie future. Pour plus d'information, le lecteur est encouragé à consulter les Principes de pratique en contexte de procréation médicale assistée (*Assisted Human Reproduction Counseling Practice Guidelines*) rédigés par des psychologues canadiens et adoptés par Santé Canada et la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (www.cfas.ca).

RÉFÉRENCES

- Benyamini, Y., Gozlan, M., et Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83, 275-283.
- Birmingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Montréal, Qc: Boyard Canada.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medecine*, 57, 2325-2341.
- Boivin, J., Domar, A. D., Shapiro, D. B., Wischmann, T. W., Fauser, B. C. J. M., et Verhaak, C. (2012). Tackling burden in ART: an integrated approach for medical staff. *Human Reproduction*, 27, 941-950.
- Boivin, J., Griffiths, E., et Venetis, C. A. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analyses of prospective psychosocial studies. *BMJ*, 342, d223.
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., et Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, 27(3), 738-46. doi:10.1093/humrep/der465.
- Coëffin-Driol, C., et Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple: Revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, 624-637.
- Collins, J. A. (2004). Evidence-based infertility: Evaluation of the female partner. *International Congress Series*, 1266, 270-276. doi:10.1016/j.ics.2004.01.074.
- Daniluk, J. C. et Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.
- De Liz, T. M., et Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients, 20(5), 1324-1332.
- Domar, A. D., Rooney, K. L., Wiegand, B., Orav, E. J., Alper, M. M., Berger, B. M., et Nikolovski, J. (2011). Impact of a groupe mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95, 2269-2273.
- Fassino, S., Pierò, A., Boggio, S., Piccioni, V., et Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, 17(11), 2986-2994.
- Ford, W.C., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M. G., et Golding, J. (2000). Increasing parental age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples: Evidence for declining fecundity in older men. *Human Reproduction*, 15, 1703-1708.
- Huppelschoten, A. G., van Dongen, A. J. C. M., Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Kremer, J. A. M., et Nelen, W. L. D. M. (2013). Differences in quality of life and emotional status between infertile women and their partners. *Human Reproduction*, 28, 2168-2176.
- Hynje, M., et Burns, L. H. (2006). Cross-cultural issues in infertility counseling. Dans S. N. Covington et L. H. Burns (éd.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (p. 61-82). New York, NY: Cambridge University Press.
- Levin, J. B., Sher, T. G., et Theodos, V. (1997). The effects of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4, 361-372. doi:10.1023/A:1026249317635.
- Lupien, S. J. (2010). *Par amour du stress*. Montréal, Canada: Éditions au carré.
- Mahlstedt, P. P. (1994). Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urologic Clinics of North America*, 21, 557-566.
- Nelson, C. J., Shindel, A. W., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., et Mulhall, J. P. (2008). Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1907-1914.
- Onat, G., et Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sex Disability*, 30, 39-52. doi:10.1007/s11195-011-9233-5.
- Paul, M. S., Berger, R., Berlow, N., Rovner-Ferguson, L., Gardner, S., et coll. (2010). Posttraumatic growth and social support in individuals with infertility. *Human Reproduction*, 35, 133-141. doi:10.1093/humrep/dep367.
- Péloquin, K., Brassard, A., Purcell-Lévesque, C., Sabourin, S., et Wright, J. (2013, juin). The experience of blame in couples facing infertility: Actor and partner effects on relationship satisfaction, depression and anxiety. Symposium présenté au 74^e Congrès de la Société canadienne de psychologie, Québec.
- Péloquin, K., Brassard, A., Sabourin, S., McDuff, P., et Wright, J. (2013, mars). Analyse typologique des profils psychologiques et conjugaux des couples suivis en traitement de fertilité. Symposium présenté à la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Chicoutimi, Canada.
- Péloquin, K., et Lafontaine, M.-F. (2010). What are the correlates of infertility-related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review*, 46, 580-620.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., et Shulman, R. S. (2006). Coping processes of couples experiencing infertility. *Family Relations*, 55, 227-239.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., Boivin, J., Block, J., et Schmidt, L. (2009). The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Human Reproduction*, 24, 1656-1664.
- Petok, W. D. (2006). The psychology of gender-specific infertility diagnoses. Dans S. N. Covington et L. H. Burns (éd.), *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians* (p. 37-60). New York, NY: Cambridge University Press.
- Practice Committee of the American Society of Reproductive Medicine (2006). Effectiveness and treatment for unexplained infertility. *Fertility & Sterility*, 86(Suppl.5), S111-S114.
- Purcell-Lévesque, C., Péloquin, K., Brassard, A., et Wright, J. (2013, juin). L'association entre le soutien conjugal et les difficultés sexuelles chez des couples suivis en traitement de fertilité. Communication présentée au 74^e Congrès de la Société canadienne de psychologie, Québec.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., et Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244-251. doi:10.1016/j.pec.2005.07.015.
- Shindel, A. W., Nelson, C. J., Naughton, C. K., Ohebshalom, M., et Mulhall, J. P. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: Prevalence and correlates of dysfunction. *Journal of Urology*, 179, 1056-1059.
- Sullivan, J. L., Adams, H., et Gauthier, N. (2008). Couples aux prises avec l'infertilité. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (éd.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 657-696). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., et Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., et Braat, D. D. M. (2010). Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25(5), 1234-1240.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, O., et Poromaa, I. A. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23, 2056-2063.
- Wang, K., Li, L., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., et Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87(4), 792-798.
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., et Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 95, 717-721.
- Wirtberg, I., Möller, A., Hogström, L., Tronstad, S. E., et Lalos, A. (2007). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22, 598-604.
- World Health Organization (2002). Report of a WHO meeting. Dans E. Vayena, P. J. Rowe et P. D. Griffin (éd.), *Current practises and controversies in assisted reproduction*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Les problèmes de couple découlant de l'utilisation d'Internet : la cyberinfidélité et le *sexting*



Anik Ferron, M. A.
Sexologue et psychothérapeute
en bureau privé,
enseignante au Cégep de Trois-Rivières

anikferron@gmail.com

Yvan Lussier, Ph. D.
Psychologue et professeur de psychologie,
Université du Québec à Trois-Rivières

Stéphane Sabourin, Ph. D.
Psychologue et professeur de psychologie,
Université Laval

L'infidélité est une problématique conjugale importante qui entraîne de nombreuses conséquences psychologiques, familiales, sociales et économiques. Elle constitue par ailleurs un des motifs de consultation les plus souvent rapportés en psychothérapie. L'accessibilité à Internet a créé de nouvelles opportunités pour les relations extraconjugales. Cet article aborde la problématique de la cyberinfidélité et fournit aux cliniciens des pistes d'évaluation et des cibles de traitement. En deuxième partie, le texte traite du *sexting*, un phénomène nouveau qui consiste en l'envoi et la réception de photos sexuellement explicites.

Mots clés : infidélité, Internet, couple, relation extra-conjugale, *sexting*, photos explicites

Internet fait partie du quotidien de la plupart d'entre nous. Il permet de s'intégrer facilement à des réseaux sociaux, de communiquer, de faire de nouvelles rencontres amicales ou amoureuses, mais, à l'opposé, il peut aussi créer des tensions au sein du couple (Cooper, McLoughlin et Campbell, 2000; Hertlein et Piercy, 2006).

Cyberinfidélité

La cyberinfidélité est une nouvelle réalité de plus en plus répandue et qui peut constituer un facteur de rupture conjugale (Whitty, 2008). Elle se définit par l'utilisation d'Internet pour créer des échanges émotionnels ou sexuels alors que la personne est déjà engagée dans une relation de couple. Il y a donc violation de l'exclusivité émotionnelle ou sexuelle (Schnarch et Morehouse, 2002). Le secret fait partie intégrante de l'infidélité et plusieurs stratégies sont déployées pour tenir ces discussions sur Internet secrètes, par exemple en effaçant les historiques de conversation (Schneider, 2000). Toutefois, l'infidélité sur Internet est souvent découverte par le partenaire qui consulte les courriers électroniques de son conjoint, par hasard ou parce qu'il a des soupçons sur la conduite de l'autre (Glass, 2003). D'ailleurs, ces comportements de surveillance se produisent au sein d'un couple sur trois (Whitty, 2003). De plus, l'infidélité sur Internet est souvent de nature émotionnelle (Underwood et Findlay, 2004), alors qu'elle permet de combler un vide ressenti dans la relation de couple actuelle. La possibilité de se créer une identité virtuelle sans se faire reconnaître ouvre aussi la porte à diverses formes de comportements sexuels en ligne (Cooper, 2002). Ceci confère à l'infidélité en ligne un caractère anonyme, abordable et accessible. Par exemple, de nombreux sites de rencontres permettent de développer des liaisons à faible coût, et ce, à l'abri du regard de l'entourage. S'ajoutent à cela les nombreux sites de pornographie (il y a plus de 4,2 millions de sites web pornographiques; Repelato, 2013), de divertissement adulte et de matériel érotique en ligne. Cette multiplication des voies d'accès à la sexualité peut créer chez la personne qui consulte une dépendance à la cybersexualité (Jones et Hertlein, 2012). Elle peut aussi engendrer de très forts sentiments de trahison chez le conjoint qui apprend que son partenaire satisfait ses besoins sexuels et ses fantasmes dans d'autres contextes et à son insu. Schneider, Weiss et Samenow (2012) rapportent que parmi ceux qui découvrent que leur partenaire est actif sexuellement sur Internet, 71 % perdent confiance en leur partenaire. Plusieurs spécialistes concluent donc qu'Internet facilite l'adoption de comportements d'infidélité (Wysocki et Childers, 2011).

Résultats québécois récents sur la cyberinfidélité

Dans une étude réalisée en ligne en 2012 auprès de 907 adultes, Ferron et Lussier (2012) ont posé la question suivante aux participants : « Avez-vous déjà été impliqué émotionnellement avec un autre partenaire que le vôtre sur Internet (par exemple avoir des comportements de séduction, exprimer son amour, complimenter, ressentir de l'amour) alors que vous étiez dans une relation de couple? » Au total, 33,4 % des participants ont rapporté avoir déjà eu des comportements d'infidélité émotionnelle sur Internet. Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes quant à ce type d'infidélité.

Il était également demandé aux participants : « Avez-vous déjà eu des échanges à caractère sexuel sur Internet avec un autre partenaire que le vôtre (par exemple regarder l'autre personne se caresser et se stimuler sexuellement) alors que vous étiez dans une relation de couple stable? » Les participants ont été 17,3 % à répondre par l'affirmative à cette question, les hommes étant significativement plus nombreux (25 %) que les femmes (13,5 %) à rapporter ce type d'infidélité.

Ces pourcentages sont tout de même faibles (voir le tableau 1) comparés à ceux rapportés par Wysocki et Childers (2011) qui, avec un échantillon de 5 187 participants, ont trouvé que 63,6 % des gens reconnaissent avoir déjà trompé leur partenaire en ligne (ce pourcentage atteint 73,7 pour les comportements d'infidélité dans la vie réelle). Dans cette dernière étude, les conduites cyberinfidèles des hommes et des femmes ne différaient pas. Ces données ont aussi révélé que chez les individus qui pratiquent la cyberinfidélité les risques d'infidélité dans la vie réelle sont multipliés par deux. Ces taux élevés d'infidélité en ligne ou dans la

vie réelle sont nettement plus élevés que ceux rapportés dans les recherches précédentes. Ils s'expliquent sans doute par la nature du site web utilisé pour recruter les participants (AshleyMadison.com), un site créé spécifiquement pour des adultes mariés en quête d'une aventure.

TABLEAU 1

Fréquence des comportements d'intimité extraconjugaux dans l'étude québécoise réalisée auprès de 907 participants (Ferron et Lussier, 2012)

	PAR INTERNET	EN FACE À FACE
Échanges émotionnels	33,4 %	55,3 %
Échanges sexuels (excluant les relations sexuelles complètes)	17,3 %	34,3 %

Quelques recommandations

Bien que les comportements d'infidélité émotionnelle et sexuelle en face à face soient encore généralement plus élevés, l'augmentation de la cyberinfidélité nous amène à recommander aux cliniciens qui œuvrent auprès de couples de questionner, lors de la phase d'évaluation, non

seulement les comportements extraconjugaux « traditionnels », mais aussi ceux qui ont lieu sur Internet. L'encadré suivant contient des exemples de questions qui peuvent être posées lors d'une entrevue individuelle ou à l'aide d'un questionnaire, à chacun des partenaires du couple.

Questionnaire d'évaluation

Certains individus développent, avec une autre personne que leur partenaire amoureux, des relations qui vont au-delà d'une relation amicale, où il y a un intérêt et une attirance émotionnelle qui se créent, peu importe s'il y a ou non des contacts physiques intimes avec cette personne.

1. Avez-vous déjà eu des comportements de séduction sur Internet (complimenter, exprimer des mots doux, etc.) envers une autre personne ou avez-vous déjà été séduit par une autre personne sur Internet alors que vous étiez déjà en couple?
2. Est-ce que vous avez déjà eu des comportements d'intimité physique sur Internet alors que vous étiez déjà en couple?
3. Avez-vous déjà envoyé des photos ou une vidéo de vous à caractère sexuel à une autre personne ou avez-vous déjà reçu des photos ou une vidéo à caractère sexuel d'une autre personne alors que vous étiez déjà en relation de couple?
4. Avez-vous déjà pratiqué le cybersexe ou « sexe via Internet » (par exemple se caresser, se masturber) lors d'un échange sur Internet avec une autre personne? Si oui, était-ce lors d'une communication vidéo?

Puisqu'Internet est un phénomène encore récent, les règles définissant ce qui est acceptable ou non dans les rencontres virtuelles ou la pratique d'activités sexuelles en ligne ne sont pas clairement définies dans un couple (Whitty et Quigley, 2008). Les conjoints doivent être sensibilisés à ces phénomènes, échanger et établir des règles claires sur leurs activités sexuelles virtuelles. Même si les comportements sexuels se déroulent seulement en ligne, le partenaire peut perdre confiance en les sentiments amoureux de son conjoint, se considérer

comme une victime d'un événement traumatisant et avoir besoin de l'aide d'un professionnel (Schneider, Weiss et Samenow, 2012). Selon Barak et Fisher (2002), le cybersexe deviendra un facteur majeur de détérioration des relations conjugales et ainsi une des multiples causes de détresse conjugale et de ruptures. Force est de constater qu'Internet module maintenant le développement et l'organisation de la sexualité au sein du couple et de la famille. L'utilisation répandue de ce média entraîne de nouveaux défis d'identification et de classification

des cybercomportements problématiques qui en résultent (p. ex. addiction à l'ordinateur, à Internet et au cybersexe, cybercompulsion; Jones et Hertlein, 2012). L'élaboration d'une telle nomenclature pourrait faciliter le diagnostic et le traitement de ces comportements. En effet, Hertlein et Piercy (2012) montrent bien que la majorité des psychologues n'est pas bien formée pour évaluer ces situations, bien qu'elles se répercutent souvent sur le cours du traitement. En ce qui concerne les cibles thérapeutiques, Hertlein et Piercy (2012) en recommandent quelques-unes qui sont présentées dans le tableau 2. Bien qu'il existe des modèles de traitement de la cyberinfidélité et quelques indices de leur efficacité, ceux-ci restent à valider plus rigoureusement par la science (Hertlein et Piercy, 2006).

Sexting

Le *sexting* est un phénomène relativement nouveau qui découle de l'utilisation des nouveaux médias électroniques et qui consiste en l'envoi et en la réception de photos sexuellement explicites ou de messages textes à caractère sexuel utilisant un téléphone portable avec appareil photo numérique intégré. De courtes vidéos peuvent aussi être envoyées. Lors d'une enquête menée auprès de 5187 adultes d'une quarantaine d'années, Wysocki et Childers (2011) rapportent que 29 % de ceux-ci, dont 35 % de femmes et 25 % d'hommes, reconnaissent avoir déjà expédié et reçu des messages textes de nature sexuelle. De plus, la proportion d'individus ayant envoyé par courriel ou cellulaire des photos d'eux-mêmes nu ou dénudé s'établit à 51 %. Ce pourcentage s'élève chez les femmes à 60 % et chez les hommes, il est de 45 %. Ces résultats mettent en relief une prévalence élevée du

TABLEAU 2

TÂCHES THÉRAPEUTIQUES	STRATÉGIES SPÉCIFIQUES
Développer des frontières physiques.	Diminuer ou cesser l'accès à Internet. Présence du partenaire lors de l'utilisation d'Internet.
Développer des frontières psychologiques.	Revoir le contrat conjugal, la conception de l'infidélité.
Gérer la responsabilité, la confiance et les sentiments.	Valider, normaliser et entendre le conjoint qui a été trahi, reconnaître la nature émotionnelle et sexuelle de la cyberrelation, discuter des événements et de l'impact sur chaque partenaire.
Accroître la conscience du partenaire « fautif » à propos des causes de la cyberrelation.	Explorer les motivations, les besoins relationnels, potentiels, travailler sur les frontières, favoriser des <i>insights</i> .
Évaluer le contexte conjugal et la capacité de changement des partenaires.	Poser des questions relatives aux habiletés de négociations, aux expériences relationnelles positives dans le passé, à l'historique d'infidélité à travers les générations, évaluer les attentes à l'égard de la relation, trouver les buts de chaque partenaire et du couple, évaluer le niveau d'engagement.
Évaluer la fréquence de la cyberinfidélité.	Déterminer s'il s'agit d'une addiction, évaluer s'il y a des problèmes physiques qui contribuent au problème, évaluer les attentes selon le sexe du partenaire, l'impact qu'elles ont sur la relation. Clarifier la présence de la tierce personne.
Travailler sur le processus du pardon.	Évaluer l'ouverture à pardonner et aider à ce que le pardon devienne une décision commune.

phénomène qui déborde largement la période de l'adolescence et la strate des jeunes adultes. De plus, ils révèlent que les femmes sont notablement plus actives que les hommes en matière de sexting. D'autres études menées auprès de grands échantillons d'adolescents (National Campaign, 2008) et surtout de jeunes adultes (Benotsch et coll., 2012; Gordon-Messer et coll., 2013; Lenhart, Ling et Campbell, 2010; Nagel et coll., 2013) confirment que ce type d'activité sexuelle se manifeste à une fréquence élevée (de 20 % à 85 %). La grande taille des échantillons (variant entre 763 et 3447 participants) nous permet d'appréhender une variété de conséquences parfois délétères que ces comportements sexuels virtuels peuvent entraîner. Par exemple, l'étude conduite par Nagel et coll. (2013) mentionne que 76 % des 1064 participants ont déjà fait parvenir un message texte à caractère sexuel et 34 % ont déjà fait parvenir un message contenant une photo de nudité. Il va sans dire que ces sextos peuvent se retrouver sur la toile et être réacheminés rapidement via les réseaux sociaux.

Puisque la recherche sur le sexting est récente, l'analyse des causes de ce phénomène demeure préliminaire et les hypothèses explicatives sont hétérogènes. D'un point de vue social, le sexting constitue pour certains auteurs une manifestation de l'hypersexualisation et de l'objectification du corps humain, en général, et du corps féminin en particulier (Dake et coll., 2012). Par extension, le sexting a aussi été présenté comme une avenue dangereuse, menant souvent au harcèlement, à l'intimidation et à la coercition sexuelle (Farber et coll., 2012). Par ailleurs, d'autres

spécialistes soutiennent que ces nouvelles formes de communication sont surtout le signe d'une libéralisation des mœurs sexuelles et une stratégie originale d'intensification des processus de séduction chez des couples en formation ou bien établis (Parker et coll., 2013). Enfin, d'un point de vue clinique, il serait important de pouvoir vérifier si ces comportements sexuels peuvent être interprétés comme des symptômes de patrons d'interaction dysfonctionnels marqués par l'exhibitionnisme et le voyeurisme. Cependant, il existe des données empiriques montrant que ces comportements peuvent signaler la présence d'un style d'attachement caractérisé par l'anxiété d'abandon (Weisskirch et Delevi, 2011). Dans ces cas, l'individu qui croit ne pas être digne d'amour et qui a constamment besoin d'être rassuré cherche à réduire ses sentiments d'insécurité en adoptant une diversité de comportements et d'initiatives sexuelles, dont le sexting, pour établir sa valeur et conserver l'attention de son conjoint ou d'un éventuel amoureux. Enfin, certains affirment que le sexting représente une nouvelle opportunité accentuant les risques de cyberinfidélité (Wysocki et Childers, 2011). Pour l'instant, aucune de ces hypothèses ne repose sur un ensemble de données probantes. Il conviendra donc d'en évaluer la justesse dans le contexte de nouvelles recherches. En attendant, la prudence s'impose. Le sexting constitue une conduite complexe, en évolution et adoptée par différents individus en diverses circonstances. Les déterminants et la valeur adaptative de ces nouvelles activités sexuelles varient donc sans doute selon ces caractéristiques.

Nouveaux défis cliniques

Plusieurs questions cliniques sont soulevées en présence de ce nouveau phénomène qu'est le sexting et attendent prochainement les cliniciens :

- Est-ce que le sexting est associé à la précocité sexuelle, à l'hypersexualisation et au nombre de partenaires sexuels?
- Quelle place la cybersexualité occupe-t-elle dans la vie des adultes émergents?
- Quelles répercussions le sexting peut-il avoir sur la relation de couple à long terme?
- Est-ce que le sexting contribuera à accroître la cyberinfidélité?
- Quelles sont les conséquences légales et psychologiques du sexting?

Recommandations cliniques

Compte tenu de l'ampleur du sexting, nous recommandons aux cliniciens, et plus particulièrement à ceux qui interviennent auprès d'adolescents et de jeunes adultes émergents, de se sensibiliser à ce phénomène et d'inclure dans leur protocole d'évaluation des questions de dépistage pour bien en circonscrire les caractéristiques, les causes (p. ex. pression des pairs, attirer l'attention, s'amuser, blaguer, se sentir séduisant, envoyer un cadeau sexy, flirter) et les conséquences (embarras et mauvaise réputation pour soi et la famille, décevoir la famille, les amis ou une autre personne, regrets, problèmes à l'école, image négative vis-à-vis d'un futur employeur) (National Campaign, 2008).

RÉFÉRENCES

- Barak, A., et Fisher, W. A. (2002). The future of Internet sexuality. In A. Cooper (éd.), *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians* (p. 260-280). New York: Brunner-Routledge.
- Benetsch, E. G., Snipes, D. J., Martin, A. M., et Bull, S. S. (2012). Sexting, Substance Use, and Sexual Risk Behavior in Young Adults. *Journal of Adolescent Health* 52, 307-313.
- Cooper, A. (éd.). (2002). *Sex and the Internet: A guidebook for clinicians*. New York: Brunner-Routledge.
- Cooper, A., McLoughlin, I. P., et Campbell, K. M. (2000). Sexuality in cyberspace: Update for the 21st century. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 521-536. doi: 10.1089/109493100420142.
- Dake, J. A., Price, J. H., Maziarz, L., et Ward, B. (2012). Prevalence and correlates of sexting behavior in adolescents. *American Journal Of Sexuality Education*, 7(1), 1-15. doi:10.1080/15546128.2012.650959
- Farber, B. A., Shafron, G., Hamadani, J., Wald, E., et Nitzburg, G. (2012). Children, technology, problems, and preferences. *Journal Of Clinical Psychology*, 68(11), 1225-1229. doi:10.1002/jclp.21922
- Ferron, A., et Lussier, Y. (2012). *Les réseaux sociaux et le fonctionnement conjugal*. Communication orale présentée au 80^e congrès de l'AFAS, Montréal.
- Glass, S. P. (2003). *Not "just friends": Protect your relationship from infidelity and heal the trauma of betrayal*. New York: Free Press.
- Gordon-Messer, D., Bauermeister, J. A., Grodzinski, A. et Zimmerman, M. (2013). Sexting among young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 301-306.
- Hertlein, K. M., et Piercy, F. P. (2006). Internet infidelity: a critical review of the literature. *The Family Journal: Counseling and Therapy For Couples And Families*, 14, 366-371. doi: 10.1177/1066480706290508.
- Hertlein, K. M., et Piercy, F. P. (2012). Essential elements of internet infidelity treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 257-270. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00275.x.
- Jones, K. E., et Hertlein, K. M. (2012). Four key dimensions for distinguishing internet infidelity from internet and sex addiction: Concepts and clinical application. *The American Journal of Family Therapy*, 40, 115-125.
- Lenhart, A., Ling, R. et Campbell, S. (2010). Teens, Adults and Sexting: Data on sending and receipt of sexually suggestive nude or nearly nude images by Americans. Pew Internet and American Life Project; 2010. www.pewinternet.org/Presentations/2010/Oct/Teens-Adults-and-Sexting.aspx. (Consulté le 15 juillet, 2011.)
- Nagel, P. O., Cummings, T., Hansen, C. H., et Ott, M. A. (2013). Predictors of sexting in a university population. [Meeting Abstract]. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), S87-S87.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, CosmoGirl.com. (2008). Sex and Tech: Results From a Survey of Teens and Young Adults. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy and CosmoGirl.com; 2008.
- Nelson, T., Piercy, F., et Sprenkle, D. (2005). Internet infidelity: A multiwave Delphi Study. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 4, 173-194.
- Parker, T. S., Blackburn, K. M., Perry, M. S., et Hawks, J. M. (2013). Sexting as an intervention: Relationship satisfaction and motivation considerations. *American Journal of Family Therapy*, 41(1), 1-12. doi: 10.1080/01926187.2011.635134
- Repelato, J. (2013). Top 10 Internet Pornography Statistics, 2006. [internet-filter-review.toptenreviews.com/internet-pornography-statistics.html] (consulté le 29 juillet 2013).
- Schnarch, D., & Morehouse, R. (2002). Online sex: Dyadic crisis, and pitfalls for MFTs. *Family Therapy Magazine*, 1(5), 14-19.
- Schneider, J. P. (2000). Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 2, 12-33.
- Schneider, J. P., Weiss, R., et Samenow, C. (2012). Is It Really Cheating? Understanding the Emotional Reactions and Clinical Treatment of Spouses and Partners Affected by Cybersex Infidelity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 123-139. doi: 10.1080/10720162.2012.658344.
- Underwood, H., et Findlay, B. (2004). Internet relationships and their impact on primary relationships. *Behaviour Change*, 21, 127-140.
- Weisskirch, R. S., et Delevi, R. (2011). "Sexting" and adult romantic attachment. *Computers in Human Behavior*, 27(5), 1697-1701. doi: 10.1016/j.chb.2011.02.008
- Whitty, M. T. (2003). Pushing the wrong buttons: Men's and women's attitudes toward online and offline infidelity. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 569-579. doi: 10.1089/109493103322725342.
- Whitty, M. T., et Quigley, L.-L. (2008). Emotional and sexual infidelity offline and in cyberspace. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 461-468. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00088.x.
- Wysocki, D. K., et Childers, C. D. (2011). "Let My Fingers Do the Talking": Sexting and Infidelity in Cyberspace. *Sexuality & Culture*, 15, 217-239. DOI 10.1007/s12119-011-9091-4

LE COUPLE SOUS LA LOUPE DES CHERCHEURS ET DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

La professeure **Catherine Bégin**, de l'Université Laval, s'intéresse notamment aux troubles des conduites alimentaires et à l'obésité. Plus récemment, elle contribue à des travaux de recherche portant sur les relations de couple chez les personnes présentant une problématique du poids.

Le Dr **Claude Bélanger** est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et professeur adjoint au département de psychiatrie de l'Université McGill. Il s'intéresse aux déterminants cognitifs et comportementaux de l'ajustement conjugal, et à l'impact des troubles anxieux et des problèmes de santé physique et mentale chez les partenaires en couple.

La D^{re} **Sophie Bergeron** est professeure de psychologie à l'Université de Montréal, où elle poursuit des travaux sur l'évaluation de l'efficacité des interventions psychologiques et médicales dans le traitement de la dyspareunie, ainsi que sur le rôle de diverses variables affectives, cognitives et conjugales ayant un effet sur le maintien de cette problématique.

La professeure **Sophie Boucher** est psychologue et professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Ses travaux portent entre autres sur la violence dans le couple et sur les facteurs de personnalité pouvant contribuer à établir ou à maintenir différents types de dynamiques violentes dans le couple.

La professeure **Audrey Brassard**, de l'Université de Sherbrooke, mène notamment des travaux sur le fonctionnement conjugal et sexuel chez l'adulte, l'attachement amoureux, ainsi que les facteurs de prédiction de la détresse et de la violence conjugale.

La D^{re} **Natacha Godbout**, professeure de psychologie à l'Université du Québec à Montréal, s'intéresse aux effets à long terme des traumatismes infantiles, notamment sur les relations de couple.

La professeure **Francine Lavoie**, de l'École de psychologie de l'Université Laval, mène des travaux sur les relations de couple chez les jeunes, notamment sur la violence dans les relations romantiques et non romantiques à l'adolescence et l'agression sexuelle. Elle s'intéresse également aux opinions des jeunes en ce qui a trait aux activités sociales sexualisées et au *sexting*.

Le professeur **Yvan Lussier** dirige le Laboratoire de psychologie du couple de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il s'intéresse notamment au développement des relations de couple, aux modèles prévisionnels de l'ajustement dyadique, ainsi qu'à la violence conjugale.

La D^{re} **Heather MacIntosh** est psychologue et professeure au département de service social de l'Université McGill. Ses travaux portent sur les effets à long terme des traumatismes infantiles sur les relations de couple ainsi que sur les couples homosexuels.

La D^{re} **Katherine Péloquin** est professeure de psychologie à l'Université de Montréal où elle poursuit des travaux visant entre autres à évaluer les impacts de l'infertilité sur le couple, à évaluer les besoins spécifiques des couples suivis en traitements de fertilité, et à développer des interventions visant à accroître le bien-être de ces couples.

Le professeur **Stéphane Sabourin**, du département de psychologie de l'Université Laval s'intéresse au fonctionnement des couples, notamment au fonctionnement des couples dont l'un des partenaires présente un trouble de la personnalité ou tout autre trouble mental.

Le professeur **Gilles Trudel**, du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, s'intéresse aux liens entre le fonctionnement conjugal des retraités/aînés et la détresse psychologique modérée ou sévère. Il s'intéresse aussi aux dysfonctions sexuelles et au fonctionnement sexuel chez les couples retraités et aînés.

La version anglaise de ce numéro du
Cahier recherche et pratique

The Couple: New Realities

est disponible sur le site de l'Ordre :

www.ordrepsy.qc.ca/scienceandpractice